

Analisis Pengaruh Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Kinerja Rs XYZ Kota Depok

Analysis of The Impact of National Health Insurance Implementation Program on The Performance Of Rs XYZ in Depok City

Hindun¹
Sri Rahayu²

*^{1,2} Sekolah Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka
Email: hindunmursyid2211@gmail.com*

Abstract

The implementation of the National Health Insurance program requires hospital management to prepare for major changes in the business environment. This study aims to analyze the service performance and financial trends of hospitals before and after the JKN program. The study design was observational, using quantitative methods with secondary data from medical records and financial reports. After the JKN program was implemented, there was a shift in the cost trend of inpatient care. BPJS Health outpatients increased by 7809.10%, cash patients decreased by 81.19%, and non BPJS Health patients decreased by 3.79%. BPJS Health insurance inpatients increased by 1273.54%, cash patients decreased by 58.96%, and non-BPJS insurance patients decreased by 76.01%. The implementation of the JKN program has no impact on the basic income balance of outpatients, but has a significant impact on the basic income of inpatients. The change in patient guarantor composition is quite striking, with a sharp increase in BPJS Kesehatan insurance patients as cash patients without insurance switch to BPJS Kesehatan insurance. Hospital management must devise effective strategies to ensure financial stability and performance even in the event of potential BPJS Kesehatan revenue loss.

Keywords: financial performance, service performance, universal health coverage

Abstrak

Implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional mengharuskan manajemen rumah sakit siap menghadapi perubahan lingkungan bisnis yang terjadi secara signifikan. Tujuan penelitian menganalisis tren perubahan pelayanan dan kinerja keuangan Rumah Sakit XYZ sebelum dan sesudah penerapan program JKN. Desain penelitian adalah desain observasional dengan metode penelitian kuantitatif, menggunakan data sekunder yang didapat dari data rekam medis dan Laporan Keuangan. Setelah implementasi program JKN, dapat disimpulkan bahwa telah terjadi pergeseran tren penjamin biaya pengobatan pasien. Pasien rawat jalan jaminan BPJS Kesehatan meningkat sebesar 7809,10%, pasien cash menurun sebesar 81,19% dan pasien jaminan non-BPJS mengalami penurunan sebesar 3,79%. Pasien rawat inap jaminan BPJS Kesehatan meningkat sebesar 1273,54%, pasien cash menurun sebesar 58,96% dan pasien jaminan non-BPJS menurun sebesar 76,01%.³¹ Penerapan program JKN tidak mempengaruhi keseimbangan pendapatan dasar rawat jalan, namun berdampak signifikan terhadap pendapatan dasar rawat inap. Pergeseran komposisi penjamin pasien, dimana pasien jaminan BPJS Kesehatan meningkat tajam dikarenakan pasien tunai yang belum memiliki jaminan biaya kesehatan beralih menggunakan asuransi BPJS Kesehatan. Dalam situasi tersebut manajemen RS XYZ harus mencari strategi yang tepat dan bekerja secara efektif dan efisien, sehingga jika sumber pendapatan BPJS Kesehatan diasumsikan hilang maka keuangan rumah sakit dan indikator kinerja keuangannya tetap berada pada tingkat ideal.

Kata kunci : Jaminan Kesehatan Nasional, kinerja keuangan, kinerja layanan

1. Pendahuluan

Sistem jaminan sosial nasional (SJSN) merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan hak asasi manusia dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dan Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Selain itu, dalam Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Nomor X/MPR/2001, Presiden ditugaskan untuk membentuk sistem jaminan sosial nasional dalam rangka memberikan perlindungan sosial bagi masyarakat yang lebih menyeluruh dan terpadu (Undang-Undang SJSN, 2011).

Program jaminan kesehatan nasional (JKN) adalah salah satu program pemerintah Republik Indonesia di bidang kesehatan dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh untuk seluruh rakyat Indonesia agar dapat hidup sehat, produktif, dan Sejahtera, program ini merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional (SJSN) yang bersifat mandatory (wajib) bagi seluruh penduduk dan melalui UU No. 24 Tahun 2011 dibentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Implementasi program JKN oleh BPJS kesehatan dimulai sejak 1 Januari 2014 (Undang-Undang SJSN, 2011). Pengaruh implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan memberikan dampak dan perubahan besar pada fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia termasuk rumah sakit. Perubahan tersebut berdampak pada pembayaran klaim pengobatan yang sebelumnya menggunakan mekanisme

Fee For Service (FFS) menjadi *Prospective Payment System* (PPS) dengan perangkat *entry INA-CBGs (Indonesia Case Base Groups)*. Mekanisme pembayaran yang diberlakukan kepada *provider* pelayanan kesehatan yaitu sistem kapitasi (*Prepaid Capitation System*) kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atau Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (PPK 1) seperti klinik dan puskesmas, dan sistem paket kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL yaitu rumah sakit dimana BPJS Kesehatan akan membayar klaim sesuai dengan sistem paket *INA CBG's* (Wijayani, 2018).

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menjelaskan bahwa pembayaran pelayanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) menggunakan sistem *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)*. Dalam melaksanakan INA-CBG diperlukan pedoman yang menjadi acuan bagi FKRTL, BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Organisasi Profesi, Asosiasi Rumah Sakit, dan pemangku kepentingan terkait lainnya (Permenkes No. 26, 2021).

INA CBG's merupakan sebuah perangkat *entry data* pasien yang digunakan untuk melakukan *grouping* tarif berdasarkan data medis yang berasal dari ringkasan pasien pulang atau resume medis pasien. Tarif paket *INACBG's* adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (rumah sakit) atas paket layanan yang didasarkan pada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur dengan sistem kodifikasi dari diagnosis

akhir dan tindakan atau prosedur yang menjadi output pelayanan (Suhartoyo, 2018). Kodifikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*) Versi Tahun 2010 untuk diagnosis dan ICD-9-CM (*International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification*) Versi Tahun 2010 untuk tindakan/prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien (Permenkes No. 26, 2021).

