

**ANALISIS SITUASI DAN KONDISI FASILITAS KESEHATAN
MITRA BPJS KESEHATAN SETELAH ENAM TAHUN IMPLEMENTASI
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

Chriswardani Suryawati^{1}*

*¹Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Diponegoro*

**Corresponding author:
chriswardani@lecturer.undip.ac.id*

Article History:

Received: 21/10/2024

Accepted: 09/12/2024

Available Online: 24/12/2024

ABSTRACT

In the sixth year, the implementation of JKN has resulted in achievements, especially community access to treatment at health facilities, but there are still many problems, especially in hospitals. This research is an observational study with qualitative methods. The informants are two government hospital directors and three private hospital directors, a triangulation of BPJSK officials. Hospitals have adaptively made adjustments, especially regarding the increase in the number of BPJSK participating patients, preparation of facilities and facilities, socialization of JPSBK regulations, and improvement of services to maintain the quality of services and to increase BPJSK patient satisfaction. Medical staff workload has increased but has yet to be accompanied by increased medical incentives, restrictions on medical authority, especially in administering drugs according to the BPJSK formulary and limiting medical support services and patient care days. This was all done to control costs due to reduced hospital income due to Ina-CBG payments from BPJSK. Hospitals must be innovative and creative in managing finances and generating revenue. The problem of late payments (claim pending) needs to be resolved immediately. Likewise, the satisfaction of internal hospital staff needs to be considered.

pada

Keywords: *BPJS, social health insurance, hospital*

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) atau *Social Health Insurance (SHI)* diberlakukan di Indonesia pada tanggal 1 Januari 2014 yang ditandai dengan operasionalisasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJSK). Tujuan JKN tersebut adalah meningkatkan akses (kemudahan) seluruh masyarakat

terhadap pelayanan kesehatan dengan menjamin pembiayaan di fasilitas kesehatan, angka kesakitan menurun, kesehatan sehingga derajat kesehatan meningkat. Hal tersebut akan berdampak pada kehidupan ekonomi dan sosial individu dan masyarakat. JKN merupakan upaya pemerintah untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat dengan

memenuhi salah satu kebutuhan dasar masyarakat yaitu kesehatan.¹

JKN menata sistem rujukan dan sistem informasi, menata kepesertaan, fasilitas kesehatan, keuangan serta kelembagaan yaitu keterkaitan dengan semua pemangku kepentingan JKN. BPJSK bekerjasama dengan fasilitas kesehatan tingkat primer (FKTP) yaitu Puskesmas, Klinik Pratama dan Dokter Layanan Primer, sementara itu untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTL) ada Klinik Praktek Spesialis dan Rumah Sakit. Pada aspek keuangan, pembayaran kepada FKTL secara paket Ina-CBG (*Indonesia case based group*) sementara itu pembayaran kepada FKTP secara kapitasi.²

Secara perlahan pembayaran secara *out of pocket (OOP)* masyarakat kepada fasilitas kesehatan bergeser a menjadi pembayaran secara pra upaya karena peserta BPJSK membayar iuran sesuai ketentuan kelas perawatan yaitu klas I, II dan III baru kemudian dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan. Berdasarkan data *National Health Account (NHA)* Indonesia, pembiayaan kesehatan secara *OOP* pada tahun 2013 sebesar 48,5% dari keseluruhan pembiayaan kesehatan nasional turun menjadi 31,1% pada tahun 2019. Disisi lain sumbangan JKN dalam pembiayaan kesehatan nasional meningkat dari 8,4% pada tahun 2013 menjadi 23,1% tahun 2019.³

Pembayaran iuran peserta mandiri sesuai kemampuan keuangan peserta. Peserta dari masyarakat tidak mampu (miskin dan mendekati miskin) diikutkan sebagai peserta penerima bantuan iuran (PBI) yang mana iuran JKN nya dibayarkan oleh pemerintah baik pemerintah pusat maupun daerah. Dengan jumlah peserta yang sangat banyak dan bersifat gotong royong maka iuran peserta menjadi lebih

murah dibandingkan dengan negara lain yang juga mempunyai *Social Health Insurance*.¹

Jumlah peserta BPJSK pada Desember tahun 2021 sebanyak 235.639.729 orang (86,55% dari penduduk Indonesia). Angka ini masih jauh dari target kepesertaan yang ditetapkan dalam RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) yaitu 98% dari penduduk di tahun 2024. Peserta BPJSK tahun 2016-2021 didominasi peserta dari segmen PBI APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara) namun proporsi kepesertaan PBI APBN cenderung menurun dari 52,98% di tahun 2016 menjadi 42,42% di tahun 2021.⁴

Jumlah Puskesmas yang bekerjasama dengan BPJSK pada akhir tahun 2021 sebanyak 10.228 puskesmas, dokter⁵praktek perorangan 4.863 orang, klinik pratama 7.078 klinik. FKRTL (fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut) tahun 2021 sebanyak 2.745 rumah sakit dan klinik spesialis, jumlah tempat tidur rumah sakit pemerintah 192.949 unit dan rumah sakit swasta 157.785 unit.⁴

Setelah enam tahun penerapan JKN, pemanfaatan rawat jalan tingkat primer peserta PBI pada FKTP meningkat pesat dibandingkan peserta non PBI (mandiri). Pada tahun 2021 peserta PBI memanfaatkan FKTP 2,1 kali lebih banyak dibandingkan peserta mandiri. Tetapi pada pelayanan rawat jalan tingkat lanjut peserta mandiri memanfaatkan 7,7 kali lebih banyak daripada peserta PBI. Pada rawat inap tingkat lanjut di rumah sakit peserta mandiri memanfaatkan 4 kali lebih banyak daripada peserta PBI.⁴

Pemerintah telah menyusun road map (peta jalan) JKN tahun 2012 sampai 2019 yang berisi arahan dan langkah-langkah yang perlu dilakukan secara sistematis, konsisten, koheren, terpadu dan terukur

dari waktu ke waktu dalam rangka:1. Mempersiapkan beroperasinya BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014, 2. Tercapainya jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia, dan 3. Terselenggaranya jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang tertera dalam UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN, UU No 24/2011 tentang BPJS, serta peraturan pelaksanaannya.⁶

Berdasarkan data pemanfaatan fasilitas kesehatan baik RJTP, RJTL dan RITL tersebut dapat disimpulkan pemanfaatan fasilitas kesehatan peserta JKN didominasi peserta mandiri (non PBI). Padahal kemiskinan terkait angka kesakitan dan kematian yang lebih besar dibandingkan masyarakat tidak miskin. Masyarakat miskin sering kali memiliki akses yang kurang terhadap sumber daya yang dibutuhkan untuk mendukung kualitas hidup yang sehat.⁷

Penelitian ini membahas situasi dan kondisi fasilitas kesehatan mitra BPJS Kesehatan dan dibatasi hanya pada rumah sakit. Rumah sakit merupakan fasilitas kesehatan yang lebih terdampak dengan kebijakan JKN dibandingkan FKTP. Masalah yang dihadapi rumah sakit lebih kompleks daripada FKTP terutama dari sisi manajemen rumah sakit. Sistem pelayanan rumah sakit lebih kompleks, fokus manajemen tidak hanya mengelola risiko medis/klinis yang bertujuan untuk menjaga mutu pelayanan medis tetapi juga mengelola risiko bisnis rumah sakit yang harus mengelola sumber daya manusia, dana, sarana/ peralatan dan kemampuan manajerial, ilmu pengetahuan dan teknologi medis. Sebelum kebijakan JKN rumah sakit menerima pembayaran dari pasien secara *out of pocket* kemudian harus menghadapi kenyataan bahwa pembayaran dari BPJSK secara *case based* yaitu Ina-

