

**ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN TARIF RILL
RUMAH SAKIT DAN TARIF INA-CBG's PELAYANAN
RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT JIWA
PROF HB. SAANIN PADANG**

SKRIPSI



Oleh :
TARA HAFIZAH R
NPM : 2010070160010

**PROGRAM STUDI ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS BAITURRAHMAH
PADANG
2025**

**ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN TARIF RILL
RUMAH SAKIT DAN TARIF INA-CBG's PELAYANAN
RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT JIWA
PROF HB. SAANIN PADANG**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai
Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar
SARJANA KESEHATAN



Disusun Oleh :
TARA HAFIZAH R
NPM : 2010070160010

**PROGRAM STUDI ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS BAITURRAHMAH
PADANG
2025**

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS BAITURRAMAH

Skripsi, Januari 2025

Tara Hafizah R

Analisis Implementasi Kebijakan Tarif Rill Rumah Sakit Dan Tarif INA-CBG's Pelayanan Rawat Inap di RSJ Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2025.

VII+ Halaman+ 4 Gambar + 12 Tabel + 12 Lampiran

ABSTRAK

Kesehatan merupakan suatu investasi atau sebuah bekal utama untuk mencapai sebuah kualitas hidup yang baik. Oleh karena itu diperlukannya biaya pengobatan yang relatif mahal sehingga memicu dampak ekonomi yang tinggi terhadap pasien, keluarga, dan lembaga pembiayaan kesehatan. Terdapat perbedaan antara Tarif rill rumah sakit dengan tarif INA-CBG's pada tahun 2023 yaitu yang mana Tarif rill Rumah Sakit ini merujuk pada Peraturan Gubernur Sumatera Barat No.43 Tahun 2016 dan Tarif INA-CBG's ini merujuk pada peraturan Menteri Kesehatan Tahun 2023. Keberhasilan Implementasi kebijakan ditentukan oleh dua variabel yang mempengaruhi yaitu: Isi Kebijakan dan Konteks Kebijakan.

Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan wawancara mendalam (*In-depth interviewing*), observasi dan data pendukung berupa telaah dokumen. Analisis yang digunakan yaitu dengan triangulasi sumber dan triangulasi metode.

Berdasarkan dari hasil penelitian ditemukan bahwa terdapat perbedaan tarif yang dapat menyebabkan menurunnya kualitas pelayanan serta dapat menyebabkan kerugian terhadap rumah sakit. Hal ini disebabkan karena banyaknya rumah sakit yang mengajukan revisi tarif secara bersamaan, sehingga terjadi perubahan yang tidak sepenuhnya menyesuaikan kebutuhan masing-masing fasilitas kesehatan.

Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Saanin Padang diharapkan dapat melakukan prioritas kebutuhan terlebih dahulu sebelum melakukan pengajuan tarif dan melakukan koordinasi serta evaluasi dengan pihak pemerintah daerah dalam menetapkan keputusan tarif yang akan diimplementasikan.

Kata Kunci : Kebijakan, Rumah Sakit, Tarif

FACULTY OF HEALTH SCIENCES
BAITURRAMAH UNIVERSITY
Thesis, January 2025

Tara Hafizah R

Analysis of the Implementation of the Hospital Rill Tariff Policy and INA-CBG's Tariff for Inpatient Services at Prof. HB Mental Hospital. Saanin Padang Year 2025.

VII+ Pages + 4 Figures + 12 Tables + 12 Attachments

ABSTRACT

Health is an investment or a major provision to achieve a good quality of life. Therefore, it requires relatively expensive medical expenses that trigger a high economic impact on patients, families, and health financing institutions. There is a difference between the hospital's real tariff and the INA-CBG's tariff in 2023, where the hospital's real tariff refers to the West Sumatra Governor Regulation No.43 of 2016 and the INA-CBG's tariff refers to the Minister of Health's regulation in 2023. The success of policy implementation is determined by two influencing variables, namely: Policy Content and Policy Context.

The type of research used is qualitative with an in-depth interviewing approach, observation and supporting data in the form of document review. The analysis used was source triangulation and method triangulation.

Based on the results of the study, it was found that there is a differences that can cause a decrease in service quality and can cause losses to the hospital. This is due to the large number of hospitals that submit tariff revisions simultaneously, resulting in changes that do not fully adjust the needs of each health facility.

Prof.HB.Saanin Mental Hospital Padang is expected to prioritize needs first before submitting tariffs and coordinating and evaluating with the local government in determining tariff decisions that will be implemented.

Keywords: Policy, Hospital, Tariff

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul : Analisis Implementasi Kebijakan Tarif Rill Rumah Sakit Dan Tarif INA-CBG's Pelayanan Rawat Inap di RSJ Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2025.

Npm : 2010070160010

Skripsi ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Baiturrahmah dan dinyatakan lulus pada tanggal 30 Januari 2025.

Komisi Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

Drg. Intan Kamala Aisyiah, MARS

Tosi Rahmaddian,SKM,MARS

PENGESAHAN

UNIVERSITAS BAITURRAHMAH

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

DEKAN

Dr. Sevilla Ukhtil Huvaaid, SKM, M.Kes

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama Lengkap : Tara Hafizah R
Tempat Tanggal Lahir : Lubuk Pinang, 06 Oktober 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Jurusan : Administrasi Rumah Sakit
Agama : Islam
Nama Ayah : Maraden Wisma
Nama Ibu : Yusnita
Anak ke : 2
Alamat : Lubuk Pinang, kab.Mukomuko,
prov.Bengkulu

RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SD NEGRI 01 Lubuk Pinang	Lulusan 2014
2. SMP NEGRI 07 Mukomuko	Lulusan 2017
3. SMA NEGRI 05 Mukomuko	Lulusan 2020
4. Program Pendidikan S-1 Administrasi Rumah Sakit	Lulusan 2025

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tara Hafizah R

NPM : 2010070160010

Program Studi : Administrasi Rumah Sakit

Jenjang : Sarjana

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi yang berjudul:

“Analisis Implementasi Kebijakan Tarif Rill Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG’s Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Saanin Padang”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, Mei 2024

Tara Hafizah R

KATA PENGANTAR



Puji syukur kepada Allah SWT atas berkat Rahmat, Hidayah, dan Karunia-Nya kita dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Analisis Implementasi Kebijakan Tarif Rill Rumah Sakit Dan Tarif INA-CBG’s Pelayanan Rawat Inap di RSJ Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2025”**.

Dalam proses penyusunan skripsi ini, peneliti banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, dukungan, serta kerjasama yang baik dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terimakasih kepada Ibu drg. Intan Kamala Aisyiah, MARS Selaku Dosen Pembimbing I dan Bapak Tosi Rahmaddian, SKM, MARS selaku dosen pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga serta memberikan saran, masukan, dan pencerahan kepada peneliti dalam penelitian ini.

Dalam kesempatan ini peneliti juga menyampaikan terimakasih kepada:

1. Ibu Dr. Sevilla Ukhtil Huvaidd, SKM, M.Kes Selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Baiturrahmah Padang.
2. Ibu Novia Zulfa Hanum, SKM, MARS selaku Wakil Dekan I Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Baiturrahmah Padang.
3. Ibu Ns. Zufrias Riatty, S.Kep, M.Kes selaku Wakil Dekan II Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Baiturrahmah Padang.

4. Ibu Sri Mindayani, SKM, M.Kes selaku Wakil Dekan III Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Baiturrahmah Padang.
5. Bapak dan Ibu Dosen serta staf dan karyawan Akademik Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Baiturrahmah Padang.
6. Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang yang telah bersedia memberikan izin melakukan penelitian.
7. Sahabat dan teman-teman program studi Administrasi Rumah Sakit Fakultas Ilmu Kesehatan angkatan 2020 atas kerjasama serta dukungannya.
8. Persembahan spesial untuk keluarga yang selalu memberikan dukungan dan semangat bagi peneliti.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dari penulisan skripsi ini, baik dari materi maupun teknik penyajian, mengingat kurangnya pengetahuan dan pengalaman penulis. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun. Akhirnya penulis berharap semoga hasil ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan di masa yang akan datang. Semoga semua bantuan, bimbingan, semangat, dan amal kebaikan yang telah diberikan dijadikan amal shaleh dan di ridhoi Allah SWT. Aamiin

Padang, Januari 2025

Peneliti

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Bagi Peneliti	7
1.4.2 Bagi Fakultas Ilmu Kesehatan.....	7
1.4.3 Bagi Rumah Sakit.....	7
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)	9
2.2 Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's)	11
2.3 Tarif Rumah Sakit.....	13
2.4 Penyakit Scizofrenia	20
2.5 Model Implementasi Kebijakan Publik	22
2.6 Penelitian Terdahulu	24
2.7 Kerangka Teori	26
2.8 Alur Pikir	29