Mengimplementasikan program JKN bukanlah hal yang mudah, terlebih untuk Rumah Sakit Swasta, dimana diperlukan strategi, pengertian, kesepahaman dan kesepakatan bersama di seluruh jajaran internal rumah sakit, baik tenaga medis, tenaga kesehatan, SDM Kesehatan lain terutama kemampuan pengelolaan rumah sakit oleh manajemen. Strategi promosi kesehatan rumah sakit dan fasilitas kesehatan yang lainnya tidak jauh berbeda dengan strategi pemasaran pada umumnya (Wijaya Johannes Chendra and Dety Mulyanti, 2023). Tantangan pengelolaan keuangan yang dihadapi oleh manajemen Rumah Sakit adalah bagaimana menghadapi perubahan paradigma pembayaran sesuai paket INA-CBGs dan membuat kebijakan responsif yang dapat diterapkan untuk menerima perubahan tersebut. Dengan demikian, tentunya Rumah Sakit memiliki keterbatasan untuk menentukan komponen biaya pelayanan kesehatan kepada pasien JKN karena tarifnya telah ditentukan sesuai standar paket (*fixed*) yang mengacu pada besaran rata-rata biaya yang diperlukan untuk suatu kelompok penyakit (Wijayani, 2018).

Strategi dan perbaikan perlu dilakukan, terutama dari sisi kebijakan agar untuk selanjutnya tingkat efisiensi kinerja rumah sakit tidak mengalami penurunan terutama setelah pengimplementasian program JKN yang menuntut operasional rumah sakit dapat berjalan secara efektif dan efisien namun tetap terus meningkatkan mutu pelayanan (Irwandy and Sjaaf, 2018). Situasi tersebut membuat pengelola bidang perumahnya sakit berfikir keras mencari strategi agar mampu mempertahankan kinerja terbaik, termasuk manajemen RS XYZ. Rumah Sakit XYZ adalah sebuah rumah sakit swasta type B yang menjadi rujukan pelayanan kesehatan masyarakat wilayah Cimanggis Kota Depok, beroperasi sejak awal tahun 2006. Rumah sakit dengan kapasitas 200 tempat tidur dilengkapi dengan pelayanan spesialis dan sub-spesialis yang cukup lengkap serta difasilitasi dengan layanan penunjang medis yang memadai. Sejak awal dicanangkan program JKN, RS XYZ belum mengimplementasikan program tersebut dengan pertimbangan kesiapan sarana dan prasarana pendukung agar program JKN tersebut dapat berjalan dengan baik. Pada bulan Oktober 2016, setelah melalui proses belajar yang cukup panjang dalam implementasi program JKN di rumah sakit, akhirnya RS XYZ memutuskan untuk bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagai pengelola pelayanan JKN. Pada penelitian ini, peneliti ingin menganalisa bagaimana trend kinerja pelayanan dan keuangan di RS XYZ pasca 7 tahun mengimplementasikan program JKN, apakah terjadi perubahan komposisi penjaminan biaya pengobatan pasien yang cukup signifikan.

2. Metode

Desain penelitian adalah desain observasional dengan metode penelitian kuantitatif. Tempat penelitian ini adalah Rumah Sakit XYZ, sebuah rumah sakit khusus tipe B milik perorangan (swasta) di wilayah Cimanggis Kota Depok. Objek penelitian ini data sekunder yang didapat dari Instalasi Rekam Medis dan Laporan Keuangan sejak tahun 2013 sampai tahun 2023, yaitu: data kunjungan pasien berdasarkan penjamin (rawat jalan dan rawat inap), data komposisi penjamin biaya pengobatan pasien (rawat jalan dan rawat inap), data laporan keuangan yaitu laporan keuangan sebelum implementasi JKN tahun 2013 sampai 2016 dan sesudah implementasi JKN pada tahun 2017 sampai 2023 khusus pada pendapatan rawat jalan dan rawat inap. Variabel penelitian ini adalah implementasi program JKN (variabel independen), kinerja pelayanan dan kinerja keuangan di RS XYZ (variabel dependen).

Variabel kinerja pelayanan adalah rasio jumlah pasien rawat jalan cash dan non-cash serta pasien rawat inap cash dan non-cash. Variabel kinerja keuangan adalah pendapatan riil atas pelayanan rawat jalan (kunjungan pasien) dan rawat inap (hari rawat pasien). Penelusuran laporan pelayanan dan laporan keuangan dilakukan secara retrospektif, yaitu penelusuran data laporan dari tahun 2013 sampai dengan tahun 2023. Peneliti melakukan pencatatan, pengelompokan, perhitungan rata-rata dan analisis kinerja RS XYZ melalui dokumen yang telah dikumpulkan. Pada proses mengukur kinerja pelayanan dan keuangan RS XYZ sebelum dan sesudah implementasi program JKN, peneliti melakukan pengelompokan data sebelum dan sesudah pelaksanaan program JKN.

Pengukuran dilakukan dengan penghitungan nilai rata-rata, jumlah dan persentase terhadap indikator pelayanan dan keuangan sebelum dan sesudah pelaksanaan JKN. Proses menganalisis perbedaan kinerja pelayanan dan kinerja keuangan sebelum dan sesudah pelaksanaan Program JKN, tahapan pengolahan data dilakukan terhadap indikator-indikator pelayanan dan keuangan dengan analisis deskriptif.

3. Hasil dan Pembahasan

a. Kinerja Pelayanan

Implementasi program JKN yang dimulai pada 1 Januari 2014 belum menjadi mandatory untuk fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga manajemen RS XYZ belum berkenan untuk menerapkannya. Guna menghadapi perubahan arah kebijakan kesehatan khususnya dalam hal penjaminan biaya kesehatan yang digalakkan oleh pemerintah tersebut, manajemen RS Meilia melakukan *benchmarking* ke beberapa rumah sakit yang sudah lebih dulu menerapkan program JKN.

