

Pada zaman Revolusi 1945 terjadi pengungsian orang sakit jiwa secara keseluruhan dari Parak Pisang ke KOSD Ulu Gadut karena situasi semakin tidak aman. Dan 21 Januari 1947, waktu agresi Belanda terjadi lagi evakuasi/pengungsian karena situasi tidak aman lagi dari Ulu Gadut ke Sawah Lunto, menumpang dan bergabung dengan RSU Sawah Lunto (Pimpinan RSU waktu itu Dr.H.Hasan Basri Sa`anin Dt.Tan Pariaman) kemudian bernama Rumah Perawatan Sakit Jiwa (RPSD).

Tahun 1954 dilakukan pembangunan kembali serta pemugaran bangsal bangsal di Ulu Gadut dan pasien dikembalikan secara bertahap, dan KOSD diubah namanya menjadi Rumah Sakit Jiwa Ulu Gadut. Sejak tahun 1961 statusnya diubah menjadi Rumah Sakit Jiwa Pusat Ulu Gadut Padang (kapasitas 110 tempat tidur) dan berakhir sampai tahun 2000. Berdasarkan surat Menkes-Kesos RI No 1735/Menkes-Kesos / 2000 tanggal 12 Desember 2000 perihal Pengalihan UPT dimana kepemilikan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr.HB.Sa`anin Padang berada dibawah Pemerintah daerah Provinsi Sumatera Barat.

Dalam pelaksanaan tugas dan kegiatan RSJ mengacu kepada Peraturan Daerah Provinsi Sumatera Barat Nomor: 7 Tahun 2010 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang dan dan Peraturan Gubernur Sumatera Barat No. 6 tahun 2011 tentang Rincian Tugas Pokok, Fungsidan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Dan Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor: 440- 538-2011.

4.1.2 Profil Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

a. Visi

Visi Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang adalah “Pusat Unggulan Kesehatan Jiwa di Indonesia.”

b. Misi

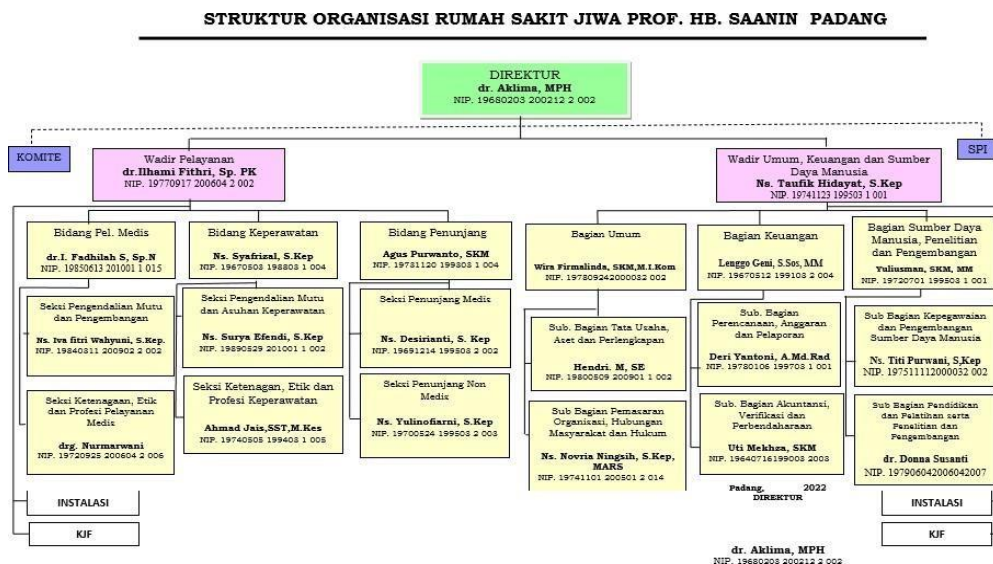
Adapun misi untuk mewujudkan visi tersebut yaitu:

- 1) Memberikan Pelayanan Kesehatan Jiwa
- 2) Meningkatkan Kemandirian Rumah Sakit

c. Motto

Motto Rumah Sakit untuk mengimplementasikan misi Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang adalah “Mengutamakan Pelayanan yang Ramah, Cepat, Tepat dan Terbaik.”

d. Struktur Organisasi



Gambar 4. 1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

4.2 Temuan Hasil Penelitian

Dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti mengenai analisis implementasi perbedaan tarif rill rumah sakit dengan tarif INA-CBG's pada pelayanan rawat inap pasien schizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof HB.Saanin Padang. Pada penelitian ini informan terdiri dari 4 orang yaitu kepala unit bagian keuangan (IF 1), kepala unit bagian casemix (IF 3), staf klaim bagian rawat inap (IF 4), staf *cooder* (IF 5), yang dianggap mengetahui masalah lebih luas dan mendalam mengenai objek penelitian serta dapat dipercaya dan kompeten sebagai sumber data informasi Berikut ini data informan dalam bentuk tabel :

Tabel 4. 1 Identitas Informan

No.	Kode Informan	Usia	Pendidikan terakhir	Jabatan/Pekerjaan
1.	IF 1	57 thn	S2	Kepala unit bagian keuangan
2.	IF 2	46 thn	S1	Staf bagian Bendahara
3.	IF 3	54 thn	S1	Kepala Unit Bagian Casemix
4.	IF 4	41 thn	S1	Staf klaim bagian rawat inap
5.	IF 5	46 thn	D3	Staf <i>Coder</i>
6.	IF 6	42 thn	S2	Dokter
7.	IF 7	57 thn	S1	Kepala bagian Perawat

Sumber : From Identitas Informan,2024

Informan wawancara yang dipilih adalah pegawai di Rumah Sakit Jiwa Prof HB.Saanin Padang dan terlibat dalam pengelolaan tarif rill rumah sakit dan tarif ina-cbg's. Terdapat satu informan yang tidak dapat diwawancarai yaitu informan staf bagian bendahara (IF 2) dan dua informan lain yaitu dokter (IF 6) dan bagian kepala perawat (IF 7) yang dianggap tidak memiliki wewenang untuk memberi informasi yang dibutuhkan oleh peneliti.

4.3 Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di RSJ Prof.HB.Saanin Padang.

Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan program pemerintah dalam rangka menjamin setiap warga negara Indonesia dengan sistem penjaminan kesehatan secara nasional. Kebijakan tarif INA-CBG's (*Indonesia Case-Based Groups*) merupakan pendekatan pembiayaan kesehatan yang digunakan oleh BPJS Kesehatan untuk memberikan standar tarif pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kebijakan ini diterapkan di seluruh Indonesia, termasuk di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang, yang melayani pasien dengan gangguan jiwa, seperti schizofrenia. Namun, implementasi kebijakan ini menghadapi berbagai tantangan ketika disandingkan dengan tarif riil rumah sakit, yang mencerminkan biaya aktual pelayanan kesehatan.