CBG. Hal tersebut sangat berpengaruh pada manajemen keuangan rumah sakit dan manajemen pelayanan kepada pasien.⁸ Perubahan sistem pembiayaan kesehatan pada era JKN telah membawa dampak negatif terhadap tingkat efisiensi dan operasional pelayanan RS. Hal ini disebabkan oleh seringnya terjadi keterlambatan pembayaran klaim BPJSK dan rendahnya tarif INA-CBGs.⁹ Oleh karena itu penelitian ini difokuskan pada rumah sakit.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan kualitatif. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis situasi, permasalahan dan harapan rumah sakit pemerintah maupun swasta pada tahun keenam penerapan JKN. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mandalam terhadap 2 orang direktur rumah sakit pemerintah dan 4 orang direktur rumah sakit swasta di Propinsi Jawa Tengah. Triangulasi dilakukan dengan wawancara kepada kepala bidang pelayanan di BPJS Kesehatan Cabang Semarang.

Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2020 dimana pada saat itu sedang terjadi pandemi COVID-19. Peneliti mewawancarai para informan secara *online* via *Zoom*. Untuk memudahkan wawancara maka sebelumnya peneliti mengirimkan panduan wawancara via aplikasi *Whatsapp* kepada informan penelitian. Data yang terkumpul kemudian dideskripsikan dan dianalisis dengan *content analysis* sesuai dengan aspek pelayanan kepada pasien dan aspek pembiayaan rumah sakit.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Persentase pasien BPJSK di dua rumah sakit pemerintah 70% sampai 80%,

sekitar 40% sampai 60% diantaranya adalah peserta PBI, sedangkan di tiga rumah sakit swasta persentase pasien BPJSK 60% sampai 70%. dimana 30% sampai 50% diantaranya adalah peserta PBI.

Penelitian ini dilaksanakan pada saat terjadi pandemi COVID-19 dan menurut semua informan penelitian pandemi COVID-19 tersebut telah mengakibatkan penurunan jumlah pasien non COVID-19 sekitar 30% sampai 40 persen (termasuk

pasien BPJSK). Pasien COVID-19 memerlukan penanganan khusus. Rumah sakit sudah memberlakukan berbagai kebijakan sesuai arahan Kementerian Kesehatan untuk penanganan pasien COVID-19. Biaya pengobatan pasien COVID-19 dibayar oleh Kementerian Kesehatan dari dana APBN.

Deskripsi jawaban dari informan utama terhadap aspek pelayanan rumah sakit kepada pasien peserta BPJSK tercantum pada Tabel 1.

Tabel 1. Deskripsi Pendapat Informan Direktur Rumah Sakit tentang Aspek Pelayanan dan Pembiayaan Rumah Sakit terhadap Pasien Peserta BPJSK

Pokok Pertanyaan	Kesimpulan Jawaban Rumah Sakit Pemerintah	Kesimpulan Jawaban Rumah Sakit Swasta
Dampak implementasi JKN terhadap peningkatan jumlah pasien peserta BPJSK.	<p>a. Jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap meningkat dibandingkan sebelum JKN diberlakukan. Peningkatan jumlah pasien rawat jalan RSUD hampir dua kali lipat, sementara untuk <i>bed occupancy rate</i> (BOR) rawat inap juga mengalami peningkatan yang berarti.</p> <p>b. Pasien BPJSK rawat jalan dan rawat inap di dua rumah sakit pemerintah sekitar 70% sampai 80%, Kunjungan pasien peserta PBI untuk warga kurang mampu masih belum menunjukkan kenaikan yang berarti baik rawat jalan maupun rawat inap klas III</p>	<p>a. Senada dengan pendapat dua direktur rumah sakit pemerintah, di rumah sakit swasta jumlah pasien juga juga meningkat baik di pelayanan rawat jalan maupun rawat inap.</p> <p>b. Pasien BPJSK di rumah sakit swasta sekitar 60%- 70% dari total jumlah pasien baik rawat jalan maupun rawat inap. Kunjungan pasien peserta PBI belum ada peningkatan baik rawat jalan maupun rawat inap (klas III)</p>
Upaya rumah sakit untuk mengatasi peningkatan jumlah pasien BPJSK.	<p>a. Pada awal diberlakukannya JKN, rumah sakit meningkatkan kapasitas dengan membangun tambahan klinik, menambah jumlah tempat tidur dengan membangun bangsal baru dimana kelas perawatan yang banyak dipakai akan ditambah kapasitasnya.</p> <p>b. Di rumah sakit pemerintah penambahan fasilitas tidak mudah karena ada peraturan dan prosedur yang harus diikuti, jadi bertahap untuk melengkapi/ menambah fasilitasnya.</p> <p>c. Saat ini tak banyak fasilitas yang ditambah, tetapi lebih kearah peningkatan kenyamanan, kemudahan akses, kebersihan, kerapian dan ketertiban fasilitas.</p>	<p>a. Saat ini rumah sakit tidak melakukan pembenahan yang berarti karena pola pemanfaatan rawat jalan dan rawat inap sudah mulai terbentuk. Pembenahan lebih kearah peningkatan kenyamanan, kebersihan dan kerapian fasilitas terus berusaha ditingkatkan.</p> <p>b. Empat rumah sakit swasta melakukan antisipasi pemberlakuan JKN dengan memperbaiki dan menambah atau memperluas fasilitas ruang pemeriksaan dan ruang tunggu poliklinik. Fasilitas rawat inap juga ditata dan ditambah tempat tidur berdasarkan kelas perawatan diperkirakan akan banyak dipakai pasien BPJSK</p>

