

Research Article

Analisis Dampak Covid-19 Terhadap Efisiensi, Efektivitas, dan Produktivitas Rumah Sakit (Studi kasus: RSUD Mitra Paramedika D.I. Yogyakarta)**Ichsan Priyotomo^{1*}, Muhammad Syamsu Hidayat², Lina Handayani³**^{1,2,3} Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan, Indonesia**Abstract**

Changes in government policy in response to the increase in COVID-19 cases have caused delays in services and restrictions on services in hospitals. Increasing the fulfillment of hospital operational needs related to COVID-19 cases has an impact on increasing hospital operating costs. The purpose of this study was to determine the impact of COVID-19 on the efficiency, effectiveness and productivity of hospital services. The type of research used is a mixed method with a concurrent mixed method design approach. Qualitative data obtained by conducting in-depth interviews. The research subjects are the leadership ranks of Mitra Paramedika Hospital, while the object of the research is documents related to the efficiency, effectiveness and productivity of the hospital. Quantitative data was obtained by using documents such as visit reports, financial reports and other documents related to this research. Effectiveness data was analyzed by calculating the effectiveness ratio, efficiency data was analyzed by calculating the efficiency ratio, and productivity data was analyzed using Data Envelopment Analysis (DEA) with the help of the DEAP application. The results showed that there was no impact of COVID-19 on hospital efficiency and productivity, but there was an impact of COVID-19 on hospital effectiveness.

Keywords: Hospital Efficiency, Hospital Effectiveness, Hospital Productivity, Impact of Covid-19

Pendahuluan

WHO pada 11 Maret 2020 secara resmi menyatakan Covid-19 sebagai pandemi (Mulkan, 2021; Rionanda et al., 2022). *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh Severe Acute Respiratory Syndrom Coronavirus 2 (SARS-

CoV-2). Sebagian besar orang yang terinfeksi virus SARS-CoV-2 akan mengalami gangguan pernapasan ringan hingga sedang dan akan sembuh tanpa membutuhkan pengobatan khusus. Orang tua dan orang yang menderita masalah kesehatan seperti penyakit kardiovaskular, diabetes, penyakit pernapasan kronis, dan kanker akan menimbulkan gangguan pernapasan yang lebih berat (Kementerian Kesehatan RI, 2020; World Health Organization, 2020).

Peningkatan jumlah kasus berlangsung cukup cepat dan menyebar ke berbagai negara dalam

*corresponding author: Ichsan Priyotomo.

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan, Indonesia.

Email: ichsanp@gmail.com

Summited: 24-06-2022 Revised: 08-08-2022

Accepted: 11-08-2022 Published: 16-08-2022

waktu singkat, sehingga WHO menyatakan bahwa Infeksi Novel Coronavirus (Infeksi 2019-nCoV) sebagai Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKMMD)/*Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC). Sebanyak 191 negara mengkonfirmasi terjangkit COVID-19 dengan jumlah 64.508.746 kasus dengan 1.492.998 kematian di seluruh dunia (John Hopkins University and Medicines, 2020; Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Peningkatan kasus terjadi di seluruh provinsi di Indonesia. Kasus di Indonesia sebanyak 557.877 kasus dengan jumlah kasus tertinggi di provinsi DKI Jakarta dengan 135.759 kasus. Tren kasus konfirmasi di Daerah Istimewa Yogyakarta masih terus meningkat. Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta menduduki peringkat 19 dengan 6.073 kasus (KPCPEN, 2020). Kasus konfirmasi tertinggi berada di Kabupaten Sleman dengan 2.016 kasus (Dinkes DIY, 2020).