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian	30
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian.....	30
3.3 Informan Penelitian	30
3.4 Teknik Pengumpulan Data	31
3.5 Teknik Pengolahan Data.....	34
3.6 Teknik Analisis Data	35
3.7 Defenisi Istilah.....	35

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	37
4.2 Temuan Hasil Penelitian.....	40

BAB V PEMBAHASAN

5.1 Keterbatasan Penelitian	81
5.2 Isi kebijakan (<i>Content of policy</i>)	81
5.3 Konteks Kebijakan (<i>Context of implementation</i>)	89

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan.....	93
6.2 Saran	95

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori.....	28
Gambar 2. 2 Alur Pikir.....	29
Gambar 4. 1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang ...	39
Gambar 4. 2 Alur Pelayanan Program JKN di RSJ Prof.HB.Saanin Padang	41

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1	Tarif INA-CBG's Penyakit Schizofernia regional II	11
Tabel 2. 2	Tarif Rumah Sakit Penyakit Schizofernia.....	14
Tabel 2. 3	Penelitian Terdahulu	24
Tabel 3. 1	Daftar Informan Penelitian Perbedaan Tarif Rill RS dengan Tarif INA-CBG's	31
Tabel 4. 1	Identitas Informan	40
Tabel 4. 2	Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Mengenai Implementasi Tarif Rill RS dan Tarif INA-CBG's	45
Tabel 4. 3	Matriks Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Mengenai Kepentingan Kelompok Sasaran Aspek Content of Policy (isi kebijakan).....	50
Tabel 4. 4	Matriks Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Mengenai Jenis manfaat yang diperoleh dari Aspek Content of Policy (isi kebijakan).....	55
Tabel 4. 5	Matriks Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Mengenai Kedudukan Pengambilan Keputusan dari Aspek Content of Policy (isi kebijakan).....	59
Tabel 4. 6	Matriks Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Mengenai pelaksana-pelaksana program dari Aspek Content of Policy (isi kebijakan).....	66
Tabel 4. 7	Matriks Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Mengenai Kelompok Kepentingan dari Aspek Context of Implementation (isi kebijakan).....	76
Tabel 4. 8	Matriks Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Mengenai Responsi dan Daya Tanggap dari Aspek Context of Implementation (isi kebijakan).....	78

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Informed Consent	101
Lampiran 2. Pedoman Wawancara	102
Lampiran 3. Pedoman Wawancara Kepala Keuangan	103
Lampiran 4. Pedoman Wawancara Staf Bagian Bendahara.....	106
Lampiran 5. Pedoman Wawancara Kepala Unit Casemix	108
Lampiran 6. Pedoman Wawancara Staf Klaim Bagian Rawat Inap	111
Lampiran 7. Pedoman Wawancara Staf Coder	113
Lampiran 8. Pedoman Wawancara Dokter	115
Lampiran 9. Pedoman Wawancara Kepala Perawat	118
Lampiran 10. Matriks wawancara.....	121
Lampiran 11. Telaah Dokumen.....	132
Lampiran 12. Dokumentasi wawancara.....	134

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan suatu investasi atau sebuah bekal utama untuk mencapai sebuah kualitas hidup yang baik. Oleh karena, itu setiap orang berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam memperoleh pelayanan kesehatan terkadang harus mengeluarkan biaya agar dapat tercapainya peningkatan kualitas hidup terhadap setiap individu (Ardinata, 2020). Biaya pelayanan kesehatan seperti di rumah sakit terkadang memang cukup mahal bagi masyarakat terlebih bagi masyarakat dari kalangan menengah ke bawah. Karena biaya untuk pelayanan kesehatan ini sendiri tidak pasti, biaya ini dapat dilihat dari segi pelayanan rawat inap yang ada di rumah sakit. Salah satu penyebab dari ketidakpastian biaya/tarif ini sendiri yaitu keterbatasan ekonomi seseorang, hingga mengakibatkan sulitnya untuk mendapatkan hak kesehatan, dan ini juga dapat membuat tidak ratanya pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh seseorang (Yang et al., 2022).

Jaminan Kesehatan Nasional adalah program pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera. Pada UUD 1945 Perubahan Pasal 34 ayat 2 menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Pemerintah menjalankan UUD 1945 tersebut dengan mengeluarkan UU No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang bertujuan untuk memberikan jaminan sosial

menyeluruh bagi setiap orang dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur. Tugas rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan mulai dari promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, (Kemenkes RI, 2020). Untuk memperoleh semua pelayanan kesehatan yang ada dirumah sakit perlu adanya pembayaran pelayanan kesehatan yaitu dengan metode retrospektif payment, dan prospektif payment dengan melalui sistem paket INA-CBG's sesuai dengan diagnosa yang diderita oleh pasien (Suhartoyo, 2018).

Tarif adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan di rumah sakit, yang dibebankan kepada pasien sebagai imbalan atas jasa pelayanan yang diterima (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1165/MENKES/SK/X/2007). Tarif bagi rumah sakit merupakan berapa besar pelayanan yang telah diberikan kepada pasien maka berapa banyak tarif yang di dapatkan oleh rumah sakit sesuai dengan peraturan yang ada.

Tarif INA-CBG's ini adalah bentuk besaran pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur yang meliputi seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam memberikan pelayanan baik medis ataupun non medis (Permenkes RI, 2023). Apabila tarif rumah sakit tidak sesuai maka akan menyebabkan pihak rumah sakit harus melakukan tarif pelayanan yang standar dan diimbangi dengan adanya pengendalian biaya operasional yang dikeluarkan agar rumah sakit dapat meningkatkan pelayanan jasa yang akan diberikan kepada pasien dan agar pihak rumah sakit terhindar dari kerugian saat menjalankan pelayanan kesehatan

(Makikama et al., 2023). Sistem tarif INA-CBG's ini telah diterapkan sebagai metode pembayaran pelayanan kesehatan dalam program jamkesmas pada fasilitas kesehatan tingkat lanjut, kemudian digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Implementasi kebijakan merupakan aspek yang penting dari proses kebijakan. Implementasi pada prinsipnya adalah sebuah cara kebijakan untuk mencapai tujuannya. Terdapat dua pilihan dalam mengimplementasikannya, yaitu dalam bentuk program, dan melalui formulasi kebijakan derifat atau dari turunan kebijakan publik tersebut (Hafiz et al., 2020).

Menurut Marilee S. Grindle didalam buku Subianto, (2020) keberhasilan implementasi kebijakan ditentukan oleh dua variabel yang mempengaruhi, yaitu: isi kebijakan (content of policy) yang merupakan sejumlah daftar keputusan yang berhubungan dengan apa yang terkandung dalam isi kebijakan terhadap implementasi, dan konteks kebijakan (context of implementation) yang merupakan yang berhubungan dengan bagaimana konteks politik dan proses administratif dipengaruhi oleh kebijakan yang diimplementasikan (Subianto, 2020)

Gangguan jiwa adalah suatu sindrom pola perilaku individu yang berhubungan dengan gejala penderitaan (distress) atau gangguan (impairment) pada satu atau lebih fungsi esensial manusia, yaitu gangguan psikologis, perilaku, biologis, dan gangguan lain yang mempengaruhi hubungannya dengan masyarakat. Menurut Ramadhan et al., (2022), gangguan jiwa di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang parah. Diperkirakan 264 juta orang terkena depresi, 45 juta orang terkena gangguan bipolar, 20 juta orang terkena skizofrenia, dan 50

juta orang terkena demensia. Indonesia merupakan salah satu negara dengan permasalahan kesehatan mental yang signifikan (Ramadhan et al., 2022).

Salah satu diagnosis gangguan jiwa adalah Schizofrenia. Schizofrenia ini adalah penyakit gangguan jiwa berat yang ditandai dengan gangguan pikiran, persepsi, emosi, dan perilaku individu yang menyimpang, seperti halusinasi dimana seorang yang menderita penyakit schizofrenia ini akan mengalami gangguan seperti kekacauan pola pikir, dan isi pikir, halusinasi dan delusi, serta kekacauan pada proses persepsi dan perilaku sosialnya. Dengan demikian penyakit Schizofrenia ini membutuhkan penanganan khusus serta biaya yang cukup untuk proses penyembuhannya (Wahidmurni, 2017).

