

## **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 pelayanan tim, efisien dan tidak memberikan penghargaan kepada provider yang melakukan under treatment, 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 efisiensi, 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**

|                | Tarif kelas | Tarif kelas | Tarif kelas |
|----------------|-------------|-------------|-------------|
| Kode INA-CBG's | 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 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 ditanggungkan/umum. Perluasan cakupan pertanggungn 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 efesien. 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 risiko nya 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 prospektif 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 periode 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

membiayai 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 di rumah sakit diharapkan terjadi persaingan secara sehat, memuaskan dokter, dan tanpa melibatkan pasien menjadi korban (Manan 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 di rumah sakit. Oleh karena itu, rumah sakit harus mampu membayar biaya rendah dan harus mengurangi penggunaan yang tidak diperlukan. Meskipun di sisi lain pembayaran dengan sistem ini dapat memicu penurunan kualitas pelayanan di rumah sakit (Nisa Bunga, 2020).

## **2.4 Penyakit Skizofrenia**

Penyakit skizofrenia ini merupakan suatu jenis penyakit yang mengganggu psikologi yang berhubungan dengan pandangan populer penyakit kejiwaan atau sakit mental (gila). Skizofrenia 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*, *katatonic*, 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 *Katonic*

Skizofrenia *katonic* 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 *katonic* 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 schizofernia ini secara umum ada dua ekstrem yaitu agresif dan katatonia. 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 menunjukan tanda-tanda seperti membisu, mematung, dan flesibilitas serea. Pasien dengan schizofrenia 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 prilaku 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 derifat 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 definisi “*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 partikulistik/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 bah-wa 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-

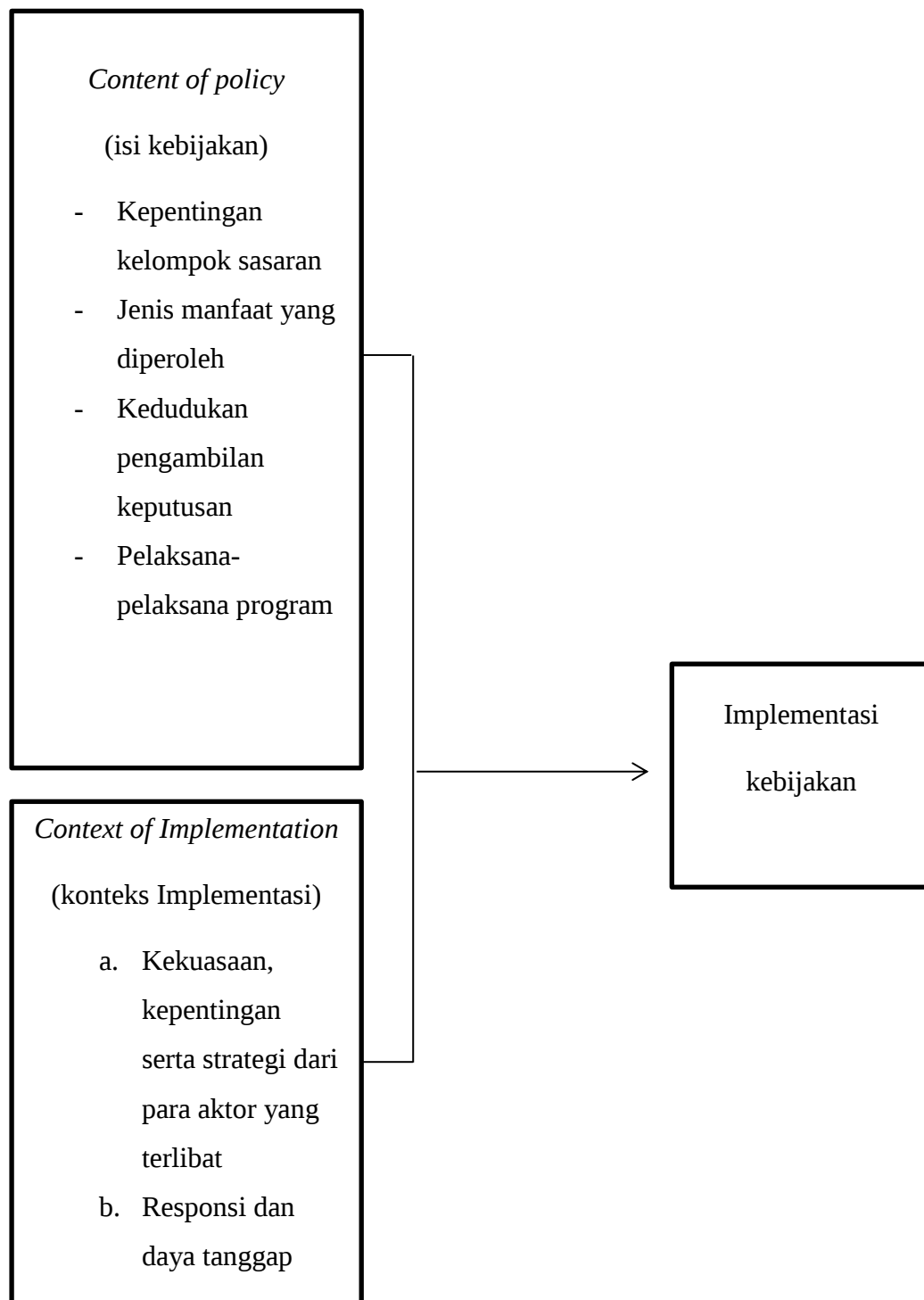
| No | Peneliti                                 | Judul                                                                                                                                     | Hasil Penelitian                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                          |                                                                                                                                           | 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 pembiayaan cukup, yang dipengaruhi oleh *Content of policy* (isi kebijakan) dan *Context Implementation* (konteks kebijakan).



