

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI IMPLEMENTASI
KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)
TENTANG KLAIM *INDONESIAN-CASE BASED
GROUP'S (INACBG'S)* DI RSU MUFID SIGLI
KABUPATEN PIDIE TAHUN 2019**



OLEH :

**LESTARI FHONNA
NPM : 1716010123**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
BANDA ACEH
2019**

SKRIPSI

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) TENTANG KLAIM INDONESIAN-CASE BASED GROUP'S (INACBG'S) DI RSU MUFID SIGLI KABUPATEN PIDIE TAHUN 2019

Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
Pada Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh



OLEH :

**LESTARI FHONNA
NPM : 1716010123**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
BANDA ACEH
2019**

Serambi Mekkah University
Public Health of Faculty
Specialization of Health Policy Administration
Script, 21 November 2019

ABSTRACT

NAME : Lestari Phonna
NPM : 1716010123

“Factors That Influence the Implementation of the National Health Insurance Policy Regarding INACBG'S Claims at Mufid Sigli General Hospital in Pidie Regency in 2019.”

Xiii + 65 Pages; 12 Table, 10 Appendix, 2 Picture

Based on data from the Pidie Health Service in 2018, there were 50,139 people who received the Central Health Insurance Agency. For that reason, researchers took one of the program health service providers in Pidie District, is Mufid Sigli Hospital, which is one of the Private Public Hospitals in Sigli, Pidie District, trying to provide health services as much as possible in accordance with the facilities and facilities available, having sources human power 175 people, medical services include specialist outpatient services, inpatient services and installation services to support medical services. In general, each type of outpatient service takes place every working day and is open to every public or insurance patient by using a referral letter. At to factors that influence the implementation of the national health insurance policy regarding INACBG'S Claims at Mufid Sigli General Hospital in Pidie Regency in 2019. This research is analytic descriptive with cross sectional design, with 37 respondents taken. The analysis used is univariate and bivariate analysis. The place of this research was conducted at Mufid Sigli General Hospital, Pidie Regency on 20 to 30 October 2019. From the results of the chi-square statistical test it can be concluded that there is a communication relationship with the implementation of the National Health Insurance policy (P -value $0.021 < 0.05$) , there is a relationship of resources with the implementation of the National Health Insurance policy (P -Value $0.003 < 0.05$), and there is a disposition relationship with the implementation of the National Health Insurance policy (P -Value $0.030 < 0.05$) in Mufid Sigli General Hospital 2019. It is expected that hospital directors and officers and BPJS can improve the dissemination of National Health Insurance by disseminating clear information and providing technical guidelines for National Health Insurance so as to provide information and outreach to all employees and staff in the hospital Mufid.

Keywords : National health insurance
Reference : 23 Books (2010-2019)

Universitas Serambi Mekkah
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan
Skripsi, 21 November 2019

ABSTRAK

NAMA : Lestari Phonna
NPM : 1716010123

“Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Tentang Klaim *Indonesian-Case Based Group’s (INACBG’s)* Di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.”

Xiii + 68 Halaman; 12 Tabel, 10 Lampiran, 2 Gambar

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Pidie tahun 2018 bahwa yang menerima BPJS sebanyak 50.139 jiwa. Untuk itu, peneliti mengambil salah satu provider pelayanan kesehatan program JKN di Kabupaten Pidie adalah Rumah Sakit Mufid Sigli yang merupakan salah satu Rumah Sakit Umum Swasta di Sigli Kabupaten Pidie, berupaya memberikan pelayanan kesehatan yang semaksimal mungkin sesuai dengan fasilitas dan sarana yang tersedia, memiliki SDM 175 orang, pelayanan medis meliputi pelayanan spesialis rawat jalan, pelayanan rawat inap dan pelayanan instalasi untuk menunjang pelayanan medis. Secara umum setiap jenis pelayanan rawat jalan berlangsung setiap hari kerja dan terbuka bagi setiap pasien umum ataupun BPJS dengan menggunakan surat rujukan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi implementasi kebijakan jaminan kesehatan nasional tentang klaim *Indonesian-Case Based Group’s* di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019. Penelitian ini bersifat deskriptif analitik dengan desain *cross sectional*, dengan jumlah Sampel yang diambil yaitu 37 responden. Analisis yang digunakan adalah analisa univariat dan bivariat. Penelitian ini dilakukan di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie pada tanggal 20 sampai 30 Oktober Tahun 2019. Dari hasil uji statistik *chi-square* dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh sumber daya terhadap implementasi kebijakan JKN (*P-value* $0,021 < 0,05$), ada pengaruh komunikasi terhadap implementasi kebijakan JKN (*P- Value* $0,003 < 0,05$), dan ada pengaruh disposisi terhadap implementasi kebijakan JKN (*P- Value* $0,030 < 0,05$) di RSU Mufid Sigli Kabupaten Tahun 2019. Diharapkan kepada direktur dan petugas rumah sakit dan BPJS agar dapat meningkatkan sosialisasi JKN dengan penyebaran informasi yang jelas dan memberikan petunjuk teknis JKN agar dapat memberikan informasi dan sosialisasi secara utuh dan benar kepada seluruh pegawai dan staf yang ada di rumah sakit Mufid.

Kata Kunci : Jaminan Kesehatan Nasional

Referensi : 23 Buku (2010-2019)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) TENTANG KLAIM *INDONESIAN-CASE BASED* *GROUP'S (INACBG'S) DI RSU MUFID SIGLI* KABUPATEN PIDIE TAHUN 2019

OLEH :

LESTARI FHONNA
NPM : 1716010123

Skripsi ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Pengudi Skripsi Fakultas
Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah
Banda Aceh, 05 Desember 2019

Pembimbing I

Pembimbing II

(Muhazar Hr, SKM, M.Kes, Ph.D) (Dr. Martunis, SKM, MM, M.Kes)

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
DEKAN,**

(Ismail, SKM, M.Pd, M.Kes)

TANDA PENGESAHAN PENGUJI
SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI IMPLEMENTASI
KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)
TENTANG KLAIM *INDONESIAN-CASE BASED*
GROUP'S (INACBG'S) DI RSU MUFID SIGLI
KABUPATEN PIDIE TAHUN 2019**

OLEH :

**LESTARI FTHONNA
NPM : 1716010123**

Skripsi ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah

Banda Aceh, 05 Desember 2019
TANDA TANGAN

Pembimbing I : Muhamzar Hr, SKM, M.Kes, Ph.D ()

Pembimbing II : Dr. Martunis, SKM, MM, M.Kes ()

Penguji I : Burhanuddin Syam, SKM, M.Kes ()

Penguji II : Ismail, SKM, M.Pd, M.Kes ()

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
DEKAN,**

(Ismail, SKM, M.Pd, M.Kes)

BIODATA

Nama : Lestari Phonna
Tempat/Tanggal Lahir : Sentosa, 19 Juli 1992
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : Honorer
Alamat : Gp. Sentosa Beureunuen, Kec. Mutiara. Kab Pidie
Nama Orang Tua
Ayah : Ridwan
Ibu : Yusnidar
Pekerjaan Orang Tua
Ayah : Wiraswasta
Ibu : IRT
Alamat Orang Tua : Gp. Sentosa Beureunuen, Kec. Mutiara. Kab Pidie

Pendidikan yang ditempuh :

1. SD Negeri Yaman Mesjid tahun 1997-2004
2. MTsN Beurerunuen tahun 2004-2007
3. MAN 1 Sigli tahun 2007-2010
4. D3 Kebidanan Medika Nurul Islam Sigli tahun 2010-2013
5. FKM Serambi Mekkah Banda Aceh Tahun 2017-2019

Karya Tulis :

“Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Tentang Klaim Inacbg’s Di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019”

Banda Aceh, 22 November 2019

Lestari Phonna

KATA PENGANTAR



Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan anugrah-Nya kepada saya, karena saat ini saya telah dapat menyelesaikan tugas akhir sebagai mahasiswa dan menyusun skripsi penelitian dengan judul **“Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Tentang Klaim Indonesian-Case Based Group’s (INACBG’S) Di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019”**. Shalawat beriringan salam saya junjungkan kepada baginda Rasulullah Muhammad SAW, yang mana dengan adanya beliau mampu menuntun umat menjadi umat yang berilmu pengetahuan yang sangat luas dan berakhlak mulia.

Penulisan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh. Penulis menyadari dalam penulisan skripsi ini masih banyak kesulitan dan hambatan, tetapi berkat bimbingan, arahan, dorongan, dan bantuan dari berbagai pihak serta kepada Bapak **Muhazar Hr, SKM, M.Kes, Ph.D** selaku pembimbing I dan Bapak **Dr. Martunis, SKM, MM, M.Kes** selaku pembimbing II yang dengan sabar memberikan bimbingan, dan saran-saran sampai selesai skripsi ini, disamping itu penulis mengucapkan terimakasih banyak kepada:

1. Bapak Dr. H.Said Usman, S.Pd, M.Kes, selaku Rektor Universitas Serambi Mekkah.
2. Bapak Ismail, SKM, M.Pd, M.kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah.

3. Bapak Burhanddin Syam, SKM, M. Kes selaku Ketua Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah.
4. Bapak dan ibu dosen serta staf akademik pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah.
5. Kepada sahabat-sahabat seangkatan saya
6. Teristimewa penulis ucapan kepada Ayahanda dan Ibunda tercinta yang turut memberikan dorongan, kasih sayang, material, perhatian dan do'a restu kepada ananda agar dapat menyelesaikan pendidikan SKM.

Demikianlah ucapan terima kasih saya, semoga berkah dalam segala hal dan semoga bermanfaat ilmu yang ada. Wassalam.

Banda Aceh, November 2019

Lestari Phonna

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



"Dia memberikan hikmah (ilmu yang berguna) kepada siapa yang Dia kehendaki. Barang siapa yang diberi hikmah, sesungguhnya dia telah diberi kebaikan yang banyak. Dan tidak ada yang dapat mengambil pelajaran kecuali orang-orang yang mempunyai akal sehat".
(Q.S. Al-Baqarah: 269)

"Barang siapa menempuh suatu jalan untuk mencari ilmu pengetahuan, maka dengan sebab kelakunya itu lah Allah melapangkan jalan untuknya menuju surga" (Alhadits)

Ya Allah,

Waktu yang sudahku jalani dengan jalannya hidup yang sudah menjadi takdirku, sedih, bahagia, dan bertemu orang-orang yang memberi kusejuta pengalaman berharga, yang telah memberi warna-warni kehidupanku. Kubersujud dihadapan Mu, Engkau berikan aku kesempatan untuk bias sampai Di penghujungawal perjuanganku Segala Puji bagi Mu ya Allah, Serta shalawat dan salam kepada Nabi besar Muhammad SAW dan para sahabat yang mulia

Semoga sebuah karya mungil ini menjadi amal shaleh bagi ku dan menjadi kebanggaan
Bagi keluarga kutercinta.....

Ku persembahkan sebuah karya kecil ini untuk kedua Orang Tua yaitu kepada Ayahanda(ridwan) yang telah banyak memberi motivasi kehidupan ini untukku. Untuk ibu tercinta (yusnidar) Sosok yang pertama dari tujuan hidupku yang selalu mendoakan hingga bercucuran air mata demi kesuksesan dan kebahagian anaknya, Terima kasih Tuhan aku telah dilahirkan dari rahimnya. Terima kasih juga kepada seluruh keluarga, kepada adik-adik kutercinta (yasir, ria cipa, lola) yang tiada pernah hentinya selama ini memberiku semangat, doa, dorongan, nasehat dan kasih saying serta pengorbanan yang tak tergantikan hingga kuselalu kuat menjalani setiap rintangan yang ada..

Untuk seseorang yang spesial setelah keluarga,,, suamiku
^Marianda ^

Terima Kasih suamiku tercinta karena selalu memberi dukungan, perhatian, pengorbanan dan selalu menjadi pendengar yang baik disetiap usaha , langkah dan perjuanganku.... ^_^

Terima kasih ku ucapkan kepada sahabat-sahabatku(aisyah idris , yulia sartika , zeni rinaldi , nadia mauliza ,misra idris,Nyak hawa kamila riskia fadil , suanda saputra , Muhammad syahrial) yang telah memberikan bantuan dan motivasi, kalian adalah obat pelipur lara hatiku yang selalu menghiburku dalam keadaan terjatuh.

Akhir kata, semoga skripsi ini membawa manfaat bagi kita semua terutama bagi diri kusendiri,
Amin...

Lestari phonna



DAFTAR ISI

Halaman :

COVER LUAR	
COVER DALAM	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
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.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	8
2.2 Implementasi JKN	26
2.3 Rumah Sakit	38
2.4 Kerangka Teoritis	40
BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN	41
3.1 Kerangka Konsep	41
3.2 Variabel Penelitian	41
3.3 Definisi Operasional	42
3.4 Cara Pengukuran Variabel.....	43
3.5 Hipotesis Penelitian	43
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	45
4.1 Jenis Penelitian	45
4.2 Populasi dan Sampel.....	45
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	47
4.4 Teknik Pengumpulan Data	47
4.5 Pengolahan Data.....	48
4.6 Analisa Data	49
4.7 Penyajian Data.....	50

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	50
5.1 Gambaran Umum.....	50
5.2 Hasil Penelitian	53
5.2.1 Analisis Univariat	53
5.2.2 Analisis Bivariat	54
5.3 Pembahasan.....	57
BAB VI PENUTUP	64
6.1 Kesimpulan	64
6.2 Saran.....	64
DAFTAR PUSTAKA	66
LAMPIRAN.....	69

DAFTAR TABEL

Halaman:

Tabel 3.1	Definisi Operasional	42
Tabel 5.1	Jumlah SDM Berdasarkan Tingkat Pendidikan di RSU Mufid Kabupaten Sigli Tahun 2019	49
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Implementasi Kebijakan JKN di RSU Mufid Sigli Tahun 2019.....	50
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Sumber Daya di RSU Mufid Sigli Tahun 2019	50
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Komunikasi di RSU Mufid Sigli Tahun 2019	52
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Disposisi di RSU Mufid Sigli Tahun 2019	52
Tabel 5.6	Hubungan Sumber Daya dengan Implementasi Kebijakan JKN Di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019	53
Tabel 5.7	Hubungan Komunikasi dengan Implementasi Kebijakan JKN Di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019	54
Tabel 5.8	Hubungan Disposisi dengan Implementasi Kebijakan JKN Di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019	55

DAFTAR GAMBAR

Halaman :

Gambar	2.1	Kerangka Teoritis	40
Gambar	3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	41

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian

Lampiran 2 : Tabel Skor

Lampiran 3 : Jadwal Kegiatan Penelitian

Lampiran 4 : SK skripsi

Lampiran 5 : Surat Izin Penelitian

Lampiran 6 : Surat Selesai Penelitian

Lampiran 7 : Lembar Kendali Peserta Mengikuti Seminar Proposal

Lampiran 8 : Daftar Konsul

Lampiran 9 : Lembar Kendali Buku

Lampiran 10 : Format Sidang skripsi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat, maka kesehatan adalah hak bagi setiap warga masyarakat yang dilindungi oleh Undang-Undang Dasar. Setiap negara mengakui bahwa kesehatan menjadi modal terbesar untuk mencapai kesejahteraan. Oleh karena itu, perbaikan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan suatu investasi sumber daya manusia untuk mencapai masyarakat yang sejahtera (Kemenkes, RI, 2015).