Kebijakan pemerintah tentang pelayanan rutin rumah sakit yang bertujuan untuk mencegah terjadinya penularan COVID-19 dengan mengeluarkan imbauan yang ditujukan kepada seluruh Direktur rumah sakit yang disampaikan melalui surat nomor YR.03.03/III/III8/2020. Kebijakan yang diimbau antara lain; rumah sakit memberikan pelayanan pada pasien COVID-19 dan melengkapi semua kelengkapan penanganan kasus COVID-19 serta alat pelindung diri (APD); rumah sakit untuk menunda pelayanan elektif dengan tetap memberikan pelayanan yang bersifat gawat darurat dan membutuhkan perawatan segera untuk penyakit-penyakit selain COVID-19; mengembangkan pelayanan jarak jauh; tenaga kesehatan diatas 60 tahun atau dengan penyakit penyerta, dianjurkan untuk bekerja di rumah.

Penghentian pelayanan di rumah sakit menyebabkan penurunan jumlah kunjungan pasien non COVID-19, sedangkan penurunan ini tidak sebanding dengan naiknya jumlah kasus COVID-19 di rumah sakit sehingga pemasukan rumah sakit turun antara 30-50% pada kondisi

pandemi (Hidayah, 2020). Penghentian pelayanan tersebut juga menyebabkan berkurangnya kualitas pelayanan yang didapatkan oleh pasien. Pelayanan yang diterima pasien tidak sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan rumah sakit, yang tertuang dalam UU nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, bahwa penyelenggara (rumah sakit) berkewajiban untuk melaksanakan pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan.

Penundaan pelayanan elektif berdampak pula pada pendapatan dan margin operasional rumah sakit. Penurunan kunjungan pada awal bulan pandemi menyebabkan margin operasional rumah sakit berubah dari positif menjadi negatif. Survei yang dilakukan oleh KaufmanHall (2020) menyebutkan bahwa sebanyak 33% responden mengalami penurunan margin operasional hampir 100% pada perbandingan tahunan pada kuartal kedua tahun 2020 dengan kuartal kedua tahun 2019.

Beban rumah sakit yang harus dihadapi tidak hanya disebabkan oleh penurunan kunjungan dan pendapatan. Pengeluaran biaya operasional menjadi lebih tinggi disebabkan karena penambahan biaya pembelian obat-obatan, biaya pembelian alat pelindung diri dan bahan habis pakai lainnya, tambahan pembiayaan upah tenaga kesehatan dan biaya modal untuk meningkatkan kapasitas pelayanan dengan melakukan pembangunan ruang perawatan pasien COVID-19, pembelian alat pemeriksaan COVID-19 dan pemenuhan fasilitas kesehatan lainnya (AHA, 2020; Wyman, 2020). Survei yang dilakukan oleh KaufmanHall (2020) menyebutkan bahwa terdapat 22% responden mengatakan bahwa terjadi kenaikan biaya pengeluaran lebih dari 50% dibandingkan tahun sebelumnya.

Penurunan volume pasien dan penurunan pemasukan rumah sakit yang dramatis sementara biaya operasional tetap tinggi, peningkatan pasien COVID-19 yang dirawat, peningkatan biaya perawatan pasien COVID-19 yang dikombinasikan dengan ketidakpastian

pembayaran klaim dan belum ada kejelasan kapan berakhir masa pandemi COVID-19 menyebabkan rumah sakit menghadapi tekanan finansial (AHA, 2020; Hidayah, 2020; Kaufman Hall & Associates, 2020).

Meskipun dampak COVID-19 menjadi sebuah masalah yang serius, namun masih ada dampak positif bagi rumah sakit. Peningkatan inisiatif strategi yang dilakukan rumah sakit dalam menghadapi pandemi berupa kemampuan rumah sakit dalam membuat perubahan kebijakan secara cepat dan tepat. Rumah sakit menghadapi berbagai tantangan pada masa pandemi. Rumah sakit dapat memanfaatkan dampak positif ketika memitigasi dampak negatif yang akan dihadapi. Kemampuan ini akan memberikan dampak yang signifikan terhadap sistem pelayanan kesehatan jangka panjang (KaufmanHall, 2020).