Pokok Pertanyaan	Kesimpulan Jawaban Rumah Sakit Pemerintah	Kesimpulan Jawaban Rumah Sakit Swasta
Upaya rumah sakit mengantisipasi implementasi JKN.	<p>a. Pada awal pemberlakuan JKN, pelayanan pasien BPJSK menjadi topik penting dalam berbagai rapat pimpinan dan manajer juga tenaga medis dan tenaga/ staf lainnya agar pelayanan pasien BPJSK memuaskan dan lancar.</p> <p>b. Sejak awal pemberlakuan JKN, rumah sakit aktif memberikan penjelasan kepada pasien secara langsung maupun memasang media informasi seperti baliho, flyer, LCD dan sebagainya</p> <p>c. Melakukan pengaturan kembali tugas dan beban kerja SDM terutama dokter spesialis dan perawat.</p>	<p>a. Prosedur antrian pasien rawat jalan untuk BPJSK disusun dan segala prosedur juga ketentuan-ketentuannya dituliskan di baliho atau standing banner di ruang terkait.</p> <p>b. Pembahasan pelayanan pasien BPJSK dilakukan beberapa kali di level direksi dan manajer menengah kemudian dilaksanakan setelah sebelumnya ada sosialisasi ke segenap SDM dari bidang/ bagian/ instalasi.</p>
Upaya rumah sakit mengatasi keluhan pasien BPJSK.	<p>a. Memperbaiki fasilitas rumah sakit seperti ruang tunggu rawat jalan agar pasien nyaman, mengatur kembali alur dan antrian pasien BPJSK /non BPJSK, juga fasilitas parkir serta mempercepat pelayanan admisi pasien BPJSK.</p> <p>b. Meningkatkan pelayanan kepada pasien: ketanggapan, keramahan, kecepatan dan komunikasi agar pasien puas puas.</p> <p>c. Keluhan dan masukan pasien baik secara langsung maupun lewat kotak saran dan aplikasi keluhan dan datanya akan diolah oleh Unit <i>costumer service</i> untuk ditindaklanjuti.</p>	<p>a. Melakukan pengaturan beban kerja staf medis terutama dokter mitra, karena mayoritas staf medis adalah dokter Spesialis mitra. Diupayakan agar dokter mitra tetap betah dan tidak pindah ke rumah sakit lain.</p> <p>b. Berupaya mewujudkan kelancaran pelayanan dan kepuasan pasien BPJSK. Sejak awal penerapan JKN, pasien BPJSK, perhatian diberikan pada mereka apalagi sorotan media massa pada pelayanan pasien BPJSK cukup gencar.</p> <p>c. Data keluhan pasien ditampung lewat kotak saran, percakapan langsung dengan petugas atau lewat aplikasi keluhan pasien. Data keluhan pasien ditindaklanjuti sesuai prosedur dan besar/ gawatnya keluhan.</p>
Pelayanan rumah sakit terhadap pasien BPJSK dan non BPJSK.	<p>a. Dua RSUD memberlakukan standar pelayanan yang sama, tidak ada perbedaan perlakuan. Pasien dilayani sesuai kebutuhannya yaitu penyakitnya. Pasien BPJSK dirawat di kelas sesuai dengan iuran JKN nya. Pasien PBI dirawat di kelas III.</p> <p>b. Bila ada pasien PBI merasakan dibedakan pelayanannya, itu adalah perasaan pasien saja. Karena rumah sakit tidak ada niat untuk membedakan perlakuan, yang berbeda adalah fasilitas di ruang perawatan, klas III berbeda dengan klas II, I dan VIP.</p>	<p>a. Empat rumah sakit swasta juga menyatakan bahwa rumah sakit tidak membedakan perlakuan. Pelayanan disesuaikan dengan kebutuhan penyakit</p> <p>b. Pasien PBI dirawat di bangsal klas III sesuai peraturan. Pasien non BPJS Kesehatan memilih kamar rawat inap sesuai kemampuan atau syarat dari pembiayaan pihak ketiga (perusahaan).</p> <p>c. Yang membedakan pelayanan hanya fasilitas ruang rawat, kelas III tentu berbeda dengan klas II, I atau VIP.</p>

Pokok Pertanyaan	Kesimpulan Jawaban Rumah Sakit Pemerintah	Kesimpulan Jawaban Rumah Sakit Swasta
		<p>Rumah sakit berusaha memuaskan semua pasien.</p> <p>d. Informan dari tiga rumah sakit swasta menyatakan mereka telah melakukan survei kepuasan pasien, dan diperoleh hasil secara umum pasien yang puas terhadap pelayanan rumah sakit sekitar 78% sampai 90%. Pada survei ini juga tidak dibedakan pasien JKN atau bukan.</p>
Kepuasan pasien BPJSK terhadap pelayanan rumah sakit	Informan dari dua RSUD menyatakan bahwa rumah sakitnya sudah melakukan Survei Kepuasan Masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit setiap tahunnya karena hal ini wajib dilakukan oleh instansi dan UPT pemerintah. Hasil survei secara umum kepuasan pasien berkisar antara 75% sampai 92% yang menyatakan puas. Survei itu sendiri tidak membedakan pasien peserta JKN atau tidak.	Informan dari tiga rumah sakit swasta menyatakan mereka telah melakukan survei kepuasan pasien, dan diperoleh hasil secara umum pasien yang puas terhadap pelayanan rumah sakit sekitar 78% sampai 90%. Pada survei ini juga tidak dibedakan pasien JKN atau bukan.
Masalah yang muncul terkait pelayanan kepada pasien rawat jalan danantisipasi masalahnya.	<p>a. Masalah waktu tunggu mendapatkan pemeriksaan dokter. Saat jam padat pasien maka ruang tunggu pelayanan menjadi kurang nyaman. SPM (standar pelayanan minimal) waktu tunggu ini belum terpenuhi. Begitu juga SPM waktu pelayanan instalasi farmasi (kurang dari 1 jam masih sekitar 70% - 80%).</p> <p>b. Beban dokter spesialis untuk memeriksa pasien meningkat seiring bertambahnya kunjungan pasien. Sejauh ini belum ada dokter spesialis tertentu yang membatasi menerima pasien. Hal ini terjadi karena hampir semua dokter spesialis adalah dokter tetap berstatus ASN.</p> <p>c. Waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan dokter di klinik belum mencapai SPM (standar pelayanan minimal) karena beberapa dokter datang terlambat akibat harus <i>visite</i> dulu di bangsal rawat inap. Antrian pasien kemudian menumpuk dan ini berakibat pada penumpukan resep di instalasi farmasi yang kemudian juga berakibat waktu tunggu mendapatkan obat juga belum dapat memenuhi SPM.</p>	<p>a. Adanya kenaikan jumlah kunjungan pasien rawat jalan harus diantisipasi antriannya. Sementara itu jumlah dokter spesialis mitra terbatas dan juga jam kerja di rumah sakit ini.</p> <p>b. Beban dokter spesialis meningkat. Ada satu dua dokter mitra yang membatasi jumlah pasien rawat jalan dengan alasan kemampuan fisik mereka atau karena usia. Yang dilakukan oleh rumah sakit yaitu berusaha menambah jumlah dokter spesialis mitra.</p> <p>c. Waktu tunggu pelayanan rawat jalan juga realtif belum dapat memenuhi standar yang ditetapkan rumah sakit. Hal ini disebabkan karena sebagian dokter poliklinik sulit tepat waktu sesuai jam buka karena sebelumnya <i>visite</i> di rawat inap, Meningkatnya jumlah pasien poli rawat jalan juga meningkatkan waktu antrian termasuk waktu mendapatkan obat di instalasi farmasi juga meningkat.</p> <p>d. Pada awal JKN cukup banyak pasien yang tidak paham rujukan, tetapi sekarang sudah jarang terjadi.</p> <p>e. Sosialisasi peraturan dan kebijakan dari BPJSK kepada pasien/ keluarga</p>