Gambar 4. 2

Alur Pelayanan Program JKN di RSJ Prof.HB.Saanin Padang

Implementasi tarif INA-CBG's merupakan besaran pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjut atas paket layanan berdasarkan pengelompokan diagnosis penyakit. Implementasi tarif rill rumah sakit merupakan Tarif rill rumah sakit dengan besaran dana yang harus disediakan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat sesuai dengan peraturan daerah yang berlaku.

Dalam melaksanakan implementasi terdapat 2 variabel yang mempengaruhi adanya perbedaan tarif rill rumah sakit dengan tarif INA-CBG's, 2 variabel tersebut adalah *Content of Policy* (isi kebijakan) dan *Context of Implementation* (konteks kebijakan) yang mana masing-masing variabel ini memiliki beberapa unsur di antaranya pada *Content of Policy* (isi kebijakan) memiliki beberapa unsur diantaranya : Kepentingan kelompok sasaran, Jenis manfaat yang diperoleh, Kedudukan pengambilan keputusan, Pelaksana-pelaksana program. Variabel *Context of Implementation* (konteks kebijakan) ini juga memiliki beberapa unsur yaitu: Kekuasaan kepentingan serta strategi dari para aktor yang terlibat, Responsi dan daya tanggap.

4.2.1 Pengertian Implementasi Perbedaan Tarif rill rumah sakit dan tarif INA-CBG's

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan informan mengatakan bahwa tarif rill rumah sakit dan tarif INA-CBG's ini merupakan tarif yang digunakan oleh pihak rumah sakit dalam melakukan penyesuaian pengajuan pembayaran kepada BPJS. Seperti yang dijelaskan oleh informan 1,3,4, dan 5.

“ kalau untuk analisis implementasi tarif rill dan ina cbg’s ini itu untuk mencocokkan antara tarif INA-CBG’s dengan tarif rill, tadikan ada dibilang sama yulia kan, kalau tarif yang sudah sesuai nanti di ajukan ke BPJS

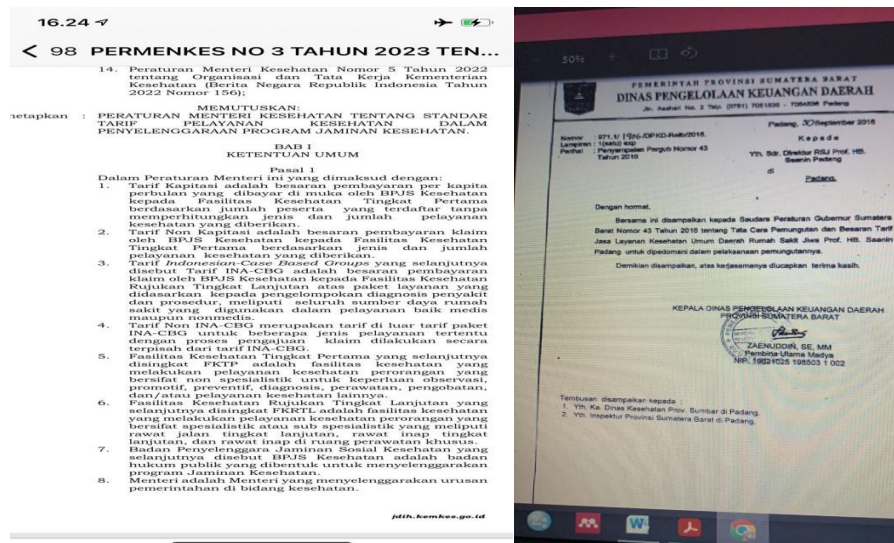
(IF 1).”

“ ee tarif kita dirumah sakit itu berdasarkan perda kalau tarif eee INA-CBG’s itu berdasarkan permenkes, kalau untuk maksud dari tarif rill dan tarif INA-CBG’s aa mungkin bu yulia yang tau karena yulia yang sering mengerjakan, aa ya coba dijawab ya (IF 3).”

“ kalau untuk tolak ukurnya kita dirumah sakit ini hanya menjadi pembanding saja yang dibayarkan itu sesuai dengan yang dibayarkan BPJS itu sesuai permenkes (IF 3).”

“ kalau untuk tarif rill rumah sakit kita inputkan di INA-CBG’s atau apa ee, di aplikasi E-Klaim eee kita inputkan tarif rill rumah sakit nanti, untuk tarif INA-CBG’s nya itu adalah tarif yang keluar dari eee hasil grouping dari INA-CBG’s (IF 4).”

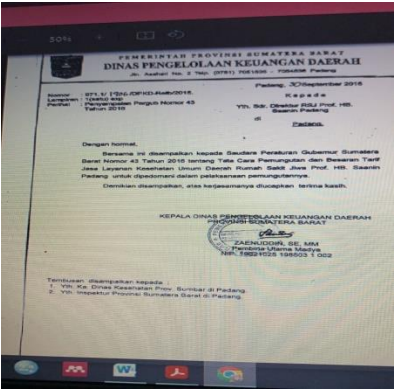
“ kalau tarif rill itu tarif yang disediakan oleh rumah sakit dan akan disesuaikan dengan INA-CBG’s (IF 5).”



Gambar 4. 3 isi Permenkes dan Perda

Dari pernyataan diatas hasil wawancara dan dokumentasi dapat disimpulkan bahwa implementasi perbedaan tarif rill rumah sakit dengan tarif INA-CBG's ini adalah tarif yang digunakan oleh Rumah Sakit Jiwa Prof.HB Saanin Padang yang mana tarif rill ini merupakan tarif yang memang disediakan oleh rumah sakit kemudian di inputkan di sebuah aplikasi yang disebut dengan E- klaim yang berguna untuk menyesuaikan antara tarif rill dan tarif INA-CBG's.

No	Indikator	Informan	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
		IF 4	<p><i>kalau untuk tarif riil rumah sakit kita inputkan di INA-CBG's atau apa ee, di aplikasi E-Klaim eee kita inputkan tarif riil rumah sakit nanti, untuk tarif INA-CBG's nya itu adalah tarif yang keluar dari eee hasil grouping dari INA-CBG's.</i></p>	<p>nasional. Tolak ukur yang digunakan oleh rumah sakit adalah sebagai pembandingan untuk memastikan bahwa pembayaran yang diterima dari BPJS sesuai dengan ketentuan Permenkes. Apabila ditemukan tarif yang sudah sesuai antara tarif riil dan tarif INA-CBG's, tarif tersebut dapat diajukan ke BPJS untuk proses pembayaran. Analisis ini membutuhkan pemahaman mendalam tentang kedua tarif, di mana tarif riil mencerminkan biaya operasional rumah sakit, sedangkan tarif INA-CBG's mencerminkan standar nasional berdasarkan sistem klasifikasi kasus yang berlaku.</p>
		IF 5	<p><i>kalau tarif riil itu ratif yang disediakan oleh rumah sakit dan akan disesuaikan dengan INA-CBG's.</i></p>	