RSU Mitra Paramedika ditetapkan sebagai salah satu rumah sakit rujukan antara COVID-19 di Kabupaten Sleman. Pelayanan pada pasien COVID-19 diberikan dengan biaya yang akan ditanggung oleh pemerintah. Namun kondisi pembiayaan pada pasien COVID-19 belum bisa memenuhi kebutuhan operasional rumah sakit. Hal ini disebabkan karena penundaan pembiayaan klaim pada pasien COVID-19 dan pencairan dana klaim belum dapat dipastikan. Kondisi tersebut mempengaruhi kebijakan rumah sakit secara umum dalam pengelolaan rumah sakit agar mampu melaksanakan kegiatan operasional secara efisien, efektif dan produktif. Dari permasalahan tersebut di atas, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dampak COVID-19 terhadap efisiensi, efektifitas dan produktivitas rumah sakit.

Metode

Penelitian ini menggunakan rancangan *mixed method* (penelitian campuran). Desain yang digunakan dalam rancangan penelitian *mixed method* ini adalah *The Convergent Parallel Design*. Desain ini sering dikenal sebagai *Covergent Design* atau *Concurrent Mixed*

Method. Desain ini melakukan penelitian kuantitatif dan kualitatif secara konkuren/bersamaan atau dalam fase yang bersamaan dalam suatu riset. Prioritas kedua metode sejajar/ equal dan kedua desain dijaga tetap independen baik dalam pengambilan data maupun analisis untuk kemudian baru dilakukan *result mixes* pada interpretasi keseluruhan (Creswell & Clark 2014).

Penelitian kuantitatif dilakukan dengan menganalisis efisiensi, efektifitas dan produktivitas pengelolaan rumah sakit dengan menggunakan dokumen seperti laporan kunjungan, laporan keuangan dan dokumen lainnya yang berhubungan dengan penelitian ini. Data yang berasal dari dokumen akan dilakukan analisis untuk mengetahui perbedaan kondisi rumah sakit sebelum dan saat adanya pandemi COVID-19. Penelitian kualitatif dilakukan dengan menganalisis informasi secara terbuka dan tertutup yang didapatkan dengan wawancara mendalam (*Indepth Interview*). Pelaksanaan wawancara mendalam akan dibantu dengan menggunakan beberapa alat antara lain *voice recorder*, *notes*, serta alat tulis. Tujuan pengambilan data ini adalah untuk menyelidiki fenomena kontemporer secara mendalam dan dalam konteks kehidupan nyatanya. Dalam usaha mengecek kebenaran data atau informasi yang diperoleh peneliti dari berbagai sudut pandang yang berbeda yaitu dengan cara mengurangi sebanyak mungkin bias yang terjadi pada saat pengumpulan dan analisis data penelitian menggunakan metode triangulasi (Creswell & Clark dalam Samsu, 2017)

Lokasi yang digunakan pada penelitian ini adalah RSU Mitra Paramedika Yogyakarta. Pelaksanaan penelitian ini dilakukan selama enam bulan sejak bulan Oktober 2021. Subyek penelitian ini adalah wakil direktur pelayanan medis, wakil direktur perencanaan dan kepegawaian, wakil direktur umum dan keuangan beserta jajaran manajerial rumah sakit di RSU Mitra Paramedika. Subyek ini dipilih berdasarkan peraturan presiden nomor 77 tahun 2015 tentang

pedoman organisasi rumah dimana jajaran struktural rumah sakit diharapkan dapat mewujudkan organisasi Rumah Sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi Rumah Sakit sesuai tata kelola perusahaan yang baik (Good Corporate Governance) dan tata kelola klinis yang baik (Good Clinical Governance). Obyek dari penelitian ini adalah dokumen yang berhubungan dengan efisiensi, efektifitas dan produktivitas rumah sakit. Data yang dimaksud meliputi profil RSUD Mitra Paramedika, data kunjungan rawat inap, data kunjungan rawat jalan, dan laporan keuangan rumah sakit.

Dampak COVID-19

Pengukuran dampak COVID-19 dengan menghitung persentase kenaikan/penurunan indikator antara data sebelum pandemi COVID-19 dan saat pandemi COVID-19. Indikator yang dinilai adalah kunjungan rawat jalan, kunjungan UGD, kunjungan rawat inap, tindakan operasi, pendapatan dan belanja rumah sakit dari tahun 2018 sampai 2021. Data indikator sebelum pandemi COVID-19 adalah data yang ada pada tahun 2018 dan 2019, sedangkan data indikator saat pandemi COVID-19 adalah data pada tahun 2020 dan 2021.