Pokok Pertanyaan	Kesimpulan Jawaban Rumah Sakit Pemerintah	Kesimpulan Jawaban Rumah Sakit Swasta
	<p>d. Masalah pasien yang salah/ tidak tepat rujukan sudah jarang terjadi karena masyarakat sudah relatif paham kebijakan rujukan didalam JKN.</p> <p>e. Rumah sakit terus berusaha memberikan informasi terkait pelayanan pasien BPJSK berupa poster, baliho, leaflet yang dapat dibawa pulang, LCD juga penjelasan lesan dari petugas <i>costumer services</i> dan petugas pendaftaran.</p>	<p>diberikan lewat poster, lembar leaflet yang bisa dibawa pulang, LCD ataupun penjelasan kepada pasien dan keluarganya.</p>
<p>Masalah yang muncul terkait pelayanan kepada pasien rawat inap dan antisipasi masalahnya.</p>	<p>a. Meningkatnya pasien BPJSK yang rawat inap sudah sejak awal pemberlakuan JKN, diantisipasi dengan relokasi kamar, misal dari VIP ke klas I atau klas III diperbanyak. Pemantauan pasien dilakukan untuk memastikan tidak ada penundaan pulang bila memang dokter penanggung jawab pasein (DPJP) sudah membolehkan pasien pulang.</p> <p>b. Dua rumah sakit ini sudah membentuk Tim JKN di internal rumah sakit untuk mengatasi masalah sehari-hari dari pelayanan kepada pasien BPJSK. Tim ini juga berkomunikasi dan koordinasi dengan unit-unit lain di rumah sakit.</p> <p>c. Pada awal diberlakukan JKN ada banyak keluhan DPJP tentang formularium obat BPJSK dan tindakan yang harus diberikan pada pasien karena ada limitasi hari rawat dan ketentuan-ketentuan dari BPJSK yang dirasakan tidak/ kurang sesuai dengan keinginan/ harapan DPJP yang lebih mengedepankan standar pelayanan medis kaidah ilmu kedokterannya. Walau banyak DPJP yang keberatan, mereka berusaha menyesuaikan diri dengan peraturan ini.</p> <p>d. Cukup banyak peraturan pelaksanaan dari BPJSK yang berubah tetapi seiring berjalannya pihak rumah sakit berusaha menjalankan walau tidak mudah. Peraturan walaupun terasa berat dan menimbulkan ketidakpuasan tetap harus dijalankan. Sosialisasi peraturan baru telah dilaksanakan lewat berbagai pertemuan internal.</p>	<p>a. Jumlah pasien rawat inap yang meningkat dilakukan pengaturan khusus. Metode pemantauan penggunaan ruang rawat diperbaharui diusahakan agar pasien sudah siap pada saat akan pulang. Selain BOR (<i>bed occupancy rate</i>) juga TOI (<i>turnover interval</i>) harus dipantau</p> <p>b. Empat rumah sakit swasta ini telah membentuk Tim JKN internal rumah sakit sejak awal kebijakan JKN diberlakukan. Tim ini cukup sibuk karena tugas utamanya memantau pelayanan pasien peserta BPJSK. Tim berkoordinasi komunikasi dengan unit/ instalasi di rumah sakit.</p> <p>c. Sama seperti di rumah sakit pemerintah, cukup banyak DPJP yang mengeluhkan keharusan mengikuti formularium obat BPJSK. Hal ini dirasakan membatasi kewenangan dokter dalam mengobati pasien. Seiring berjalannya waktu para dokter dapat menjalankan peraturan tersebut.</p> <p>d. Penyesuaian terhadap kebijakan BPJSK maupun Kemenkes terus dilakukan. Pelayanan pasien BPJSK dilaksanakan dengan tidak mengabaikan pasien umum. Evaluasi pelayanan dilakukan secara rutin di level direksi yang dihadiri instalasi/ bidang/ unit.</p> <p>e. Sejak awal diberlakukan JKN, tiga rumah sakit swasta ini berusaha mengikuti peraturan yang digariskan BPJSK. secara aktif melakukan sosialisasi dan pembahasan peraturan dilakukan dengan diskusi/ rapat internal rumah sakit.</p>

Pokok Pertanyaan	Kesimpulan Jawaban Rumah Sakit Pemerintah	Kesimpulan Jawaban Rumah Sakit Swasta
	<p>e. Peningkatan jumlah pasien seharusnya meningkatkan pendapatan rumah sakit. Kenyataannya pendapatan rumah sakit tidak signifikan kenaikannya. Penyebabnya adalah pembayaran BPJSK secara Ina CBC. Sebelum penerapan JKN rumah sakit dapat memungut biaya dari pasien non jaminan/ asuransi kesehatan secara <i>out of pocket</i> tergantung tarif yang diajukan rumah sakit.</p>	<p>f. Senada pendapat direktur rumah sakit pemerintah, pendapatan empat orang direktur rumah sakit swasta ini juga tidak meningkat secara nyata karena pembayaran secara Ina CBG dari BPJSK</p> <p>g. Rumah sakit swasta dapat meningkatkan pendapatan secara <i>out of pocket</i> dari pasien non BPSJK dan pembayaran dari asuransi swasta, tanpa perlu repot karena proses dan syarat pengajuan klaim BPJSK yang cukup rumit.</p>
<p>9. Aspek keuangan rumah sakit terkait pembiayaan pasien BPJSK, permasalahan dan antisipasinya</p>	<p>a. Dua rumah sakit dengan pola keuangan BLUD masih mendapatkan subsidi dari pemerintah dalam bentuk APBD, gaji pegawai ASN serta sarana/ perlatan tertentu dari dan APBN (pemerintah pusat)</p> <p>b. Keluhan yang masih ada yaitu dari staf medik/ dokter dan dokter spesialis dan penunjang adalah turunnya insentif jasa medik/ jasa pelayanan untuk pasien BPJSK padahal beban kerja meningkat seiring pertambahan jumlah pasien.</p> <p>c. Rumah sakit sudah berusaha memberikan pemahaman penurunan insentif jasa medik tersebut.</p> <p>d. Para informan menjelaskan bahwa sebagian tarif Ina-CBG lebih rendah dari biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk menangani pasien, terutama pada penyakit yang harus dilakukan tindakan / bedah.</p> <p>e. Dibutuhkan kemampuan manajer rumah sakit untuk mengelola keuangan dari pendapatan yang diperoleh dari BPJSK. Paket Ina-CBG didalamnya termasuk semua pembayaran biaya kesehatan peserta yaitu akomodasi, visite dokter, obat2an dan penunjang medis (misal laboratorium, radiologi dsb).</p> <p>f. Rumah sakit yang kerjasama dengan BPJSK harus pintar melakukan pengendalian biaya (<i>cost containment</i>). Pos-pos biaya tertentu bisa dihemat tanpa mengurangi standar medis. Ketaatan dokter dalam pemberian obat-obatan sesuai formularium BPJSK</p>	<p>a. Keluhan dari dokter/ dokter spesialis tidak terlalu dirasakan karena mereka masih mendapat insentif/ jasa medik yang relatif sama dengan sebelum penerapan JKN. Hal ini harus dipertahankan karena Sebagian besar dokter tersebut adalah dokter mitra (sekitar 50% - 65%) agar mereka merasa puas dan tidak pindah praktek di rumah sakit lain.</p> <p>b. Senada dengan pendapat dua direktur rumah sakit pemerintah, empat orang direktur rumah sakit swasta merasa bahwa tarif Ina CBG terutama dengan tindakan (operasi) lebih rendah daripada biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit,</p> <p>c. Bagi rumah sakit swasta yang seratus persen mandiri dan tidak ada subsidi dari pemerintah, maka semua biaya menjadi tanggungan rumah sakit, tarif Ina-CBG yang sama dengan rumah sakit pemerintah terasa memberatkan rumah sakit swasta dan hal ini dirasakan tidak adil.</p> <p>d. Rumah sakit juga harus pandai berinovasi untuk melakukan <i>revenue generating</i> dari berbagai pelayanan yang belum tergali, atau sarana dan fasilitas yang belum maksimal didayagunakan dapat meningkatkan pendapatan.</p> <p>e. Rumah sakit harus pintar mengendalikan biaya (<i>cost containment</i>), pos-pos biaya mana yang bisa dihemat tetapi tetap tidak mengurangi kualitas pelayanan yaitu</p>