Benchmarking menurut Tatterson adalah suatu cara membandingkan dengan mengukur kinerja antar perusahaan yang bertujuan untuk memperoleh nilai tambah informasi yang dapat digunakan untuk perbaikan berkelanjutan. Hasil *benchmarking* memberikan banyak manfaat, antara lain menjadikan upaya perbaikan terus menerus (*continuous improvement*) sebagai budaya organisasi untuk mencapai kinerja yang lebih baik, meningkatkan pengetahuan tentang kinerja produk dan layanan (jasa) serta fokus pada berbagai sumberdaya untuk mencapai target

(Syarifuddin, Nurcahyo and Afdal, 2021).

Setelah proses pembelajaran, akhirnya pada tanggal 1 Oktober 2016 mulai bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagai pengelola program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Jenis layanan yang ada di RS XYZ dibagi menjadi 2, yaitu : Layanan Medis, terdiri atas Rawat Jalan, Gawat Darurat, Rawat Inap, Perawatan Intensif, Kamar Bedah, Kamar Bersalin, Farmasi, Radiologi dan Laboratorium. Layanan non-Medis adalah layanan penunjang guna kelancaran layanan medis, antara lain Rekam Medis, Teknologi Informasi, Keuangan, dan lain - lain.

Jenis pasien berdasarkan cara pembayaran yang ada di RS XYZ, yaitu : pasien cash dan pasien non-cash terdiri atas pasien jaminan asuransi, pasien jaminan perusahaan, pasien jaminan BPJS Kesehatan.

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS), pada tahun 2022 ratio penduduk Indonesia yang memiliki asuransi baru mencapai 69,62%. Capaian tersebut meningkat sebesar 1,26% dibandingkan tahun sebelumnya yaitu sebesar 68,36%. Melihat perkembangan tersebut, tren kepemilikan jaminan kesehatan oleh penduduk Indonesia cenderung meningkat dalam satu windu terakhir. Penurunan sempat terjadi, namun hanya satu kali pada tahun 2021, yaitu dari 69,29% menjadi 68,35%. Berdasarkan jenisnya, sejumlah 69,22% penduduk Indonesia memiliki jaminan biaya

kesehatan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, dan sebesar 7,65% penduduk masih dijamin oleh jaminan kesehatan daerah (jamkesda). Selanjutnya sebesar 2,81% penduduk memiliki jaminan kesehatan dari kantor tempat bekerja. Sedangkan untuk asuransi kesehatan swasta hanya dimiliki oleh 0,58% penduduk Indonesia (Widi, 2022).

Memiliki asuransi kesehatan merupakan kemudahan mendapatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Manfaat asuransi kesehatan berbeda - beda dalam berbagai konstituen dan tujuan. Untuk individu dan anggota keluarga, membeli perlindungan asuransi merupakan salah satu cara meningkatkan derajat kesehatan dan akses pelayanan perawatan untuk menghindari dari ketidakpastian biaya perawatan kesehatan. Asuransi kesehatan juga bisa melindungi dari biaya perawatan yang dapat mengganggu keuangan dan membantu perencanaan ke depan dalam jaminan biaya perawatan kesehatan, sedangkan untuk penyedia pelayanan kesehatan seperti rumah sakit akan mendapatkan manfaat dari asuransi sebagai penjamin biaya perawatan yang andal (Setiyono, 2018). Lebih dari itu, manfaat asuransi kesehatan adalah dapat memberikan ketenangan dan rasa aman, mengelola keuangan, tabungan masa depan, jaminan memperoleh perawatan kesehatan yang lebih baik, berkurangnya risiko keuangan dan lebih efisien (Agustina, 2019).

Tabel 1. Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan Berdasarkan Jenis Pembayaran Sebelum dan Sesudah Implementasi JKN di RS XYZ

Tahun	Cash	Persentase	Rerata	Non-cash	Persentase	Rerata	Total	Keterangan
2013	50148	69,71%		21792	30,29%		71940	
2014	50976	69,02%		22884	30,98%		73860	Sebelum JKN
2015	45876	68,48%	47622	21120	31,52%	22128	66996	
2016	43488	65,69%	(68,23%)	22716	34,31%	(31,78%)	66204	
2017	40212	53,90%		34392	46,10%		74604	
2018	34896	46,31%		40464	53,69%		75360	
2019	34056	43,01%		45120	56,99%		79176	
2020	21360	38,23%		34512	61,77%		55872	Sesudah JKN
2021	18288	35,06%		33876	64,94%		52164	
2022	17808	29,40%	26511	42756	70,60%	40582	60564	
2023	18955	26,36%	(38,90%)	52956	73,64%	(61,10%)	71911	

Sumber: Laporan tahunan Instalasi Rekam Medis RS XYZ Kota Depok

Dilihat dari tabel 1 di atas, rerata kunjungan rawat jalan cash sebelum implementasi program JKN adalah 47622 kunjungan (68.23%) sedangkan untuk rerata kunjungan rawat jalan cash setelah implementasi program JKN adalah 26511 Kunjungan (38,90%). Sementara itu, rerata kunjungan rawat jalan non-cash sebelum implementasi program JKN adalah 22128 kunjungan (31,78%) sedangkan untuk rerata kunjungan rawat jalan non-cash setelah implementasi program JKN adalah 40582 Kunjungan (61,10%).

Pada tahun 2020, 2021 dan 2022 terjadi penurunan jumlah pasien rawat jalan baik jaminan cash maupun non-cash yang merupakan dampak kejadian luar biasa (KLB) covid-19, dimana masyarakat menahan diri untuk berobat ke rumah sakit kecuali dalam keadaan

darurat dan pihak rumah sakit juga membatasi jam pelayanan rawat jalan sebagai upaya pencegahan penyebaran virus Covid-19. Fenomena tersebut tidak hanya terjadi di RS XYZ, namun terjadi hampir di seluruh Indonesia. Dampak pandemi yang cukup besar terhadap institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit adalah penurunan kunjungan pasien, terjadi di sejumlah rumah sakit termasuk di Sragen, jumlah pasien menurun hingga 50% selama wabah virus Covid-19 terjadi di Indonesia. Jumlah pasien rumah sakit di Sragen menurun karena kekhawatiran masyarakat untuk berobat ke rumah sakit, mereka lebih baik menahan rasa sakit agar tidak masuk ke rumah sakit. Hal ini juga sebagai akibat adanya pembatasan pelayanan di rumah sakit selama masa pandemi Covid-19 (Tri Rahayu, 2020).