Schizofrenia ini adalah salah satu gangguan jiwa yang paling parah karena risiko kematian dua hingga tiga kali lebih tinggi. Oleh karena itu, diperlukan biaya pengobatan yang relatif mahal sehingga memicu dampak ekonomi yang tinggi terhadap pasien, keluarga, dan lembaga pembiayaan kesehatan jika pasien skizofrenia mengalami kekambuhan dan harus dirawat di rumah sakit. (Ramadhan et al., 2022)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Puspitasari et al., (2020), diperkirakan biaya pengobatan tahunan rata-rata per pasien dari perspektif kesehatan untuk diagnosa penyakit schizofrenia adalah Rp.3.307.931, yang mana biaya ini hanyalah biaya langsung yang dikeluarkan oleh pasien dan belum meliputi biaya tidak langsung.

Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang merupakan Rumah Sakit milik Pemerintah Provinsi Sumatera Barat yang beralamat di Jl. Raya Gadut, Limau Manis. Kec. Pauh, Kota Padang, Sumatra Barat. Rumah sakit ini merupakan

Rumah Sakit Khusus Tipe A yang berada di Sumatera Barat, dan di rumah sakit ini melayani pengobatan penyakit mengenai gangguan kejiwaan salah satunya termasuk penyakit Schizofrenia.

Menurut data awal yang diperoleh oleh peneliti pada bulan Desember tahun 2023 pada saat melakukan survey awal, peneliti mendapatkan data pasien dengan diagnosa Schizofrenia di pelayanan rawat inap pada tahun 2023 terdapat 1.087 orang pasien yang menjalankan pelayanan dibagian rawat inap, dan terdapat perbedaan antara tarif rill rumah sakit dengan tarif ina-cbgs pada tahun 2023 yaitu tarif rill rumah sakit ini merujuk pada Peraturan Gubernur Sumatera Barat No.43 Tahun 2016 dan tarif Ina-Cbg's ini merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Tahun 2023 yang mana perbedaan ini terdapat pada tingkat keparahan I dengan kelas perawatan 1 memiliki selisih sebesar Rp 112.200, kelas perawatan 2 memiliki selisih sebesar Rp 95.500, kelas perawatan 3 memiliki selisih sebesar Rp 99.441, untuk tingkat keparahan II dengan kelas perawatan 1 memiliki selisish sebesar Rp 50.600, kelas perawatan 2 memiliki selisih sebesar Rp 387.900, kelas perawatan 3 memiliki selisih sebesar Rp 333.755, dan untuk tingkat keparahan III dengan kelas perawatan 1 memiliki selisish sebesar Rp 1.817.100, kelas prawatan 2 memiliki selisih sebesar Rp 1.557.500, kelas perawatan 3 memiliki selisih sebesar Rp 1.242.383. Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang ini mulai menerapkan sistem klaim menggunakan sistem INA-CBG's mulai tahun 2014 hingga saat ini, sedangkan tarif rill di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang ini merupakan tarif yang digunakan oleh pihak rumah sakit berdasarkan jasa per pelayanan yang menyesuaikan peraturan daerah. Schizofrenia merupakan penyakit yang membutuhkan biaya yang besar dalam proses penyembuhannya,

sehingga tingginya tarif dapat mempengaruhi masyarakat terutama bagi masyarakat yang kurang mampu atau golongan menengah kebawah pada saat melakukan pembayaran fee for service, serta dapat mengancam akses mutu dan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk meneliti dengan judul “Analisis Implementasi Kebijakan Tarif Rill Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG’s Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Saanin Padang”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah diatas, maka yang menjadi rumusan masalah pada penelitian ini yaitu bagaimana Implementasi Perbedaan Tarif Rill dan Tarif INA-CBG’s di pelayanan rawat inap Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini untuk menganalisis implementasi perbedaan tarif INA-CBG’s dengan tarif rill Rumah Sakit di pelayanan rawat inap Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis aspek *content of policy* (isi kebijakan) terkait tarif INA-CBG’s dengan tarif rill Rumah Sakit di pelayanan rawat inap Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

2. Menganalisis aspek *Context of Implementation* (konteks implementasi) terkait tarif INA-CBG's dengan tarif rill Rumah Sakit di pelayanan rawat inap Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Diharapkan untuk menambah ilmu pengetahuan, pemahaman dibagian kesehatan khususnya yang berhubungan dengan Implementasi Biaya antara Biaya Rill dan Tarif INA-CBG's di Rawat Inap JKN di RSJ Prof. HB. Saanin Padang.

1.4.2 Bagi Fakultas Ilmu Kesehatan

Hasil penelitian dapat memberi manfaat dan dapat dijadikan masukan serta referensi karya ilmiah khususnya pada permasalahan Implementasi Biaya antara Biaya Rill dan Tarif INA-CBG's pada Pasien Schizofrenia Rawat Inap JKN di RSJ Prof. HB. Saanin Padang.

1.4.3 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian dapat menjadi bahan masukan dan pertimbangan serta dapat menjadi acuan pembenahan standar pelayanan medis agar dapat meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang, serta sebagai input untuk merencanakan kebijakan memperbaiki sistem.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Berdasarkan latar belakang diatas maka, ruang lingkup penelitian ini adalah “Analisis Implementasi Perbedaan Tarif Rill Rumah Sakit dengan Tarif INA-CBG's Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tahun 2024” yang beralokasi di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan asuransi yang bersifat sosial dengan mengedepankan profit, penerapan jaminan kesehatan sosial penting untuk diterapkan di Indonesia, karena mempunyai beberapa keuntungan diantaranya:

- 1) Biaya tarif terjangkau, sehingga dapat memberi manfaat yang komprehensif kepada peserta.
- 2) Menerapkan kendali mutu serta kendali biaya.
- 3) Menjamin pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan. Dan
- 4) Asuransi kesehatan dapat digunakan diseluruh Indonesia.

Oleh karena itu, kepesertaan asuransi kesehatan diwajibkan untuk seluruh rakyat Indonesia. Penerapan sistem jaminan kesehatan indonesia bertujuan untuk melindungi seluruh rakyat Indonesia dalam suatu sistem asuransi, sehingga layak dalam memenuhi kebutuhan dasar Kesehatan masyarakat (Apriani et al., 2021). Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan pada prinsip sosial dan ekuitas.

Pemerintah melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.7 tahun 2021 menetapkan sistem JKN yang diselenggarakan oleh BPJS sejak tanggal 1 Januari 2014. Jaminan kesehatan merupakan perlindungan kesehatan, upaya peserta mendapatkan manfaat yang diberikan kepada peserta yang sudah membayar iuran (non PBI) ataupun yang dibayarkan oleh pemerintah (PBI) (Permenkes RI, 2023). Sistem pembayaran JKN kepada Fasilitas Kesehatan

Tingkat Lanjutan (FKTL) yaitu menggunakan INA CBG's, hal ini sesuai dengan PP Nomor 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan sebagaimana telah diubah dengan PP Nomor 111 tahun 2013. Tarif yang mulai berlaku sejak 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian tarif INA-CBG's dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Dalam implementasi JKN pembiayaan kesehatan merupakan salah satu bagian yang terpenting. Tujuan adanya pembiayaan kesehatan ialah untuk meningkatkan mutu, peningkatan layanan pada pasien, meningkatkan playanan tim, efesien dan tidak memberikan penghargaan kepada provaider yang melakukan under treatmen, over treatment, maupun adverse event. Apabila sistem pembiayaan dilakukan secara tepat, maka tujuan yang diharapkan dapat tercapai Permenkes RI, (2023). Masalah yang paling penting dalam pembiayaan kesehatan yaitu masalah efesiensi, karena apabila sistem pembiayaan kesehatan dilakukan secara tepat maka tujuan yang diharapkan akan tercapai, dimana pembiayaan kesehatan ini bertujuan untuk meningkatkan mutu, meningkatkan pelayanan pada pasien, meningkatkan pelayanan yang diberikan oleh tim (Nisa & Raharjo, 2021).

Reformasi bagaimana cara pembayaran dan pembiayaan kesehatan khususnya terhadap pasien yang membutuhkan perawatan dirumah sakit, masih sangat diperlukan untuk negara yang *low and middle income*. Dibutuhkan waktu beberapa tahun atau beberapa decade untuk transisi pembiayaan kesehatan yaitu menggunakan metode *out of pocket* ke metode *pre-paid system* (Sriyani, 2016).

2.2 Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's)

Tarif INA-CBG's merupakan besaran pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjut atas paket layanan berdasarkan pengelompokan diagnosis penyakit. Dalam melakukan pembayaran pada sistem ini yaitu BPJS tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian setiap pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menulis diagnosis keluar pasien di aplikasi INA-CBG's kemudian kode CBG's akan keluar dengan sendirinya.

Sistem pembayaran INA-CBG's dikelompokkan berdasarkan kode diagnosis yang mempunyai korelasi secara klinis sumber daya yang digunakan. Rumah sakit akan memperoleh pembayaran dari rata-rata dana yang dikeluarkan oleh kelompok dengan kode diagnosis dan kode prosedur. INA-CBG's sebagai sistem pembayaran sudah digunakan oleh Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan.