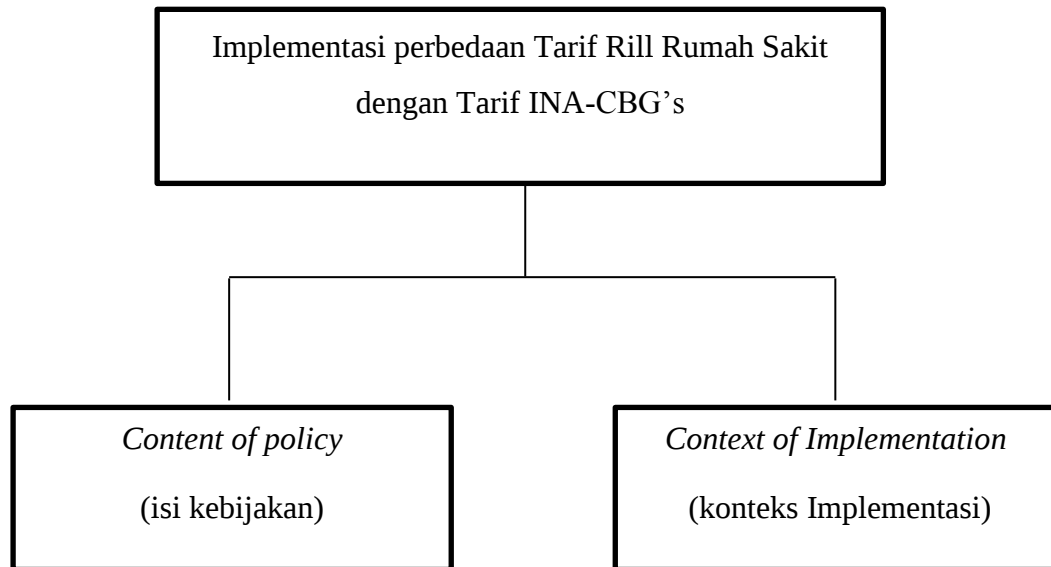


**Gambar 2. 1 Kerangka Teori**

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)