Tabel 2. Jumlah Pasien Rawat Inap Berdasarkan Jenis Pembayaran Sebelum dan Sesudah Implementasi JKN di RS XYZ

Tahun	Cash	Persentase	Rerata	Non-cash	Persentase	Rerata	Total	Keterangan
2013	3120	47,36%		3468	52,64%		6588	
2014	2856	46,39%		3300	53,61%		6156	Sebelum JKN
2015	2496	45,92%	2814	2940	54,08%	3336	5436	
2016	2784	43,36%	(45,76%)	3636	56,64%	(54,24%)	6420	
2017	1608	25,72%		4644	74,28%		6252	
2018	1476	24,45%		4560	75,55%		6036	
2019	1812	24,04%		5724	75,96%		7536	
2020	1152	22,33%		4008	77,67%		5160	Sesudah JKN
2021	804	18,41%		3564	81,59%		4368	
2022	816	16,96%	1196	3996	83,04%	4529	4812	
2023	701	11,92%	(20,55%)	5204	88,12%	(79,46%)	5905	

Sumber: Laporan tahunan Instalasi Rekam Medis RS XYZ Kota Depok

Dilihat dari tabel 2 di atas, rerata jumlah pasien rawat inap cash sebelum implementasi program JKN adalah 2814 pasien (45,76%) sedangkan untuk rerata pasien rawat inap cash setelah implementasi program JKN adalah 1196 pasien

(20,55%). Sementara itu, rerata jumlah pasien rawat inap non-cash sebelum implementasi program JKN adalah 3336 pasien (54,24%) sedangkan untuk rerata pasien rawat inap non-cash setelah implementasi program JKN adalah 4529 pasien (79,46%).

Tabel 3. Komposisi Penjamin Pasien Rawat Jalan Sebelum dan Sesudah Implementasi JKN di RS XYZ

Tahun	Penjamin						Keterangan
	Cash	Asuransi	Perusahaan	Jamkesda	BPJS	Kemenkes	
2013	50153	17613	3714	453	0	0	
2014	50976	18756	2712	264	0	0	
2015	45873	18770	2109	223	10	0	Sebelum JKN
2016	45890	19868	2316	47	475	0	
Rerata	48223	18752	2713	247	243	0	
2017	40213	19894	2497	0	12027	0	Sesudah JKN
2018	34896	20376	1560	4	18516	0	

2019	34777	20953	1504	4	18456	0
2020	21364	15513	1682	0	16945	464
2021	18288	14133	3090	0	16442	200
2022	17809	18097	3761	0	20631	130
2023	18955	18510	3191	0	31240	0
Rerata	26615	18211	2469	1	19180	113

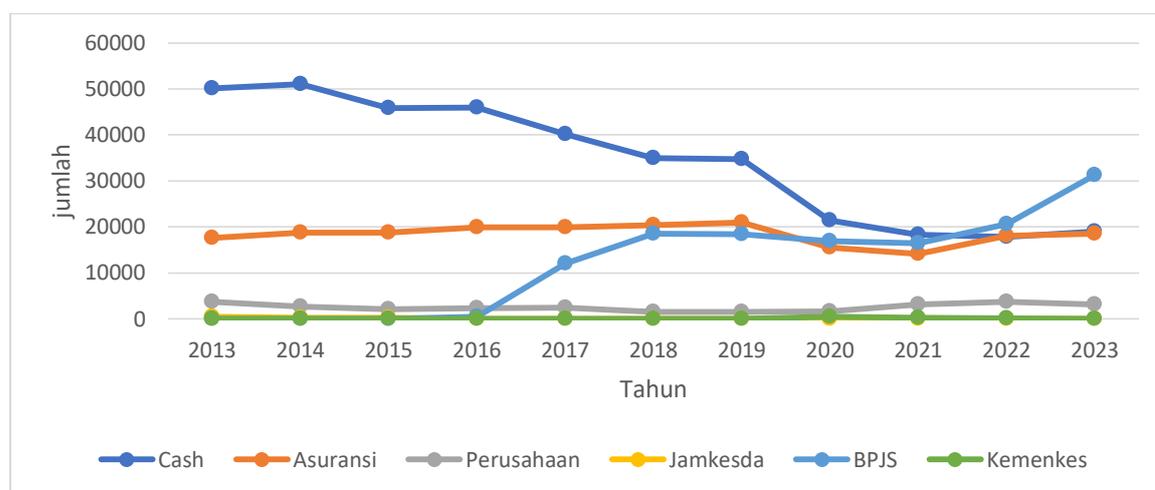
Sumber: Laporan tahunan Instalasi Rekam Medis RS XYZ Kota Depok

Dilihat dari tabel 3 di atas, rerata jumlah pasien rawat jalan dengan pembayaran cash menurun sebesar 44,81%, pembayaran dengan jaminan asuransi menurun sebesar 2,88%, pembayaran dengan jaminan perusahaan juga menurun sebesar 8,99%, sedangkan pasien rawat jalan dengan jaminan BPJS Kesehatan meningkat sebesar 7809,10%

Perubahan terbesar terjadi pada pasien dengan jaminan cash (menurun tajam) dan jaminan BPJS Kesehatan (meningkat sangat tajam), dengan data tersebut dapat kita

asumsikan bahwa kebanyakan pasien yang beralih menggunakan jaminan BPJS Kesehatan adalah pasien cash yang sebelumnya belum memiliki jaminan biaya kesehatan.

Catatan yang diperoleh dari BPJS Kesehatan pada tahun 2015, bahwa keadaan saat ini, proporsi pasien jaminan BPJS Kesehatan di beberapa rumah sakit swasta telah mencapai 90% sehingga 80-90% pendapatan rumah sakit swasta sangat ditentukan oleh pembayaran INA-CBG (Nurwahyuni, SKM, MKes and Setiawan, 2020).