Sistem INA-CBG's digunakan apabila ada modifikasi kode diagnosis dan kode prosedur yang sesuai dengan sistem klasifikasi yang baru, sistem ini juga bersifat dinamis yaitu jumlah INA-CBG's dapat disesuaikan dengan kebutuhan suatu negara (Nurul Fathah & Anggita Safitri, 2024).

Tarif INA-CBG's terdiri dari 5 regional, dimana provinsi Sumatera Barat termasuk kedalam regional ke II (dua) yang disertai dengan provinsi Nusa Tenggara Barat, Bengkulu, Sulawesi Tengah, Kalimantan Barat, Lampung, Banten, Bali, dan Sumatera Utara (Permenkes RI, 2023).

Tabel 2. 1 Tarif INA-CBG's Penyakit Schizofrenia regional II

Kode INA-CBG's	Tarif kelas	Tarif kelas	Tarif kelas
	1	2	3
F-4-10-I	7.723.900	6.765.700	5.807.400
F-4-10-II	8.876.900	7.775.700	6.674.400
F-4-10-III	10.652.400	9.330.800	8.009.300

Sumber : (Permenkes RI, 2023)

Manfaat yang diperoleh dari penerapan kebijakan program case based groups secara umum terbagi dua yaitu secara medis dan secara ekonomi, dimana secara medis para klinisi dapat mengembangkan perawatan pasien secara komprehensif, tetapi langsung kepada penanganan penyakit yang diderita oleh pasien. Secara ekonomi ini berupa dalam hal keuangan (*costing*) agar menjadi lebih efektif dan efisien dalam melakukan penganggaran biaya kesehatan (Fitriyani, 2018). Manfaat bagi pasien antara lain yaitu sebagai berikut:

1. Adanya kepastian dalam pelayanan dengan prioritas pengobatan berdasarkan derajat keparahan
2. Adanya batasan pada lama rawat (*length of stay*) pasien mendapat perhatian lebih dalam tindakan medis dari para petugas rumah sakit, karena berapapun lama rawat yang dilakukan biayanya sudah ditentukan
3. Pasien menerima kualitas pelayanan lebih baik
4. Mengurangi pemeriksaan dan penggunaan alat medis yang berlebihan oleh tenaga medis sehingga mengurangi risiko yang akan dihadapi pasien.

Manfaat bagi rumah sakit dengan diterapkannya sistem case based groups ini adalah:

1. Rumah sakit mendapat pembiayaan berdasarkan kepada beban kerja sebenarnya,
2. Dapat meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit
3. Bagi dokter atau klinisi dapat memberikan pengobatan yang tepat untuk kualitas pelayanan lebih baik berdasarkan derajat keparahan, meningkatkan komunikasi antara spesialisasi atau multidisiplin ilmu agar perawatan dapat secara komprehensif serta dapat memonitor secara lebih objektif
4. Perencanaan *budget* anggaran pembiayaan dan belanja yang lebih akurat
5. Dapat untuk mengevaluasi kualitas pelayanan yang diberikan oleh masing-masing klinisi
6. Keadilan (*equity*) yang lebih baik dalam pengalokasian budget anggaran
7. Mendukung sistem perawatan pasien dengan menerapkan *clinical pathway*.

2.3 Tarif Rumah Sakit

Tarif rill rumah sakit merupakan besaran dana yang harus disediakan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat sesuai dengan peraturan daerah yang berlaku. Tarif di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang ditetapkan berdasarkan peraturan Gubernur No.43 Tahun 2016, dikarenakan rumah sakit ini adalah rumah sakit milik provinsi Sumatra Barat. Pelaksanaan pelayanan JKN di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang sebagaimana yang dijelaskan sebelumnya, sistem klaim yang dilakukan dengan cara memasukkan diagnosa yang ada, serta tarif pelayanan yang diberikan sesuai dengan tarif rumah sakit yang mengacu kepada Peraturan Gubernur No. 43 Tahun 2016 tentang petunjuk

pelaksanaan pemungutan retrebusi daerah. Sehingga dalam hal ini akan menimbulkan dua kemungkinan yaitu biaya yang dibayarkan oleh BPJS dari tarif INA-CBG's kelebihan atau bisa juga kekurangan dari tarif Rumah Sakit.

Tabel 2. 2 Tarif Rumah Sakit Penyakit Schizofernia

	Tarif kelas	Tarif kelas	Tarif kelas
Kode INA-CBG's	I	II	III
F-4-10-I	7.601.600	6.516.300	5.410.359
F-4-10-II	8.412.900	7.211.100	5.998.746
F-4-10-III	10.484.600	8.986.800	7.455.969

Sumber: (Pergub 2016)

Rumah sakit menerima pendapatan sebagai hasil pembayaran untuk jasa layanan kesehatan yang dihasilkan. Pendapatan ini berasal dari asuransi pasien, serta pasien yang tidak ditanggung/umum. Perluasan cakupan pertanggungansan peserta asuransi, baik dari pemerintah maupun swasta, mengharuskan rumah sakit untuk memahami bagaimana masing-masing asuransi dikelola. Ada dua jenis metode yang digunakan dalam melakukan pembayaran dirumah sakit, yaitu:

Sistem Pembayaran Retrospektif (*Retrospective Payment System*), sistem pembayaran retrospektif ini yaitu sejumlah biaya yang harus dibayar berdasarkan atas pelayanan yang telah diberikan (Amalia, 2020). Metode pembayaran retrospektif ini adalah metode pembayaran yang didasarkan pada sejak awal pelayanan kesehatan dikelola secara bisnis, yang artinya fasilitas kesehatan telah menyiapkan tarif layanan kesehatan. Pembayaran yang dilakukan setelah layanan ini memberikan insentif bagi rumah sakit untuk menjadi efisien. Sistem ini

sebenarnya menghasilkan peningkatan jumlah item layanan dan tarif karena pembayaran dilakukan berdasarkan pada setiap jenis layanan yang diberikan, dimana semakin banyak pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien maka akan semakin mahal biaya yang akan dibayarkan. Metode pembayaran retrospektif ini berpotensi mengalami pemborosan dan meningkatkan biaya kesehatan, sehingga diseluruh dunia, pemerintah berusaha mengendalikan biaya. Sistem pembayaran restrospektif diantaranya:

1. Berdasarkan Kapitasi

Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per kapita perbulan yang dibayar dimuka oleh BPJS kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (Permenkes RI, 2023).

Sistem pembayaran kapitasi merupakan pembayaran yang dilakukan di awal kepada penyedia layanan atau rumah sakit, dengan tarif yang telah ditetapkan pada saat menyediakan paket pelayanan yang ditentukan untuk setiap individu yang terdaftar pada provider (penyedia pelayanan) untuk priode tertentu. Sistem pembayaran kapitasi berbasis *output*, dan unit *outpout* ini adalah cakupan dari semua layanan yang telah di tetapkan untuk seorang indivindu dalam jangka waktu tertentu, biasanya setiap satu bulan atau satu tahun.

Prinsip utamanya adalah pembayaran kepada penyedia tidak terkait dengan input yang digunakan penyedia atau volume layanan yang disediakan. Oleh karena itu, beberapa resiko dialihkan dari pembeli kepada pemberi layanan. Jika penyedia layanan mengeluarkan biaya yang lebih besar dari anggaran perkapita,

maka penyedia layanan yang akan menanggung risikonya dan begitupun juga dengan sebaliknya (Agustina et al., 2022).

2. Pembayaran Non-Kapitasi

Pembayaran non kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan

3. INA-CBG's

Tarif *Indonesian-Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur, meliputi seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non medis.

a) *Fee for service*

Metode pembayaran ini adalah salah satu metode paling umum yang tersedia di rumah sakit. Dimana pasien akan membayar biaya layanan kesehatan berdasarkan layanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit. Jumlah biaya yang dibayarkan pasien tergantung pada jumlah tindakan atau layanan yang diberikan oleh rumah sakit.

Kelemahan sistem ini yaitu rentan terhadap penipuan/kecurangan yang dapat dilakukan oleh pihak rumah sakit. Selain itu, biaya administrasi untuk implementasi sangat tinggi. Terlebih jika pembayaran pasien ditanggung oleh asuransi, semua bukti tindakan medis dan layanan yang dilakukan terhadap pasien dan biaya harus diserahkan untuk proses klaim kepada operator asuransi. Pembiayaan *fee for service* ini dibagi menjadi dua, yaitu:

1. *Input-Based*

Rumah sakit dibayar untuk semua jenis layanan yang diberikan, tanpa membayar sisa jadwal atau tanpa pengelompokan *fixed-fee schedule* dan sering disebut sebagai pembayaran retrospektif. Sebagai akibat dari pola pembayaran ini adalah penggunaan layanan kesehatan yang berlebihan dan layanan kesehatan yang tidak perlu.