Efisiensi

Efisiensi adalah pencapaian output tertinggi dari input yang terendah. Pengukuran efisiensi menggunakan rumus efisiensi yang diadopsi dari Mahmudi (2019). Berikut rumus rasio efisiensi:

$$\text{Rumus Efisiensi} = \frac{\text{Output}}{\text{Input}} \times 100\%$$

Keterangan:

Output : Realisasi Belanja

Input : Realisasi Pendapatan

Efisiensi dikategorikan berdasarkan Mahsun (2013):

- Jika diperoleh nilai kurang dari 100% berarti efisien
- Jika diperoleh nilai sama dengan 100% berarti efisiensi berimbang

- Jika diperoleh nilai lebih dari 100% berarti tidak efisien

Efektifitas

Efektifitas adalah hasil dari pencapaian tujuan atau target. Pengukuran efektifitas menggunakan rumus rasio efektifitas (Mahmudi, 2019), berikut rumus rasio efektifitas:

$$\text{Rasio Efektifitas} = \frac{\text{Outcome}}{\text{Output}} \times 100\%$$

Keterangan:

Outcome : Realisasi Pendapatan

Output : Target Pendapatan (Anggaran)

Efektifitas dikategorikan berdasarkan Mahsun (2013):

- Jika diperoleh nilai kurang dari 100% maka tidak efektif
- Jika diperoleh nilai sama dengan 100% maka efektivitas berimbang
- Jika diperoleh nilai lebih dari 100% maka efektif

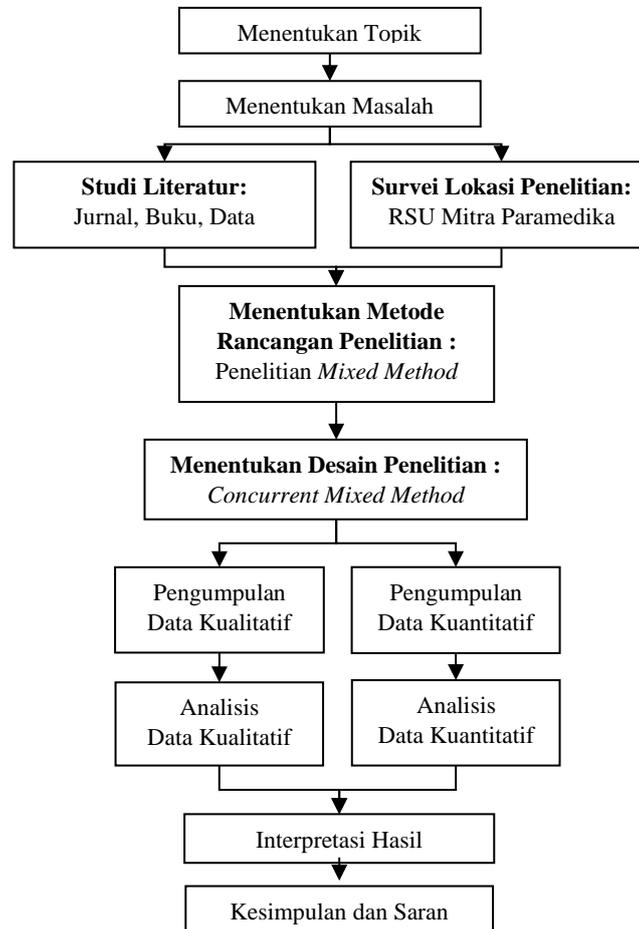
Produktivitas

Produktivitas adalah perbandingan antara hasil kerja yang dicapai dengan jumlah sumber daya yang digunakan. Indikator untuk menghitung produktivitas pengelolaan rumah sakit menggunakan parameter keuangan, jumlah kunjungan pasien poliklinik, jumlah kunjungan UGD, jumlah kunjungan rawat inap, jumlah kunjungan.