No.	Indikator	Dokumentasi	Kesimpulan Metode
1.	Implementasi tarif rill rs dan tarif INA-CBG's	<p>16.24 ✓</p> <p>< 98 PERMENKES NO 3 TAHUN 2023 TEN...</p> <p>14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang "Opinion" dan "Tata Kerja Kementerian Kesehatan" (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 136).</p> <p>MEMUTUSKAN: menetapkan: PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR TARIF PELAYANAN KESEHATAN DAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN.</p> <p>BAB I KETENTUAN UMUM</p> <p>Paragraf 1. Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksudkan dengan: 1. Tarif Kesehatan adalah harga pembiayaan per kapita kesehatan yang ditetapkan di dalam tarif kesehatan keluarga Fasilitas Kesehatan Tingkat Perawatan Kesehatan yang meliputi semua pelayanan kesehatan yang diberikan, dan jumlah pembayaran Tarif Kesehatan adalah besaran pembayarnya sesuai oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Perawatan. (dibebaskan) dan atau jumlah pembayaran kesehatan yang diberikan; 2. Tarif Kesehatan adalah besaran pembayarnya sesuai oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Perawatan. (dibebaskan) dan atau jumlah pembayaran kesehatan yang diberikan; 3. Tarif Professional Care (Tarif) adalah besaran pembayarnya sesuai oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Perawatan. (dibebaskan) dan atau jumlah pembayaran kesehatan yang diberikan; 4. Tarif Non INA-CBG merupakan tarif di luar tarif paket INA-CBG untuk layanan prima, perawatan, tindakan, prosedur, dan tarif INA-CBG. (dibebaskan) dan atau jumlah pembayaran kesehatan yang diberikan; 5. Fasilitas Kesehatan Tingkat Perawatan yang menggunakan standar PKPT adalah fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan, perawatan, tindakan, prosedur, dan tarif INA-CBG. (dibebaskan) dan atau jumlah pembayaran kesehatan yang diberikan; 6. Fasilitas Kesehatan Tingkat Perawatan yang menggunakan standar PKPT adalah fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan, perawatan, tindakan, prosedur, dan tarif INA-CBG. (dibebaskan) dan atau jumlah pembayaran kesehatan yang diberikan; 7. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tindakan, prosedur, dan tarif INA-CBG. (dibebaskan) dan atau jumlah pembayaran kesehatan yang diberikan; 8. Menteri adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.</p> <p>JKK, Jakarta, 04</p> 	<p>Dapat disimpulkan bahwa Tarif rill dan tarif rill Rumah Sakit ini ditahun 2023 di atur oleh perda No. 43 Tahun 2016 sedangkan Tarif INA-CBG's ini merujuk ke Permenkes No.3 Tahun 2023. yang di implementasikan dirumah sakit ini dijadikan sebagai pembandaing untuk memastikan bahwa pembayaran yang diterima dari BPJS sesuai dengan ketentuan atau kebijakan yang sudah ditetapkan.</p>

4.2.2 *Content of Policy (isi kebijakan)*

1. Kepentingan kelompok sasaran

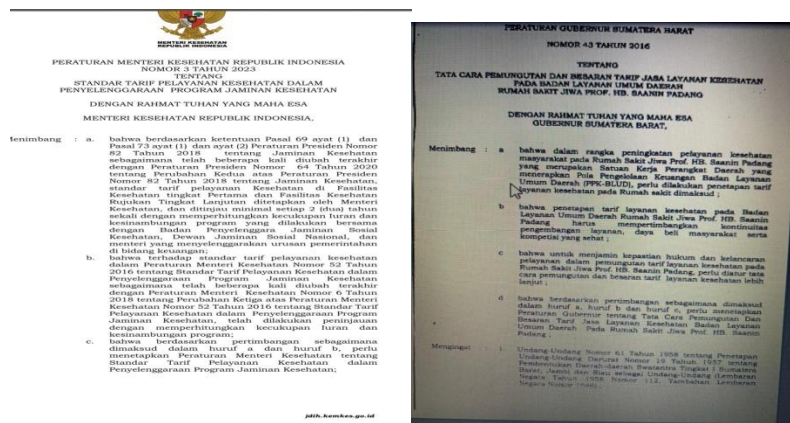
Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan informan mengatakan bahwasannya sasaran untuk tarif ini ke pasien dan untuk peraturan yang sudah ditetapkan mengenai tarif ini ada yang sudah sesuai dan ada juga yang belum. Seperti yang dijelaskan oleh informan 1

“ kalau sasaran implmentasi ini dengan adanya penerapan tarif tadi tentu adanya peningkatan ndak.” (IF-1)

“ Kalau sasaran kami tentu ke pasien “(IF-1)

“ Kalau untuk peraturan pendukung ini sebenarnya kami sudah ada tarif ee apa namanya pdrd (peraturan daerah sumatra barat tentang pajak daerah) boleh difotokan saja” (IF-1)

“Kalau untuk peraturan yang ditetapkan sudah sesuai atau belum ee ada yang sesuai dan ada juga yang tidak, karena kita sudah dulu mengusulkan kan tapi mungkin banyaknya rumah sakit yang mengusulkan juga, karna banyak yang mengusulkan ini berubah ini juga berubah jadi peraturannya ga sesuai, ada misalnya tarif lama yang lebih rendah seharusnya naik nah sudah tu karna ada yang tidak sesuai tu jadi diusulkan lagi (IF-1).”

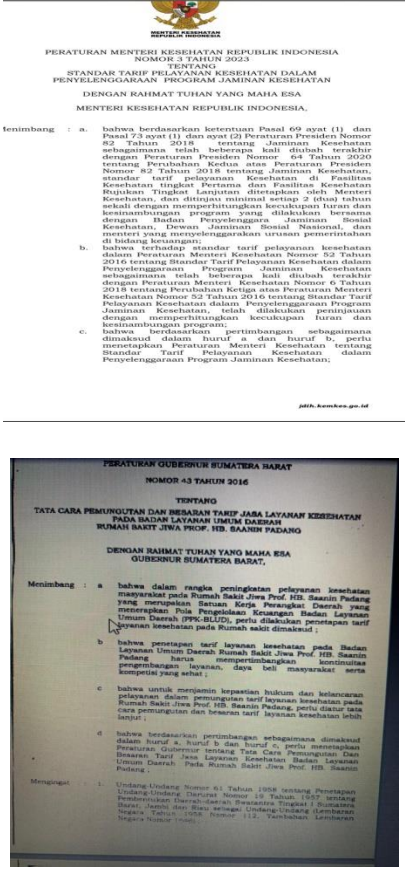


Dari pernyataan wawancara dan dokumentasi diatas dapat disimpulkan bahwa kalau untuk sasaran rumah sakit menetapkan sasaran tarif ini ke hanya ke pasien, dan untuk peraturan yang sudah ditetapkan juga masih ada yang belum sesuai dengan yang di inginkan oleh pihak rumah sakit maka dari itu rumah sakit selalu melakukan pengajuan tarif untuk menyesuaikan tarif dengan kebutuhan.