Pokok Pertanyaan	Kesimpulan Jawaban Rumah Sakit Pemerintah	Kesimpulan Jawaban Rumah Sakit Swasta
	<p>menjadi hal yang penting dalam <i>cost containment</i>.</p> <p>g. Disisi lain pimpinan rumah sakit harus kreatif meningkatkan pendapatan yaitu kerjasama dengan pembayar asuransi swasta, serta pendapatan lain seperti parkir, menyewakan ruang, unit pelatihan bahkan pemulasaraan jenazah.</p> <p>h. Batas hari perawatan juga dilakukan oleh rumah sakit sesuai dengan standar rata-rata hari rawat penyakit agar biaya perawatan tidak membengkak dilanjutkan berobat jalan.</p> <p>i. Beberapa tahun terakhir pembayaran klaim BPJSK sempat tidak lancar yaitu saat BPJSK mengalami defisit keuangan (sebelum pandemi COVID-19). Rumah sakit harus pintar mengatur keuangan agar operasional pelayanan tidak mandeg.</p> <p>j. Klaim biaya oleh rumah sakit kepada BPJSK masih terkendala cukup rumitnya prosedur, persyaratan, verifikasi. Verifikasi oleh tim internal rumah sakit dan juga oleh tim BPJSK. <i>Claim pending</i> masih cukup tinggi, yaitu ditundanya pembayaran karena persyaratan pengajian klaim belum terpenuhi. Rumah sakit terus berupaya mencari solusi agar proses klaim menjadi lebih lancar.</p> <p>k. Tarif Ina-CBG yang dirasakan rendah diharapkan segera ditinjau kembali untuk dinaikkan agar pendapatan rumah sakit meningkat kembali</p>	<p>standar pengobatan penyakit. Rumah sakit swasta juga menerapkan lebih ketat lagi pemberian obat sesuai formularium BPJSK agar dengan terlebih dahulu memberikan sosialisasi peraturan ini</p> <p>f. Sama dengan rumah sakit pemerintah, beberapa tahun terakhir BPJSK defisit keuangan yang berakibat pembayaran Ina-CBG ke rumah sakit terhambat. Rumah sakit harus berhemat dan mengatur keuangannya. Responden empat rumah sakit ini bersyukur tidak sampai mengajukan pinjaman ke bank, karena sebagian rumah sakit swasta lainnya meminjam dana ke bank dan hutang ini akan dilunasi setelah klaim Ina CBG dibayarkan BPJSK.</p> <p>g. <i>Claim pending</i> juga masih cukup besar akibat cukup rumitnya prosedur dan persyaratan dan juga verifikasinya. Hal tersebut menghambat rumah sakit untuk segera memperoleh pendapatan, akibatnya mengganggu kelancaran operasional rumah sakit.</p> <p>h. Tarif Ina-CBG antara rumah sakit swasta seharusnya dibedakan karena RS pemerintah mendapatkan subsidi (gaji pegawai Aparatur Sipil Negara/ASN), sarana dan Sebagian peralatan, sementara rumah sakit swasta harus mandiri sepenuhnya.</p>

Rumah sakit yang menjadi mitra fasilitas kesehatan BPJSK harus mempersiapkan diri untuk menyambut implementasi JKN dan kebanyakan mereka sudah mempersiapkan diri sebelum tahun 2014. Salah satu rumah sakit swasta di Kota Semarang telah elakukan relokasi sarana prasarana serta penambahan ruang *Very Important Persons* (VIP), pembentukan Tim JKN, memenuhi persyaratan dan prosedur kredensial sebagai mitra BPJSK,

mengidentifikasi kendali biaya serta mutu pelayanan dengan penerapan panduan praktek klinik, menyiapkan informasi prosedur dan alur pelayanan pasien BPJSK, sarana dan proses pengaduan keluhan, serta memperkuat manajemen untuk pengajuan klaim biaya ke BPJSK.¹⁰ Salah satu rumah sakit swasta di Tangerang mempersiapkan diri dengan mengikuti pelatihan *casemix*, *coding*, *costing*, penyusunan *clinical pathway*, serta

menikuti pembelajaran tentang sistem informasi teknologi yang digunakan di era JKN, penambahan staf, penambahan fasilitas sarana dan prasarana serta membentuk sebuah tim *casemix* yang bertugas untuk menyusun dokumen klaim dan melakukan penagihan klaim kepada BPJS Kesehatan.¹¹

Terkait aspek pelayanan kepada pasien BPJSK berikut ini beberapa pernyataan langsung dari para informan direktur rumah sakit:

“..... Diberlakukannya JKN memang bagus untuk masyarakat, tetapi kami harus berjalan cepat menyesuaikan diri dengan berbagai peraturan dari BPJSK dan Kemenkes, pokoknya lumayan ribet di awal tahun pemberlakuan JKN, tapi sekarang sudah lumayan karena sudah mulai ketemu polanya dan masalah yang ada juga sudah banyak yang bisa diselesaikan...” (I1).

“....Sekarang ini kami sudah bisa menyesuaikan diri dengan implementasi JKN, hanya itu lho..peraturan -peraturan lumayan cepat berubah, Peraturan tentang jaminan Kesehatan berikut penjabarannya harus terus diikuti terus. Sosialisasi dari BPJSK ada sih, tapi komunikasi rumah sakit dengan BPJSK masih harus diperdalam....” (I3)

“..... Kami mempunyai tim JKN internal rumah sakit yang bertugas menyelesaikan masalah harian terkait pelayanan pasien BPJSK, agar pelayanan menjadi lebih baik. Dirasakan kurang sosialisasi tentang peraturan dari BPJSK terkait hak dan kewajiban peserta, prosedur pelayanan, sistem rujukan dan sebagainya, jadilah petugas rumah sakit yang harus menjelaskan panjang lebar. Kami juga pasang beberapa banner dan petunjuk prosedur pelayanan. Sebenarnya tugas BPJSK juga ya untuk sosialisasi peraturannya kepada peserta....” (I5)

Informan triangulasi dari BPJSK kota Semarang menjelaskan bahwa layanan BPJSK kepada peserta terus ditingkatkan terutama pelayanan di kantor BPJSK. Di dalam struktur BPJSK kantor Cabang ada bidang terkait kepesertaan yaitu Bidang Perluasan Peserta dan Kepatuhan serta Bidang Kepesertaan dan Pelayanan. Informan triangulasi dari BPJSK juga juga berpendapat bahwa pemahaman masyarakat semakin meningkat tentang JKN dan BPJSK karena sekarang sudah enam tahun JKN diberlakukan. Sosialisasi tentang teknis JKN juga menjadi tugas BPJSK, fasilitas kesehatan dan tentunya Kementerian Kesehatan dan jajarannya. Forum komunikasi dan koordinasi dengan jaringan fasilitas kesehatan terus dilaksanakan agar semakin meningkatkan pemahaman dan kerjasama diantara dua pihak. Pertemuan untuk membahas permasalahan yang dihadapi rumah sakit lewat forum koordinasi dan pada Tingkat tertinggi antara kantor pusat BPJSK dengan PERSI (Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia).