2. *Output-Based*

Rumah sakit dibayar berdasarkan hasil layanan yang ingin dicapai. Biasanya pola ini ditandai dengan *fixed-fee schedule* dan layanan yang dipaket dalam beberapa kelompok sehingga pembayaran rumah sakit ditetapkan berdasarkan beberapa kelompok tersebut.

b) *Payment Per Itemized Bill*

Pembayaran dengan cara ini merupakan jumlah dana tetap kerumah sakit untuk membiayai barang-barang tertentu (untuk menutupi biaya input), seperti : sumber daya manusia, bahan medis habis pakai, obat-obatan atau peralatan lainnya untuk beberapa waktu tertentu. Pola ini diatur dan ditetapkan secara prospektif, yaitu ditetapkan didepan, sebelum layanan diberikan kepada pasien.

c) *Pembayaran Per Diem (Payment per diem)*

Pembayaran per diem ini merupakan pembayaran yang negosiasi dan disepakati dimuka yang didasari pada pembayaran per hari perawatan (misalnya perawatan medis, obat-obatan dan perban, prosthesis, akomodasi), tanpa mempertimbangkan biaya yang dihabiskan oleh rumah sakit (Suhartoyo, 2018). Pembayaran ini digunakan untuk penyedia layanan kesehatan yang merawat pasien untuk jangka panjang dan hanya tersedia dalam perawatan

rawat inap dirumah sakit dan panti jompo. Insentif terpenting bagi rumah sakit adalah meningkatkan jumlah hari rawat dirumah sakit. Pembayaran per diem berbasis pasarini juga dapat dimodifikasi dengan kombinasi kasus dan tindakan. Dengan metode pembayaran ini, perusahaan asuransi yang membayar selama beberapa hari rawat, misalnya kurang dari 1.000 hari perawatan per tahun, maka akan membayar sedikit lebih mahal per hari dibandingkan dengan perusahaan asuransi yang membayar perawatan lebih dari 3.000 hari rawat per tahun.

d) Pembayaran Prospektif (*Prospective Payment System*)

Sistem pembayaran Prospektif merupakan sistem pembayaran rumah sakit dalam jumlah yang ditentukan sebelumnya untuk layanan medis yang diberikan, terlepas dari perawatan medis atau lama tinggal dirumah sakit.

Termasuk pembayaran prosektif yang meliputi:

1. *Capitation payment*

Pada metode ini, pembayaran dilaksanakan berdasarkan jumlah tetap per kepala dari populasi yang menjadi cakupannya.

2. *Global budget*

Metode pembayaran rumah sakit dengan *global budget*, ditetapkan didepan untuk menutup biaya agregat dari layanan kesehatan rumah sakit selama priode waktu tertentu (biasanya satu tahun). Penentuan dan remunerasi diatur secara retrospektif dan memberi keleluasaan kepada penyedia layanan kesehatan untuk pemindahan anggaran antar kategori biaya (Suhartoyo, 2018).

Global budget adalah metode pendanaan rumah sakit oleh pemerintah atau lembaga asuransi kesehatan nasional dimana rumah sakit menerima dana untuk

membayai seluruh kegiatannya selama setahun. Alokasi dana dirumah sakit dapat dihitung dengan mempertimbangkan jumlah layanan pada tahun sebelumnya, kegiatan lain yang diharapkan akan dilaksanakan dan kinerja rumah sakit. Sistem ini umumnya diterapkan dinegara-negara yang memiliki layanan yang menyediakan layanan rumah sakit tanpa harus membayar sedikit copayment.

Agar inisiatif manajemen rumah sakit menjadi lebih efektif, manajemen rumah sakit diberikan sejumlah dana atau anggaran global dengan persyaratan harus memenuhi beberapa target dan kualitas layanan tertentu bagi masyarakat yang mejadi tanggung jawabnya. Dengan cara ini, anggaran rumah sakit akan lebih terkontrol.

3. *Casemix Payment*

Pembayaran berdasarkan metode case-mix didasarkan pada kasus yang dirawat, bukan pada tindakan yang diberikan. Mekanisme pembeyaran ini dimulai dengan pola sederhana, yaitu dimana biaya yang ditunjukan besarnya sama untuk kasus tertentu terlepas dari kerumitan tindakan dan sumber daya yang digunakan untuk merawat pasien. Pengembangan model ini adalah menggunakan sistem klasifikasi kasus (*diagnostic related group / DRG*) dan tindakan. DRG dianggap yang terbaik untuk membuat cost containment. Karena pembayaran didasarkan pada diagnosa dan tindakan yang dilakukan, penyedia layanan kesehatan termotivasi untuk menyediakan layanan kesehatan dengan biaya yang efektif dan mengurangi lama hari rawat. Hal ini mengakibatkan pasien dipulangkan sebelum waktunya (*premature discharge*), memilih untuk merawat pasien dengan harga yang menguntungkan, dan adanya peningkatan *re-admission*. Sehingga untuk menghindari dampak buruk dari sistem pembayaran ini,

diperlukan kontrol kualitas dan pengawasan yang ketat (Amalia, 2020). Melalui sistem ini, rumah sakit mengetahui jumlah dana yang akan mereka terima untuk serangkaian layanan, sebelum rumah sakit menyediakan layanan tersebut. Sistem ini direkomendasikan untuk diimplementasikan karena dapat membantu efisiensi dan kontrol biaya .

Salah satu cara pembayaran proaktif case-mix adalah INA-CBGs dimana pembayaran dengan cara INA-CBGs ini memiliki implikasi untuk rumah sakit agar dapat bekerja secara efektif dalam angkatan kerja. Keberhasilan tim ini menentukan penghasilan dari rumah sakit, tentu saja manajemen rumah sakit mengharapkan keuntungan. Dengan adanya tim ini dirumah sakit diharapkan terjadi persaingan secara sehat, memuaskan dokter, dan tanpa melibatkan pasien menjadi korban (Manoor Antonius, 2020). Persaingan antar rumah sakit sering terjadi karena fluktuasi harga meskipun prosedurnya homogen.

Dimensi biaya dan kualitas merupakan hal penting dalam persaingan rumah sakit. Alasannya adalah bahwa pengendalian biaya merupakan aspek penting dari kesinambungan finansial jangka panjang dirumah sakit. Oleh karena itu, rumah sakit harus mampu membayar biaya rendah dan harus mengurangi penggunaan yang tidak diperlukan. Meskipun disisi lain pembayaran dengan sistem ini dapat memicu penurunan kualitas pelayanan di rumah sakit (Nisa Bunga, 2020).

2.4 Penyakit Scizofrenia

Penyakit schizofrenia ini merupakan suatu jenis penyakit yang mengganggu psikologi yang berhubungan dengan pandangan populer penyakit kejiwaan atau sakit mental (gila). Schizofrenia ini juga merupakan termasuk salah satu penyakit

yang sering terjadi yang diawali dari stres yang kronik, faktor keturunan dan lingkungan hidup. Schizofrenia memiliki beberapa klasifikasi yaitu *paranoid*, *katatonik*, dan *residual*. Schizofrenia juga memiliki gejala yang berbeda-beda di setiap tipe klasifikasinya yaitu:

1. Skizofrenia *Paranoid*

Skizofrenia jenis ini merupakan yang paling sering muncul gejalanya, termasuk di antaranya adalah delusi dan halusinasi. Pengidap skizofrenia *paranoid* biasanya menunjukkan perilaku yang tidak normal seakan ia sedang diawasi, sehingga ia kerap menunjukkan rasa marah, gelisah, bahkan benci terhadap seseorang. Namun, mereka yang mengalami skizofrenia jenis ini masih memiliki fungsi intelektual dan ekspresi yang tergolong normal.

2. Skizofrenia *Katonik*

Skizofrenia *katonik* ditandai dengan adanya gangguan pergerakan. Pengidap skizofrenia jenis ini cenderung tidak bergerak atau justru bergerak hiperaktif. Pada beberapa kasus juga ditemukan sama sekali tidak mau berbicara, atau senang mengulangi perkataan orang lain. Pengidap skizofrenia *katonik* juga sering kali tidak memedulikan kebersihan dirinya, serta tidak mampu menyelesaikan aktivitas yang dilakukan.