Tabel 4. 3 Matriks Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Mengenai Kepentingan Kelompok Sasaran Aspek *Content of Policy* (isi kebijakan)

No	Indikator	Informan	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
1.	<i>Content of Policy</i> (isi kebijakan) Kepentingan kelompok sasaran	IF 1	<p><i>kalau sasaran implmentasi ini dengan adanya penerapan tarif tadi tentu adanya peningkatan ndak.</i></p> <p><i>“Kalau sasaran kami tentu ke pasien “</i></p> <p><i>“Kalau untuk peraturan penukung ini sebenarnya kami sudah ada tarif ee apa namanya pdrd (peraturan daerah sumatra barat tentang pajak daerah) boleh difotokan saja, Kalau untuk peraturan yang ditetapkan sudah sesuai atau belum ee ada yang sesuai dan ada juga yang tidak, karena kita sudah dulu mengusulkan kan tapi mungkin banyaknya rumah sakit yang</i></p>	<p>Dapat disimpulkan bahwa Penerapan dalam layanan kesehatan dirumah sakit ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien, menjadi sasaran utama kebijakan ini. Untuk peraturan pendukung agar tercapainya sasaran, implementasi tarif ini merujuk pada Peraturan Daerah Sumatra Barat No. 8 Tahun 2023 tentang Pajak Daerah yang menjadi dasar hukum pelaksanaan. Namun, terdapat ketidaksesuaian antara peraturan yang berlaku dengan usulan tarif yang diajukan oleh rumah sakit. Hal ini disebabkan oleh banyaknya rumah sakit yang mengajukan revisi tarif secara bersamaan, sehingga terjadi perubahan yang tidak sepenuhnya menyesuaikan</p>

No	Indikator	Informan	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
			<p><i>mengusulkan juga, karna banyak yang mengusulkan ini berubah ini juga berubah jadi peraturannya ga sesuai, ada misalnya tarif lama yang lebih rendah seharusnya naik nah sudah tu karna ada yang tidak sesuai tu jadi diusulkan.</i></p>	<p>kebutuhan masing-masing fasilitas kesehatan. Sebagai contoh, beberapa tarif lama yang dinilai terlalu rendah seharusnya dinaikkan, tetapi perubahan tersebut belum sepenuhnya terlaksanakan. Oleh karena itu, upaya pengusulan ulang terus dilakukan untuk menyelaraskan peraturan dengan kebutuhan sebenarnya di lapangan, guna untuk memastikan efektivitas implementasi kebijakan tarif ini.</p>

No.	Indikator	Dokumentasi	Kesimpulan Metode
1.	<p><i>Content of Policy</i> (isi kebijakan)</p> <p>Kepentingan kelompok sasaran</p>	 <p>The first document is a Ministerial Regulation (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023) regarding the standards for health services in the health insurance program. It discusses the revision of tariffs and the goal of providing affordable and quality services. The second document is a Regional Regulation (Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 43 Tahun 2016) regarding the service standards and tariffs for health services at the Baski Prof. HB. Saadon Padang Hospital, aiming to improve service quality and patient satisfaction.</p>	<p>Dapat disimpulkan bahwa pada peraturan yang menjadi acuan tarif rill dan tarif rumah sakit ini menjelaskan bahwa tentang standar tarif pelayanan kesehatan jaminan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan sebagaimana telah beberapa kali diubah, yang bertujuan untuk menyelaraskan peraturan dengan kebutuhan sebenarnya di lapangan, guna untuk memastikan efektivitas implementasi kebijakan tarif untuk memberikan pelayanan kepada pasien.</p>

2. Jenis manfaat yang diperoleh

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan informan mengatakan bahwasannya manfaat yang dapat diperoleh dari implementasi kedua tarif ini yaitu pada segi pendapatan yang akan disalurkan ke sarana dan prasarana rumah sakit dan juga agar tidak ada kerancuan terhadap tarif. Seperti yang dijelaskan oleh informan 1,3,4 dan 5

“Kalau untuk ibuk dibagian keuangan tentu manfaatnya pendapatan (IF 1).”

“aa tu tujuannya kita untuk mencocokkannya ee, kalau untuk dampaknya itu ke pada pendapatan, dikarenakan kita sumber pendapatannya sebagian besar dari BPJS (IF 1).”

“Ee kitakan bayar gaji apa semuanya disana tu ee untuk operasional rumah sakit contohnya seperti itu bayar gaji pegawai P3K, kontrak segala macam kn dibayarkan dari sana (IF 3).”

“jadi kalau untuk manfaat itukan di segi a penagihan aa penagihan aa kepada ee, penagihan klaim kepada BPJS jadi untuk implementasinya nantik dari eee klaim yang kita ajukan ke BPJS itukan eee nantik akan dipergunakan sebagai sarana ee untuk sarana dan prasarana di rumah sakit misalnya makan pasien, misalnya obat pasien, jadi nantik digunakan ee dialokasikan dananya untuk eee apa pelayanan kepada pasien (IF 4).”

“Manfaatnya sejauh ini aaa mungkin manfaatnya supaya tidak ada kerancuan antara tarif ina-cbg's sesuai dengan JKN BPJS aa gitu jadi

supaya tidak ada tumpang tindih jadi biasanya kita ajukan dengan tarif dengan yang tidak jauh beda sama biasanya (IF 5).”

Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa implementasi tarif ini memiliki manfaat terutama di pendapatan rumah sakit karena, sebagian besar pendapatan rumah sakit di peroleh dari tarif yang di ajukan untuk pembayaran pasien JKN ke BPJS, yang mana pendapatan tersebut digunakan untuk sarana dan prasaranan dirumah sakit seperti makan pasien, obat pasien dan gaji karyawan PPPK.

No	Indikator	Informan	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
		IF 4	<p><i>jadi kalau untuk manfaat itukan di segi a penagihan aa penagihan aa kepada ee, penagihan klaim kepada BPJS jadi untuk implemntasinya nantik dari eee klaim yang kita ajukan ke BPJS itukan eee nantik akan dipergunakan sebagai sarana ee untuk sarana dan prasarana di rumah sakit misalnya makan pasien, misalnya obat pasien, jadi nantik digunakan ee dialokasikan dananya untuk eee apa pelayanan kepada pasien.</i></p>	<p>Tujuan dari proses ini adalah untuk mencocokkan tarif layanan rumah sakit dengan standar yang ditetapkan oleh BPJS, seperti tarif INA-CBG's, agar tidak terjadi kerancuan atau tumpang tindih dalam pengajuan klaim. Dengan demikian, implementasi sistem klaim yang sesuai diharapkan dapat meningkatkan efisiensi dan transparansi dalam pengelolaan dana rumah sakit, sehingga pelayanan kepada pasien tetap optimal.</p>

No	Indikator	Informan	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
		IF 5	<i>Manfaatnya sejauh ini aaa mungkin manfaatnya supaya tidak ada kerancuan antara tarif ina-cbg's sesuai dengan JKN Bpjs aa gitu jadi supaya tidak ada tumpang tindih jadi biasanya kita ajukan dengan tarif dengan yang tidak jauh beda sama biasanya.</i>	

3. Kedudukan pengambilan keputusan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan informan yang menyebutkan kalau kedudukan pengambilan keputusan pada tarif tentunya meliputi beberapa bagian. Seperti yang dijelaskan oleh informan 1.