Di negara sedang berkembang seperti Indonesia, untuk dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat maka diperlukan adanya peran pemerintah melalui layanan publik untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar rakyatnya, seperti kesehatan, pendidikan, dan kebutuhan pokok lainnya. Pemerintah berkewajiban untuk dapat memberikan kehidupan yang sehat dan sejahtera bagi warga negaranya. Demi mewujudkan hal tersebut, maka pemerintah pada tahun 2014 menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program BPJS kesehatan yang terintegrasi dalam Undang-Undang Nomor 28 tahun 2014 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dilakukan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) (Nirwana, dkk, 2014).

Program BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) adalah bentuk reformasi dibidang kesehatan yang bertujuan untuk mengatasi permasalahan fragmentasi dan pembagian jaminan kesehatan. Permasalahan ini terjadi dalam

skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang dapat mengakibatkan biaya kesehatan dan mutu pelayanan yang tidak terkendali sehingga terbentuklah BPJS (Herlambang, 2016).

Data Kemenkes RI (2017) menunjukkan jumlah penduduk yang dijamin dalam berbagai bentuk dan luas jaminan kesehatan sebanyak 151,6 juta dari total 293,7 jiwa penduduk Indonesia. Dengan demikian masih ada 142,1 juta jiwa atau sebanyak 50,5% penduduk Indonesia yang belum memiliki jaminan kesehatan. Askes atau ASABRI dimiliki oleh sekitar 6% penduduk, Jamsostek 4,4%, asuransi kesehatan swasta dan tunjangan kesehatan perusahaan masing-masing sebesar 1,7%. Kepemilikan jaminan didominasi oleh Jamkesmas (28,9%) dan Jamkesda (9,6%). Di Indonesia jumlah peserta BPJS/Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) pada tahun 2018 berjumlah 208.054.199 jiwa. Sampai dengan 19 Mei 2019, jumlah tersebut meningkat menjadi 221.580.743 jiwa (acara Public Expose BPJS Kesehatan Tahun 2019 di Gedung BPJS Kesehatan Jakarta, Jumat (24/5/2019).

Kenaikan iuran BPJS pada tahun 2019-2020 direncanakan untuk seluruh segmen peserta BPJS (dalam diskusi Forum Merdeka Barat di Gedung Kominfo, Jakarta, Senin (7/10/2019)) sebagai berikut:

1. Penerima Bantuan Iuran (PBI), iuran naik dari Rp 23.000 menjadi Rp 42.000 per jiwa. Besaran iuran ini juga berlaku bagi Peserta yang didaftarkan oleh Pemda (PBI APBD). Iuran PBI dibayar penuh oleh APBN, sedangkan Peserta didaftarkan oleh Pemda (PBI APBD) dibayar penuh oleh APBD.

2. Pekerja Penerima Upah Pemerintah (PPU-P), yang terdiri dari ASN/TNI/POLRI, semula besaran iuran adalah 5% dari gaji pokok dan tunjangan keluarga, dimana 3% ditanggung oleh Pemerintah dan 2% ditanggung oleh ASN/TNI/POLRI yang bersangkutan, diubah menjadi 5% dari gaji pokok, tunjangan keluarga, tunjangan jabatan atau tunjangan umum, tunjangan profesi, dan tunjangan kinerja atau tambahan penghasilan bagi PNS Daerah, dengan batas sebesar Rp 12 juta, 4% ditanggung oleh Pemerintah dan 1% ditanggung oleh ASN/TNI/POLRI yang bersangkutan.
 3. Pekerja Penerima Upah Badan Usaha (PPU-BU), semula 5% dari total upah dengan batas atas upah sebesar Rp 8 juta, dimana 4% ditanggung oleh Pemberi Kerja dan 1% ditanggung oleh Pekerja, diubah menjadi 5% dari total upah dengan batas atas upah sebesar Rp 12 juta, dimana 4% ditanggung oleh Pemberi Kerja dan 1% ditanggung oleh Pekerja.
 4. Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU)/Peserta Mandiri:
 - a. Kelas 3: naik dari Rp 25.500 menjadi Rp 42.000 per jiwa
 - b. Kelas 2: naik dari Rp 51.000 menjadi Rp 110.000 per jiwa
 - c. Kelas 1: naik dari Rp 80.000 menjadi Rp 160.000 per jiwa
- Hasil penelitian Niko dkk (2014) menunjukkan bahwa 10% rumah tangga termiskin harus menghabiskan 23% penghasilan sebulan untuk membiayai sekali rawat inap dan rawat jalan anggota keluarganya. Sementara 10% keluarga terkaya hanya menghabiskan 12% penghasilan keluarga sebulan untuk membiayai satu kali rawat inap maupun rawat jalan anggota keluarganya. Sampai saat ini sistem

kesehatan di Indonesia sangat jauh dari cita–cita keadilan sosial bagi seluruh rakyat dan prinsip keadilan yang merata (setara) atau *equity egalitarian* yang menjamin bahwa setiap penduduk mendapat pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya. Realita di Indonesia, rakyat yang membayar lebih banyak mendapat pelayanan yang lebih banyak atau lebih baik mutunya.

Implementasi kebijakan JKN dilakukan secara menyeluruh terhitung tanggal 1 Januari 2014, baik dilakukan oleh rumah sakit pemerintah dan swasta, Puskesmas maupun praktik–praktik kesehatan pribadi. Secara aktual implementasi program JKN masih belum maksimal yang ditunjukkan oleh berbagai masalah secara teknis maupun operasional. Hal ini seperti belum tersosialisasinya secara menyeluruh tentang ketentuan dalam program JKN baik kepesertaannya, proses pengklaiman, kejelasan jasa pelayanan bagi pelaku pelayanan seperti dokter maupun masalah dari aspek regulasi ditingkat daerah (Widiastuti, 2018).

Pelaksanaan program JKN banyak ditemukan sejumlah masalah. Beberapa diantaranya implementasi kebijakan maupun defisit pada pelaksanaan JKN, ketidakadilan klaim peserta pada kelompok-kelompok tertentu, tidak meratanya fasilitas dan tenaga kesehatan di puskesmas dan rumah sakit ada yang jumlahnya fasilitas dan tenaga kesehatannya cukup besar dan di daerah yang terisolir jumlahnya sangat kecil. Hal ini membuat pemerintah sangat perlu mengevaluasi kebijakan terkait program Jaminan Kesehatan Nasional (Darmawan, dkk, 2016).

Sudah lebih dari satu tahun program JKN BPJS Kesehatan ini berjalan. Tetapi masih saja banyak masalah yang terjadi di lapangan. Memang di periode tahun pertama 2014-2015 menjadi fase sosialisasi di masyarakat. Walaupun begitu,

masih saja banyak permasalahan yang terjadi di masyarakat. Mulai dari masalah pelayanan dan kebijakan JKN di rumah sakit, kepersertaan, serta iuran atau premi setiap bulannya yang harus dibayarkan tidak sesuai dengan apa yang diterima oleh peserta BPJS Kesehatan. Jika dilihat dari permasalahan yang ada, setiap kabupaten atau kota memiliki permasalahan yang hampir sama terkait BPJS Kesehatan tersebut, yakni masalah kebijakan, pelayanan dan kepersertaan (masa aktif) (Maidi dkk, 2014).

Provinsi Aceh salah satu daerah pertama yang menjadi peserta BPJS Kesehatan untuk Program JKN saat pertama kali diluncurkan pada tahun 2014 silam. Jumlah peserta BPJS di Aceh saat ini sudah mencapai 5.070.540 jiwa (99.61%) yang sudah mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS Kesehatan. Pemerintah Provinsi Aceh memberikan dana Jaminan Kesehatan daerah (Jamkesda) ke BPJS Kesehatan yang mampu mencakup 1.441.177 peserta. Jumlah peserta penerima dana APBN masih yang terbesar mencapai 2.170.965 peserta. Peserta mulai dari TNI sejumlah 47.638 peserta, Polri 34.054 peserta, Pegawai Swasta/BUMD/BUMN 49.185 peserta, Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN) 3.908 peserta, PNS dan Pensiunan PNS eks Askes sosial 539.877 peserta. Kalau peserta mandiri maupun Non pekerja upah jumlahnya terbilang sedikit, hanya 3164 peserta (<http://bpjskita.com/warga-aceh-jadi-peserta-bpjs-kesehatan/diakses,19/10/2018>).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Pidie tahun 2018 bahwa yang menerima BPJS sebanyak 50.139 jiwa. Untuk itu, peneliti mengambil salah satu provider pelayanan kesehatan program JKN di Kabupaten Pidie adalah Rumah

Sakit Mufid Sigli yang merupakan salah satu Rumah Sakit Umum Swasta di Sigli Kabupaten Pidie, berupaya memberikan pelayanan kesehatan yang semaksimal mungkin sesuai dengan fasilitas dan sarana yang tersedia, memiliki SDM 175 orang, pelayanan medis meliputi pelayanan spesialis rawat jalan, pelayanan rawat inap dan pelayanan instalasi untuk menunjang pelayanan medis. Secara umum setiap jenis pelayanan rawat jalan berlangsung setiap hari kerja dan terbuka bagi setiap pasien umum ataupun BPJS dengan menggunakan surat rujukan.

Berdasarkan observasi awal yang peneliti lakukan, dilihat dari aspek manajemen dan implementasi kebijakan JKN di Rumah Sakit Mufid Sigli Kabupaten Pidie, masih ditemui permasalahan rendahnya pelayanan sesuai dengan SOP di setiap unit pelayanan khususnya bagian JKN, rendahnya ketersediaan tenaga kerja dalam berkomunikasi terhadap pasien BPJS PBI, dan kurangnya kemauan pelaksana program JKN terhadap pasien BPJS PBI. Namun fakta dilapangan masih ada pasien yang melakukan rawat jalan dan rawat inap menggunakan biaya pribadi tanpa JKN. Hal ini dilihat dari masih terbatasnya sosialisasi program JKN kepada tenaga kesehatan di Rumah Sakit Mufid Sigli.

Dari uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “faktor-faktor yang memengaruhi implementasi kebijakan jaminan kesehatan nasional (JKN) tentang Klaim INACBG’S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka yang menjadi rumusan masalah yang akan di teliti adalah faktor-faktor yang memengaruhi implementasi

kebijakan jaminan kesehatan nasional (JKN) tentang Klaim INACBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dari penelitian ini ialah untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi implementasi kebijakan jaminan kesehatan nasional (JKN) tentang Klaim INACBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Untuk mengetahui pengaruh sumber daya terhadap implementasi kebijakan jaminan kesehatan nasional (JKN) tentang Klaim INACBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.

1.3.2.2 Untuk mengetahui pengaruh komunikasi terhadap implementasi kebijakan jaminan kesehatan nasional (JKN) tentang Klaim INACBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.

1.3.2.3 Untuk mengetahui pengaruh disposisi terhadap implementasi kebijakan jaminan kesehatan nasional (JKN) tentang Klaim INACBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Bagi penulis dapat mengaplikasikan ilmu yang didapat dibangku perkuliahan dan dapat menambah pengetahuan peneliti serta wawasan keilmuan ilmiah tentang Rumah Sakit dalam penyelenggaraan JKN.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Sebagai tambahan referensi-referensi bagi peneliti yang akan datang dan untuk khazanah perpustakaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah.

1.4.2.2 Bagi peneliti lain, karya ilmiah ini menjadi bahan informasi untuk menindak lanjuti hasil penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

2.1.1 Pengertian JKN

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah sebuah sistem jaminan sosial yang diberlakukan di Indonesia. Jaminan sosial ini adalah salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh negara Republik Indonesia guna menjamin warganegaranya untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, sebagaimana dalam deklarasi PBB tentang HAM tahun 1948 dan konvensi ILO No.102 tahun 1952 (Kemenkes RI, 2015).

JKN adalah jaminan perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran/iurannya dibayar oleh pemerintah (Alamsyah, 2011)

Program JKN adalah suatu program Pemerintah dan Masyarakat/Rakyat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera (Widiastuti, 2018).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan lembaga yang dibentuk untuk meyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. Sesuai Undang- Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS merupakan badan hukum nirlaba (Achmadi, 2014).

2.1.2 Manfaat JKN

Manfaat JKN terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat JKN mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis (Adisasmito, 2014).

Menurut Agussalim dkk (2017) Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

- a. Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- b. Imunisasi dasar, meliputi *Baccile Calmette Guerin* (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis B (DPT HB), Polio, dan Campak.
- c. Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
- d. Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif (Tando,

2013), masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi:

- a. Tidak sesuai prosedur
- b. Pelayanan diluar Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS
- c. Pelayanan bertujuan kosmetik
- d. *General check up*, pengobatan alternative
- e. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi
- f. Pelayanan kesehatan pada saat bencana
- g. Pasien Bunuh Diri/Penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyalahgunakan diri sendiri/Bunuh Diri/Narkoba.

2.1.3 Prinsip JKN

Permenkes Nomor 28 tahun 2014 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dibentuk dalam rangka memberikan jaminan kepada seluruh rakyat, dibentuk dalam rangka memberikan jaminan kepada seluruh rakyat, dan merupakan perangkat hukum untuk mengimplementasikan amanat Undang-undang negara Republik Indonesia tahun 1945, menurut Nirwana dkk (2014) dalam menyelenggarakan jaminan sosial berdasarkan prinsip-prinsip, yaitu sebagai berikut:

1. Prinsip kegotong-royongan. Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat. Peserta yang berisiko rendah membantu peserta yang berisiko tinggi dan peserta yang sehat membantu peserta yang sakit. Melalui prinsip kegotong-royongan ini jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi

seluruh rakyat Indonesia.

2. Prinsip nirlaba. Pengelolaan dan amanat tidak dimaksudkan mencari laba (nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.
3. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. Prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dan yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.
4. Prinsip portabilitas. Jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah negara Kesatuan Republik Indonesia.
5. Prinsip Kepesertaan bersifat wajib. Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan Pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat.
6. Prinsip dana amanat. Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan

titipan kepada badan-badan untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana untuk kesejahteraan peserta (Nirwana, dkk, 2014).

2.1.4 Pelayanan JKN

- a. Jenis Pelayanan: Ada 2 (dua) jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh Peserta JKN, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis) (Herlambang, 2016).
- b. Prosedur Pelayanan Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama. Bila Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis (Wati, dkk, 2019).
- c. Kompensasi Pelayanan Bila di suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi, yang dapat berupa: penggantian uang tunai, pengiriman tenaga kesehatan atau penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu. Penggantian uang tunai hanya digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi (Alamsyah, 2011).
- d. Penyelenggara Pelayanan Kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan melalui proses kredensialing dan rekredensialing (Herlambang, 2016).

2.1.5 Kepesertaan JKN

Prinsip kepesertaan jaminan sosial bersifat wajib, agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindung (Permenkes Nomor 71 pasal 4)

1. Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 huruf g menentukan sistem jaminan sosial nasional diselenggarakan berdasarkan prinsip wajib.
2. Penjelasan pasal 4 mengatur bahwa prinsip wajib adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.

Kepesertaan dan iuran antara lain diatur sebagai berikut:

1. Pemberian kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjaannya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial, sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti.
2. Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penerima bantuan iuran sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
3. Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Wajib memberikan nomor identitas tunggal kepada setiap peserta dan anggota keluarganya wajib memberikan informasi tentang hak dan kewajiban kepada peserta untuk mengikuti ketentuan yang berlaku.
4. Setiap peserta berhak memperoleh manfaat dan informasi tentang pelaksanaan program jaminan sosial yang diikuti.
5. Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu.
6. Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjaannya,

yang menjadi kewajibannya dan membayarkan iuran tersebut kepada Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial secara berkala.

Iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah. Pada tahap pertama, iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dibayar oleh pemerintah untuk program jaminan kesehatan (Nirwana, dkk, 2014).

2.1.6 Tarif Pelayanan Program JKN Menggunakan INA-CBGs

a. Jenis Tarif Pelayanan

Tarif pelayanan program JKN didasarkan pada tarif *Indonesian-Case Based Group* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit (Kemenkes RI, 2015).

Tarif pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Adisasmoro, 2014) meliputi:

1. Tarif kapitasi yaitu rentang nilai yang besarnya untuk setiap Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama ditetapkan berdasarkan seleksi dan kredensial yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Tarif kapitasi diberlakukan bagi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang melaksanakan pelayanan kesehatan komprehensif kepada Peserta Program Jaminan Kesehatan berupa Rawat Jalan Tingkat Pertama.
2. Tarif Non Kapitasi yaitu nilai besaran yang sama bagi seluruh Fasilitas

Kesehatan Tingkat Pertama yang melaksanakan pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan berupa Rawat Inap Tingkat Pertama dan pelayanan Kebidanan dan Neonatal (Kemenkes RI, 2013).

Pembentukan untuk pelayanan ambulans, pelayanan obat rujuk balik, pelayanan skrining kesehatan tertentu, dan/atau pelayanan kesehatan pada daerah terpencil dan kepulauan dibayar oleh BPJS Kesehatan yang diatur lebih lanjut dengan Peraturan BPJS Kesehatan (Kemenkes RI, 2013).

b. Iuran

Berdasarkan pedoman program JKN, dijelaskan bahwa Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (pasal 16, Perpres No. 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan). Pembayaran iuran dalam program ini adalah bagi Peserta PBI, iuran dibayar oleh Pemerintah. Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja iuran dibayar oleh peserta yang bersangkutan (Herlambang, 2016).

Besarnya Iuran JKN ditetapkan melalui Peraturan Presiden dan ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak. Setiap Peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI) (Niko, dkk, 2014).

Setiap Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya,

menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS kesehatan secara berkala (paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Keterlambatan pembayaran iuran JKN dikenakan denda administratif sebesar 2% perbulan dari total iuran yang tertunggak dan dibayar oleh Pemberi Kerja (Wati, dkk, 2019).

Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar iuran JKN pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Pembayaran iuran JKN dapat dilakukan diawal. BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran JKN sesuai dengan Gaji atau Upah Peserta. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran, BPJS kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada pemberi Kerja dan atau Peserta paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya iuran. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran di perhitungkan dengan pembayaran iuran bulan berikutnya. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pembayaran iuran diatur dengan peraturan BPJS Kesehatan (Tando, 2013).

c. Cara Pembayaran Fasilitas Kesehatan

BPJS Kesehatan akan membayar kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dengan Kapitasi. Untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket INA CBG's. Mengingat kondisi geografis Indonesia, tidak semua Fasilitas Kesehatan dapat dijangkau

dengan mudah. Maka, jika di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran bedasarkan kapitasi, BPJS Kesehatan diberi wewenang untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna (Suyono, 2011).

Semua Fasilitas Kesehatan meskipun tidak menjalin kerja samadengan BPJS Kesehatan wajib melayani pasien dalam keadaan gawat darurat, seolah keadaan gawat daruratnya teratasi dan pasien dapat dipindahkan, maka fasilitas kesehatan tersebut wajib merujuk ke fasilitas kesehatan yang berkerjasama dengan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama setelah memberikan pelayanan gawat darurat setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut (Kemenkes RI, 2015).

d. Pertanggungjawaban BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap. Besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan antara BPJS Kesehatan dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Dalam hal tidak ada kesepakatan atas besaran pembayaran, Menteri Kesehatan memutuskan besaran pembayaran atas besaran program JKN yang diberikan. Asosiasi Fasilitas Kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan (Almsyah, 2011).

Dalam JKN, peserta dapat meminta manfaat tambahan berupa manfaat yang bersifat non medis berupa akomodasi. Misalnya: Peserta yang

menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari pada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya kelas perawatan, yang disebut dengan iur biaya (*additional charge*). Ketentuan tersebut tidak berlaku bagi peserta PBI (Kurniati, 2012).

Sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya, BPJS Kesehatan wajib menyampaikan pertanggungjawaban dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan (periode 1 Januari sampai dengan 31 Desember). Laporan yang telah diaudit oleh akuntan publik dikirimkan kepada Presiden dengan tembusan kepada SJSN paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya (Widastuti, 2018).

Laporan tersebut dipublikasikan dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui media massa elektronik dan melalui paling sedikit 2 (dua) media massa cetak yang memiliki peredaran luas secara nasional, paling lambat 31 Juli tahun berikutnya (Tando, 2013).

2.1.7 Case Mix CBGs (Kemenkes RI, 2015)

A. Pengertian

Sistem *Casemix Ina-CBGs* adalah suatu pengklasifikasi dari episode perawatan pasien yang dirancang untuk menciptakan kelas-kelas yang relative homogen dalam hal sumber daya yang digunakan dan berisikan pasien-pasien dengan karakteristik klinik yang sejenis. *Case Base Group* (CBG's), yaitu cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama. Sistem pembayaran pelayanan kesehatan yang berhubungan

dengan mutu, pemerataan dan jangkauan dalam pelayanan kesehatan yang menjadi salah satu unsur pembiayaan pasien berbasis kasus campuran, merupakan suatu cara meningkatkan standar pelayanan kesehatan rumah sakit. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan untuk suatu kelompok diagnosis. Pengklasifikasian setiap tahapan pelayanan kesehatan sejenis kedalam kelompok yang mempunyai arti relatif sama. Setiap pasien yang dirawat di sebuah RS diklasifikasikan ke dalam kelompok yang sejenis dengan gejala klinis yang sama serta biaya perawatan yang relatif sama (Suyono, 2011).

Dalam pembayaran menggunakan CBG's, baik Rumah Sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien dan kode DRG. Besarnya penggantian biaya untuk diagnosis tersebut telah disepakati bersama antara provider/asuransi atau ditetapkan oleh pemerintah sebelumnya. Perkiraan waktu lama perawatan (*length of stay*) yang akan dijalani oleh pasien juga sudah diperkirakan sebelumnya disesuaikan dengan jenis diagnosis maupun kasus penyakitnya (Suparman, dkk, 2014).

Selama ini yang terjadi dalam pembiayaan kesehatan pasien di sarana pelayanan kesehatan adalah dengan *fee-for-service* (FFS), yaitu Provider layanan kesehatan menarik biaya pada pasien untuk tiap jenis pelayanan yang diberikan. Setiap pemeriksaan dan tindakan akan dikenakan biaya sesuai dengan tariff yang ada di Rumah Sakit. Tarif ditentukan setelah pelayanan dilakukan. Dengan sistem *fee for service* kemungkinan moral hazard oleh pihak rumah sakit relatif

besar, karena tidak ada perjanjian dari awal antara pihak rumah sakit dengan pasien, tentang standar biaya maupun standar lama waktu hari perawatan (*length of stay*).

B. Manfaat INA-CBGs

Manfaat yang dapat diperoleh dari penerapan kebijakan program *Casemix INA CBGs* secara umum adalah secara Medis dan Ekonomi. Dari segi medis, para klinisi dapat mengembangkan perawatan pasien secara komprehensif, tetapi langsung kepada penanganan penyakit yang diderita oleh pasien. Secara ekonomi, dalam hal ini keuangan (*costing*) jadi lebih efisien dan efektif dalam penganggaran biaya kesehatan. Sarana pelayanan kesehatan akan menghitung dengan cermat dan teliti dalam penganggarannya. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2014), manfaat kebijakan program *Casemix INA CBGs* adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Bagi Pasien
 - a. Adanya kepastian dalam pelayanan dengan prioritas pengobatan berdasarkan derajat keparahan.
 - b. Dengan adanya batasan pada lama rawat (*length of stay*) pasien mendapatkan perhatian lebih dalam tindakan medis dari para petugas rumah sakit, karena berapapun lama rawat yang dilakukan biayanya sudah ditentukan.
 - c. Pasien menerima kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik.
 - d. Mengurangi pemeriksaan dan penggunaan alat medis yang berlebihan oleh tenaga medis sehingga mengurangi resiko yang dihadapi pasien.

2. Manfaat Bagi Rumah Sakit
 - a. Rumah Sakit mendapat pembiayaan berdasarkan kepada beban kerja.
 - b. Dapat meningkatkan mutu & efisiensi pelayanan rumah sakit.
 - c. Bagi dokter atau klinisi dapat memberikan pengobatan yang tepat untuk kualitas pelayanan lebih baik berdasarkan derajat keparahan, meningkatkan komunikasi antar spesialisasi atau multidisiplin ilmu agar perawatan dapat secara komprehensif serta dapat memonitor QA (*quality assessment*) dengan cara yang lebih objektif.
 - d. Perencanaan budget anggaran pembiayaan dan belanja yang lebih akurat.
 - e. Dapat untuk mengevaluasi kualitas pelayanan yang diberikan oleh masing-masing klinisi.
 - f. Keadilan (*equity*) yang lebih baik dalam pengalokasian budget anggaran.
 - g. Mendukung sistem perawatan pasien dengan menerapkan Clinical Pathway.
3. Manfaat Bagi Penyandang Dana Pemerintah (*Provider*)
 - a. Dapat meningkatkan efisiensi dalam pengalokasian anggaran pembiayaan kesehatan.
 - b. Dengan anggaran pembiayaan yang efisien, *equity* terhadap masyarakat luas akan akan terjangkau.
 - c. Secara kualitas pelayanan yang diberikan akan lebih baik sehingga meningkatkan kepuasan pasien dan *provider*/Pemerintah.
 - d. Penghitungan tarif pelayanan lebih objektif dan berdasarkan kepada biaya yang sebenarnya.

C. *Clinical Pathway*

Prinsip pelaksanaan *Case Mix INA CBGs* adalah untuk efisiensi pembiayaan pelayanan kepada pasien, untuk dapat mencapai itu perlu ada standarisasi pelayanan terhadap pasien sesuai dengan kaidah yang berlaku. Untuk mengurangi *cost* pelayanan rumah sakit berusaha mencari strategi yang terbaik untuk menghemat utilisasi namun memperbaiki kualitas pelayanan (*quality of care*). Clinical Pathway sebagai salah satu komponen *Cost analisys*. Clinical Pathway tidak digunakan untuk memperkirakan tarif melainkan untuk maintenance *cost weight* (berkaitan langsung dengan standarisasi *length of stay*) (Darmawan, dkk, 2016).

1. Definisi *Clinical Pathway*

- a. *European Pathways Association* (EPA) I pada kongres di Slovenia, Desember 2005 telah merevisi definisi *Clinical Pathways* sebagai berikut: *Clinical Pathways* adalah metodologi dalam cara mekanisme pengambilan keputusan terhadap layanan pasien berdasarkan pengelompokan dan dalam periode waktu tertentu.
- b. Suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit.
- c. *Pathway* adalah pelayanan medis yang berpihak pada pasien dan yang menguntungkan bagi pasien, keluarga bahkan kepada *team work*, member

peluang untuk melaksanakan evaluasi serta proses perbaikan pelayanan medis yang terus menerus.

d. *Clinical pathway* adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien mulai masuk sampai keluar rumah sakit berdasarkan standar pelayanan medis, standar asuhan keperawatan, dan standar pelayanan tenaga kesehatan lainnya, yang berbasis bukti dengan hasil yang dapat diukur dan dalam jangka tertentu selama di rumah sakit.

2. Tujuan *Clinical Pathway*

- a. Mengurangi variasi dalam pelayanan, *Cost* lebih mudah diprediksi.
- b. Pelayanan terstandarisasi, meningkatkan kualitas pelayanan (*Quality of Care*)
- c. Meningkatkan prosedur *costing*.
- d. Meningkatkan kualitas dari informasi yang telah dikumpulkan.
- e. Sebagai (*counter-check*) pada DRG *cost*.
- f. Terutama pada kasus-kasus (*high cost, high volume*).

3. Keuntungan *Clinical Pathway*

- a. Mendukung pengenalan *evidence-based medicine* dan penggunaan pedoman klinis.
- b. Meningkatkan komunikasi antar disiplin, *teamwork* dan perencanaan perawatan.
- c. Menyediakan standar yang jelas dan baik untuk pelayanan.
- d. Membantu mengurangi variasi dalam perawatan pasien (melalui standar).

- e. Meningkatkan proses manajemen sumber daya
- f. Menyokong proses *Quality Improvement* secara berkelanjutan
- g. Membantu dalam proses audit klinis
- h. Meningkatkan kolaborasi antar dokter dan perawat.
- i. Meningkatkan peran dokter dalam perawatan.

D. Peran Coding dalam *Case Mix* INA CBG's

Dalam pelaksanaan *Case Mix* INA-CBGs, peran koding sangat menentukan, dimana *logic software* yang digunakan untuk menentukan tariff adalah dengan pedoman *International Classification of Disease* (ICD) 10 untuk menentukan diagnosis dan ICD 9 CM untuk tindakan atau prosedur. Besar kecilnya tarif yang muncul dalam *software* INA-CBG's ditentukan oleh diagnosis dan prosedur. Kesalahan penulisan diagnosis akan mempengaruhi tarif. Tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil. Diagnosis dalam kaidah CBG's, harus ditentukan diagnosa utama dan diagnosa penyerta. Diagnosa penyerta terdiri dari komplikasi dan komorbiditas (Madin, dkk, 2014).

Diagnosa penyerta juga dapat mempengaruhi besar kecilnya tarif, karena akan mempengaruhi *level severity* (tingkat keparahan) yang diderita oleh pasien. Logikanya pasien yang dirawat terjadi komplikasi, maka akan mempengaruhi lama perawatan di rumah sakit. Jika lama perawatan bertambah lama dibanding tidak terjadi komplikasi, maka akan menambah jumlah pembiayaan dalam perawatan. Dalam *logic software* INA-CBGs penambahan tarif dari paket yang sebenarnya, jika terjadi *level severity* tingkat 2 dan *level severity* tingkat 3 (Wati, dkk, 2019).

Jika dalam akhir masa perawatan terjadi lebih dari satu diagnosis, koder harus bisa menentukan mana yang menjadi diagnosa utama maupun skunder (Tando, 2013), yaitu;

1. Diagnosa Utama (*Principal Diagnosis*)
 - a. Adalah diagnosa akhir/final yang dipilih dokter pada hari terakhir perawatan dengan kriteria paling banyak menggunakan sumber daya atau yang menyebabkan hari rawatan paling lama
 - b. Diagnosis utama selalu ditetapkan pada akhir perawatan pasien (*established at the end of the episode of health care*)
 - c. Jika terdapat lebih dari satu diagnosis maka dipilih satu diagnosis yang paling banyak menggunakan *resources* (SDM, bahan habis pakai, peralatan medik, tes pemeriksaan dan lain-lain).
2. Defenisi/ciri-ciri Diagnosis Sekunder
 - a. Diagnosis sekunder adalah diagnosis selain dari diagnosis utama (komplikasi + komorbiditi)
 - b. Komplikasi: Kondisi/diagnosa sekunder yang muncul selama masa perawatan dan dianggap meningkatkan *length of stay* (LOS) setidaknya satu hari rawat pada kira-kira 75 %
 - c. Kondisi komorbid : kondisi yang telah ada saat admisi & dianggap dapat meningkatkan *length of stay* (LOS) setidaknya 3/4 hari rawat pada kira 75%.
3. Prosedur/Tindakan

- a. Prosedur Utama (*Principal Procedure*) adalah prosedur tindakan yang paling banyak menghabiskan sumber daya atau yang menyebabkan hari rawatan paling lama dan biasanya berhubungan erat dengan diagnosa utama.
- b. Prosedur Sekunder seluruh signifikan prosedur tindakan yang dijalankan pada pasien rawat inap atau rawat jalan, membutuhkan peralatan special atau dikerjakan oleh staf terlatih dan berpengalaman Dalam proses *Case Mix In DRG*, tidak semua prosedur atau tindakan harus di input dalam software Ina DRG. Beberapa tindakan-tindakan yang tidak perlu di input adalah: Prosedur/tindakan yang berhubungan dengan keperawatan, Prosedur/tindakan yang rutin dilakukan, Prosedur/tindakan yang tidak memerlukan staf khusus, Prosedur/tindakan yang tidak memerlukan peralatan khusus.