3. Skizofrenia *Residual*

Pengidap skizofrenia *residual* biasanya tidak menunjukkan gejala umum dari skizofrenia seperti berkhayal, halusinasi, tidak teratur dalam berbicara dan berperilaku. Mereka baru mendapat diagnosis setelah satu dari empat jenis skizofrenia lain telah terjadi.

Itulah beberapa jenis skizofrenia yang pernah ada dan dijadikan acuan. Perlu diketahui bahwa orang dengan skizofrenia biasanya tidak menyadari jika mereka memiliki kondisi ini dan membutuhkan pengobatan. Itulah sebabnya jika kamu mencurigai orang terdekat menunjukkan gejala-gejala skizofrenia, segera ajak orang tersebut untuk ke psikolog/psikiater.

Melakukan identifikasi dini pada penyakit gangguan schizofrenia merupakan suatu hal yang penting ketika menjalankan penyembuhan dan penanganan pada panyakit ini. Penampilan pasien schizofrenia ini secara umum ada dua ekstrem yaitu agresif dan katatonik. Pada pasien skizofrenia yang agresif tampak berteriak-teriak, banyak berbicara agitatif-agresif tanpa provokasi yang jelas. Penampilan lainnya yaitu *stupor katatonik*, adalah suatu kondisi dimana pasien tampak benar-benar tidak bernyawa dan mungkin menunjukkan tanda-tanda seperti membisu, mematung, dan fleksibilitas sereal. Pasien dengan skizofrenia sering tidak terawat, tidak mandi, dan berpakaian terlalu hangat untuk suhu yang berlaku. Perilaku aneh lainnya termasuk tics, stereotipik, dan kadang-kadang ekhopraksia, dimana pasien meniru postur atau perilaku pemeriksa.

2.5 Model Implementasi Kebijakan Publik

Implementasi kebijakan merupakan aspek yang penting dari proses kebijakan, dimana implementasi ini pada prinsipnya adalah sebuah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya terdapat dua pilihan dalam mengimplementasikannya, yakni mengimplementasikan secara langsung dalam bentuk program, atau melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan publik tersebut (Armini, 2023).

Menurut Marilee S. Grindle pada buku Subianto (2020) yang dikenal dengan *Implementation as Political and Administrative Procces*, berdasarkan defenisi “*Implementation*” dari Grindle, sebagaimana model konseptual dan kerangka pemikiran tersebut disusun atas jawaban dua pertanyaan pokok. Pertanyaan pertama mengenai “*Content*” (isi) dari program itu sendiri, pengaruh dapat terjadi karena isi program terhadap proses implementasi. Pertanyaan kedua mengenai “*Context*” (kondisi lingkungan) yang memiliki kaitan pengaruh atau hubungan terhadap implementasi (Subianto, 2020).

Keberhasilan implementasi kebijakan ditentukan oleh dua variabel yaitu:

1. Variabel isi kebijakan (*Content of policy*)

Pada variabel ini terdapat beberapa parameter/unsur :

- a. Kepentingan kelompok sasaran, yaitu pihak yang memiliki kepentingan terhadap kebijakan yang dibuat dan membawa pengaruh terhadap proses perumusan kebijakan.
- b. Jenis manfaat yang diperoleh, yaitu program yang menyediakan manfaat kolektif, dapat lebih mudah untuk diimplementasikan. Program yang hanya memberi manfaat dan dapat dibagi habis serta bersifat partikulastik/khusus dapat mempertajam konflik.
- c. Letak pengambilan keputusan, yaitu semakin tersebar implementator maka akan semakin sulit di implementasikan.
- d. Pelaksanaan-pelaksanaan program, yaitu kualitas dari pelaksanaan program yang akan mempengaruhi tingkat keberhasilan implmentasi.

2. Variabel konteks kebijakan (*Context of implemntation*)

Pada variabel ini terdapat beberapa parameter/unsur :

- a. Kekuasaan, kepentingan serta strategi dari para aktor yang terlibat, yaitu keterlibatan para pihak ditentukan oleh isi serta bentuk dari sebuah program yang diadministrasikan.
- b. Responsi dan daya tanggap, yaitu tingkat kepatuhan dan respon pejabat pelaksana harus fokus pada bagaimana mewujudkan konsistensi tujuan dalam sebuah kebijakan, dan harus mampu merubah sikap menentang dari yang dirugikan oleh kebijakan atau program menjadi menerima.

2.6 Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 3 Penelitian Terdahulu

No	Peneliti	Judul	Hasil Penelitian
1.	Muhammad Hafiz dan Iman Muhammad (2020)	Analisis Implementasi Kebijakan Case Mix INA CBG'S (<i>Indonesian Case Base Groups</i>) Berdasarkan Permenkes NO. 59 Tahun 2014 Di Rumah Sakit Pabatu Kabupaten Serdang Bedagi	Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa Program BPJS Kesehatan memiliki kelebihan jika dilihat dari sistemnya, yang memberikan kemudahan masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan. Selain itu sistem rujukan berjenjang yang diterapkan BPJS Kesehatan berdasarkan Peraturan Direktur Jaminan Pe-layanan Kesehatan Nomor 4 tahun 2018 tentang penyelenggaraan sistem rujukan berjenjang. Kemudian BPJS Kesehatan melakukan upaya preventif untuk pasien-pasien kronis.
2.	Ni Kadek Arimi (2023)	Analisis Implementasi Kebijakan Tarif INA-CBG's pada Rumah Sakit Umum Anutapura Kota Palu	Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 5 responden pada penelitian ini, lebih banyak yang menyatakan implementasi kebijakan penetapan tarif nilai INA-CBGS terhadap diagnosa penyakit sudah baik (60%) dari pada responden yang menyatakan implementasi kurang

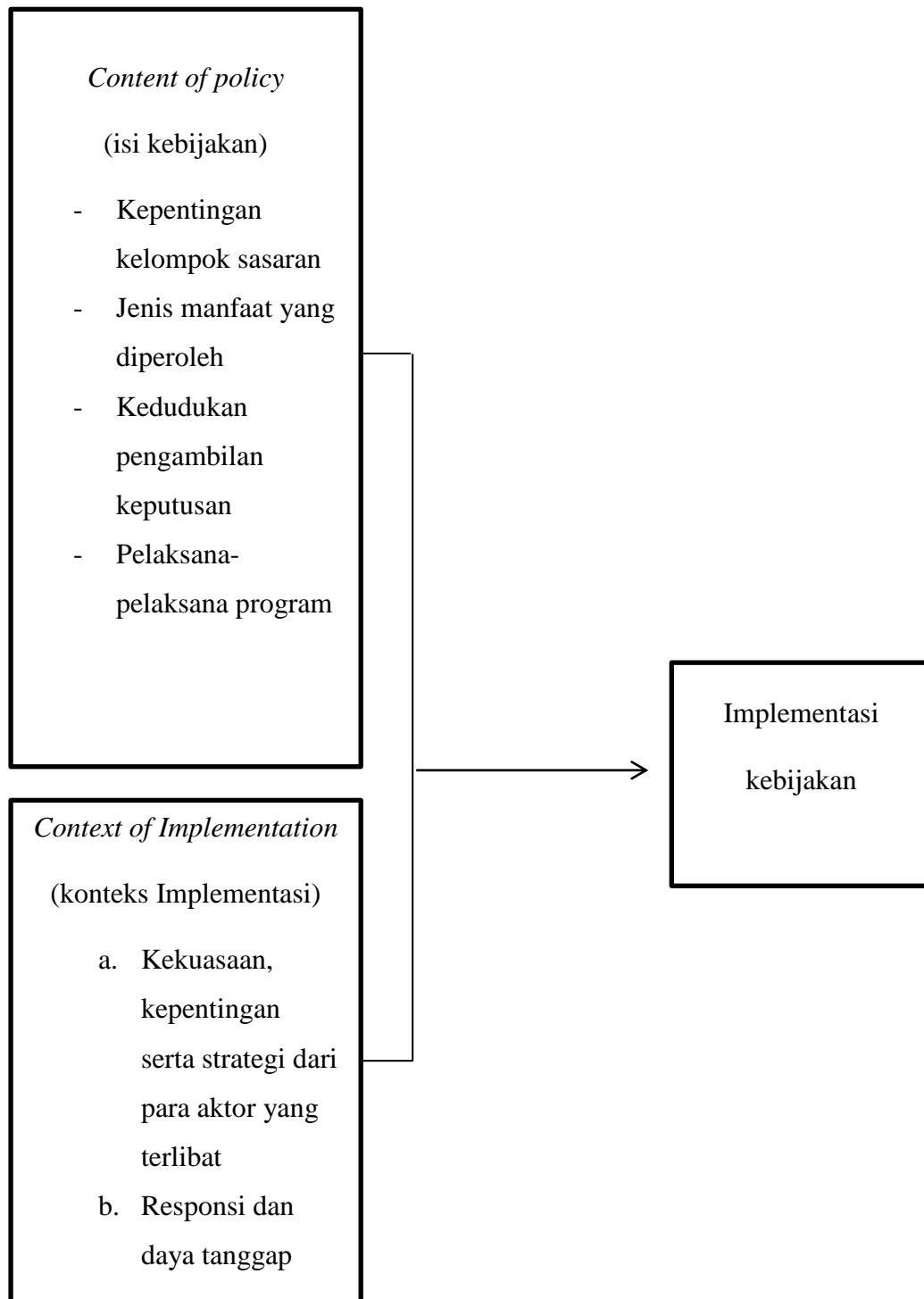
baik (40%). Kesimpulan dalam penelitian ini yaitu lebih banyak responden di Rumah Sakit Umum Anutapura Palu yang menyatakan implementasi kebijakan penetapan tarif nilai INA-CBGS terhadap diagnosa penyakit sudah baik dari pada responden yang menyatakan kurang baik. Disarankan pada pihak Rumah Sakit Umum Anutapura Palu agar menerapkan tarif diagnosa penyakit sesuai dengan nilai INA-