“ kalau untuk kedudukan pengambilan keputusan ini ya tentunya itu meliputi bagian manajemen rumah sakit seperti (direktur dan tim keuangan), dokter spesialis kejiwaan, tim BPJS Kesehatan, dan staf administrasi klaim. Setiap aktor memiliki peran berbeda, seperti pengelolaan anggaran, penentuan kebijakan pelayanan, dan pengajuan klaim. (IF 1).”

Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa untuk pengambilan keputusan terhadap tarif memerlukan keputusan dari beberapa bagian seperti bagian manajemen, PPA (Profesional Pemberi Asuhan), tim BPJS dan staf klaim.

Tabel 4. 5 Matriks Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Mengenai Kedudukan Pengambilan Keputusan dari Aspek *Content of Policy* (isi kebijakan)

No	Indikator	Informan	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
1.	<i>Content of Policy</i> (isi kebijakan) Kedudukan pengambilan keputusan	IF 1	<i>kalau untuk kedudukan pengambilan keputusan ini ya tentunya itu meliputi bagian manajemen rumah sakit seperti (direktur dan tim keuangan), dokter spesialis kejiwaan, tim BPJS Kesehatan, dan staf administrasi klaim. Setiap aktor memiliki peran berbeda, seperti pengelolaan anggaran, penentuan kebijakan pelayanan, dan pengajuan klaim</i>	Dapat disimpulkan bahwa dalam pengambilan keputusan di rumah sakit melibatkan berbagai aktor yang memiliki peran dan tanggung jawab berbeda untuk memastikan keputusan yang diambil agar bersifat komprehensif dan tepat sasaran. Aktor- utama dalam proses ini mencakup manajemen rumah sakit, seperti direktur dan tim keuangan, dokter spesialis dan tim bpjs yang memiliki tanggung jawab yang berbeda-beda guna membantu menyatukan berbagai perspektif, baik dari sisi keuangan, medis, maupun administratif, sehingga menghasilkan keputusan yang seimbang dan mendukung pelayanan kesehatan yang optimal.

4. Pelaksana-pelaksana program

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan informan yang menyatakan bahwa untuk bagian isi kebijakan yang dilakukan beserta dampak yang terjadi dalam pelaksanaan implementasi tarif ini terdapat beberapa informan yang tidak bisa memberikan jawaban. Seperti informan 3, dan 4

“ untuk kalau untuk kebijakan ini ya baiknya tanyakan langsung saja ke bagian keuangan karena uang ini ada sifatnya yang rahasia banyak yang sifatnya rahasia tapi nanti ke kabag keuangan aja (IF 3).”

“ Kalau menegnai dampak yang ditimbulkan pada rumah sakit atau pasien terhadap kebijakan implementasi ini ya ee iya ini mah banyak yang menjurus ke pimpinan karena bukan wewenang di casemix (IF 3).”

“ kebijakannya itu aa ini ya untuk kebijakan aa apa aa apa tadi, kebijakan sudah dibuat dijelaskan secara rinci itu di keuangan kalau kita tidak tau (IF-4).”

“ Sebelum di implementasikan kita rapat dulu biasanyakan aa jadi seblum rapat bisanya kita dikasih tau tarif ina-cbg's seperti ini tarif ini seperti ini, dirapatkan dulu baru bisa di implementasikan, ya sudah dijelaskan dulu (IF 5).”

Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwasannya kalau untuk isi kebijakan beserta dampaknya mengenai tarif ini tidak diketahui oleh oleh bagian staf casemix atau staf kalim.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan informan yang menyatakan bahwa untuk permasalahan yang terjadi pada saat pengimplementasian tarif ini beserta sumber masalah dan solusinya itu masih ada yang menutupi. Seperti yang dijelaskan oleh informan 1,3,4 dan 5.

“ Kalau permasalahan sejauh ini belum ada (IF 3). ”

“ Permasalahan tarif aaa kita dirumah sakit aa itu ada update lagi setelah kita ajukan ee klaim – klaim BPJS nantikan kita di update lagi tu, nanti dari hasil audit itu bisa jadi kita ee ada pengembangan eee apa bagian kompensasi bagian BPJS yang kalau seandainya eee tidak sesuai dengan ketentuan, misalnya aaa misalnya kita sudah melakukan pelayanan rawat jalan misalnya pasiennya sudah mendapat obat, sudah mendapatkan pelayanan dari dokter, kemudian nantik sorenya pasiennya datang lagi kerawat eee apa rawat inap nantik dia dirawat nah nantik untuk klaimnya itu hanya rawat inapnya saja yang akan kita tagihkan sementara rawat jalannya sudah kita ajukan nantik akan kita kembalikan, kita kompensasi lagi kita kembalikan lagi ke BPJS, jadi ada beberapa klaim yang tidak semuanya disetujui sama BPJS, ada beberapa klaim yang nantik akan kita kembalikan lagi (IF-4),jadi sumber permasalahan itu bisa terjadi bersumber dari mana kak? “bisa jadi ya seperti itu tadi pasiennya datang eee tapi ternyata dia tidak ee kita kan ga tau pasien ini ternyata dia eem menurut keluarga keluhan dia gelisah kitakan ga tau, kita kan terima rawat jalan diliat dikondisinya pas rawat jalan dia stabil masih bisa di berikan pengobatan dirumah aja ternyata eee pasiennya bisa jadi dia ngamuk dimana nantik dibawa lagi keluarganya

jadi itukan eee kita ga bisa memprediksi kan kalau pasien jiwa ni, ternyata dia datang lagi kerawat inap, nanti dia dirawat sementara untuk rawat jalannya kita udah layanin, udah mengasih obat ternyata eee kalim rawat inap kalau disatu hari yang sama itu hanya rawat satu episode eee apa misalnya ada rawat jalan rawat inap ee itu rawat inap aja yang dipilih untuk dilayakkan” kalau untuk permasalahan seperti itu untuk yang bertanggung jawab siapa ya kak? “yaa untuk yang bertanggung jawab sih eee gimana ya kita ga bisa ini juga ya ee karena kita juga ngikut ke aturan BPJS juga ee berdasarkan aturan, ee jadi kita tidak bisa cari siapa yang bertanggung jawab juga karena kalau kita cari ni salah ni salah susah juga kanjadi ya memang ee ya itulah resikoanya gitu, ee dari rumah sakit ya itulah yang namanya subsidi silang tadi jadi kalau misalnya ada yang seperti itu yang tidak dilayakkan untuk menyeimbangkannya yaitu dengan subsidi silang.”

Berarti solusinya subsidi silang tadi ya kak? “hak eh.”