2.2 Implementasi Kebijakan JKN

Implementasi adalah proses untuk melaksanakan kebijakan supaya mencapai hasil. Kebijakan yang telah direkomendasikan untuk dipilih oleh *policy makers* bukanlah jaminan bahwa kebijakan tersebut pasti berhasil dalam implementasinya (Khariza, dkk 2015).

Secara garis besar fungsi implementasi adalah untuk membentuk suatu hubungan yang memungkinkan tujuan-tujuan ataupun sasaran-sasaran kebijakan publik diwujudkan sebagai *outcome* (hasil akhir) kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah. Implementasi kebijakan menghubungkan antara tujuan kebijakan dan realisasinya dengan hasil kegiatan pemerintah dimana tugas implementasi adalah membangun jaringan yang memungkinkan tujuan kebijakan

publik direalisasikan melalui aktivitas instansi pemerintah yang melibatkan berbagai pihak yang berkepentingan (*policy stakeholders*) (Achmadi, 2014).

Tahap implementasi kebijakan dapat dicirikan dan dibedakan dengan tahap pembuatan kebijakan. Pembuatan kebijakan di satu sisi merupakan proses yang memiliki logika *bottom-up*, dalam arti proses kebijakan diawali dengan penyampaian aspirasi, permintaan atau dukungan dari masyarakat. Sedangkan implementasi kebijakan di sisi lain di dalamnya memiliki logika *top-down*, dalam arti penurunan alternatif kebijakan yang abstrak atau makro menjadi tindakan konkret atau mikro (Adisasmitho, 2014).

Langkah implementasi kebijakan JKN dapat disamakan dengan fungsi actuating dalam rangkaian fungsi manajemen. Aksi disini merupakan fungsi tengah yang terkait erat dengan berbagai fungsi awal, seperti perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pemberahan personil (*stuffing*) dan pengawasan (*controlling*). Sebagai langkah awal pada pelaksanannya adalah identifikasi masalah dan tujuan serta formulasi kebijakan. Untuk langkah akhir dari rangkaian kebijakan berada pada monitoring dan evaluasi (Bastian, dkk, 2011).

Implementasi kebijakan dipengaruhi oleh beberapa variabel dan masing-masing variabel tersebut saling berhubungan satu sama lain. Dalam pandangan Adisasmitho (2014), dan Darmawan dkk (2016), implementasi kebijakan JKN dihubungkan dengan 4 variabel yaitu :

a. Sumber Daya

Walaupun isi kebijakan sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumber daya untuk melaksanakan, implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia maupun sumber daya finansial. Sumber daya manusia adalah kecukupan baik kualitas dan kuantitas implementor yang dapat melingkupi seluruh kelompok sasaran. Sumber daya finansial adalah kecukupan modal dalam melaksanakan kebijakan. Keduanya harus diperhatikan dalam implementasi kebijakan. Tanpa sumber daya, kebijakan hanya tinggal dikertas menjadi dokumen saja. Jika para pelaksana kekurangan sumber-sumber yang diperlukan perintah-perintah implementasi mungkin diteruskan secara cermat, jelas dan konsisten, tetapi untuk melaksanakan kebijakan-kebijakan, maka implementasi ini pun cenderung tidak efektif (Kurniati, dkk, 2011).

Menurut Khariza (2015), sumber-sumber yang akan mendukung kebijakan yang efektif terdiri :

1) Staf

Sumber daya manusia pelaksana kebijakan, dimana sumber daya manusia tersebut memiliki jumlah yang cukup dan memenuhi kualifikasi unruk melaksanakan kebijakan. Sumber daya manusia memiliki jumlah yang cukup dan memenuhi kualifikasi adalah para pelaksana yang berjumlah cukup dan memiliki kemampuan dan keterampilan yang diperlukan dalam melaksanakan kebijakan yang ditetapkan. Jumlah pelaksana yang banyak tidak otomatis mendorong implementasi yang berhasil, jika tidak memiliki keterampilan yang memadai.

Disisi lain kurangnya personil yang memiliki keterampilan juga akan menghambat pelaksanaa kebijakan tersebut (Niko, dkk, 2014).

2) Kewenangan

Kewenangan dalam sumber daya adalah kewenangan yang memiliki oleh sumber daya manusia untuk melaksanakan suatu kebijakan yang ditetapkan. Kewenangan yang dimiliki oleh sumber daya manusia adalah kewenangan setiap pelaksana untuk melakukan hal-hal yang berkaitan dengan apa yang diamanatkan dalam suatu kebijakan (Kurniati, dkk, 2012).

3) Informasi

Informasi merupakan sumber penting dalam implementasi kebijakan. Informasi dalam sumber daya adalah informasi yang dimiliki oleh sumber daya manusia untuk melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan. Informasi untuk melaksanakan kebijakan disini adalah segala keterangan dalam bentuk tulisan atau pesan, pedoman, petunjuk dan tata cara pelaksanaan yang bertujuan untuk melaksanakan kebijakan.

4) Sarana dan prasarana

Sarana dan prasarana adalah semua yang tersedia demi terselenggaranya pelaksnaan suatu kebijakan dan dipergunakan Untuk mendukung secara langsung dan terkait dengan tugas-tugas yang ditetapkan (Kurniati, dkk, 2012).

b. Komunikasi Petugas JKN

Menurut Khariza (2015), komunikasi adalah proses penyampaian pesan/berita dari seseorang ke orang lain sehingga antara kedua belah pihak terjadi adanya saling pengertian. Komunikasi merupakan keterampilan

manajemen yang sering digunakan dan sering disebut sebagai satu kemampuan yang sangat bertanggung jawab bagi keberhasilan seseorang, ia sangat penting sehingga orang-orang sepenuhnya tahu bagaimana mereka berkomunikasi. Implementasi kebijakan mensyaratkan implementor mengetahui apa yang harus dilakukan. Apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran sehingga akan mengurangi distorsi implementasi. Apabila tujuan dan sasaran suatu kebijakan tidak jelas atau bahkan tidak diketahui sama sekali oleh kelompok sasaran, maka kemungkinan akan terjadi resistensi dari kelompok sasaran (Suyono, 2011).

Semakin tinggi pengetahuan kelompok sasaran atas program maka akan mengurangi tingkat penolakan dan kekeliruan dalam mengaplikasikan kebijakan. Pada hakekatnya setiap proses komunikasi terdapat unsur-unsur sebagai berikut (Khariza, 2015) :

- 1) *Sumber pesan* adalah dasar yang digunakan dalam penyampaian pesan dan digunakan dalam rangka memperkuat pesan itu sendiri.
 - 2) *Komunikator* adalah orang atau kelompok yang menyampaikan pesan kepada orang lain, yang meliputi penampilan, penguasaan masalah, penguasaan bahasa.
 - 3) *Komunikan* adalah orang yang menerima pesan.
 - 4) *Pesan* adalah keseluruhan dari apa yang disampaikan oleh komunikator, dimana pesan ini mempunyai pesan yang sebenarnya menjadi pengarah dalam usaha mencoba mengubah sikap dan tingkah laku komunikan.
- Adapun unsur-unsur yang terdapat pesan meliputi: cara penyampaian pesan,

bentuk pesan (informatif, persuasif, koersif), merumuskan pesan yang mengena (umum, jelas dan gamblang, bahasa jelas, positif, seimbang, sesuai dengan keinginan komunikan) (Suparman, dkk, 2014).

- 5) *Media* adalah saran yang digunakan komunikator dalam penyampaian pesan agar dapat sampai pada komunikan, meliputi media umum, media massa (Khariza, 2015).
- 6) *Efek* adalah hasil akhir dari suatu komunikasi, yakni sikap dan tingkah laku orang, sesuai atau tidak sesuai dengan yang kita harapkan, apabila sikap dan tingkah laku orang lain itu sesuai maka komunikasi berhasil, demikian sebaliknya. Tujuan komunikasi keorganisasian antara lain untuk memberikan informasi baik kepada pihak luar maupun pihak dalam, memanfaatkan umpan balik dalam rangka proses pengendalian manajemen, mendapatkan pengaruh, alat untuk memecahkan persoalan untuk pengambilan keputusan, mempermudah perubahan-perubahan yang akan dilakukan, mempermudah pembentukan kelompok-kelompok kerja serta dapat dijadikan untuk menjaga pintu keluar-masuk dengan pihak-pihak luar organisasi (Adisasmoro, 2014).

Arah komunikasi di dalam suatu organisasi (Khariza, 2015) antara lain :

- a. Komunikasi ke bawah, yaitu dari atasan ke bawahan, yang dapat berupa pengarahan, perintah, indoktrinasi, inspirasi maupun evaluasi. Medianya bermacam-macam, seperti memo, telepon, surat, dan sebagainya.
- b. Komunikasi ke atas, yaitu komunikasi dari bawahan ke atasan. Fungsinya utamanya adalah untuk mencari dan mendapatkan informasi tentang

aktivitas-aktivitas dan keputusan-keputusan yang meliputi laporan pelaksanaan kerja, saran serta rekomendasi, usulan anggaran, pendapat-pendapat, keluhan-keluhan, serta permintaan bantuan. Medianya biasanya adalah laporan baik secara lesan maupun tertulis atau nota dinas.

- c. Komunikasi ke samping, yaitu komunikasi antar anggota organisasi yang setingkat. Fungsi utamanya adalah untuk melakukan kerja sama dan proaktif pada tingkat mereka sendiri, di dalam bagian atau antar bagian lain yang bertujuan untuk memecahkan berbagai masalah maupun menceritakan pengalaman mereka dalam melaksanakan pekerjaannya.
- d. Komunikasi ke luar, yaitu komunikasi antara organisasi dengan pihak luar, misalnya dengan pelanggan dan masyarakat pada umumnya. Organisasi berkomunikasi dengan pihak luar dapat melalui bagian *Public Relations* atau media iklan lain.

Menurut Herlambang (2016), mengkomunikasikan sesuatu memiliki cara sendiri-sendiri. Untuk mengkomunikasikan ke bawah hal-hal pokok yang perlu dikuasai oleh atasan adalah:

- a. Memberikan perhatian penuh pada bawahan.
- b. Menggunakan pertanyaan-pertanyaan terbuka.
- c. Mendengarkan dengan umpan balik.
- d. Memberikan waktu yang cukup.
- e. Menghindari kesan memberikan persetujuan maupun penolakan.

Untuk komunikasi ke atas, bawahan dapat melakukan cara-cara berkomunikasi berikut ini:

- a. Melaporkan dengan segera setiap perubahan yang dihadapi;
- b. Menyusun informasi sebelum dilaporkan;
- c. Memberikan keterangan selengkapnya jika atasan memiliki waktu;
- d. Mengajukan fakta bukan perkiraan;
- e. Melaporkan juga perihal sikap, produktivitas, moral kerja, atau persoalan khusus yang dihadapi bawahan;
- f. Menghindari penyebaran informasi yang salah;
- g. Meminta nasihat atasa mengenai cara-cara menangani masalah yang sulit diatasi sendiri oleh bawahan.

Secara umum Edwards membahas tiga hal yang penting dalam proses komunikasi kebijakan, Kurnati (2012) yaitu :

- a. Transmisi adalah mereka yang melaksanakan keputusan harus mengetahui apa yang harus dilakukan. Keputusan dan perintah harus diteruskan kepada personil yang tepat sebelum keputusan dan perintah itu diikuti. Komunikasi harus akurat dan harus dimengerti. Apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus disampaikan kepada kelompok sasaran (target) sehingga akan mengurangi dampak dari implementasi tersebut.
- b. Kejelasan

Jika kebijakan diimplementasikan sebagaimana yang diinginkan, maka petunjuk-petunjuk pelaksanaa tidak hanya harus diterima oleh para pelaksana, tetapi juga komunikasi harus jelas. Ketidakjelasan pesan komunikasi yang disampaikan berkenaan dengan implementasi kebijakan akan mendorong terjadinya interpretasi yang salah bahkan mungkin bertentangan

dengan makna pesan awal.

c. **Konsistensi**

Jika implementasi kebijakan ingin berlangsung efektif, maka perintah-perintah pelaksanaan harus konsisten dan jelas. Walaupun perintah-perintah yang sampaikan kepada para pelaksana kebijakan mempunyai unsur kejelasan, tetapi bila perintah tersebut bertentangan maka perintah tersebut tidak akan memudahkan para pelaksana kebijakan menjalankan tugasnya dengan baik.

c. **Dispositioni**

Dispositioni adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik maka dia akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif (Khariza, 2015). Kejujuran mengarahkan implementor untuk tetap berada dalam arah program yang telah digariskan dalam program. Komitmen dan kejujurannya membawanya semakin antusias dalam melaksanakan tahap-tahap program secara konsisten. Sikap yang demokratis akan meningkatkan kesan baik implementor dan kebijakan dihadapan anggota kelompok sasaran. Sikap ini akan menurunkan resistensi dari masyarakat dan menumbuhkan rasa percaya dan kedulian kelompok sasaran terhadap implementor dan kebijakan (Adisasmto, 2014).

d. **Struktur Birokrasi**

Struktur organisasi yang bertugas mengimplementasikan kebijakan

memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Salah satu dari aspek struktur yang penting dari setiap organisasi adalah adanya prosedur yang standar (SOP atau *standard operating procedures*). SOP menjadi pedoman bagi setiap implementor dalam bertindak. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan red-tape, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks. Ini menyebabkan aktivitas organisasi tidak fleksibel (Darmawan, dkk, 2016).

Keempat variabel diatas dalam model yang dibangun oleh Edward memiliki keterkaitan satu dengan yang lain dalam mencapai tujuan dari kebijakan. Semuanya saling bersinergi dalam mencapai tujuan dan satu variabel akan mempengaruhi variabel yang lain. Misalnya bila implementor tidak jujur akan mudah sekali melakukan mark up dan korupsi atas dana kebijakan sehingga program tidak optimal dalam mencapai tujuannya. Begitu pula bila watak dari implementor kurang demokratis akan sangat mempengaruhi proses komunikasi dengan kelompok sasaran. Model implementasi dari Edward ini dapat digunakan sebagai alat menggambarkan implementasi program diberbagai tempat dan waktu (Khariza, 2015).

Tidak semua kebijakan berhasil dilaksanakan secara sempurna karena pelaksaan kebijakan pada umumnya memang lebih sukar dari sekedar merumuskannya. Proses perumusan memerlukan pemahaman tentang berbagai aspek dan disiplin ilmu terkait serta pertimbangan mengenai berbagai pihak namun pelaksanaan kebijakan tetap dianggap lebih sukar. Dalam kenyataannya sering terjadi implementation gap yaitu kesenjangan atau perbedaan antara apa

yang dirumuskan dengan apa yang dilaksanakan. Kesenjangan tersebut bisa disebabkan karena tidak dilaksanakan dengan sebagaimana mestinya (*non implementation*) dan karena tidak berhasil atau gagal dalam pelaksanaannya (*unsuccessful implementation*) (Niko, dkk, 2014).