No	Peneliti	Judul	Hasil Penelitian
			CBGS, sehingga dapat menyesuaikan tingkat ekonomi pasien.
3.	Oktarina Mahanggi dan Abdul Rahem (2023)	<i>Comparative Analysis of Real Costs and INA CBG's Rates in BPJS Kesehatan Patients with Schizophrenia</i>	Terdapat perbedaan antara biaya riil dengan tarif INA-CBG ($p = 0,002$), dengan rata-rata komponen biaya riil rumah sakit tertinggi terdapat pada ruang rawat inap (Rp 3.397.723 (34,34%). Faktor yang mempengaruhi biaya riil pasien rawat inap adalah pasien skizofrenia adalah lama rawat ($p=0,000$).
4.	Andy Suheri (2022)	Analisis Perbedaan Tarif Riil Rumah Sakit dengan Tarif INA-CBG'S Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Asy-syifa Suamtera Barat	Tarif riil yang dihitung pada sampel penelitian ini (158 responden) sebanyak Rp.768.368.097 dan jumlah pengklaiman yang didapat dari PBJs melalui tarif INA-CBGS sebanyak Rp.562.818.800, sehingga selisih kerugian sebanyak Rp. 205.549.297. Selisih tarif rata-rata antara tarif INA-CBGS dengan tarif riil sebesar Rp. 1.300.944,92 menunjukkan selisih yang bermakna secara statistik ($p=001$).
5.	Ayu Hendrati & Setiawan (2020)	Analisis Perbedaan Tarif Riil Rumah	Hasil penelitian dari 65 pasien rawat inap kardiologi melalui proses <i>Percutaneous Coronary Intervention</i>

		Sakit Dengan Tarif INA-CBG's Pasien Rawat Inap Pada Kasus Percutaneous Coronary intervention (PCI) Guna Menunjang Efisiensi Biaya	(PCI) yang dianalisa peneliti menemukan tarif rill rumah sakit lebih tinggi dari tarif INA-CBG's dengan tarif tertinggi rumah sakit sebesar Rp. 147.475.394,- sedangkan tarif tertinggi INA-CBG's sebesar Rp. 50.437.500,- dan hal ini menunjukkan bahwa selisih antara tarif rill rumah sakit dengan tarif INA-CBG's tidak sedikit dan menyebabkan kerugian yang
No	Peneliti	Judul	Hasil Penelitian
		Rumah Sakit Bandung	lumayan besar bagi rumah sakit, faktor yang menyebabkan terjadinya perbedaan tarif rill rumah sakit adalah penjaminan BPJS yang kurang sedangkan biaya tindakan Percutaneous Coronary Intervention (PCI) sangat tinggi, maka rumah sakit harus melakukan upaya pengendalian biaya dengan menerapkan standarisasi pelayanan agar biaya rumah sakit menjadi lebih efisien dan tidak terjadinya tarif rill rumah sakit yang lebih tinggi dibandingkan INACBG's.

2.7 Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir yang digunakan dalam penelitian ini merujuk pada teori implementasi kebijakan, yang dikemukakan oleh Teori Merilee S. Grindle didalam buku Subianto (2020) yang menegaskan bahwa keberhasilan proses implmentasi kebijakan sampai kepada tercapainya hasil, tergantung kepada kegiatan program yang telah dirancang dan pembiyaan cukup, yang dipengaruhi oleh *Content of policy* (isi kebijakan) dan *Context Implementation* (konteks kebijakan).

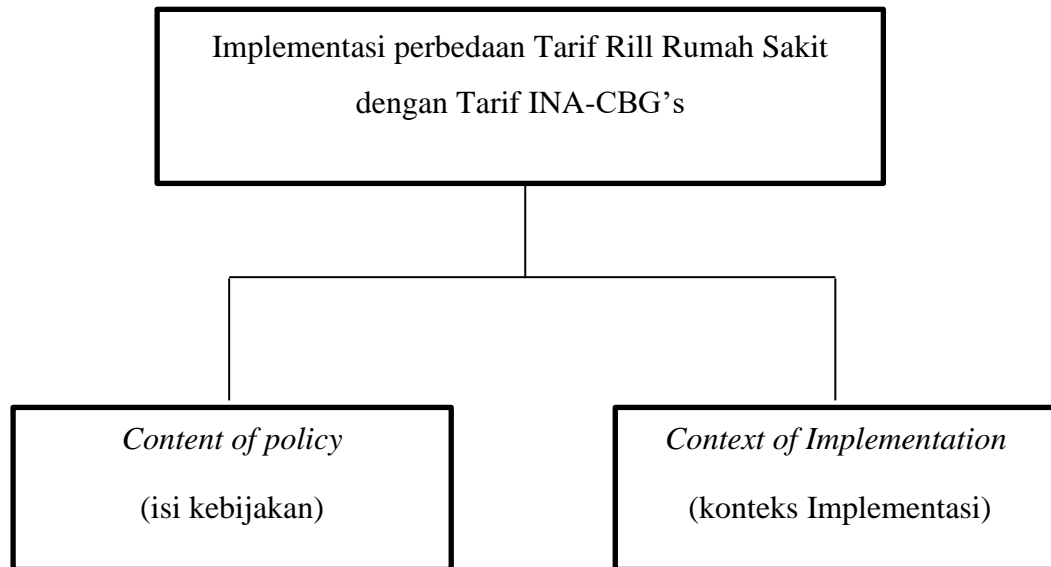


Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber : (Subianto, 2020)

2.8 Alur Pikir

Implementasi kebijakan merupakan aspek yang penting dari proses kebijakan, implementasi pada prinsipnya adalah sebuah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya.



Gambar 2. 2 Alur Pikir

Sumber : (Subianto, 2020)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian, dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode ilmiah.

Dengan pendekatan yang bersifat konstruktivisme yaitu sebagai penelitian yang menekankan peranaktif peneliti dalam membangun pemahaman dan memberi makna terhadap informasi dan peristiwa yang dialami (Sugiyono, 2020).

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang pada bulan Oktober sampai Desember 2024

3.3 Informan Penelitian

Pemilihan informan diambil dengan menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang ditentukan oleh peneliti (Notoatmodjo, 2018). Pemilihan informan yang dianggap mengetahui masalah lebih luas dan mendalam sehubungan dengan objek penelitian serta dapat dipercaya dan kompeten sebagai sumber data. Subjek atau informan dalam penelitian ini adalah orang yang memahami informasi terkait objek penelitian baik sebagai pelaku maupun lainnya atau dalam Implementasi

perbedaan tarif rill rumah sakit dengan tarif INA-CBG's. Informan yaitu pihak-pihak yang tahu banyak mengenai tarif rill rumah sakit dan tarif INA-CBG's di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin. Padang, sehingga dapat memberikan data dan jawaban yang memadai pada saat dilakukan wawancara, informan dalam penelitian ini adalah kepala unit keuangan, staf bagian bendahara, kepala unit bidang *casemix*, staf klaim bagian rawat inap, staf *coder* di bidang *casemix*, *dokter*, *kepala perawat*.