Gambar 1. Grafik Komposisi Penjamin Biaya Rawat Jalan di RS XYZ Tahun 2013-2023

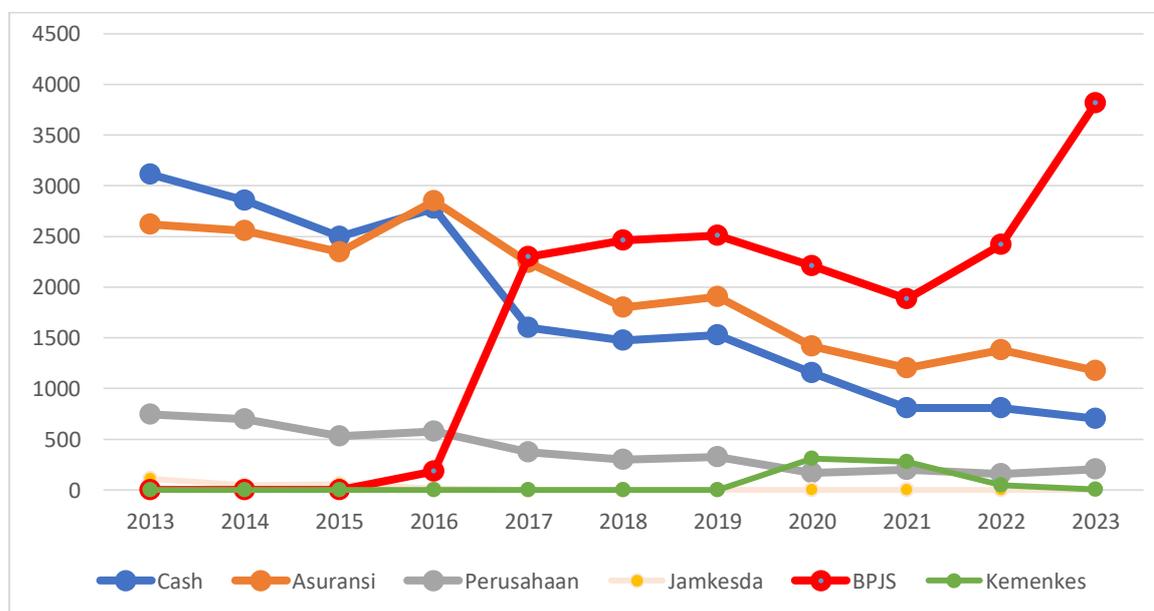
Tabel 4. Komposisi Penjamin Pasien Rawat Inap Sebelum dan Sesudah Implementasi JKN di RS XYZ

Tahun	Penjamin						Keterangan
	Cash	Asuransi	Perusahaan	Jamkesda	BPJS	Kemenkes	
2013	3114	2618	743	112	0	0	Sebelum JKN
2014	2856	2556	696	48	0	0	
2015	2497	2348	529	57	0	0	
2016	2778	2852	579	15	183	0	
Rerata	2811	2594	637	58	46	0	
2017	1603	2239	372	0	2298	0	Sesudah JKN
2018	1476	1800	300	0	2460	0	
2019	1527	1905	327	0	2510	0	
2020	1152	1416	168	0	2208	312	
2021	807	1204	197	0	1884	278	
2022	810	1379	159	0	2419	46	
2023	701	1176	205	0	3816	7	
Rerata	1154	1588	247	0	2514	92	

Sumber: Laporan tahunan Instalasi Rekam Medis RS XYZ Kota Depok

Dilihat dari tabel 4 di atas, rerata jumlah pasien rawat inap dengan pembayaran cash menurun sebesar 58,96%, pembayaran dengan jaminan asuransi menurun sebesar

38,75%, pembayaran dengan jaminan dari perusahaan menurun sebesar 61,23%, sedangkan pasien dengan jaminan BPJS Kesehatan meningkat sebesar 1273,54%.



Gambar 2. Grafik Komposisi Penjamin Biaya Rawat Inap di RS XYZ Tahun 2013-2023

Melihat tren pelayanan pada gambar 1 dan gambar 2 dapat disimpulkan bahwa telah terjadi pergeseran tren penjamin biaya pengobatan sebelum dan sesudah implementasi program JKN. Tren kenaikan pasien rawat jalan yang menggunakan jaminan BPJS Kesehatan meningkat sebesar 7809,10%, sementara untuk pasien cash menurun sebesar 81,19% dan pasien jaminan asuransi non-BPJS mengalami penurunan sebesar 3,79%. Dan untuk tren kenaikan pasien rawat inap yang menggunakan jaminan BPJS Kesehatan meningkat sebesar 1273,54%, sementara untuk pasien cash menurun sebesar 58,96% dan pasien jaminan asuransi non-BPJS mengalami penurunan sebesar 76,01%.

Pada tahun 2020 hingga awal tahun 2023 yaitu masa pandemi Covid-19, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) menjadi penjamin biaya pengobatan pasien Covid-19. Hal ini mengakibatkan turunnya jumlah pasien jaminan asuransi termasuk BPJS Kesehatan dikarenakan asuransi termasuk BPJS Kesehatan tidak menjamin biaya pengobatan atas kasus kejadian luar biasa / wabah (Perpres no. 82, 2018).

b. Kinerja Keuangan

Kinerja keuangan menurut Fahmi (2012) adalah metode analisis yang dipakai untuk membuat perkiraan sampai dimana perusahaan sudah menjalankan aturan pelaksanaan keuangan dengan baik dan benar. Penilaian kinerja keuangan tersebut dapat menggunakan perhitungan rasio keuangan, dimana selanjutnya nilai rasio keuangan tersebut akan dibandingkan dengan standar yang telah ada, diperoleh tahun demi tahun dengan proses untuk mengetahui kondisi hasil perhitungan tersebut apakah baik atau kurang, jadi disimpulkan bahwa kinerja keuangan adalah suatu penilaian yang dilakukan untuk mengetahui sejauh mana perusahaan tersebut dapat melihat perkembangan kondisi keuangannya dengan cara melihat perbandingan sesuai dengan aturan yang berlaku (Hartati, Kalsum and Kosim, 2022). Sumber penerimaan keuangan RS XYZ berasal dari pendapatan jasa layanan rawat jalan, pendapatan jasa layanan rawat inap dan pendapatan lainnya.