Pernyataan dari informan BPJSK tersebut berbeda dengan hasil penelitian Suryawati (2020) terhadap 637 peserta mandiri (non PBI). Sekitar 46,9% responden yang mempunyai pengetahuan yang “baik” terhadap JKN dan BPJSK dan sebanyak 47,7 % responden mempunyai sikap yang baik terhadap JKN dan BPJSK. Terhadap pelayanan kantor BPJSK, sebanyak 62% responden berpendapat pelayanan kantor BPJSK dalam kategori “sedang” dan sebanyak 28% responden menyatakan “baik” dan “sangat baik”.¹²

Walau JKN sudah berjalan enam tahun ternyata pengetahuan dan sikap sebagian peserta BPJSK masih belum memadai dan bahkan pelayanan kantor BPJSK cabang masih harus ditingkatkan.

Rendahnya sosialisasi tentang JKN berakibat terhadap masih rendahnya keikutsertaan pekerja informal juga terjadi di pedesaan di Kabupaten Bojonegoro.¹³ Penelitian lain juga menyebutkan masyarakat belum menerima informasi JKN yang disampaikan secara utuh (komprehensif).¹⁴

Didalam kebijakan JKN semua peserta dan jaringan fasilitas kesehatan adalah mitra utama BPJSK. Hubungan mutualistik dan kerjasama yang baik harus terbentuk karena pemain utama JKN adalah tiga pihak tersebut. Informan dari BPJSK mengakui bahwa pada tahun keenam JKN ini sudah cukup banyak pencapaiannya. Diakui juga bahwa rumah sakit cepat beradaptasi dan menyesuaikan diri dengan peraturan yang digariskan BPJSK dan Kementerian Kesehatan.

Dalam hal mewujudkan kepuasan pasien JKN terhadap pelayanan rumah sakit, semua informan utama penelitian ini menyatakan sudah melakukan survey kepuasan pasien dan sudah ditindaklanjuti. Dari beberapa penelitian yang dirangkum dalam *literature review*, terdapat perbedaan kepuasan pasien peserta BPJSK dengan pasien non BPJS (pasien umum), dimana tingkat kepuasan pasien peserta BPJSK lebih rendah jika dibandingkan dengan pasien umum terhadap mutu pelayanan di Unit Rawat Inap. Perbedaan terletak pada kepuasan pada dimensi bukti nyata (*tangible*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), peduli (*empathy*), dan kehandalan (*reliability*).¹⁵ Sementara itu pada pelayanan rawat jalan kepuasan pasien BPJSK pada pelayanan rawat jalan juga dipengaruhi oleh dimensi bukti nyata, keandalan, daya tanggap dan perhatian mempunyai pengaruh positif terhadap kepuasan pasien, sedangkan jaminan tidak mempunyai pengaruh

terhadap kepuasan pasien.¹⁶ Berdasarkan hasil penelitian tersebut penting bagi rumah sakit untuk memperhatikan lima dimensi/faktor tersebut agar kepuasan pasien terwujud.

Bagaimana dengan kepuasan staf internal rumah sakit, khususnya staf medis, berikut ini beberapa hasil penelitiannya. Terjadi ketidakpuasan staf internal rumah sakit terutama staf medis (dokter dan dokter spesialis) ketika diberlakukan JKN. Para dokter di salah satu rumah sakit di Kota Makasar merasa *clinical autonomy* (kewenangan klinis) didalam penanganan pasien menjadi terhambat. Terbukti bahwa otonomi klinis yang diartikan kontrol atas pekerjaan dan hak prerogatif menjalankan pekerjaan sesuai kompetensinya berpengaruh terhadap kepuasan kerja dokter. Diharapkan pembatasan pemeriksaan penunjang kepada pasien dapat dilonggarkan karena pemeriksaan penunjang ini sangat dibutuhkan pasien untuk penegakan diagnosis penyakit.¹⁷

Ketidakpuasan staf medis rumah sakit terhadap BPJSK dan tentu saja terhadap rumah sakitnya adalah berkurangnya pembayaran insentif /jasa medis apalagi bila dibandingkan dengan beban tugas mereka yang meningkat akibat kenaikan jumlah pasien. Sebanyak 60,6% dokter/ dokter spesialis di rumah sakit pemerintah di Kota Makasar menyatakan tidak puas terhadap jumlah pendapatan di masa JKN.¹⁷ Tetapi tidak selamanya besarnya insentif /jasa medik dimasalahkan, penelitian di salah satu rumah sakit swasta di Kota Semarang menjelaskan bahwa faktor kondisi sarana pelayanan medis, kondisi pekerjaan (termasuk kewenangan profesi, faktor kepemimpinan dan kesempatan karier /promosi berpengaruh pada kepuasan kerja dokter spesialis di awal penerapan JKN.

Pembayaran Ina-CBG telah menyebabkan rumah sakit harus melakukan pengendalian biaya termasuk pengaturan kembali insentif tenaga medis dan non medis lainnya.¹⁸

Terkait dengan pengelolaan keuangan rumah sakit terkait BPJS Kesehatan Semua informan direktur rumah sakit menyatakan hal yang sama yang pada intinya adalah prosedur klaim pembayaran dari BPJS Kesehatan yang cukup rumit yang berakibat pembayaran klaim tidak lancar. Ketidاكلancaran pembayaran klaim ini berpengaruh pada operasional rumah sakit.

“...kami cukup pusing dengan urusan klaim pembayaran Ina CBG dari BPJS Kesehatan, prosedur dan verifikasi yang cukup ketat, pembayaran yang tertunda, semuanya berpengaruh pada perasionalisasi pelayanan rumah sakit.....” (I2)

“.....sebagai direktur, posisi rasanya kejeput, disatu sisi ingin memberikan insentif kepada staf medis dan staf lalin yang memadai setidaknya sama seperti sebelum JKN diberlakukan, apa boleh buat paket pembayaran Ina CBG dan proses klaimnya yang panjang membuat saya harus siap dapat complain staf medis” (I4)

“.....pembayaran dari BPJS Kesehatan kurang lancar ternyata bukan semata proses administrasi klaim yang cukup rumit, ternyata dari koran dan televisi kita semua tahu bahwa ada defisit keuangan di BPJS Kesehatan. Bukannya kita nggak paham defisit itu tapi rumah sakit kita juga nggak bisa menunggu pembayaran, kan.....” (I6)

Informan triangulasi dari Kantor BPJS Kesehatan menjelaskan kenapa waktu pengurusan klaim menjadi panjang, hal tersebut dikarenakan BPJS Kesehatan harus memastikan hasil verifikasi sudah tepat/benar. Rumah sakit perlu menyesuaikan diri dengan panduan verifikasi klaim dari BPJS Kesehatan termasuk koding penyakit dan

tindakannya. Pihak BPJS Kesehatan akan segera membayar bila pengajuan klaim sudah betul.