Dalam implementasi kebijakan terdapat beberapa faktor eksternal yang dapat mempersulit pelaksanaan suatu kebijakan (Darmawan, dkk, 2016) yaitu :

a. Kondisi Fisik

Terjadinya perubahan musim atau bencana alam. Dalam banyak hal kegagalan pelaksanaan kebijakan sebagai akibat dari faktor-faktor alam ini sering dianggap bukan sebagai kegagalan dan akhirnya diabaikan, sekalipun dalam hal-hal tertentu sebenarnya bisa diantisipasi untuk mencegah dan mengurangi resiko yang terjadi.

b. Faktor Politik

Terjadinya perubahan politik yang mengakibatkan pertukaran pemerintahan dapat mengubah orientasi atau pendekatan dalam pelaksanaan bahkan dapat menimbulkan perubahan pada seluruh kebijakan yang telah dibuat. Perubahan pemerintahan dari kepala pemerintahan kepada kepala pemerintahan lain dapat menimbulkan perbedaan orientasi sentralisasi ke desentralisasi sistem pemerintahan, perubahan dari orientasi yang memprioritaskan strategi industrialisasi keorientasi agri-bisnis, perubahan dari orientasi yang memprioritaskan pasar terbuka ke strategi dependensi dan sebagainya.

c. Attitude

Attitude dari sekelompok orang yang cenderung tidak sabar menunggu berlangsungnya proses kebijakan dengan sewajarnya dan memaksa melakukan

perubahan. Akibatnya, terjadi perubahan kebijakan sebelum kebijakan itu dilaksanakan. Perubahan atas sesuatu peraturan perundang-undangan boleh saja terjadi, namun kesadaran untuk melihat berbagai kelemahan pada waktu baru mulai diberlakukan tidak boleh dipandang sebagai attitude positif dalam budaya bernegara.

- d. Terjadi penundaan karena kelambatan atau kekurangan faktor input.

Keadaan ini terjadi karena faktor-faktor pendukung yang diharapkan tidak tersedia pada waktu yang dibutuhkan, atau mungkin karena salah satu faktor dalam kombinasi faktor-faktor yang diharapkan tidak cukup.

- e. Kelemahan salah satu langkah dalam rangkaian beberapa langkah pelaksanaan.

Jika pelaksanaan memerlukan beberapa langkah yang berikut : A > B > C > D, kesalahan dapat terjadi diantara A dengan B atau diantara B dengan C dan atau antara C dengan D.

- f. Kelemahan pada kebijakan itu sendiri

Kelemahan ini dapat terjadi karena teori yang melatarbelakangi kebijakan atau asumsi yang dipakai dalam perumusan kebijakan tidak tepat.

Kebijakan yang baik mempunyai tujuan yang rasional dan diinginkan, asumsi yang realistik dan informasi yang relevan dan lengkap. Tetapi tanpa pelaksanaan yang baik, sebuah rumusan kebijakan yang baik sekalipun hanya akan merupakan sekedar suatu dokumen yang tidak mempunyai banyak arti dalam kehidupan bermasyarakat (Adisasmitho, 2014).

2.3 Rumah Sakit

2.3.1 Pengertian Rumah Sakit

Menurut UU RI nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan perorangan secara paripurna menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan IGD. Berdasarkan Permenkes RI Nomor 44/Menkes/Per/11/2009 pelayanan rumah sakit umum pemerintah Departemen Kesehatan dan Pemerintah Daerah diklasifikasikan menjadi kelas/tipe A,B,C,D dan E (Herlambang, 2016) :

1. Rumah Sakit Kelas A

Rumah Sakit kelas A adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis luas oleh pemerintah, rumah sakit ini telah ditetapkan sebagai tempat pelayanan rujukan tertinggi (top referral hospital) atau disebut juga rumah sakit pusat.

2. Rumah Sakit Kelas B

Rumah Sakit kelas B adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran medik spesialis luas dan subspesialis terbatas. Direncanakan rumah sakit tipe B didirikan di setiap ibukota propinsi (provincial hospital) yang menampung pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten. Rumah sakit pendidikan yang tidak termasuk tipe A juga diklasifikasikan sebagai rumah sakit tipe B.

3. Rumah Sakit Kelas C

Rumah Sakit kelas C adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran subspesialis terbatas. Terdapat empat macam pelayanan

spesialis disediakan yakni pelayanan penyakit dalam, pelayanan bedah, pelayanan kesehatan anak, serta pelayanan kebidanan dan kandungan. Direncanakan rumah sakit tipe C ini akan didirikan di setiap kabupaten/kota (regency hospital) yang menampung pelayanan rujukan dari puskesmas.

4. Rumah Sakit Kelas D

Rumah Sakit ini bersifat transisi karena pada suatu saat akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C. Pada saat ini kemampuan rumah sakit tipe D hanyalah memberikan pelayanan kedokteran umum dan kedokteran gigi. Sama halnya dengan rumah sakit tipe C, rumah sakit tipe D juga menampung pelayanan yang berasal dari puskesmas.

5. Rumah Sakit Kelas E

Rumah sakit ini merupakan rumah sakit khusus (special hospital) yang menyelenggarakan hanya satu macam pelayanan kedokteran saja. Pada saat ini banyak tipe E yang didirikan pemerintah, misalnya rumah sakit jiwa, rumah sakit kusta, rumah sakit paru, rumah sakit jantung, dan rumah sakit ibu dan anak.

2.3.2 Fungsi dan Tujuan Rumah Sakit

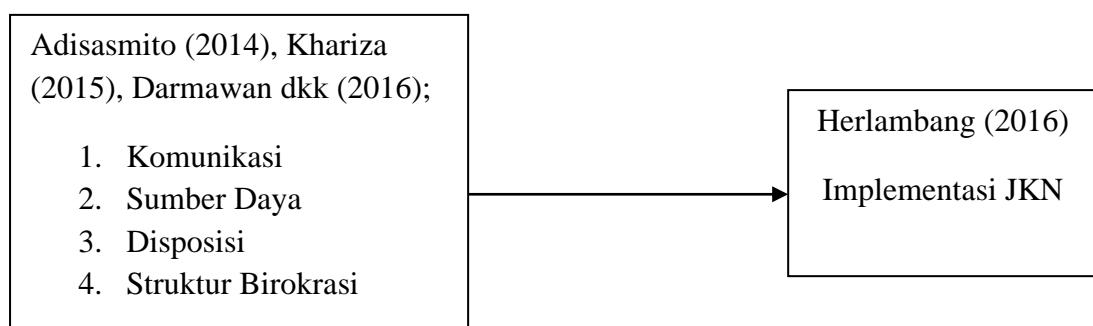
Menurut Adisasmoro (2014), secara garis besar fungsi dan tujuan rumah sakit pada dasarnya adalah:

1. Memberikan asuhan pada pasien yang meliputi pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif.
2. Memberikan pelayanan kesehatan masyarakat yang meliputi pelayanan kesehatan promotif dan preventif.

3. Merupakan tempat pendidikan bagi tenaga kesehatan
4. Merupakan tempat pendidikan bagi tenaga kesehatan
5. Merupakan suatu tempat penelitian

2.4 Kerangka Teori

Berdasarkan uraian penjelasan di atas, maka dapat dibuat kerangka tertulis sebagai berikut :



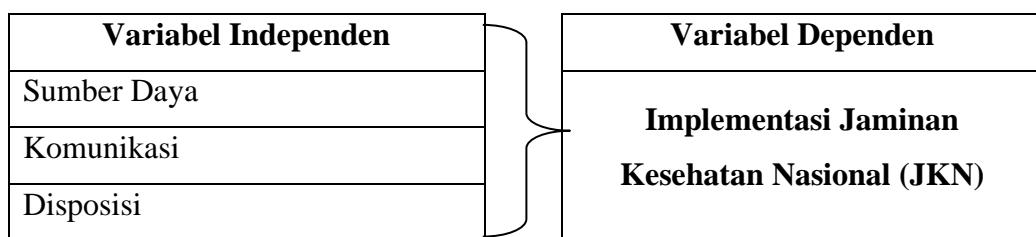
Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB III

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini terdapat dalam teori Adisasmto (2014), Khariza (2015), Herlambang (2016), dan Darmawan dkk (2016) tentang keberhasilan implementasi kebijakan. Maka yang menjadi kerangka konsep ini dapat dilihat dalam gambar berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.1 Variabel Penelitian

3.1.1 Variabel Independen

Variabel Independen adalah yang mempengaruhi variabel lain termasuk didalamnya yaitu Sumber Daya, Komunikasi, Disposisi.

3.2.2 Variabel Dependen

Variabel Dependen adalah variabel yang keadaannya dipengaruhi oleh variabel lain, yaitu Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen						
1.	Implementasi Kebijakan JKN di RSU Mufid	Pelaksanaan suatu aturan-aturan atau kebijakan JKN tentang klaim INA CBG's yang ditinjau dari pelaksanaan sistem <i>coding</i> , sistem <i>costing</i> dan <i>clinical pathway</i>	Membagikan Kuesioner	Kuisisioner	a. Baik b. Cukup c. Kurang	Ordinal
Variabel Independen						
2.	Sumber Daya	Segala sesuatu yang dibutuhkan untuk melaksanakan kebijakan JKN tentang Klaim INA CBG's yang meliputi SDM, Sarana dan Prasarana dan Infrastruktur rumah sakit	Membagikan Kuesioner	Kuisisioner	a. Baik b. Cukup c. Kurang	Ordinal
3.	Komunikasi	Bentuk sosialisasi berbagai informasi, aturan-aturan atau kebijakan JKN yang disampaikan oleh pihak terkait rumah sakit terhadap pelaksanaan JKN di rumah sakit	Membagikan Kuesioner	Kuisisioner	a. Baik b. Cukup c. Kurang	Ordinal
4.	Disposisi	Suatu dukungan, komitmen, kerja sama, respons serta kepatuhan petugas rumah sakit dalam menjalankan berbagai kebijakan JKN dirumah sakit	Membagikan Kuesioner	Kuisisioner	a. Baik b. Cukup c. Kurang	Ordinal

3.4 Cara Pengukuran Variabel

Pengukuran variabel dilakukan peneliti dengan memberi bobot nilai, Untuk lebih jelas dapat dilihat sebagai berikut

3.4.1 Implementasi Kebijakan JKN

- a. Baik : jika skor yang didapat $x \geq 16,86$
- b. Cukup ; jika skor yang didapat $x = 16,86$
- c. Kurang : jika skor yang didapat $x \leq 16,86$

3.4.2 Sumber Daya

- a. Baik : jika skor yang didapat $x \geq 17$
- b. Cukup ; jika skor yang didapat $x = 17$
- c. Kurang : jika skor yang didapat $x \leq 17$

3.4.3 Komunikasi

- a. Baik : jika skor yang didapat $x \geq 16$
- b. Cukup ; jika skor yang didapat $x = 16$
- c. Kurang : jika skor yang didapat $x \leq 16$

3.4.3 Disposisi

- a. Baik : jika skor yang didapat $x \geq 15,9$
- b. Cukup ; jika skor yang didapat $x = 15,9$
- c. Kurang : jika skor yang didapat $x \leq 15,9$

3.5 Hipotesa Penelitian

- 3.5.1 Ada pengaruh sumber daya terhadap implementasi kebijakan jaminan kesehatan nasional (JKN) tentang Klaim INACBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.
- 3.5.2 Ada pengaruh komunikasi terhadap implementasi kebijakan jaminan kesehatan nasional (JKN) tentang Klaim INACBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.
- 3.5.3 Ada pengaruh disposisi terhadap implementasi kebijakan jaminan kesehatan nasional (JKN) tentang Klaim INACBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini bersifat survei analitik dengan desain *cross sectional study*. Suatu penelitian untuk mempelajari dinamika kolerasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi, atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*), Bertujuan untuk mengetahui Faktor-faktor yang berhubungan dengan Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional Tentang Klaim INACBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.

4.2 Populasi Dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan sumber data yang diperlukan dalam suatu penelitian (Sumantri, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga bidang JKN di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019 berjumlah 37 orang.

4.2.2 Sampel

Pada penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel menggunakan metode *Total Sampling* (Notoatmodjo, 2010). Jadi, besar sampel yang akan diteliti ini sebanyak 37 tenaga JKN di RSU Mufid. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik *Accidental Sampling* yaitu pengambilan sampel kebetulan dilakukan apabila pemilihan anggota sampelnya dilakukan terhadap orang atau benda yang kebetulan ada. Dengan kriteria sampel sebagai berikut;

1. Bersedia menjadi responden,
2. Responden bisa baca dan tulis
3. Responden yang bekerja di bagian JKN RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

4.3.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie.

4.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada tanggal 20 s/d 30 Oktober tahun 2019.

4.4 Teknik Pengumpulan Data

4.4.1 Data Primer

Data primer merupakan sumber-sumber dasar yang terdiri dari bukti-bukti atau saksi utama dari kejadian objek yang diteliti dan gejala yang terjadi di lapangan atau data primer ialah yang berasal dari sumber asli atau pertama. (Sumantri Arif, 2011). Data primer data yang diperoleh langsung dari atau melalui jawaban responden berdasarkan hasil kuesioner adopsi dari Purnamasari (2018), tentang faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi JKN tentang Klaim INACBG'S di RSU Malahayati Medan.

Data primer dalam penelitian ini mencakup komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi keempat variabel tersebut menggunakan teknik pengumpulan data dengan cara membagikan kuesioner dan wawancara.

4.4.2 Data Sekunder

Data sekunder yaitu data yang diperoleh dari referensi-referensi atau buku

yang berhubungan dengan penelitian. Data sekunder dikaitkan dengan sumber selain dokumen langsung yang menjelaskan tentang suatu gejala. (Sumantri Arif, 2011).

Data sekunder dalam penelitian ini meliputi data profil, struktur organisasi, profil informan, cakupan JKN dan lain sebagainya yang dianggap berkaitan dengan penelitian, data tersebut diperoleh dengan cara penelusuran ke tempat penelitian.

4.5. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan berdasarkan Deskriptif hasil dari interview. Setelah data dikumpulkan penulis melakukan pengolahan data melalui tahapan-tahapan sebagai berikut :

a. *Editing*

Editing adalah memeriksa data yang telah dikumpulkan, baik itu kuesioner maupun laporan lain untuk melihat kelengkapan pengisian data identitas responden. Hasil wawancara atau angket yang diperoleh atau dikumpulkan melalui kuesioner perlu disunting (edit) terlebih dahulu (Notoadmodjo, 2010). Caranya yaitu memilih data yang *representative* yang dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya.

b. *Coding*

Coding dilakukan untuk mempermudah pengolahan dengan cara memberikan kode jawaban hasil penelitian guna memudahkan dalam proses pengelompokan dan pengolahan data. Caranya yaitu memberikan kode kepada data yang didapat dengan kode angka 1, 2, 3...37.

c. *Tabulasi*

Tabulasi merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa dengan mudah dapat dijumlahkan, disusun dan ditata untuk disajikan dan dianalisis berdasarkan jawaban hasil penelitian yang serupa dan menjumlahkan dengan teliti dan teratur kedalam tabel. Yakni membuat tabel data, sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti (Notoadmojo, 2010).