Produktivitas dianalisis dengan menggunakan metode Data Envelopment Analysis (DEA). Produktivitas dikatakan efisien jika nilai relatif efisiensi sama dengan 1 (satu), dan dikatakan tidak efisien jika nilai relatif efisiensi kurang dari 1 (satu). Data Envelopment Analysis (DEA) adalah teknik pemrograman matematika yang digunakan untuk mengevaluasi efisiensi relatif dari satu set unit keputusan dalam manajer sumber daya (input) dengan jenis yang sama sehingga menjadi hasil (output) dengan jenis yang sama pula, dimana hubungan bentuk fungsi dari input ke output tidak diketahui (Bhagatav, Vankatesh 2009).

Tahapan analisis data kualitatif yang peneliti lakukan adalah *Data Collection*, *Data*

Condensation, Data Display, dan Conclusions: yakni *Data Envelopment Analysis (DEA)*. Gambar *drawing/verifying*. Tahapan analisis data kuantitatif adalah dengan melakukan uji statistic



Gambar 1. Alur Penelitian

Hasil

Data efisiensi, efektifitas dan produktifitas yang diperoleh merupakan data sekunder. Pengumpulan data dilakukan dengan melihat dokumen keuangan dan kinerja rumah sakit. Dampak COVID-19 dihitung dengan menghitung selisih setiap indikator sebelum dan saat pandemi

COVID-19. Indikator yang dihitung adalah kunjungan poliklinik, kunjungan UGD, kunjungan rawat inap, tindakan operasi, pendapatan dan pengeluaran rumah sakit. Tabel 1 menampilkan hasil perhitungan indikator dampak COVID-19.

Tabel 1. Perhitungan Parameter Dampak COVID-19

Parameter	Sebelum Pandemi (2018-2019)	Saat Pandemi (2020-2021)	Selisih (%)
Kunjungan Poliklinik	35.920	37.785	5%
Kunjungan UGD	25.440	25.983	2%
Kunjungan Rawat Inap	8.614	6.887	-20%
Tindakan Operasi	3.122	2.558	-18%
Pendapatan RS	38.605.459.956	48.628.304.655	26%
Pengeluaran RS	35.031.596.937	35.376.608.884	1%

Sumber: Laporan Kinerja Rumah Sakit, 2022

Tabel 1 menunjukkan bahwa terjadi penurunan kunjungan rawat inap sebesar 20% dan tindakan operasi turun sebesar 18% saat pandemi COVID-19. Biaya operasional rumah sakit naik sebesar 1% namun diiringi kenaikan pendapatan rumah sakit sebesar 26% saat pandemi COVID-19.

Efisiensi pengelolaan rumah sakit dihitung dengan membandingkan output (realisasi pengeluaran) dengan input (realisasi pendapatan). Tabel 2 merinci hasil perhitungan efisiensi pengelolaan rumah sakit sebelum dan saat COVID-19.

Tabel 2. Perhitungan Efisiensi Pelayanan Rumah Sakit

Tahun	Realisasi Pendapatan	Realisasi Pengeluaran	Efisiensi	Kategori
2018	19.130.424.795	16.870.505.873	88%	Efisien
2019	19.475.035.161	18.161.091.064	93%	Efisien
2020	20.421.875.154	15.962.848.892	78%	Efisien
2021	28.206.429.501	19.413.759.992	69%	Efisien

Sumber: Laporan Keuangan Rumah Sakit, 2022

Tabel 2 menjelaskan bahwa kondisi keuangan rumah sakit sudah mencapai kategori efisien dengan rasio efisiensi kurang dari 100%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit mampu melakukan efisiensi dalam pelaksanaan operasional rumah sakit. Kondisi pelayanan rumah sakit sebelum pandemi (tahun 2018-2019) menunjukkan operasionalisasi rumah sakit sudah

efisien, namun jika dibandingkan dengan kondisi pengelolaan rumah sakit setelah pandemi (tahun 2020-2021), menunjukkan operasionalisasi rumah sakit semakin efisien. Efektivitas pengelolaan rumah sakit didapatkan dengan membandingkan *outcome* (target pendapatan) dengan *output* (realisasi pendapatan). Tabel 3 menampilkan hasil perhitungan efektivitas pengelolaan rumah sakit.