Beberapa faktor penyebab tertundanya klaim (*claim pending*) BPJS Kesehatan di rumah sakit dapat berupa kurangnya pengetahuan *coder*, penulisan diagnosis yang sulit dipahami/tidak lengkap, dan kurangnya kelengkapan rekapitulasi pelayanan yang diberikan rumah sakit akibat banyaknya pasien BPJS Kesehatan. itu harus ditangani.¹⁹ Proses pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan belum dilakukan secara menyeluruh dan terpadu karena ketidaklengkapan pengisian status rekam medis oleh petugas rekam medis tidak lengkap akibat dari dokter dan perawat juga belum menuliskan dengan lengkap dan jelas, selain itu juga tidak terjalinnya koordinasi dan kerja tim antara petugas rekam medis baik itu dari petugas *assembling*, pengkodean, dan petugas verifikator rumah sakit.²⁰ Upaya untuk mengurangi terjadinya pending claim BPJS Kesehatan adalah meningkatkan kesepahaman antara tenaga medis, petugas rekam medis dan petugas kode, dokter dan perawat agar lebih berhati-hati dalam menuliskan data pasien pada berkas rekapitulasi pelayanan serta dokumen resume medis.¹⁹ Selain itu juga perlu diperhatikan beban kerja petugas-petugas yang terkait dengan penyelesaian klaim seperti verifikator dan koder serta pemahaman bahwa penyelesaian klaim sampai beres terkirim ke BPJS Kesehatan adalah kerjasama dari banyak petugas didalam proses penyelesaian klaim.

Hasil penelitian didapatkan hasil bahwa 40,6% berkas merupakan kesalahan koding dan input, 21,9% kesalahan penempatan diagnosis primer dan sekunder pada resume medis, dan 37,4% ketidaklengkapan resume medis. Kesalahan

proses coding dan kesalahan *input* coding menjadi faktor penyebab terbanyak. Upaya yang perlu dilakukan untuk menurunkan *claim pending* yaitu *coder* memerlukan pembaharuan ilmu dan aturan terbaru BPJSK, perlu perhitungan ulang kebutuhan tenaga koder dan grouper untuk mengantisipasi beban kerja dan menghindari pekerjaan yang terburu-buru, *coder* juga perlu selalu diingatkan mengecek coding diagnosis secara menyeluruh agar diagnosis gabung tidak dikoding sebagai kode terpisah. Selain itu, penerapan rekam medis elektronik akan sangat bermanfaat untuk mempermudah DPJP dalam proses pengisian resume medis dan kelengkapan hasil pemeriksaan penunjang.²¹

Kebijakan JKN berdampak terhadap pendapatan dan pembiayaan rumah sakit. Penerapan JKN memberikan manfaat yang besar bagi rumah sakit. Pendapatan yang diperoleh dari BPJSK dipergunakan untuk sumber daya manusia, obat dan BHP (bahan habis pakai) di rumah sakit. Tetapi JKN tidak memberikan dampak positif terhadap kompensasi finansial pegawai di rumah sakit yaitu gaji dan insentif mereka.²²

Setelah penerapan kebijakan JKN terjadi peningkatan jumlah kunjungan baik pasien rawat jalan maupun rawat inap yang ditandai dengan meningkatnya BOR (*bed occupancy rate*). Kinerja keuangan yang diukur dengan indikator ROA (*return on assets*), *Quick Ratio*, analisis solvabilitas dan CRR (*cost recovery rate*) menunjukkan adanya peningkatan upaya monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan dan keuangan rumah sakit terutama pada aspek pendapatan dan belanja/ pengeluaran.²³

Suatu penelitian yang meneliti beberapa rumah sakit pemerintah vertikal atau rumah sakit bertanggung jawab

langsung kepada Kementerian Kesehatan pada tahun 2018 menuiskan beberapa temuan. Likuiditas keuangan 31 rumah sakit sangat tinggi dan mengalami peningkatan sejak diimplementasikannya JKN. Trend rasio lancarnya dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. Dengan likuiditas yang baik, rumah sakit vertikal tidak hanya dapat memenuhi kewajiban yang telah jatuh tempo namun juga mendukung lancarnya operasional pelayanan kepada pasien. Pengelolaan keuangan rumah sakit yang efisien dan efektif merupakan kunci penting bagi rumah sakit untuk mampu bertahan dalam era JKN.²⁴

Salah satu rumah sakit swasta di Tangerang yang berhasil menerapkan JKN dengan melakukan efisiensi biaya tanpa meninggalkan mutu pelayanan karena menerapkan beberapa strategi. dalam penelitiannya di salah satu rumah sakit di Tangerang dengan *Banced Score Card* Hasil penelitian menunjukkan ada beberapa strategi yang telah dikembangkan dalam implemetasi JKN yaitu dari (1) Perspektif keuangan (menambah jenis layanan, meningkatkan kapasitas pada rawat inap dan poliklinik, menerapkan prinsip *low cost* dan meningkatkan modal kerja, menambah slot dokter, melengkapi perawatan medis menerapkan prinsip *low cost*, dan meningkatkan modal kerja); (2) Perspektif pelanggan (menentukan target market, mengembangkan 5 nilai tambah, dan manajemen keluhan); (3) Perspektif proses bisnis internal (pembuatan standar operasional prosedur, menyusun formularium dan *clinical pathway*, melakukan pengendalian dan audit operasional, menetapkan bisnis model, pembentukan tim *casemix*, serta manajemen klaim); (4) Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan yaitu

reward dan gaji bagi karyawan, lingkungan kerja kompetitif serta memperhatikan jenjang karir karyawan).²⁵

Penelitian tentang efisiensi dikaitkan dengan pemberlakuan JKN dengan metode *Data Envelopment Analysis* (DEA). Sampel adalah seluruh rumah sakit umum yang telah berstatus badan layanan umum daerah di Provinsi Sulawesi Selatan. Jumlah sampel penelitian sebanyak 25 rumah sakit. Data yang dianalisis adalah data tahun 2014 hingga 2017. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata Rumah sakit Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) di Provinsi Sulawesi Selatan hanya efisien pada tahun 2016 sedangkan pada tahun 2014, 2015 dan 2017 rata-rata pengelolaan rumah sakit tidak efisien. Perubahan sistem pelayanan kesehatan pada era JKN telah membawa dampak negatif terhadap tingkat efisiensi RS. Hal ini disebabkan seringnya terjadi keterlambatan pencairan pembayaran klaim BPJS Kesehatan dan rendahnya tarif INA-CBG.⁹

Terkait dengan berbagai hasil penelitian ini yang menunjukkan masih cukup banyaknya masalah yang dihadapi oleh rumah sakit didalam implementasi JKN, menarik untuk disimak dari penelitian Suryawati (2019) bahwa sebanyak 93,9% responden menyatakan agar kebijakan JKN dilanjutkan dengan perbaikan layanan BPJS Kesehatan (95,0%), menindaklanjuti keluhan peserta (92,2%), peningkatan pelayanan jaringan fasilitas kesehatan termasuk rumah sakit (96,5%).¹²

Kebijakan JKN dengan motor penggeraknya BPJSK selama enam tahun ini telah memberikan banyak hasil walaupun juga masih banyak masalah yang harus diselesaikan bersama, tidak hanya oleh BPJSK tetapi juga dari pihak peserta, jaringan fasilitas kesehatan, para pemangku

kepentingan lainnya yaitu Presiden, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan dengan OJK nya (Otoritas Jasa keuangan), Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), organisasi fasilitas kesehatan dan organisasi profesi kesehatan, Dewan Perwakilan Rakyat/ Dewan Perwakilan Rakyat Daerah serta para kepala daerah (Gubernur, Bupati/ Walikota).