4.6 Analisa Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan bantuan perangkat software. Dengan metode yang dilakukan meliputi :

4.6.1 Analisis Univariat

Analisis Univariat digunakan untuk melihat distribusi frekwensi tiap-tiap variabel yang diteliti baik variabel dependen maupun variabel independen dalam bentuk proporsi dengan skala ordinal.

4.6.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan variabel independen dengan variabel dependen digunakan uji *chi-square test*. Dengan persamaan :

$$\text{Rumus: } \chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Ket : χ^2 : Chi Square

O : Frekuensi Pengamatan

E : Frekuensi Harapan

Penilaian dilakukan sebagai berikut :

- a. Jika p value $\leq 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan variabel independen dengan variabel dependen
- b. Jika p value $> 0,05$ maka disimpulkan tidak ada hubungan variabel independen dengan variabel dependen.

Pengolahan data diinterpretasikan menggunakan nilai probabilitas dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Bila pada tabel 2x2, dan tidak ada nilai E (harapan) <5 , maka uji yang dipakai sebaiknya *Continuity Correction*.
- b. Bila pada tabel 2x2 dijumpai nilai E (harapan) <5 , maka uji yang digunakan adalah *Fisher Exact*.
- c. Bila tabel lebih dari 2x2, misalnya 3x2, dan lain-lain, maka digunakan uji *Person Chi-Square.ordinal*.

4.7. Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian ini yaitu setelah data dianalisis maka informasi akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, narasi dan tabel silang.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

5.1.1 Data Geografis

Rumah Sakit Umum Mufid merupakan rumah sakit berbadan hukum yang didirikan pada tahun 2008 oleh PT. Mufid diatas area tanah seluas $\pm 3.644 \text{ m}^2$. Penyelenggaraan rumah sakit ini telah mendapatkan izin penyelenggaraan berdasarkan:

1. No. 003/BPPTSP-PM/IX/2015 tanggal 07 September 2015
2. No. 620/HO/DU.3/XI/2016 tanggal 02 November 2016
3. No.735/11.07/DU/SITU/2014 tanggal 22 Oktober 2014

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No HK.02.02/I/0247/2014 Rumah Sakit Umum Mufid ditetapkan sebagai rumah sakit umum kelas D. Rumah Sakit Umum Swasta Mufid Kabupaten Pidie Jalan Prof. A. Majid Ibrahim No. 62-68 Desa Blok Sawah Kecamatan Kota Sigli yang merupakan bagian dari Provinsi Aceh. Adapun batas-batas lokasi rumah antara lain;

- Sebelah utara berbatasan dengan Desa Blok Sawah
- Sebelah selatan berbatasan dengan Desa Keuniree
- Sebelah timur berbatasan dengan Desa Blang Paseh
- Sebelah barat berbatasan dengan Desa Kampong Asan

5.1.2 Data Demografi

Rumah sakit umum Mufid sekarang ini telah memiliki SDM (Personal) yang memadai untuk memberikan pelayanan dirumah sakit dan telah ada standarisasi pelayanan kesehatan yang meningkatkan kinerja rumah sakit. Adapun sumber daya manusia yang dimiliki RSU Mufid berdasarkan tingkat pendidikannya, dapat dilihat pada tabel berikut ini;

Tabel 5.1

Jumlah SDM Berdasarkan Tingkat Pendidikan di RSU Mufid Kabupaten Sigli Tahun 2019

No	Kualifikasi Kriteria SDM	Purna Waktu (tenaga tetap)	Paruh Waktu (tenaga tidak tetap)	Jumlah Orang
1	Dokter Umum	2	8	10
2	Dokter Gigi	-	2	2
3	Dokter Spesialis Dasar	1	6	7
4	Dokter Spesialis Lain	-	4	4
5	Dokter Spesialis Penunjang	-	3	3
6	Dokter Sub Spesialis	-	2	2
7	Tenaga Keperawatan	43	-	43
8	Tenaga Bidan	24	-	24
9	Apoteker	-	4	4
10	Tenaga Kesehatan Lainnya	20	-	20
11	Tenaga Non Kesehatan ; a. Management b. Casmix c. Dapur/Gizi d. RM e. Reseptionist f. Maintence g. IPAL/LAUNDRY h. Satpam	60 8 7 7 17 3 6 7 8	- - - - - - - - -	60 8 7 7 17 3 6 7 8
TOTAL tenaga Kerja		150	29	179

Sumber: Profil RSU Mufid tahun 2018

Sedangkan Sarana dan Prasarana yang dimiliki RSU Mufid yaitu; Instalasi Rawat Inap, Instalasi HCU, Instalasi Farmasi, Instalasi Unit Gawat Darurat,

Instasalasi Rawat Jalan (Poliklinik), Unit Hemodialisis, Perawatan Kebidanan dan Neonatus, Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi (Dapur), IPRS, Mushalla, dan Mobil Ambulance. RSU Mufid mempunyai 64 tempat tidur yang terdiri dari; VIP dan SVIP, Kelas I, Kelas II, Kelas III, HCU, dan Isolasi.

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Analisa Univariat

5.2.1.1 Implementasi Kebijakan JKN

**Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Implementasi Kebijakan JKN di RSU Mufid Sigli
Tahun 2019**

No	Implementasi Kebijakan JKN	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1	Baik	15	40,5
2	Cukup	11	29,7
3	Kurang	11	29,8
	Jumlah	37	100

Sumber : Data Primer (Diolah, 2019)

Berdasarkan Tabel 5.2 diatas terlihat bahwa dari 37 responden yang menyatakan implementasi JKN baik sebanyak 15 responden (40,5%), implementasi JKN cukup sebanyak 11 responden (29,7%), dan implementasi JKN kurang sebanyak 11 responden (29,8%).

5.2.1.2 Sumber Daya

**Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Sumber Daya di RSU Mufid Sigli Tahun 2019**

No	Sumber Daya	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1	Baik	16	43,2
2	Cukup	12	32,4
3	Kurang	9	24,4
	Jumlah	37	100

Sumber : Data Primer (Diolah, 2019)

Berdasarkan Tabel 5.3 diatas terlihat bahwa dari 37 responden yang menyatakan sumber daya yang baik sebanyak 16 responden (43,2%), sumber daya yang cukup sebanyak 12 responden (32,2%) dan menyatakan sumber daya yang kurang sebanyak 9 responden (24,4%).

5.2.1.3 Komunikasi

**Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Komunikasi di RSU Mufid Sigli Tahun 2019**

No	Komunikasi	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1	Baik	15	40,5
2	Cukup	13	35,1
3	Kurang	9	24,4
	Jumlah	37	100

Sumber : Data Primer (Diolah, 2019)

Berdasarkan Tabel 5.4 diatas terlihat bahwa dari 37 responden yang menyatakan baik berkomunikasi sebanyak 15 responden (40,5%), komunikasi cukup sebanyak 13 responden (35,1%) dan menyatakan kurang berkomunikasi sebanyak 9 responden (24,4%).

5.2.1.4 Disposisi

**Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Disposisi di RSU Mufid Sigli Tahun 2019**

No	Disposisi	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1	Baik	13	35,1
2	Cukup	11	29,7
3	Kurang	13	35,2
	Jumlah	37	100

Sumber : Data Primer (Diolah, 2019)

Berdasarkan Tabel 5.5 diatas terlihat bahwa dari 37 responden yang menyatakan baik disposisi yang diberikan sebanyak 13 responden (35,1%), cukup

disposisinya sebanyak 11 responden (29,7%) dan yang menyatakan kurang disposisi yang diberikan sebanyak 13 responden (35,2%).

5.2.2 Analisa Bivariat

5.2.2.1 Pengaruh Sumber Daya terhadap Implementasi Kebijakan JKN tentang klaim INACBG'S Di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019

**Tabel 5.6
Pengaruh Sumber Daya terhadap Implementasi Kebijakan JKN tentang
klaim INACBG'S Di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019**

No	Sumber Daya	Implementasi Kebijakan JKN						Jumlah	P value	α			
		Baik		Cukup		Kurang							
		F	%	f	%	f	%						
1	Baik	10	62,5	2	12,5	4	25,0	16	100	0,021	0,05		
2	Cukup	5	41,7	3	25,0	4	33,3	12	100				
3	Kurang	0	0,0	6	66,7	3	33,3	9	100				
Jumlah		15	24,3	11	29,7	11	29,8	37	100				

Sumber : Data Primer (diolah) Tahun 2019

Berdasarkan data pada Tabel 5.6 di atas dapat didefinisikan bahwa dari 16 responden, yang menyatakan sumber daya baik sebanyak 10 responden (62,5%), dari 16 responden yang sumber daya cukup sebanyak 5 responden (41,7%) dan dibandingkan dari 9 responden yang sumber daya kurang sebanyak 0 responden (0%) terhadap implementasi kebijakan JKN yang baik.

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan *Uji Chi-Square* didapatkan *P. Value* sebesar $0,021 <$ dari nilai $\alpha = 0,05$ maka H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh sumber daya terhadap implementasi kebijakan JKN tentang INA CBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.

5.2.2.2 Pengaruh Komunikasi terhadap Implementasi Kebijakan JKN tentang klaim INACBG'S Di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019

**Tabel 5.7
Pengaruh Komunikasi terhadap Implementasi Kebijakan JKN tentang klaim INACBG'S Di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019**

No	Komunikasi	Implementasi Kebijakan JKN						Jumlah	P value	α			
		Baik		Cukup		Kurang							
		F	%	f	%	f	%						
1	Baik	9	60,0	1	6,7	5	33,3	15	100				
2	Cukup	1	7,7	9	69,2	3	23,1	13	100	0,003			
3	Kurang	5	55,6	1	11,1	3	33,3	9	100	0,05			
	Jumlah	15	24,3	11	29,7	11	29,8	37	100				

Sumber : Data Primer (diolah) Tahun 2019

Berdasarkan data pada Tabel 5.7 di atas dapat didefinisikan bahwa dari 15 responden, yang menyatakan berkomunikasi baik sebanyak 9 responden (60%), dari 13 responden yang menyatakan komunikasi cukup sebanyak 1 responden (7,7%) dan dibandingkan dari 9 responden yang menyatakan komunikasi kurang sebanyak 5 responden (55,6%) terhadap implementasi kebijakan JKN baik.

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan *Uji Chi-Square* didapatkan *P. Value* sebesar $0,003 <$ dari nilai $\alpha = 0,05$ maka H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh komunikasi terhadap implementasi kebijakan JKN tentang INA CBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.

5.2.2.3 Pengaruh Disposisi terhadap Implementasi Kebijakan klaim INACBG'S JKN Di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019

**Tabel 5.8
Pengaruh Disposisi terhadap Implementasi Kebijakan klaim INACBG'S
JKN Di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019**

No	Disposition	Implementasi Kebijakan JKN						Jumlah	P value	α			
		Baik		Cukup		Kurang							
		f	%	f	%	f	%						
1	Baik	6	46,2	5	38,5	2	15,4	13	100	0,030	0,05		
2	Cukup	5	45,5	5	45,5	1	9,1	11	100				
3	Kurang	4	30,8	1	7,7	8	61,5	13	100				
Jumlah		15	40,5	11	29,7	11	29,8	37	100				

Sumber : Data Primer (diolah) Tahun 2019

Berdasarkan data pada Tabel 5.8 di atas dapat didefinisikan bahwa dari 13 responden, yang menyatakan disposisi baik sebanyak 6 responden (46,2%), dari 11 yang menyatakan disposisi cukup sebanyak 5 responden (45,5%) dan dibandingkan dari 13 responden yang menyatakan disposisi kurang sebanyak 4 responden (30,8%) terhadap implementasi kebijakan JKN yang baik.

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan *Uji Chi-Square* didapatkan *P. Value* sebesar $0,030 <$ dari nilai $\alpha = 0,05$ maka H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh komunikasi terhadap implementasi kebijakan JKN tentang INA CBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.

5.3 Pembahasan

5.3.1 Pengaruh Sumber Daya Terhadap Implementasi JKN

Berdasarkan data pada tabel 5.6 didefinisikan bahwa dari 16 responden, yang menyatakan sumber daya baik sebanyak 10 responden (62,5%), dari 16 responden yang sumber daya cukup sebanyak 5 responden (41,7%) dan

dibandingkan dari 9 responden yang sumber daya kurang sebanyak 0 responden (0%) terhadap implementasi kebijakan JKN yang baik. Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan *Uji Chi-Square* didapatkan *P. Value* sebesar $0,021 <$ dari nilai $\alpha = 0,05$ maka H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh sumber daya terhadap implementasi kebijakan JKN tentang INA CBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.

Keberadaan faktor sumber daya dalam rangka implementasi kebijakan JKN memegang peranan penting dalam keberhasilan implementasi kebijakan. Tanpa kecukupan sumber daya, apa yang direncanakan tidak akan sama dengan apa yang akhirnya diterapkan. Sumber daya yang paling penting dalam melaksanakan kebijakan adalah sumber daya tenaga kesehatan (Tando, 2013).

Pengembangan Sumber Daya kesehatan, merupakan kegiatan yang harus dilaksanakan oleh penyelenggara rumah sakit, agar pengetahuan(*knowledge*), kemampuan (*ability*), dan keterampilan (*skill*) mereka sesuai dengan tuntutan pekerjaan yang mereka lakukan. Dengan kegiatan pengembangan ini diharapkan dapat memperbaiki dan mengatasi kekurangan dalam melaksanakan pekerjaan dengan lebih baik dan sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi yang digunakan oleh rumah sakit. Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan merupakan salah satu cara dalam pengembangan SDM kesehatan. Salah satu hal penting yang harus dingat bahwa jumlah tidak selalu mempunyai efek positif bagi implementasi kebijakan. Hal ini berarti bahwa jumlah tenaga kesehatan yang banyak tidak secara otomatis mendorong implementasi yang berhasil harus juga diikuti dengan keahlian yang dimiliki sesuai dengan tugas yang akan dikerjakan

(Kurniati dkk, 2012).

Hasil penelitian yang sejalan juga dilakukan oleh Khariza (2015) tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional: Studi Deskriptif Tentang Faktor-Faktor Yang Dapat Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, didapatkan nilai P.Value sebesar 0,041, sehingga ada hubungan Sumber Daya dengan Implementasi JKN maka Ha diterima. Namun penelitian yang hasilnya tidak sejalan dilakukan oleh Agussalim dkk (2017) tentang Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Undata Palu, menunjukkan nilai P.Value sebesar 0,063, maka Ha ditolak, sehingga tidak ada pengaruh Sumber Daya dengan Implementasi JKN.

Berdasarkan fakta dilapangan bahwa ketersediaan tenaga untuk penyelenggaraan program JKN cukup atau memadai. Namun sebaliknya menurut asumsi peneliti, perlu pembenahan baik peningkatan kompetensi seperti dokter, tenaga keperawatan, tenaga laboratorium dan petugas administrasi terhadap implementasi kebijakan JKN.

5.3.2 Pengaruh Komunikasi Terhadap Implementasi JKN

Berdasarkan data pada tabel 5.7 didefinisikan bahwa dari 15 responden, yang menyatakan berkomunikasi baik sebanyak 9 responden (60%), dari 13 responden yang menyatakan komunikasi cukup sebanyak 1 responden (7,7%) dan dibandingkan dari 9 responden yang menyatakan komunikasi kurang sebanyak 5 responden (55,6%) terhadap implementasi kebijakan JKN baik. Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan *Uji Chi-Square* didapatkan *P. Value* sebesar 0,003

< dari nilai $\alpha = 0,05$ maka Ha diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh komunikasi terhadap implementasi kebijakan JKN tentang INA CBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.