Tabel 5. Trend Pendapatan Pokok Usaha Instalasi Rawat Jalan RS XYZ Tahun 2013 - 2023

Tahun	Cash	Persentase	Rerata	Non-Cash	Persentase	Rerata	Total
2013	8.431.091.057	68,22%		3.927.556.566	31,78%		12.358.647.623
2014	8.686.149.982	65,70%		4.535.726.667	34,30%		13.221.876.649
2015	8.686.808.728	60,97%	8.765.577.899	5.560.164.909	39,03%	5.074.038.082	14.246.973.636
2016	9.258.261.829	59,61%	(63,34%)	6.272.704.187	40,39%	(36,66%)	15.530.966.016
2017	9.021.443.660	50,62%	8.078.332.341	8.800.715.952	49,38%	8.715.146.283	17.822.159.612
2018	8.974.974.075	50,33%	(48,10%)	8.856.108.434	49,67%	(51,90%)	17.831.082.509

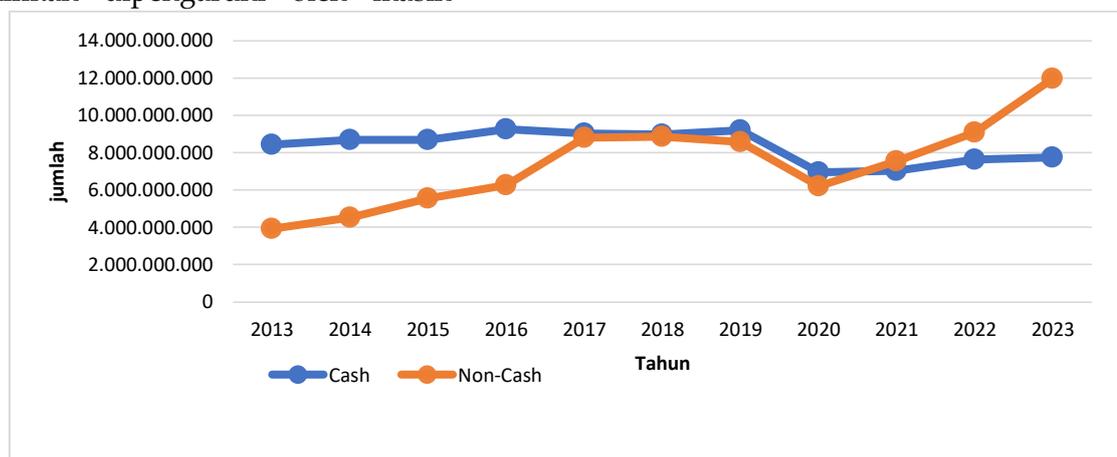
2019	9.203.168.589	51,76%	8.575.707.391	48,24%	17.778.875.981
2020	6.942.694.969	52,86%	6.192.068.767	47,14%	13.134.763.737
2021	7.031.903.741	48,25%	7.541.827.142	51,75%	14.573.730.883
2022	7.639.161.083	45,70%	9.076.151.437	54,30%	16.715.312.520
2023	7.734.980.269	39,27%	11.963.444.858	60,73%	19.698.425.126

Sumber: Laporan tahunan Bagian Keuangan RS XYZ Kota Depok

Dilihat pada tabel 5 di atas, trend peningkatan terjadi pada total pendapatan pokok usaha rawat jalan dari tahun ke tahun. Selain itu terdapat perubahan pendapatan berdasarkan komposisi penjamin biaya pengobatan, dimana pada periode sebelum mengimplementasikan program JKN, pendapatan atas jaminan pasien cash lebih tinggi (63,34%) dari pada pendapatan pasien non-cash (36,66%), sementara sesudah mengimplemetasikan program JKN terjadi trend terbalik, dimana pendapatan jaminan pasien non-cash menjadi lebih tinggi (51,90%) dari pada pendapatan jaminan pasien cash (48,10%).

Total pendapatan pokok usaha rawat jalan sesudah mengimplementasikan program JKN tetap mengalami peningkatan yang signifikan dipengaruhi oleh masih

banyaknya pasien yang menggunakan jaminan asuransi non-BPJS Kesehatan (penurunan hanya sebesar 3,79%). Pada tahun 2020 dan tahun 2021 pendapatan pokok usaha rawat jalan mengalami penurunan sebagai dampak penurunan jumlah layanan rawat jalan terdampak kejadian luar biasa (KLB) covid-19. Pada tahun 2020 - 2021, akses masyarakat terhadap layanan JKN menurun karena Covid. Jumlah kunjungan peserta JKN baik rawat jalan maupun rawat inap mengalami penurunan. Untuk indikator akses, data klaim tahun 2016-2021 menunjukkan bahwa angka akses nasional untuk pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) berdasarkan hak di tahun 2021 adalah 578 per 10.000 peserta JKN. Jika dibandingkan dengan tahun 2019, angka ini menurun 32% (Muttaqien, 2022).



Gambar 3. Grafik Pendapatan Pokok Usaha Rawat Jalan di RS XYZ Tahun 2013-2023

Pada gambar 3 dapat dilihat perubahan komposisi pendapatan pasien cash dan non cash di Instalasi Rawat Jalan sebelum implementasi program JKN (2013 - 2016) dan sesudah implementasi program JKN (2017 - 2023), dimana posisi pasien non-cash terus meningkat melampaui pasien cash.