Tabel 3. Perhitungan Efektivitas Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit

Tahun	Target Pendapatan	Realisasi Pendapatan	Efektivitas	Kategori
2018	22.695.800.000	19.130.424.795	84%	Tidak Efektif
2019	27.072.831.527	19.475.035.161	72%	Tidak Efektif
2020	31.556.731.930	20.421.875.154	65%	Tidak Efektif
2021	26.716.741.560	28.206.429.501	106%	Efektif

Sumber: Laporan Keuangan Tahun 2021, 2022

Berdasarkan Tabel 3, kondisi keuangan rumah sakit belum mencapai kategori efektif dalam pelaksanaan operasional rumah sakit dengan rasio efektivitas kurang dari 100% pada tahun 2018-2020. Kondisi pelayanan rumah sakit sebelum pandemi (tahun 2018-2019) menunjukkan

operasionalisasi rumah sakit belum efektif, namun jika dibandingkan dengan kondisi pengelolaan rumah sakit setelah pandemi (tahun 2020-2021), menunjukkan operasionalisasi rumah sakit efektif pada tahun 2021.

Tabel 4. Perhitungan Efektivitas Pelayanan Rumah Sakit Tahun 2021

Jenis Pelayanan	Target Kunjungan	Realisasi Kunjungan	Efektivitas	Kategori
Poliklinik	27.992	19.474	69,57%	Tidak Efektif
Rawat Inap	4.753	3.365	70,80%	Tidak Efektif
UGD	12.750	13.931	109,26%	Efektif
Tindakan Operasi	1.873	1.177	62,84%	Tidak Efektif

Sumber: Laporan Keuangan Tahun 2021, 2022

Tabel 4 menginformasikan bahwa pelayanan di rumah sakit tahun 2021 berupa pelayanan poliklinik, pelayanan rawat inap dan pelayanan tindakan operasi berada dalam kategori tidak efektif dengan rasio efektivitas di bawah 100%, sedangkan pelayanan UGD berada dalam kategori efektif dengan rasio efektivitas sebesar 109,26%.

Selanjutnya, produktifitas pengelolaan rumah sakit dianalisa dengan DEAP *Software*. Analisis DEA ini berorientasi pada hasil yang didapatkan, sehingga mengetahui tingkat efisiensi dari hasil berdasarkan masukan di rumah sakit. Tabel 5 menjelaskan hasil analisis DEA berorientasi pada output.

Tabel 5. Variabel Input dan Output

Input		Output	
<i>Input 1</i>	Jumlah SDM	<i>Output 1</i>	Kunjungan Poliklinik
<i>Input 2</i>	Realisasi Belanja Operasional	<i>Output 2</i>	Kunjungan UGD
<i>Input 3</i>	Aset Tetap	<i>Output 3</i>	Kunjungan Rawat Inap
<i>Input 4</i>	Aset Tidak Tetap	<i>Output 4</i>	Tindakan Operasi
<i>Input 5</i>	Biaya SDM	<i>Output 5</i>	Realisasi Pendapatan
		<i>Output 6</i>	Realisasi Investasi

Tabel 6. Hasil Analisis Data Envelopment Analysis

DMU	Efisiensi Relatif	Interpretasi
2018	1.000	Efisien
2019	1.000	Efisien
2020	1.000	Efisien
2021	1.000	Efisien

Sumber: DEAP, 2022

Berdasarkan Tabel 6, DMU 2018, 2019, 2020 dan 2021 merupakan DMU yang efisien, karena nilai efisiensi relatifnya sama dengan 1,000. Pada

penelitian kualitatif, Partisipan pada penelitian ini berjumlah 10 orang, berusia 25-45 tahun, dengan lama kerja lebih dari 1 tahun, dan berstatus

sebagai manajer. Tabel 7 menampilkan karakteristik partisipan pada penelitian ini.