Untuk harapan terhadap implementasi tarif ini sendiri untuk kedepannya itu dari kakak sendiri itu gimana ya kak? “ya harapannya pas penagihan itu memang sudah sesuai ee apah sesuai dengan aturan jadi kita pengajuan tidak ada lagi yang ee tidak layakkan jadi harapannya sih semuanya eeh klaim ini di setuju tidak ada lagi yang tidak layak karena eee auditnyaitukan eee apa untuk 2024 ini aja udah sering sekarang auditkan jadi BPJS menang sekarang memang lagi e memang lagi apa ssst eee memang apa namanya ee jadi kalim tu memang di cek benar-benar di cek jadi untuk eee apa klaim yang tidak layak tu bisa jadi besar gitu, jadi harapannya sih kita pelayanan

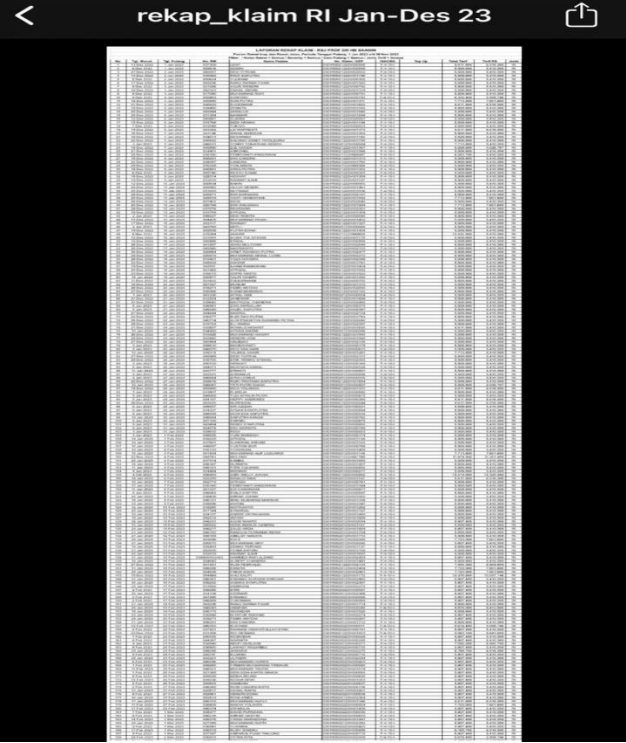
memang sesuai dengan aturan, sesuai dengan eee apa ee aturan yang berlaku jadi tidak ada lagi pending dan tidak ada lagi yang tidak layak.”

Jadi klaim pending atau tidak layak itu akan menacu ke kerugian atau gimana kak? “*ee iya karna pasti sudah mendapatkan layanan ternyata tidak dibayarkan gitu dan juga untuk sekarang ini pasiennya yang ee apa ada juga karena pasien jiwa kan eee kondisinya pasien tidak stabil ee tidak bisa kita prediksi gitu, jadi ada beberapa pasien yang satu tahun itu dia rawatannya 10 kali berartikan dia setiap bulan datang dirwat inap kadang alasan keluarga misalnya pasiennya eee baru dibawa pulang sehari atau lima hari dirumah nantik datang lagi jadi BPJS mempertanyakan sementara rumah sakit tidak bisa menolak pasien yang begitukan, kita tidak bisa menolak eee sementara BPJS mempertanyakan kenapa pasien bisa eee dilayani sampai 10 kali berartikan setiap bulan dia dirawat, tu jadikan diprtanyakan apakah rawatan sebelumnya tidak tuntas atau bagaimana kalau misalnya dari rumha sakit sih pasiennya sudah stabil pas pulang stabil tapi kita tidak tau dirumahan apakah keluarganya hanya tidak memperhatikan pasiennya kemudian pasiennya gelisah kembali jadi dibawak lagi kesini gitu, jadi tu ada beberapa pasien jiwa ini tu yang hmmm memang eee dipertanyakan BPJS karena ee rawatan itu bisa setahun itu bisa lebih dari 10 kali gitu (IF 4)”*

“*Ee tadi apa ada dibilangin apa namanya ni ee pasien yang melampaui kan kita sebenarnya ga bisa tu menolak pasien kadang dia sudah sampai dirumah ngamuk lagi dia terus dibawa lagi ke rumah sakit sementara kita ga bisa nolaknya aa misalnya seminggu baru dipulangkan aa nanti sudah*

datang lagi, aa jadi BPJS beranggapan kalau pasien memang belum sembuh jangan di suruh balek dulu, sampai masa rawatannya tu habis dan benar pulih.(IF-1).”

“ Kalau permasalahan sejauh ini belum ada (IF 5).”



Sumber : rekap Klaim casemix ranap 2023

Dari pernyataan wawancara dan dokumentasi diatas dapat disimpulkan bahwa permasalahan yang terjadi pada saat pengimplementasian tarif dirumah sakit, terdapat permasalahan seperti terjadinya kunjungan rawat inap pasien yang terlalu sering, yang disebabkan oleh pasien yang baru pulih namun setelah dipulangkan pasien tersebut kambuh kembali sehingga menyebabkan pasien tersebut datang dan menjalankan pengobatan kembali yang membuat pihak dari BPJS ragu

dengan pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit sehingga menyebabkan pengajuan biaya harus di tidak layakkan dan tidak dibayarkan oleh BPJS sehingga dapat menyebabkan kerugian terhadap rumah sakit, sedangkan pihak rumah sakit tidak bisa menolak pasien yang datang untuk melakukan pengobatan.

Tabel 4. 6 Matriks Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Mengenai pelaksana-pelaksana program dari Aspek *Content of Policy* (isi kebijakan)

No	Indikator	Informan	Wawancara Memdalam	Kesimpulan
1.	Pelaksana-pelaksana program	IF 3	<p><i>kalau untuk kebijakan ini ya baiknya tanyakan langsung saja ke bagian keuangan karena uang ini ada sifatnya yang rahasia banyak yang sifatnya rahasia tapi nanti ke kabag keuangan aja.</i></p> <p><i>Kalau menegnai dampak yang ditimbulkan pada rumah sakit atau pasien terhadap kebijakan implementasi ini ya ee iya ini mah banyak yang menjurus ke pimpinan karena bukan wewenang di casemix.</i></p> <p><i>Probing: permasalahan sejauh ini belum ada</i></p>	<p>Dapat disimpulkan bahwa untuk informasi mengenai kebijakan tidak dapat dijawab dikarenakan tidak memiliki wewenang untuk menjawab pertanyaan tersebut, sehingga di arahkan ke bagian yang dianggap memiliki wewenang terhadap pertanyaan tersebut.</p> <p>Permasalahan utama yang dihadapi adalah ketidakpastian klaim yang disetujui BPJS, terutama pada kasus pasien rawat jalan yang kemudian memerlukan rawat inap dalam hari yang sama. BPJS hanya</p>