Komunikasi merupakan persyaratan pertama bagi implementasi kebijakan yang efektif. Kebijakan yang efektif adalah bahwa mereka yang melaksanakan keputusan harus mengetahui apa yang harus dilakukan. Keputusan-keputusan kebijakan dan perintah-perintah harus diteruskan kepada personil yang tepat sebelum keputusan-keputusan dan perintah itu dapat diikuti (Herlambang, 2016).

Komunikasi yang disampaikan dari pihak manajemen rumah sakit dengan BPJS sangat diperlukan demi peningkatan komunikasi secara intensif, agar tidak ada lagi informasi kebijakan yang diterima tidak secara utuh didapat sehingga informasi yang ada dapat berjalan sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan (Kuniati dkk, 2012).

Hasil penelitian yang sama dilakukan oleh Wati dkk (2019) tentang Analisis Kualitas Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Kabupaten Kerinci, menunjukkan bahwa nilai p.value yang didapat sebesar $0,001 < 0,05$, maka Ha diterima dan ada hubungan komunikasi dengan implementasi JKN. Sedangkan penelitian yang tidak sejalan hasilnya dilakukan oleh Maudi dkk (2014) tentang Kajian Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional Lintas Provinsi (Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat dengan nilai p.value 0,121, maka ha ditolak dan tidak ada pengaruh komunikasi terhadap implementasi JKN.

Berdasarkan fakta dilapangan bahwa secara umum mekanisme pelayanan

berjalan dengan baik namun tentu ada saja hambatan pada permulaan jalannya program JKN ini. Barangkali petugas rumah sakit kadang-kadang memiliki pandangan dan komunikasi yang berbeda baik sesama pasien ataupun dengan petugas BPJS, sehingga mereka memiliki pandangan yang rumit tentang mekanisme pelayanan JKN. Sementara menurut asumsi peneliti JKN merupakan kebijakan pemerintah melalui undang-undang. sosialisasi dilakukan dengan membuat pertemuan/rapat atau disampaikan pada saat apel atau dengan surat edaran kepada pihak manajemen rumah sakit, semua perawat, dokter spesialis, dokter umum, dan semua yang berhubungan dengan rumah sakit dan pasien.

5.3.2 Pengaruh Disposisi Terhadap Implementasi Kebijakan JKN

Berdasarkan data pada tabel 5.8 didefinisikan bahwa dari 13 responden, yang menyatakan disposisi baik sebanyak 6 responden (46,2%), dari 11 yang menyatakan disposisi cukup sebanyak 5 responden (45,5%) dan dibandingkan dari 13 responden yang menyatakan disposisi kurang sebanyak 4 responden (30,8%) terhadap implementasi kebijakan JKN yang baik. Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan *Uji Chi-Square* didapatkan *P. Value* sebesar $0,030 <$ dari nilai $\alpha = 0,05$ maka H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh komunikasi terhadap implementasi kebijakan JKN tentang INA CBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019.

Disposisi adalah watak dan karakteristik yang dimiliki pelaksana program JKN, seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Disposisi merupakan salah satu faktor penting dalam melakukan implementasi kebijakan yang efektif. Apabila pelaksana program JKN memiliki disposisi yang baik, maka dia dapat

menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika pelaksana memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif (Khariza, 2015).

Kejujuran mengarahkan implementor untuk tetap berada dalam arah program yang telah digariskan dalam program. Komitmen dan kejururannya membawanya semakin antusias dalam melaksanakan tahap-tahap program secara konsisten. Sikap yang demokratis akan meningkatkan kesan baik implementor dan kebijakan dihadapan anggota kelompok sasaran. Sikap ini akan menurunkan resistensi dari masyarakat dan menumbuhkan rasa percaya dan kepedulian kelompok sasaran terhadap implementor dan kebijakan (Adisasmitho, 2014).

Hasil penelitian yang sejalan dilakukan oleh Khariza (2015) tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional: Studi Deskriptif Tentang Faktor-Faktor Yang Dapat Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, didapatkan nilai P.Value sebesar $0,019 < 0,05$ maka Ha diterima sehingga ada hubungan disposisi dengan implementasi JKN. Sedangkan penelitian yang hasilnya tidak sejalan dilakukan oleh Widiastuti dkk (2018) tentang Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada BPJS Kesehatan Terhadap Masyarakat Pengguna Program JKN Di BPJS Cabang Surakarta, menunjukkan bahwa nilai P.value sebesar $0,092 > 0,05$, maka ha ditolak. Dan tidak ada pengaruh disposisi terhadap implementasi JKN.

Berdasarkan fakta dilapangan bahwa komitmen dan kesiapan *stakeholder*

untuk menjalankan kebijakan JKN ini masih ada beberapa kebijakan teknis yang berbeda dan acuh tak acuh terhadap program tersebut siap dijalankan oleh rumah sakit karena Rumah Sakit sudah punya pengalaman sebelumnya dalam memberikan pelayanan kesehatan sebelum diberlakukannya JKN. Menurut asumsi peneliti bahwa untuk membangun program JKN antara rumah sakit dan BPJS berjalan dengan baik harus menempatkan petugas yang mampu memahami dan mengendalikan JKN di RS untuk memberikan informasi, meminimalisir keluhan-keluhan yang ada, jika ada kendala-kendala baik itu dari BPJS atau managemen RS segera diselesaikan sesegera mungkin.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

- 6.1.1 Ada pengaruh Sumber Daya terhadap Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional tentang Klaim INACBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019. Dengan nilai P.Value = 0,021
- 6.1.2 Ada pengaruh Komunikasi terhadap Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional tentang Klaim INACBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019. Dengan nilai P.Value = 0,003
- 6.1.3 Ada pengaruh Disposisi terhadap Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional tentang Klaim INACBG'S di RSU Mufid Sigli Kabupaten Pidie Tahun 2019. Dengan nilai P.Value = 0,030

6.2. Saran

6.2.1 Sumber Daya

- a. Diharapkan kepada direktur rumah sakit agar dapat memenuhi kebutuhan sumber daya manusia dengan mengusulkan tenaga kesehatan dan meningkatkan kualitas tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien melalui pelatihan.
- b. Disarankan kepada pihak manajemen dirumah sakit agar lebih memperhatikan dan meningkatkan lagi fasilitas sarana prasananya sesuai dengan rencana strategis rumah sakit Mufid.

6.2.2 Komunikasi

Diharapkan kepada direktur dan petugas rumah sakit dan BPJS agar dapat meningkatkan sosialisasi JKN dengan penyebaran informasi yang jelas dan memberikan petunjuk teknis JKN agar dapat memberikan informasi dan sosialisasi secara utuh dan benar kepada seluruh pegawai dan staf yang ada di rumah sakit Mufid.

6.2.3 Disposisi

Diharapkan kepada bidang Pelayanan Medis dan Perawatan rumah sakit untuk dapat mempertahankan komitmen yang baik dengan melakukan pertemuan rutin, dan melaksanakan monitoring dan evaluasi demi peningkatan pelayanan JKN di Rumah Sakit Mufid.

6.2.4 Diharapkan penelitian ini menjadi bahan perbandingan untuk penelitian selanjutnya dengan sampel lebih besar dan menggunakan desain /rancangan penelitian lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, Umar Fahmi., 2014. *Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta; Rajawali Pers
- Adisasmito, Wiku., 2014. *Sistem Manajemen Lingkungan Rumah Sakit*. Jakarta; Rajawali Pers
- Agussalim, Hermiyanti, Abd. Rahman., 2017. *Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Undata Palu*. Jurnal; fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Tadulako
- Alamsyah, Dedi., 2011. *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta; Nuha Medika
- Darmawan, Ede Surya, Amal Chalik Sjaaf., 2016. *Administrasi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta; Rajawali Pers
- Herlambang, Susatyo., 2016. *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta; Gosyen Publishing
- Kemenkes RI., 2014. *Tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI., 2015. *Tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI., 2017. *Tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Khariza, Hubaib Alif., 2015. *Program Jaminan Kesehatan Nasional: Studi Deskriptif Tentang Faktor-Faktor Yang Dapat Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya*. Jurnal
- Kurniati, Anna, Ferry Efendi., 2012. *Kajian SDM Kesehatan Di Indonesia*. Jakarta; Salemba Medika
- Maidi, Alimin, Sukri Paluturi., 2014. *Kajian Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional Lintas Provinsi (Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat)*. Jurnal

- Niko, Gyakuni Firsty, Djazuly Chalidyanto., 2014. *Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional Pada Bidan Praktik Di Wilayah Puskesmas Bangkalan*. Jurnal; Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya
- Nirwana , Yunita Sari, Kustiawan, Imam Yudhi Prastyo., 2014. *Implementasi Kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Oleh Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang*. Jurnal; Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Maritim Raja Ali Haji
- Notoadmodjo, Soekidjo., 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Purnamasari, Ita., 2018. *Faktor-faktor yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan JKN Tentang Klaim INACBG's di RS Islam Malahayati Medan*. Skripsi
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI 2018
- Sumantri, Arif., 2011. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rawa Manguh.
- Suparman, Haselman, Hamsinah., 2014. *Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Kabupaten Bone*. Jurnal; *Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UNHAS*
- Suryono, Indra Bastian., 2011. *Penyelesaian Sengketa Kesehatan*. Jakarta; Salemba Medika
- Tando, Naomy Marie., 2013. *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta; In Media
- Wati, Widiya, Rizanda Machmud, Yurniwati., 2019. *Analisis Kualitas Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Kabupaten Kerinci*. Jurnal
- Widiastuti, Nurul., 2018. *Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada BPJS Kesehatan Terhadap Masyarakat Pengguna Program JKN Di BPJS Cabang Surakarta*. Jurnal; Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Surakarta

KUESIONER
FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN IMPLEMENTASI
KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI RSU MUFID SIGLI
KABUPATEN PIDIE
TAHUN 2019

A. DATA UMUM

Nomor Informan :

B. DATA KHUSUS

Jawablah pernyataan dan pertanyaan dibawah ini yang menurut anda benar, dengan menggunakan tanda centang (✓) !

I. Implementasi Kebijakan JKN

- a. Menurut anda, apakah dr.Spesialis RSU Mufid selalu menegakkan/menuliskan diagnosa atau prosedur tindakan mengikuti aturan-aturan BPJS sehingga dapat memudahkan tim casemix dalam melakukan pengcodingan?
 - a. Selalu
 - b. Sering
 - c. Jarang-Jarang
 - d. Tidak Pernah
- b. Menurut anda, apakah pelaksanaan pengcodingan oleh tim casemix sudah berjalan dengan baik/lancar?
 - a. Sangat Baik/Lancar
 - b. Baik/Lancar
 - c. Tidak Baik/Lancar
 - d. Sangat Tidak Baik/Lancar
- c. Menurut anda, apakah RSU Mufid sudah memiliki *clinical pathway* minimal 10 penyakit terbesar di rumah sakit?
 - a. Sudah Memiliki
 - b. Ragu-Ragu
 - c. Tidak Tahu
 - d. Tidak Memiliki
- d. Menurut anda, apakah *clinical pathway* di RSU Mufid sudah berjalan dengan baik?
 - a. Sudah Berjalan Sangat Baik
 - b. Berjalan dengan Baik
 - c. Tidak Berjalan dengan Baik
 - d. Berjalan Sangat Tidak Baik
- e. Menurut anda, bagaimana dengan kemampuan tim *costing* dalam menghitung *unit cost* pelayanan dan membandingkannya dengan tarif INA CBG's?
 - a. Sangat Baik
 - b. Baik
 - c. Tidak Baik
 - d. Sangat Tidak Baik

- f. Menurut anda, bagaimana dengan kinerja tim *costing* dalam mengendalikan biaya rumah sakit?
- a. Sangat Baik c. Tidak Baik
b. Baik d. Sangat Tidak Baik

II. Sumber Daya

1. Menurut anda, apakah dr. di RSU Mufid selalu menegakkan/menuliskan diagnosa atau prosedur tindakan mengikuti aturan-aturan BPJS sehingga dapat memudahkan tim *casemix* dalam melakukan pengcodingan?
a. Selalu c. Jarang
b. Sering d. Tidak Pernah
2. Menurut anda, bagaimana dengan sarana dan prasarana di RSU Mufid, Apakah sudah lengkap dan sudah memadai?
a. Sangat Memadai c. Tidak Memadai
b. Memadai d. Sangat Tidak Memadai
3. Apakah anda setuju bahwa infrastruktur di RSU Mufid seperti jaringan internet, SIRS, SINPEG belum memadai?
a. Sangat Setuju c. Tidak Setuju
b. Setuju d. Sangat Tidak Setuju
4. Menurut anda, apakah pimpinan RS perlu menambahkan SDM, sarana prasarana yang lebih memadai di RSU Mufid?
a. Sangat Perlu c. Tidak Perlu
b. Perlu d. Sangat Tidak Perlu
5. Menurut anda, bagaimana dengan skill atau ketrampilan petugas RSU Mufid dalam melakukan pekerjaannya?
a. Sangat Terampil c. Tidak terampil
b. Terampil d. Sangat Tidak Terampil
6. Apakah anda setuju bahwa petugas RSU Mufid tidak memiliki petugas yang dapat dihandalkan dalam menjalankan peraturan-peraturan yang terkait dengan BPJS atau sistem klaim INA CBG's?
a. Sangat Setuju c. Tidak Setuju
b. Setuju d. Sangat Tidak Setuju

III. Komunikasi

1. Menurut anda, bagaimana pihak manajemen rumah sakit mensosialisasikan program tentang sistem paket INA CBG's kepada petugas lainnya?
 - a. Sangat Baik
 - b. Baik
 - c. Buruk
 - d. Sangat Buruk
 2. Menurut anda, dari sosialisasi yang disampaikan oleh pihak manajemen rumah sakit tentang peraturan mencetak SEP maximal 3x24 jam sebelum pasien pulang, bagaimana informasi yang anda peroleh ?
 - a. Sangat Jelas
 - b. Jelas
 - c. Tidak Jelas
 - d. Sangat Tidak Jelas
 3. Apakah pihak manajemen rumah sakit tidak mengingatkan anda bahwa setiap ada pasien masuk, pasien pulang, rencana tindakan yang akan dilakukan harus konfirmasi terlebih dahulu kepada verifikator/coordinator BPJS internal?
 - a. Ya
 - b. Sering
 - c. Jarang
 - d. Tidak Pernah
 4. Menurut anda, setiap ada perubahan peraturan atau ada peraturan baru sebelum peraturan tersebut diberlakukan, bagaimana pihak manajemen rumah sakit mensosialisasikan kepada petugas lainnya?
 - a. Sangat Jelas
 - b. Jelas
 - c. Tidak Jelas
 - d. Sangat Tidak Jelas
 5. Menurut anda, bagaimana dengan informasi prosedur/alur klaim yang disampaikan oleh pihak manajemen rumah sakit kepada anda?
 - a. Sangat Jelas
 - b. Jelas
 - c. Tidak Jelas
 - d. Sangat Tidak Jelas

IV. Disposisi

- f. Apakah anda setuju bahwa di RS tidak pernah terjadi konflik kerja, baik sesama teman maupun sama atasan?
- a. Sangat setuju c. Tidak setuju
- b. Setuju d. Sangat Tidak setuju
- g. Apakah anda setuju bahwa dr.Spesialis merujuk atau mengirim pasiennya ke RS sering tidak mengikuti prosedur rujukan atau prosedur persyaratan administratif?
- a. Sangat Setuju c. Tidak Setuju
- b. Setuju d. Sangat Tidak setuju