SIMPULAN

Pada tahun keenam implementasi JKN telah menghasilkan pencapaian terutama akses masyarakat untuk berobat ke fasilitas kesehatan. Rumah sakit secara adaptif telah melakukan penyesuaian terutama terkait peningkatan jumlah pasien peserta BPJSK, persiapan sarana dan fasilitas, sosialisasi peraturan JPSBK dan peningkatan pelayanan untuk mewujudkan kepuasan pasien BPJSK, Beban kerja staf medis meningkat, belum dibarengi dengan peningkatan insentif/jasa medis, pembatasan kewenangan medis terutama pada pemberian obat sesuai formularium BPJSK serta pembatasan pelayanan penunjang medis dan pembatasan hari rawat pasien. Semua dilakukan untuk pengendalian biaya karena berkurangnya pendapatan rumah sakit akibat pembayaran Ina-CBG dari BPJSK. Rumah sakit harus inovatif dan kreatif mengelola keuangan dan *revenue generating*. Masalah keterlambatan pembayaran (*claim pending*) perlu segera dicari solusinya. Begitu juga kepuasan staf internal rumah sakit perlu diperhatikan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kepada Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro atas pendanaan penelitian ini

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan, <https://luk.staff.ugm.ac.id/atur/bpjs/BukuPeganganSosialisasiJKN-SJSN.pdf> (2014).
2. Kesehatan K. *Buku Panduan Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Populasi Kunci, Tahun 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan, https://siha.kemkes.go.id/portal/files_upload/BUKU_PANDUAN_JKN_BAGI_POPULASI_KUNCI_2016.pdf (2016).
3. Kementerian Kesehatan. , *National Health Accounts Indonesia 2019*,. Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2021.
4. DJSN. *Statistik Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2016 – 2021*. Jakarta: DJSN, https://djsn.go.id/files/dokumen/Dokumen_Kajian/202212131425Buku_Statistik_JKN_2016-2021.pdf (2022). (2022).
5. DJSN. *Statistik JKN 2016-2021*. Jakarta: DJSN, https://djsn.go.id/files/dokumen/Dokumen_Kajian/202212131425Buku_Statistik_JKN_2016-2021.pdf (2022). (2022).
6. DJSN. *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2012 - 2019*. Jakarta: DJSN, 2012.
7. Mode NA, Evans MK, Zonderman AB. Race, neighbourhood economic status, income inequality and mortality. *PLoS One* 2016; 11: 1–14.
8. Soeroso S, JS DW, Hakim L, et al. *Refleksi Perjalanan 5 Tahun Era Jaminan Kesehatan Nasional*, <https://www.youtube.com/watch?v=1cdCwC3VB1s&t=1372s> (2019).
9. Irwandy, Sjaaf AC. 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 Kesehat Masy Indones* 2018; 14: 360–367.
10. Mahmudah.PM, Suryawati. C WP. Analisis Upaya Rumah Ssakit Islam Sultan Agung Kota Semarang Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut Dalam Penerapan Program Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2014. *J Kesehat Masy* 2015; 3: 57–64.
11. Ulandari LPS. Strategy Implementation of National Health Insurance Using Balanced Scorecard Method: a Case Study in an – Nisa Hospital in Tangerang. *J Ekon Kesehat Indones*; 5. Epub ahead of print 2021. DOI: 10.7454/eki.v5i2.4265.
12. Suryawati. C A., Suswardany D. Five Years National Health Insurance of Indonesia: How the Expectation of Independent Participants in the Future? *Ann Trop Med Public Heal*; 2, <http://doi.org/10.36295/ASRO.2021.24169> (2021).
13. Kurniawati W, Rachmayanti RD. Identifikasi Penyebab Rendahnya Kepesertaan JKN pada Pekerja Sektor Informal di Kawasan Pedesaan. *J Adm Kesehat Indones* 2018; 6: 33.
14. Agustina ZA, Laksmiarti T, Effendi DE. Pemilihan Metode Sosialisasi sebagai Upaya Peningkatan Kepesertaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Mandiri. *Media Litbangkes* 2018; 28: 33–38.
15. Sumadi AF, Mardiyoko I, Pratama YY. Differences in the levels of satisfaction of JKN

- patients and general patients on the quality of inpatient unit services: a literature review (Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien JKN Dan Pasien Umum Terhadap Mutu Pelayanan Unit Rawat Inap: Literatur Review). *Manajemen Kesehatan* 2022; 8: 86–97.
16. Widyastuti N, Widjanarko B, Adi MS. Analisis Pengaruh Dimensi Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pasien Peserta BPJS Kesehatan di Instalasi Rawat Jalan RSUD dr. H. Soewondo Kendal. *J Manaj Kesehat Indones* 2018; 6: 39–49.
 17. Anwar A, Rahmadani S, Rochka M. Analisis Pengaruh Clinical Autonomy Terhadap Kepuasan Kerja Dokter RSUD Kota Makassar di Era JKN. *VISI KES J Kesehat Masy*; 18, <https://doi.org/10.33633/visikes.v18i2.2811> (2019).
 18. Nafi'ah.AC, Suryawati. C FE. Faktor Yang Berhubungan Dengan kepuasan Kerja Dokter Spesialis Rumah Sakit Islam Sutan Agung Semarang Pasca Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional. *J Kesehat Masy*; 4, <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm> (2016).
 19. Puspaningsih.M, Suryawati, C. Arso S. Evaluasi Administrasi Klaim BPJS Kesehatan Dalam Menurunkan Klaim Pending, No Title. *J Syntax Lit*; 7, <https://doi.org/10.36418/syntax-literat.v7i6> (2022).
 20. Nomeni HE, Sirait RW, Kenjam Y. Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Soe. *Media Kesehat Masy* 2020; 2: 1–14.
 21. Kusumawati AN, Pujiyanto. Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja Tahun 2018. *Cdk-282* 2020; 47: 25–28.
 22. Karmilasaria, Sukri Palutturi, Darmawansyah, Muhammad Syafar, Muhammad Indar; Citrakesumasari AM. Evaluation of the Economic Impact of Implementing National Upaten Health Insurance (JKN) on Hospitals at RSUD Tenriawaru Kab. Bone. *Pharmacogn J*; 15, <https://doi.org/10.22146/jmpk.v24i03> (2023).
 23. Wiwik Lestari, Laksono Trisnantoro, Ni Luh Putu Eka Putri Andayani. Gambaran Kinerja Rumah Sakit Sebelum Dan Sesudah Era Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn). *J Manaj Pelayanan Kesehat (The Indones J Heal Serv Manag* 2022; 24: 95–101.
 24. Wijayani RW. Dampak Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Terhadap Kinerja Keuangan Rumah Sakit Vertikal Kementerian Kesehatan. *J Kebijakan Kesehat Indones JKKI* 2018; 7: 134–139.
 25. Ulandari LPS. Studi Kasus : Kesiapan Rumah Sakit An – Nisa Tangerang Dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional. *Bul Penelit Kesehat* 2019; 47: 267–274.