		IF 4	<p><i>kebijakannya itu aa ini ya untuk kebijakan aa apa aa apa tadi, kebijakan sudah dibuat dijelaskan secara rinci itu di keuangan kalau kita tidak tau</i></p> <p><i>Probing :</i></p> <p><i>Permasalahan tarif aaa kita dirumah sakit aa itu ada update lagi setelah kita ajukan ee kalim – klaim BPJS nantikan kita di update lagi tu, nanti dari hasil audit itu bisa jadi kita ee ada pengembangan eee apa bagian kompensasi bagian BPJS yang kalau seandainya eee tidak sesuai dengan ketentuan, misalnya aaa misalnya kita sudah melakukan pelayanan rawat jalan misalnya pasiennya sudah mendapat obat sudah mendapatkan pelayanan dari dokter, kemudian nantik sorenya. pasiennya datang lagi kerawat eee apa rawat inap nantik dia dirawat nah nantik untuk klaimnya itu hanya rawat inapnya saja yang akan kita tagihkan</i></p>	<p>mengakui klaim untuk satu episode rawatan saja, yaitu rawat inap, sehingga klaim rawat jalan harus dikembalikan meskipun layanan telah diberikan. Hal ini dapat menyebabkan potensi kerugian bagi rumah sakit. Selain itu, pada pasien dengan gangguan jiwa yang memiliki, tingkat kunjungan rawat inap yang tinggi sering menjadi sorotan BPJS, dimana mereka mempertanyakan efektivitas rawatan yang diberikan sebelumnya. Sedangkan rumah sakit, di sisi lain, tidak bisa menolak pasien, terutama yang mengalami gangguan jiwa, dan ini sering terulang. Harapan ke depan adalah adanya penyesuaian sistem tarif dan proses audit agar klaim dapat disetujui sesuai aturan tanpa mengorbankan pelayanan kepada pasien. Implementasi aturan yang lebih jelas dan terintegrasi menjadi kunci untuk</p>
--	--	------	--	---

		<p><i>sementara rawat jalannya sudah kita ajukan nantik akan kita kembalikan, kita kompensasi lagi kita kembalikan lagi ke BPJS, jadi ada beberapa klaim yang tidak semuanya disetujui sama BPJS, ada beberapa klaim yang nantik akan kita kembalikan lagi. “bisa jadi ya seperti itu tadi pasiennya datang eee tapi ternyata dia tidak ee kita kan ga tau pasien ini ternyata dia eem menurut keluarga keluhan dia gelisah kitakan ga tau, kita kan terima rawat jalan diliat dikondisinya pas rawat jalan dia stabil masih bisa di berikan pengobatan dirumah aja ternyata eee pasiennya bisa jadi dia ngamuk dimana nantik dibawa lagi keluarganya jadi itukan eee kita ga bisa memprediksi kan kalau pasien jiwa ni, ternyata dia datang lagi kerawat inap, nanti dia dirawat sementara untuk rawat jalannya kita udah layanin, udah</i></p>	<p>mengurangi ketidakpastian dan meningkatkan efisiensi dalam pengelolaan klaim BPJS.</p>
--	--	--	---

			<p><i>mengasih obat ternyata eee kalim rawat inap kalau disatu hari yang sama itu hanya rawat satu episode eee apa misalnya ada rawat jalan rawat inap ee itu rawat inap aja yang dipilih untuk dilayakkan” kalau untuk permasalahan seperti itu untuk yang bertanggung jawab siapa ya kak? “yaa untuk yang bertanggung jawab sih eee gimana ya kita ga bisa ini juga ya ee karena kita juga ngikut ke aturan BPJS juga ee berdasarkan aturan, ee jadi kita tidak bisa cari siapa yang bertanggung jawab juga karena kalau kita cari ni salah ni salah susah juga kanjadi ya memang ee ya itulah resikoanya gitu, ee dari rumah sakit ya itulah yang namanya subsidi silang tadi jadi kalau misalnya ada yang seperti itu yang todak dilayakkan untuk menyeimbangkannya yaitu dengan subsidi silang. Berarti solusinya subsidi silang tadi ya</i></p>	
--	--	--	---	--

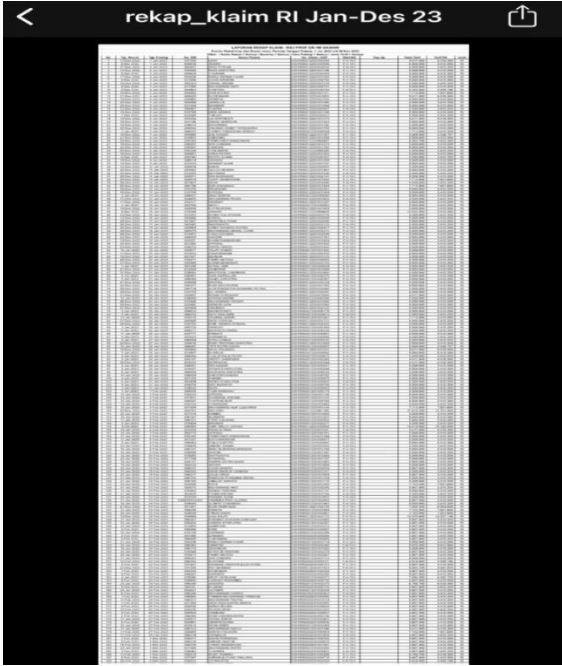
			<p>kak? “ <i>hak eh. Untuk harapan terhadap implementasi tarif ini sendiri untuk kedepannya itu dari kakak sendiri itu gimana ya kak? “ya harapannya pas penagihan itu memang sudah sesuai ee apah sesuai dengan aturan jadi kita pengajuan tidak ada lagi yang ee tidak layakkan jadi harapannya sih semuanya eeh klaim ini di setuju tidak ada lagi yang tidak layak karena eee auditnyaitukan eee apa untuk 2024 ini aja udah sering sekarang auditkan jadi BPJS menang sekarang memang lagi e memang lagi apa ssst eee memang apa namanya ee jadi kalim tu memang di cek benar-benar di cek jadi untuk eee apa klaim yang tidak layak tu bisa jadi besar gitu, jadi harapannya sih kita pelayanan memang sesuai dengan aturan, sesuai dengan eee apa ee aturan yang berlaku jadi tidak ada lagi pending dan tidak</i></p>	
--	--	--	---	--

			<p><i>ada lagi yang tidak layak. “ee iya karna pasti sudah mendapatkan layanan ternyata tidak dibayarkan gitu dan juga untuk sekarang ini pasiennya yang ee apa ada juga karena pasien jiwa kan eee kondisinya pasien tidak stabil ee tidak bisa kita prediksi gitu, jadi ada beberapa pasien yang satu tahun itu dia rawatannya 10 kali berartikan dia setiap bulan datang dirwat inap kadang alasan keluarga misalnya pasiennya eee baru dibawa pulang sehari atau lima hari dirumah nantik datang lagi jadi BPJS mempertanyakan sementara rumah sakit tidak bisa menolak pasien yang begitukan, kita tidak bisa menolak eee sementara BPJS mempertanyakan kenapa pasien bisa eee dilayani sampai 10 kali berartikan setiap bulan dia dirawat, tu jadikan layanan ternyata tidak dibayarkan gitu dan juga untuk</i></p>	
--	--	--	---	--