Tabel 5. Trend Pendapatan Pokok Usaha Instalasi Rawat Inap RS XYZ Tahun 2013 - 2023

Tahun	Cash	Persentase	Rerata	Non-Cash	Persentase	Rerata	Total
2013	9.195.106.569	29,14%		22.357.806.739	70,86%		31.552.913.309
2014	8.939.678.770	28,24%		22.711.056.927	71,76%		31.650.735.697
2015	8.536.184.189	58,01%	9.309.208.883 (38,19%)	6.178.460.181	41,99%	15.064.168.576 (61,81%)	14.714.644.369
2016	10.565.866.003	53,98%		9.009.350.456	46,02%		19.575.216.459
2017	8.443.716.962	33,58%		16.698.386.867	66,42%		25.142.103.829
2018	8.929.962.004	34,56%		16.908.410.174	65,44%		25.838.372.178
2019	10.331.788.401	36,77%		17.762.995.845	63,23%		28.094.784.246
2020	5.710.064.240	24,74%		17.371.875.104	75,26%		23.081.939.344
2021	5.672.468.533	10,91%		46.323.464.866	89,09%		51.995.933.399
2022	4.861.658.586	21,01%	6.924.074.588 (24,08%)	18.283.216.876	78,99%	21.826.202.900 (75,92%)	23.144.875.462
2023	4.518.863.392	18,86%		19.435.070.567	81,14%		23.953.933.959

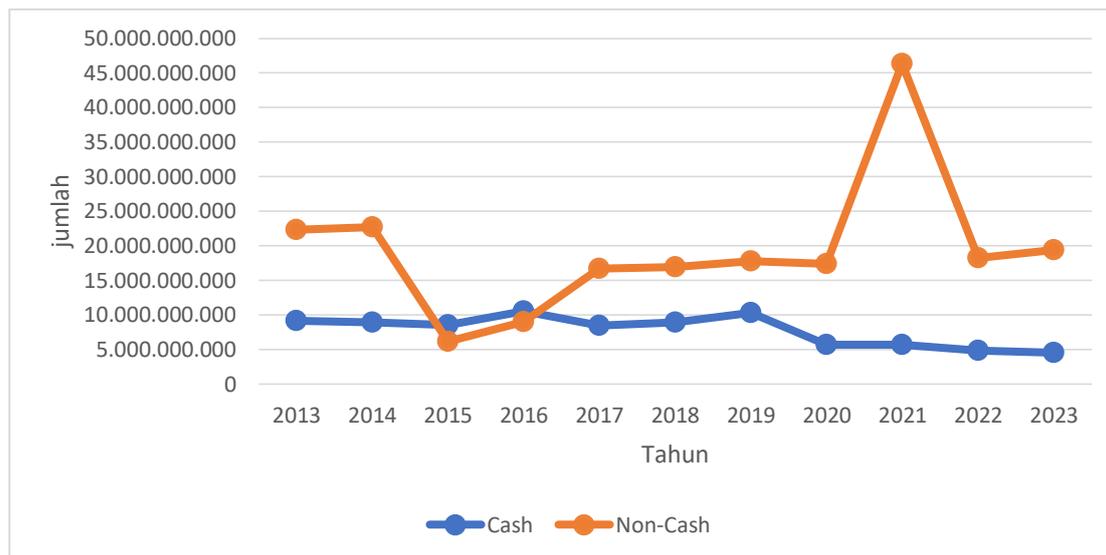
Sumber: Laporan tahunan Bagian Keuangan RS XYZ Kota Depok

Dilihat pada tabel 5, terjadi tren menurun pada pendapatan pokok usaha rawat inap. Komposisi pasien cash dibandingkan dengan pasien non-cash sebelum dan sesudah mengimplementasikan program JKN tidak mengalami perubahan, dimana ratio pasien non-cash selalu lebih tinggi dibanding pasien cash. Hanya saja, sesudah mengimplementasikan program JKN ratio pasien non-cash atas pasien cash menjadi lebih tinggi (meningkat sebesar 22,83%).

Ratio pendapatan pokok usaha rawat inap pasien cash dibandingkan dengan non cash mengalami trend penurunan tajam pada tahun 2021 sebagai dampak

dari kejadian luar biasa (KLB) covid-19, dimana biaya perawatan pasien kasus covid-19 dijamin oleh negara melalui Kementerian Kesehatan RI. Namun pendapatan tertinggi juga terjadi pada tahun 2021 dimana puncak kejadian pandemi covid-19 yang dijamin oleh kemenkes RI dengan tarif layanan yang cukup tinggi.

Peningkatan jumlah pasien rawat inap jaminan BPJS Kesehatan, tertinggi pada tahun 2023 yaitu 64,62% (tabel 4) cukup mempengaruhi pendapatan pokok pasien rawat inap meskipun ada kenaikan tarif khusus pasien non-BPJS Kesehatan.



Gambar 4. Grafik Pendapatan Pokok Usaha Rawat Inap di RS XYZ Tahun 2013-2023

Gambar 4 memperlihatkan komposisi pendapatan pasien cash dan non cash di Instalasi Rawat Inap sebelum implementasi program JKN (2013 – 2016) dan sesudah implementasi program JKN (2017 – 2023), dimana posisi pasien non-cash sejak awal lebih tinggi dan terus meningkat nilainya seiring implementasi program JKN.

4. Simpulan dan Saran

Terjadi pergeseran tren untuk komposisi penjamin biaya perawatan pasien, dimana komposisi jumlah pasien jaminan BPJS Kesehatan meningkat tajam. Stagnasi jumlah pasien sebelum dan sesudah implementasi program JKN dengan komposisi pasien cash yang menurun tajam dan peningkatan jumlah pasien jaminan BPJS Kesehatan, dapat disimpulkan bahwa pasien cash yang belum memiliki jaminan kesehatan beralih menggunakan jaminan BPJS Kesehatan saat berobat di RS XYZ.

Implementasi program JKN di RS XYZ berdampak pada kinerja pelayanan, yaitu penurunan sebesar 3,96% untuk rerata jumlah pasien rawat jalan dan 7,52% untuk jumlah pasien rawat inap, tidak mempengaruhi keseimbangan pendapatan pokok rawat jalan, tetapi sangat berpengaruh pada pendapatan pokok rawat inap karena perbedaan tarif pasien non-BPJS dengan tarif INA-CBG's.

Dalam situasi tersebut, manajemen RS XYZ harus mencari strategi yang lebih tepat dan bekerja secara efektif dan efisien, sehingga apabila sumber pendapatan BPJS diasumsikan hilang, keuangan rumah sakit dan indikator kinerja keuangan masih berada di angka ideal.