Tabel 7. Karakteristik Partisipan (n = 10)

Karakteristik	n	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	3	30
Perempuan	7	70
Usia		
20-35 tahun	8	80
>35 tahun	2	20
Lama Kerja		
<1 tahun	0	0
>1 tahun	10	100
Jabatan		
Wakil Direktur	3	30
Manajer	7	70

Tabel 8. Identifikasi perspektif pengelolaan rumah sakit

Tema	Subtema	Kesimpulan
Pengelolaan rumah sakit sebelum dan saat pandemi COVID-19	Kondisi keuangan sebelum COVID-19	“kondisi keuangan sebelum pandemi cenderung stabil, piutang lancar, hutang terbayar sesuai jadwal pembayaran” (M1) “Pembayaran piutang dari BPJS dibayarkan sesuai dengan jadwal pencairan dana.” (M2)
	Kondisi pelayanan sebelum COVID-19	“Pelayanan rumah sakit tidak ada pembatasan pelayanan, tidak ada penundaan pelayanan elektif.” (M3)
	Kondisi keuangan saat pandemi COVID-19	“Piutang pelayanan COVID-19 tidak dibayarkan rutin. Pelayanan COVID-19 pada tahun 2021 sampai tahun 2022 belum ada pembayaran klaim untuk pelayanan COVID-19 tahun 2021.” (M2)
	Kondisi pelayanan saat pandemi COVID-19	“Pelayanan elektif seperti rawat jalan dokter spesialis dan operasi elektif terjadi penundaan pelayanan, pelayanan yang dapat diberikan adalah pelayanan yang bersifat gawat darurat.” (M3)
Dampak pandemi COVID-19	Dampak pandemi COVID-19 terhadap keuangan rumah sakit	“Terdapat peningkatan pendapatan dalam bentuk piutang dari klaim pelayanan COVID-19. Namun dengan tingginya piutang dan belum adanya pencairan klaim maka arus cash untuk operasional harian dan pembayaran pengadaan

Dampak pandemi COVID-19 terhadap pelayanan rumah sakit	obat dan alat kesehatan dan tagihan lain menjadi terganggu.” (M2) “Penurunan jumlah kunjungan pada pelayanan operasi elektif dan rawat inap. Pelayanan operasi elektif berkurang karena pemeriksaan skrining pre-operasi yang ketat, sedangkan rumah sakit tidak memiliki ruang operasi infeksius untuk melakukan tindakan infeksius. Pelayanan rawat inap terjadi penurunan karena adanya persepsi masyarakat terhadap risiko terpapar COVID-19.” (M4)
Strategi pengelolaan rumah sakit	Strategi pengelolaan keuangan rumah sakit “Strategi yang dilakukan rumah sakit adalah dengan melakukan pinjaman ke bank yang telah ditunjuk Kementerian Kesehatan sebagai pemberi dana talangan.” (M5) “Pengaturan pembayaran kebutuhan operasional harian.” (M1) “Pengurangan jadwal jaga SDM untuk mengurangi biaya operasional SDM.” (M6) “Peningkatan pemanfaatan obat-obatan di gudang farmasi karena keterbatasan persediaan obat.” (M7) “Penambahan fasilitas home visite ke pasien dengan gejala ringan.” (M8) Strategi pengelolaan pelayanan rumah sakit “Promosi dan edukasi ke fasilitas kesehatan dasar dan masyarakat tentang fasilitas di rumah sakit. (M9)”

Pembahasan

Tren kunjungan poliklinik saat pandemi COVID-19 mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan kunjungan rawat inap. Kenaikan kunjungan poliklinik dapat disebabkan karena persepsi masyarakat terhadap resiko tertular COVID-19 jika mendapatkan pelayanan rawat inap di rumah sakit meskipun kondisi pasien membutuhkan pelayanan efektif rawat inap. Kondisi tersebut berbanding terbalik dengan kebijakan yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan dalam surat imbauan yang ditujukan ke seluruh Direktur rumah sakit melalui surat nomor YR.03.03/III/III8/2020 yang salah satu imbauan

yang diberikan agar rumah sakit melakukan penundaan pelayanan elektif. Pasien yang mendapatkan pelayanan rawat jalan adalah pasien yang menerima pelayanan elektif.