TABEL SKOR

No	Variabel Yang Diteliti	No Urut Pernyataan	Bobot Skor				Kategori
			A	B	C	D	
Dependen							
1	Implementasi Kebijakan JKN tentang Klaim BPJS	1	4	3	2	1	a. Baik > 16,86
		2	4	3	2	1	b. Cukup = 16,86
		3	4	3	2	1	c. Kurang < 16,86
		4	4	3	2	1	
		5	4	3	2	1	
		6	4	3	2	1	
		7	4	3	2	1	

No	Variabel Yang Diteliti	No Urut Pernyataan	Bobot Skor				Kategori
			A	B	C	D	
Independen							
2	Sumber Daya	1	4	3	2	1	a. Baik > 17
		2	4	3	2	1	b. Cukup = 17
		3	4	3	2	1	c. Kurang < 17
		4	4	3	2	1	
		5	4	3	2	1	
		6	4	3	2	1	
		7	4	3	2	1	

No	Variabel Yang Diteliti	No Urut Pernyataan	Bobot Skor				Kategori
			A	B	C	D	
Independen							
3	Komunikasi	1	4	3	2	1	a. Baik > 16
		2	4	3	2	1	b. Cukup = 16
		3	4	3	2	1	c. Kurang < 16
		4	4	3	2	1	
		5	4	3	2	1	
		6	4	3	2	1	
		7	4	3	2	1	

No	Variabel Yang Diteliti	No Urut Pernyataan	Bobot Skor				Kategori
			A	B	C	D	
Independen							
3	Disposisi	1	4	3	2	1	a. Baik > 15,9
		2	4	3	2	1	b. Cukup = 15,9
		3	4	3	2	1	c. Kurang < 15,9
		4	4	3	2	1	
		5	4	3	2	1	
		6	4	3	2	1	
		7	4	3	2	1	

Jadwal Penelitian

MASTER TABEL
FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
DI RSU MUFID SIGLI KABUPATEN PIDIE TAHUN 2019

No	Implementasi Kebijakan JKN							Nilai	Kategori	Sumber Daya							Nilai	Kategori	Komunikasi							Nilai	Kategori	Disposisi							Nilai	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7		
1	4	3	2	4	1	3	2	19	Baik	4	4	2	4	4	3	2	23	Baik	4	4	2	4	4	3	2	23	Baik	4	3	4	4	4	3	2	24	Baik
2	2	3	4	4	2	4	2	21	Baik	2	2	3	4	2	2	3	18	Baik	2	4	4	4	2	2	2	20	Baik	2	3	4	4	2	4	2	21	Baik
3	1	2	2	2	4	4	3	18	Baik	4	2	2	3	4	2	3	20	Baik	3	2	2	3	4	2	3	19	Baik	3	2	2	2	4	4	4	21	Baik
4	4	3	2	1	2	2	2	16	Cukup	2	3	2	2	1	2	1	13	Kurang	1	3	2	4	1	1	1	13	Cukup	4	3	1	1	1	2	2	14	Cukup
5	1	1	2	2	2	2	2	12	Kurang	1	1	2	2	2	2	2	12	Kurang	1	4	4	2	2	4	4	21	Baik	4	4	2	2	4	3	2	21	Baik
6	4	3	2	1	2	2	2	16	Cukup	1	1	2	2	2	2	1	11	Kurang	4	1	2	1	2	2	1	13	Cukup	4	3	2	4	4	3	2	22	Baik
7	4	3	2	2	4	4	2	21	Baik	4	3	2	2	4	4	2	21	Baik	1	3	2	2	1	1	2	12	Kurang	1	3	2	2	4	1	1	14	Cukup
8	4	3	2	4	3	2	4	22	Baik	1	3	2	2	2	2	2	14	Cukup	1	1	1	1	4	2	1	11	Kurang	2	2	2	1	2	1	4	14	Cukup
9	4	3	2	1	2	2	2	16	Cukup	4	3	2	4	4	2	4	23	Baik	1	3	2	1	1	1	1	10	Kurang	4	3	2	4	4	3	3	23	Baik
10	4	3	2	4	2	2	2	19	Baik	1	3	4	1	2	1	2	14	Cukup	1	3	2	3	4	4	2	19	Baik	4	3	2	1	2	1	1	14	Cukup
11	4	3	2	1	2	2	2	16	Cukup	4	1	2	1	2	1	2	13	Kurang	4	1	2	1	2	1	2	13	Cukup	4	3	2	4	2	4	2	21	Baik
12	1	3	2	4	2	3	4	19	Baik	4	2	4	2	2	2	4	20	Baik	4	4	2	2	2	4	2	20	Baik	1	3	2	2	2	2	2	14	Cukup
13	4	1	1	1	1	2	2	12	Kurang	4	1	1	1	3	2	2	14	Cukup	4	4	4	1	3	2	2	20	Baik	2	1	1	1	1	2	2	10	Kurang
14	4	2	2	2	2	2	2	16	Cukup	2	2	1	1	2	2	2	12	Kurang	2	2	1	2	2	2	2	13	Cukup	4	2	2	4	2	4	2	20	Baik
15	4	3	2	1	2	2	2	16	Cukup	2	2	2	2	2	2	2	14	Cukup	2	2	2	1	2	2	2	13	Cukup	1	3	2	1	2	1	1	11	Kurang
16	1	3	2	3	2	2	2	15	Baik	1	3	2	4	4	4	4	22	Baik	1	3	2	4	4	4	4	22	Baik	1	3	2	2	2	2	2	14	Cukup
17	4	3	2	2	2	1	2	16	Cukup	2	3	1	1	2	1	2	12	Kurang	2	3	1	2	2	1	2	13	Cukup	4	3	4	4	2	2	2	21	Baik
18	4	3	1	1	1	1	3	14	Kurang	2	3	1	1	1	1	3	12	Kurang	2	3	1	1	1	1	3	12	Kurang	4	1	1	1	1	1	3	12	Kurang
19	2	3	2	1	2	1	2	13	Kurang	2	2	2	1	2	1	2	12	Kurang	2	2	2	1	2	1	2	12	Kurang	2	3	2	4	4	4	2	21	Baik
20	3	2	4	3	2	1	1	16	Cukup	3	2	4	4	2	4	2	21	Kurang	1	2	2	2	2	2	2	13	Cukup	3	2	2	1	2	2	2	14	Cukup
21	4	3	2	4	2	2	2	19	Baik	2	2	2	2	2	2	2	14	Cukup	1	2	1	2	2	2	2	12	Kurang	1	3	2	1	2	2	2	13	Kurang
22	4	3	2	3	4	4	4	24	Baik	2	1	2	3	1	1	4	14	Cukup	2	1	1	3	1	1	4	13	Cukup	4	3	4	3	4	4	4	26	Baik
23	2	1	2	1	4	4	2	16	Cukup	2	4	2	4	4	4	2	22	Baik	2	4	2	4	4	4	2	22	Baik	2	1	2	1	2	4	2	14	Cukup
24	3	4	4	3	2	4	2	22	Baik	3	4	4	3	4	4	2	24	Baik	3	4	4	3	4	4	2	24	Baik	1	2	2	1	1	4	2	13	Kurang
25	2	2	2	2	2	2	4	16	Cukup	1	1	2	2	2	2	4	14	Cukup	1	1	1	2	2	2	4	13	Cukup	2	2	2	2	2	2	2	14	Cukup
26	1	3	2	1	2	2	1	12	Kurang	4	3	2	4	2	4	2	21	Baik	4	3	2	4	2	4	2	21	Baik	1	3	2	1	2	2	1	12	Kurang
27	1	1	2	1	2	2	2	11	Kurang	3	2	2	2	1	2	2	14	Cukup	1	2	2	2	2	2	2	13	Cukup	1	2	2	1	2	2	1	11	Kurang
28	4	3	1	2	2	1	2	15	Kurang	4	3	4	2	4	2	3	22	Baik	4	3	2	2	4	2	3	20	Baik	2	1	2	2	2	1	2	12	Kurang
29	1	3	2	2	2	2	2	14	Kurang	4	3	4	2	4	2	3	22	Baik	1	3	1	2	1	2	3	13	Cukup	1	3	1	2	1	2	2	12	Kurang
30	2	3	2	3	2	2	2	16	Cukup	2	2	2	2	2	2	2	14	Cukup	2	2	2	2	1	2	2	13	Cukup	2	1	2	3	2	2	2	14	Cukup
31	1	3	2	1	1	2	1	11	Kurang	1	3	2	4	4	2	2	18	Baik	1	3	2	4	4	2	2	18	Baik	1	3	2	1	1	2	2	12	Kurang
32	4	4	2	4	2	2	4	22	Baik	2	1	4	3	2	3	4	19	Baik	2	1	2	3	2	1	1	12	Kurang	4	1	1	1	1	2	1	11	Kurang
33	2	3	4	3	2	2	2	18	Baik	2	2	4	3	2	2	4	19	Baik	2	2	1	1	1	2	2	11	Kurang	2	3	1	1	1	2	1	11	Kurang
34	4	3	2	1	1	1	2	14	Kurang	2	3	2	2	2	1	2	14	Cukup	2	1	2	2	1	1	2	11	Kurang	1	3	2	1	2	1	2	12	Kurang
35	4	3	2	4	4	4	2	23	Baik	4	3	4	4	4	4	4	27	Baik	4	3	2	4	4	4	4	25	Baik	4	3	2	4	4	2	2	21	Baik

36	4	3	2	1	2	1	2	15	Kurang	2	2	2	2	2	2	2	14	Cukup	2	1	2	2	2	2	13	Cukup	2	3	2	1	2	2	2	14	Cukup
37	4	3	4	4	2	2	4	23	Baik	1	3	2	2	2	2	2	14	Cukup	4	3	2	4	4	4	25	Baik	4	3	2	4	2	2	4	21	Baik
								624								627								591								589			

$$\bar{x} = 16,9$$

Baik, Jika Skor x > 16,86

Cukup, Jika skor x = 16,86

Kurang, Jika skor x < 16,86

$$\bar{x} = 17$$

Baik, Jika Skor x > 17

Cukup, Jika skor x = 17

Kurang, Jika skor x < 17

$$\bar{x} = 16$$

Baik, Jika Skor x > 16

Cukup, Jika skor x = 16

Kurang, Jika skor x < 16

$$\bar{x} = 16$$

Baik, Jika Skor x > 15,9

Cukup, Jika skor x = 15,9

Kurang, Jika skor x < 15,9

Frequency Table / Analisis Univariat

Implementasi Kebijakan JKN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	15	40,5	40,5
	Cukup	11	29,7	70,5
	Kurang	11	29,8	100,0
	Total	37	100,0	100,0

Sumber Daya

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	16	43,2	43,2
	Cukup	12	32,4	75,8
	Kurang	9	24,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0

Komunikasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	15	40,5	40,5
	Cukup	13	35,1	75,7
	Kurang	9	24,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0

Disposisi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	13	35,1	35,1
	Cukup	11	29,7	64,9
	Kurang	13	35,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0

Crosstabs / ANALISIS BIVARIAT

Sumber Daya * Implementasi Kebijakan JKN Crosstabulation

		Implementasi Kebijakan JKN			Total	
		Baik	Cukup	Kurang		
Sumber Daya	Baik	Count	10	2	4	16
		Expected Count	6,5	4,8	4,8	16,0
		% within Sumber Daya	62,5%	12,5%	25,0%	100,0%
		% within Implementasi Kebijakan JKN	66,7%	18,2%	36,4%	43,2%
	Cukup	% of Total	27,0%	5,4%	10,8%	43,2%
		Count	5	3	4	12
		Expected Count	4,9	3,6	3,6	12,0
		% within Sumber Daya	41,7%	25,0%	33,3%	100,0%
	Kurang	% within Implementasi Kebijakan JKN	33,3%	27,3%	36,4%	32,4%
		% of Total	13,5%	8,1%	10,8%	32,4%
		Count	0	6	3	9
		Expected Count	3,6	2,7	2,7	9,0
	Total	% within Sumber Daya	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Implementasi Kebijakan JKN	0,0%	54,5%	27,3%	24,3%
		% of Total	0,0%	16,2%	8,1%	24,3%
		Count	15	11	11	37
		Expected Count	15,0	11,0	11,0	37,0
		% within Sumber Daya	40,5%	29,7%	29,8%	100,0%
		% within Implementasi Kebijakan JKN	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	40,5%	29,7%	29,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,586 ^a	4	,021
Likelihood Ratio	14,332	4	,006
N of Valid Cases	37		

a. 8 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,68.

Komunikasi * Implementasi Kebijakan JKN Crosstabulation

		Implementasi Kebijakan JKN			Total	
		Baik	Cukup	Kurang		
Komunikasi	Baik	Count	9	1	5	15
		Expected Count	6,1	4,5	4,5	15,0
		% within Komunikasi	60,0%	6,7%	33,3%	100,0%
	Cukup	% within Implementasi Kebijakan JKN	60,0%	9,1%	45,5%	40,5%
		% of Total	24,3%	2,7%	13,5%	40,5%
		Count	1	9	3	13
	Kurang	Expected Count	5,3	3,9	3,9	13,0
		% within Komunikasi	7,7%	69,2%	23,1%	100,0%
		% within Implementasi Kebijakan JKN	6,7%	81,8%	27,3%	35,1%
Total	Kurang	% of Total	2,7%	24,3%	8,1%	35,1%
		Count	5	1	3	9
		Expected Count	3,6	2,7	2,7	9,0
	Total	% within Komunikasi	55,6%	11,1%	33,3%	100,0%
		% within Implementasi Kebijakan JKN	33,3%	9,1%	27,3%	24,3%
		% of Total	13,5%	2,7%	8,1%	24,3%
		Count	15	11	11	37
		Expected Count	15,0	11,0	11,0	37,0
		% within Komunikasi	40,5%	29,7%	29,8%	100,0%
		% within Implementasi Kebijakan JKN	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	40,5%	29,7%	29,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,216 ^a	4	,003
Likelihood Ratio	17,451	4	,002
N of Valid Cases	37		

a. 7 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,68.

Disposition * Implementasi Kebijakan JKN Crosstabulation

		Implementasi Kebijakan JKN			Total	
		Baik	Cukup	Kurang		
Disposition	Baik	Count	6	5	2	13
		Expected Count	5,3	3,9	3,9	13,0
		% within Disposisi	46,2%	38,5%	15,4%	100,0%
	Cukup	% within Implementasi Kebijakan JKN	40,0%	45,5%	18,2%	35,1%
		% of Total	16,2%	13,5%	5,4%	35,1%
		Count	5	5	1	11
	Kurang	Expected Count	4,5	3,3	3,3	11,0
		% within Disposisi	45,5%	45,5%	9,1%	100,0%
		% within Implementasi Kebijakan JKN	33,3%	45,5%	9,1%	29,7%
Total	Baik	% of Total	13,5%	13,5%	2,7%	29,7%
		Count	4	1	8	13
		Expected Count	5,3	3,9	3,9	13,0
	Cukup	% within Disposisi	30,8%	7,7%	61,5%	100,0%
		% within Implementasi Kebijakan JKN	26,7%	9,1%	72,7%	35,1%
		% of Total	10,8%	2,7%	21,6%	35,1%
	Kurang	Count	15	11	11	37
		Expected Count	15,0	11,0	11,0	37,0
		% within Disposisi	40,5%	29,7%	29,8%	100,0%
	Total	% within Implementasi Kebijakan JKN	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	40,5%	29,7%	29,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,745 ^a	4	,030
Likelihood Ratio	11,246	4	,024
N of Valid Cases	37		

a. 7 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,27.