		<p><i>sekarang ini pasiennya yang ee apa ada juga karena pasien jiwa kan eee kondisinya pasien tidak stabil ee tidak bisa kita prediksi gitu, jadi ada beberapa pasien yang satu tahun itu dia rawatannya 10 kali berartikan dia setiap bulan datang dirwat inap kadang alasan keluarga misalnya pasiennya eee baru dibawa pulang sehari atau lima hari dirumah nantik datang lagi jadi BPJS mempertanyakan sementara rumah sakit tidak bisa menolak pasien yang begitukan, kita tidak bisa menolak eee sementara BPJS mempertanyakan kenapa pasien bisa eee dilayani sampai 10 kali berartikan setiap bulan dia dirawat, tu jadikan nolaknya aa misalnya seminggu baru dipulangkan aa nanti sudah datang lagi, aa jadi BPJS beranggapan kalau pasien memang belum sembuh jangan di suruh balek dulu, sampai</i></p>	
--	--	--	--

		IF 5	<p><i>masa rawatannya tu habis dan benar pulih. Kalau permasalahan sejauh ini belum ada.</i></p> <p><i>Sebelum di implementasikan kita rapat dulu biasanyakan aa jadi seblum rapat bisanya kita dikasih tau tarif ina-cbg's seperti ini tarif ini seperti ini, dirapatkan dulu baru bisa di implementasikan, ya sudah dijelaskan dulu.</i></p> <p><i>Probing :</i></p> <p><i>Kalau permasalahan sejauh ini belum ada</i></p>	
--	--	------	--	--

**Matriks Reduksi Hasil Telaah Dokumen Mengenai pelaksana-pelaksana program dari Aspek *Content of Policy*
(isi kebijakan)**

No.	Indikator	Dokumentasi	Kesimpulan metode
1.	<p><i>Content of Policy</i> (isi kebijakan) Pelaksana-pelaksana program</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p>Sumber : Rekap Klaim casemix ranap tahun 2023</p>	<p>Dapat disimpulkan bahwa pada rekap kunjungan pasien JKN di pelayanan rawat inap dengan kasus diagnosa schizofrenia pada tahun 2023 mencapai di angka 1.093 kunjungan, yang mana dikunjungi tersebut terdapat beberapa pasien yang memiliki kunjungan rawat inap lebih dari 1 kali dalam satu tahun terakhir.</p>

4.2.3 *Context of Implementation (konteks kebijakan)*

1. Kelompok kepentingan terlibat dalam penetapan tarif rawat inap untuk pasien skizofrenia di rumah sakit ini. Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan pada informan sebagian besar informan menjawab *kalau untuk keberhasilan kebijakan itu hmm ya kakak ga tau tanyakan di bagian keuangan saja. (IF- 4)*

Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa pada penjelasan kelompok kepentingan peneliti tidak mendapatkan jawaban karena informasi tersebut ditutupi oleh pihak rumah sakit.

Tabel 4. 7 Matriks Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Mengenai Kelompok Kepentingan dari *Aspek Context of Implementation* (isi kebijakan)

No	Indikator	Informan	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
1.	<i>Context of Implementation</i> (konteks Implementasi) Kelompok Kepentingan	IF 4	<i>kalau untuk keberhasilan kebijakan itu hmm ya kakak ga tau tanyakan di bagian keuangan saja.</i>	Dapat disimpulkan bahwa informasi atau jawaban bersifat rahasia.

1. Responsi dan daya tanggap

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan pada informan sebagian besar informan menjawab *kalau untuk perbedaan tarif ini memang berhubungan dengan perbedaan kualitas layanan yang diberikan. Respons kami adalah mencoba mengoptimalkan layanan dengan anggaran yang ada. Namun, daya tanggap BPJS Kesehatan terhadap kebutuhan rumah sakit sering kali lambat, terutama ketika kami mengajukan penyesuaian tarif.(IF 1)*

Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa rumah sakit sudah berusaha untuk selalu mengoptimalkan layanan dengan tarif yang sudah di implementasikan, namun untuk lebih mengoptimalkan lagi pelayanan yang akan diberikan maka rumah sakit selalu mengajukan penyesuaian tarif sesuai dengan kebutuhan.

Tabel 4. 8 Matriks Reduksi Hasil Wawancara Mendalam Mengenai Responsi dan Daya Tanggap dari *Aspek Context of Implementation* (isi kebijakan)

No	Indikator	Informan	Wawancara Mendalam	Analisis triangulasi Sumber
1.	<i>Context of Implementation</i> (konteks Implementasi) Respon Daya Tanggap	IF 1	<i>kalau untuk perbedaan tarif ini memang berhubungan dengan perbedaan kualitas layanan yang diberikan. Respons kami adalah mencoba mengoptimalkan layanan dengan anggaran yang ada. Namun, daya tanggap BPJS Kesehatan terhadap kebutuhan rumah sakit sering kali lambat, terutama ketika kami mengajukan penyesuaian tarif.</i>	Dapat disimpulkan bahwa perbedaan tarif layanan BPJS Kesehatan menunjukkan adanya hubungan antara kualitas layanan, keterbatasan anggaran, dan responsivitas sistem. Perbedaan tarif mencerminkan dalam kualitas layanan yang dapat diberikan oleh rumah sakit, mengingat tarif yang tersedia sering kali tidak sebanding dengan kebutuhan operasional. Pihak Rumah sakit berupaya untuk mengoptimalkan layanan meski dengan keterbatasan anggaran, namun lambatnya respons BPJS Kesehatan terhadap usulan rumah sakit,

No	Indikator	Informan	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
				penyesuaian tarif menjadi tantangan utama. Hal ini menunjukkan perlunya komunikasi yang lebih efektif antara rumah sakit dan BPJS, serta evaluasi yang lebih responsif terhadap kebutuhan tarif agar layanan kesehatan dapat terus ditingkatkan tanpa mengorbankan kualitas layanan yang diberikan.

Keterangan :

- IF 1 : Kepala Unit Keuangan
- IF 2 : Bendahara bagian unit keuangan
- IF 3 : Kepala Bagian Casemix
- IF 4 : Staf klaim
- IF 5 : Cooder
- IF 6 : Dokter
- IF 7 : Perawat

Dari Tabel wawancara diatas membahas mengenai implementasi perbedaan tarif riil rs dengan tarif ina-cbgs pada pelayanan rawat inap dapat disimpulkan bahwa pada Implementasi perbedaan tarif riil rumah sakit dan tarif INA-CBG's pada rumah sakit ini belum optimal dikarenakan sering terjadinya pengajuan tarif dari pihak rumah sakit dengan alasan untuk menyesuaikan tarif dengan kebutuhan, namun pada saat melakukan pengajuan mengalami lambatnya respon dari pihak pembuat keputusan.