Saran

Meningkatkan Kerjasama *Coordination of Benefit (CoB)* dengan mitra asuransi kesehatan non-BPJS ; mengembangkan layanan pada program - program pencegahan dan promosi kesehatan seperti layanan *medical check up* ; mengembangkan layanan pada jenis pelayanan yang tidak masuk dalam cakupan pelayanan BPJS Kesehatan seperti layanan klinik kecantikan dan *wellness* ; pastikan pelayanan medis dan non-medis sesuai dengan standar kesehatan yang ditetapkan (*clinical pathway*) ; untuk mengatasi kesenjangan tarif RS XYZ dengan tarif INA-CBGs

diperlukan leadership dan kerjasama dokter dan manajemen ; penerapan rekam medis elektronik untuk meningkatkan efisiensi dan akurasi data.

5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada ibu Sri Rahayu sebagai dosen Pengampu Mata Kuliah Manajemen Finansial Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada Sekolah Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka atas kesempatan dan bimbingan dalam penulisan karya ilmiah ini. Terimakasih pula kepada Sekolah Pascasarjana Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka, Rumah Sakit XYZ dan Bapak Tavitri Rangkuti selaku Wakil Direktur Keuangan RS XYZ yang sudah banyak membantu dalam menyelesaikan penulisan karya ilmiah ini.

6. Daftar Singkatan

BPJS: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ; COVID-19: Coronavirus disease 2019 ; DJSN: Dewan Jaminan Sosial Nasional ; DPJP: Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ; FKRTL: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan ; INA-CBG'S: Indonesian Case Base Groups ; JKN: Jaminan Kesehatan Nasional ; Kemenkes: Kementerian Kesehatan RI ; KLB: Kejadian Luar Biasa ; NHC: *National Health Coverage* RS: Rumah Sakit ;

7. Daftar Pustaka

Agustina, M. (2019) 'Implementasi Metode Multi Factor Evaluation Process (Mfep) Dalam Membuat Keputusan Untuk Memilih Asuransi Kesehatan', *Jurnal Ilmiah Matrik*, 21(2), pp. 108-117. Available at: <https://doi.org/10.33557/jurnalmatrik.v21i2.574>.

Hartati, S.I., Kalsum, U. and Kosim, B.

(2022) 'Perbedaan Kinerja Keuangan Sebelum Dan Sesudah Pandemi Covid-19 Pada Perusahaan Sektor Kesehatan Yang Terdaftar Di Bei', *Journal of Management Small and Medium Enterprises (SMEs)*, 15(2), pp. 137-155. Available at: <https://doi.org/10.35508/jom.v15i2.6593>.

Irwandy and Sjaaf, A.C. (2018) 'Dampak Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Efisiensi Rumah Sakit : Studi Kasus di Provinsi Sulawesi Selatan The Effect of Health Insurance National Reform on Hospital Efficiency in Indonesia: The Case Study of South Sulawesi Province', *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 14(4), pp. 360-367.

Muttaqien (2022) 'Covid, Penyebab Turunnya Akses Masyarakat Terhadap JKN', *Sinarharapan.net*. Available at: <https://www.sinarharapan.net/covid-penyebab-turunnya-akses-masyarakat-terhadap-jkn>.

Nurwahyuni, SKM, MKes, D.A. and Setiawan, E.S. (2020) 'Kinerja Rumah Sakit Swasta dengan Pembayaran INA-CBGs di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Casemix, Casemix Index, Hospital Base Rate', *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 4(2), pp. 1-10. Available at: <https://doi.org/10.7454/eki.v4i2.3822>.

Permenkes No. 26 (2021) 'PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 26 TAHUN 2021 TENTANG PEDOMAN INDONESIA CASE BASE GROUPS (INA-CBG) DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN'.

Perpres no. 82 (2018) 'PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 82 TAHUN 2018 TENTANG JAMINAN KESEHATAN', p. pasal 52 poin o.

Setiyono, B. (2018) 'Perlunya Revitalisasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Di Indonesia', *Politika: Jurnal Ilmu Politik*, 9(2), p. 38. Available at:

<https://doi.org/10.14710/politika.9.2.2018.38-60>.

Suhartoyo (2018) 'Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Berkaitan Dengan Rawat Inap Dengan Sistem INA- CBGs', *Administrative Law & Governance Journal*, 1(Khusus 1), pp. 79-92.

Syarifuddin, S., Nurcahyo, C. and Afdal, A. (2021) 'Manajemen SDM dalam Penyelenggaraan Program JKN-KIS: Sebuah Tinjauan Literatur', *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 1(2), pp. 166-193. Available at: <https://doi.org/10.53756/jjkn.v1i2.47>.

Tri Rahayu (2020) 'Jumlah Pasien RS di Sragen Anjlok 50%, Warga Takut Berobat?', *Solopos*. Available at: <https://soloraya.solopos.com/jumlah-pasien-rs-di-sragen-anjlok-50-warga-takut-berobat-1058850>.

Undang-Undang SJSN (2011) 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial'.

Widi, S. (2022) *Hampir 70% Penduduk Indonesia Punya Jaminan Kesehatan pada 2022*, *DataIndonesia.id*. Available at: <https://dataindonesia.id/kesehatan/detail/hampir-70-penduduk-indonesia-punya-jaminan-kesehatan-pada-2022>.

Wijaya Johannes Chendra and Dety Mulyanti (2023) 'Studi Teoritis: Strategi Promosi Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Swasta Di Era Jaminan Pelayanan Kesehatan (JKN)', *DIAGNOSA: Jurnal Ilmu Kesehatan dan Keperawatan*, 1(2), pp. 58-64. Available at: <https://doi.org/10.59581/diagnosa-widyakarya.v1i2.179>.

Wijayani, R.W. (2018) 'Dampak Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Terhadap Kinerja Keuangan Rumah Sakit Vertikal Kementerian Kesehatan', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 7(3), pp. 134-139. Available at: <https://doi.org/10.22146/JKKI.12090>.