Tabel 3. 1 Daftar Informan Penelitian Perbedaan Tarif Rill RS dengan Tarif INA-CBG's

No.	Informan	Kode Informan	Jumlah
1.	Kepala Unit Keuangan	IF 1	1
2.	Staf bagian Bendahara	IF 2	1
3.	Kepala Unit Bagian Casemix	IF 3	1
4.	Staf klaim bagian rawat inap	IF 4	1
5.	Staf <i>Coder</i>	IF 5	1
6.	Dokter	IF 6	1
7.	Kepala Bagian Perawat	IF 7	1

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan cara melakukan Teknik wawancara mendalam (*Indepeth Interview*) yaitu dengan jenis wawancara semi terstruktur. Wawancara mendalam dilakukan dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan informan menggunakan panduan wawancara, namun pewawancara tetap bebas menggali informasi dan mengajukan pertanyaan yang menarik bagi peneliti, sehingga Menggali informasi yang lengkap dan mendalam mengenai tujuan informasi

yang ingin dicapai maka pengumpulan data dilakukan berhadapan secara langsung dengan narasumber, serta melakukan telaah dokumen untuk mengkaji dokumen-dokumen yang mengatur sebuah kegiatan.

3.4.1 Wawancara Mendalam

Pertanyaan dalam wawancara mendalam (*in-depth interviewing*) pada umumnya disampaikan secara spontanitas. Hubungan antara pewawancara dan yang diwawancarai adalah hubungan yang dibangun dalam suasana "*biasa*", sehingga pembicaraan berlangsung sebagaimana percakapan sehari-hari, yang tidak formal. Jenis wawancara informal yang sangat populer digunakan sebagai salah satu teknik dalam pengumpulan data, yaitu wawancara mendalam (*In-depth interviewing*). Wawancara mendalam ini merupakan teknik pengumpulan data yang esensial dalam studi kasus. Wawancara mendalam merupakan wawancara yang dilakukan dengan lentur dan terbuka, tidak berstruktur ketat, dan tidak dalam suasana formal. Wawancara ini dilakukan berulang pada informan yang sama, dengan pertanyaan berbentuk *open-ended*, yaitu pertanyaan tentang fakta dari peristiwa atau aktivitas, dan opini. Tujuan utama wawancara mendalam adalah untuk dapat menyajikan konstruksi saat sekarang dalam suatu konteks mengenai para pribadi, peristiwa, aktivitas, perasaan, motivasi, tingkat dan bentuk keterlibatan, dan sebagainya. Oleh sebab itu, dalam wawancara mendalam, informan dapat mengemukakan pendapatnya, dan digunakan sebagai dasar bagi penelitian selanjutnya (Sugiyono, 2020). Wawancara mendalam yang akan dilakukan oleh peneliti yaitu mengenai: Implementasi Tarif Rill dan Tarif INA-Cbg's

1. Kepentingan kelompok sasaran dalam implemtasi tarif
2. jenis manfaat yang diperoleh dalam implementasi tarif
3. kedudukan pengambilan dalam implmentasi tarif
4. pelaksana-pelaksana program pada implementasi tarif
5. sumber-sumber yang disediakan dalam implemtasi tarif

Wawancara mendalam akan dilakukan kepada informan yang terkait dengan tarif rill rumah sakit dengan tarif INA-CBG's yang mana seperti daftar tabel 3.1 yang mana informan yang akan di lakukan wawancara mendalam yaitu ada:

- 1) Bagian Unit Keuangan yang terdiri dari: kepala keuangan, kepala dan staf sub perencanaan, anggaran, pelaporan, akuntansi, bendahara.
- 2) Bagian Unit Casemix yang terdiri dari: kepala ruangan, staff klaim ranap, dan staf Coder.

3.4.2 Telaah Dokumen

Menurut Cresswell (2007), menyatakan bahwa selama proses penelitian, penulis bisa mengumpulkan dokumen-dokumen kualitatif. Telaah dokumen ini merupakan suatu cara untuk melakukan kajian, pemeriksaan terkait suatu hal melalui dokumen-dokumen yang mengatur sebuah kegiatan (Putra, 2014).

Teknik pengumpulan data dengan dokumen adalah metode yang digunakan untuk mengumpulkan informasi dari berbagai jenis dokumen tertulis, seperti arsip, laporan, catatan, surat, artikel, dan sumber lainnya yang telah terdokumentasi. Teknik ini digunakan untuk mendapatkan data sekunder yang telah ada sebelumnya dan relevan dengan topik penelitian. Pada penelitian ini peneliti akan menggunakan undang-undang dan peraturan yang dikeluarkan oleh

pemerintah. Hasil pengamatan dan wawancara, peneliti akan membandingkan kesesuaian menggunakan dokumen-dokumen tersebut.

3.5 Teknik Pengolahan Data

Dalam penelitian kualitatif, pengolahan data yang sudah terkumpul dilakukan dengan tahap sebagai berikut (Sugiyono, 2020)

a. Transkripsi hasil wawancara

Melakukan pencatatan hasil wawancara dalam bentuk tulisan, sehingga data yang didapatkan lebih jelas dan terstruktur.

b. Reduksi Data

Reduksi data merupakan sebuah proses pemilahan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data mentah yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Reduksi data berlangsung secara berkesinambungan selama kegiatan yang berorientasi kualitatif berjalan.

c. Penyajian Data

Alur pengolahan data kualitatif selanjutnya adalah penyajian data. Setelah melakukan reduksi data maka langkah selanjutnya adalah menyajikan data, data yang disajikan merupakan sekumpulan informasi tersusun dalam bentuk matrik kualitatif yang memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan.

d. Penarikan kesimpulan dan penafsiran data

Langkah terakhir yaitu melakukan penarikan kesimpulan dan penafsiran data. Data yang telah disajikan dalam matrik kualitatif yang kemudian di simpulkan dalam bentuk narasi deskriptif.

3.6 Teknik Analisis Data

Semua data yang sudah dikumpulkan dianalisis dengan menggunakan pendekatan isi, yaitu dengan cara membandingkan hasil data yang telah dikelompokkan dengan tinjauan pustaka dan teori-teori yang ada. Untuk menghindari terjadinya kesalahan yang mungkin dapat terjadi, maka dapat dilakukan pengecekan keabsahan data dengan menggunakan triangulasi data yang terdiri dari (Sugiyono, 2020):

- a. Triangulasi sumber, yaitu dengan cara mewawancarai hal yang sama kepada informan yang berbeda dan bisa dilakukan penarikan kesimpulan setelahnya.
- b. Triangulasi metode, yaitu dengan cara memeriksa data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda, yaitu wawancara mendalam dan telaah dokumen.

3.7 Defenisi Istilah

- a. Implementasi tarif didefenisikan sebagai aktifitas-aktifitas yang dilakukan untuk melaksanakan sesuatu kebijakan secara efektif. Implementasi ini merupakan pelaksanaan keanekaragaman program yang dimaksudkan dalam suatu kebijakan (Turap et al., 2006)
- b. *Content of Policy* (isi kebijakan), dapat didefenisikan sebagai jenis manfaat yang diterima oleh target group, dan sejauhmana perubahan yang diinginkan dari sebuah kebijakan, apakah letak sebuah program sudah tepat, apakah

sebuah kebijakan telah menyebutkan implementasinya dengan rinci, dan apakah sebuah program sudah didukung dengan sumber daya yang memadai (Trisnanti, 2014).

- c. *Context of Implementation* (konteks kebijakan), dapat didefinisikan bahwa setelah kebijakan ditransformasikan barulah implementasi kebijakan dilakukan. Keberhasilan ditentukan oleh derajat implementability dari kebijakan tersebut (Trisnanti, 2014).

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang merupakan salah satu Rumah Sakit Khusus tipe A yang melaksanakan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan paripurna serta merupakan Rumah Sakit Khusus dengan peralatan medis terlengkap di wilayah Sumatera Barat. Meningkatnya tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang prima, sejalan dengan peningkatan pola hidup dan daya beli masyarakat, maka mereka memungkinkan untuk memilih sarana pelayanan Rumah Sakit yang paling dapat memenuhi kebutuhan dan harapannya. Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang berupaya untuk menyediakan fasilitas dan pelayanan prima sesuai dengan yang diharapkan masyarakat tersebut.

4.1.1 Sejarah Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

Pada tahun 1932 di Padang terdapat dua tempat penampungan orang sakit jiwa. Lokasi pertama dibelakang Rumah; Sakit Tentara di Parak Pisang (Sekarang Rumah Sakit Tentara Reksodiwiryo) disebut sebagai Doorganghuis voorKrankzinnigen, dan ini merupakan bagian dari Militaire Hospital dan lokasi kedua ditempat RSJ sekarang, disebut sebagai Koloni Orang Sakit Djiwa (KOSD) Ulu Gadut. Di Ulu Gadut ini orang sakit jiwa melakukan kegiatan pertanian (sawah,ladang dan perkebunan). Setelah diresmikan berdiri pada tahun 1932 disebut Rumah Sakit Jiwa Parak Pisang, dan Ulu Gadut adalah tempat Koloni Orang Sakit Jiwa.