Dibandingkan dengan pelayanan poliklinik yang terjadi kenaikan, kunjungan rawat inap mengalami penurunan yang signifikan saat pandemi COVID-19. Pelayanan rawat inap di RSUD Mitra Paramedika mengalami penurunan disebabkan karena persepsi masyarakat tentang penegakan diagnosis COVID-19, sesuai yang diungkapkan oleh narasumber (M8):

“...kunjungan rawat inap ini terjadi penurunan karena ada persepsi dari

masyarakat, kalau di mondok-kan pasti nanti di covid-kan. Padahal nggak seperti itu, kita kan sudah ada regulasi penegakan diagnosis covidnya, jadi nggak di covidkan. Makanya banyak pasien lebih milih pelayanan rawat jalan, walaupun kondisinya perlu perawatan lebih lanjut...”

Penegakan diagnosis COVID-19 yang di anggap tidak sesuai dengan prosedur dan beredar di media massa menyebabkan masyarakat tidak percaya terhadap penegakan diagnosis COVID-19 yang dilakukan di rumah sakit tidak sesuai dengan pedoman tatalaksana COVID-19. Dikutip dari Saputra, (2022) menyebutkan bahwa tuduhan “mengcovidkan” pasien tidaklah benar. Prosedur pemeriksaan rapid antigen dengan hasil negatif maka perlu dilakukan pemeriksaan ulang. Selaras dengan Pedoman Tatalaksana COVID-19 yang diterbitkan Kementerian Kesehatan (2022) menyebutkan bahwa dalam pelaksanaan penegakan diagnosis COVID-19 harus berdasarkan penilaian kriteria klinis, kriteris epidemiologis, dan kriteria pemeriksaan penunjang.

Guimarães et al., (2022) menyebutkan bahwa terjadi penurunan pasien rawat inap sebesar 27% setelah pandemi COVID-19 untuk kasus-kasus penyakit kronis. Penelitian tersebut menyebutkan bahwa penyebab terjadinya penurunan pasien rawat inap pada kasus penyakit kronis dikarenakan penuhnya fasilitas rawat inap dan kebijakan social distancing pada kasus-kasus non COVID-19. Kondisi tersebut sesuai dengan surat edaran bahwa perlu dilakukan penambahan kapasitas tempat tidur pelayanan COVID-19 sebesar 40% dari total kapasitas tempat tidur rumah sakit, sehingga menggeser fungsi tempat tidur non COVID-19.

Tren kunjungan UGD pada kondisi setelah pandemi COVID-19 mengalami kenaikan. Kondisi tersebut terjadi karena adanya lonjakan kasus COVID-19 yang signifikan di seluruh wilayah di Indonesia termasuk Yogyakarta.

Kebijakan kementerian kesehatan yang tertuang dalam Surat Edaran Nomor HK.02.01/Menkes/12/2021 tentang Peningkatan Kapasitas Perawatan Pasien Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pada Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) di Lingkungan Kementerian Kesehatan, menyebutkan bahwa pelunya menambah kapasitas ruang rawat inap untuk COVID-19 dengan mengkonversi minimal 40% dari total kapasitas tempat tidur yang dimiliki. Rumah sakit membuat kebijakan dengan menambahkan ruang isolasi sebanyak 20 tempat tidur, seperti diungkapkan narasumber (M4) berikut ini:

“...ruang isolasi kita ada 5, tapi kalo ada outbreak rs udah menyiapkan 15 TT lagi, 10 diruang bangsal bima dan 5 lagi di UGD...”

Penyebab kenaikan kunjungan UGD disebabkan karena adanya penambahan fungsi UGD sebagai ruang isolasi sementara dan kenaikan kasus COVID-19 di Yogyakarta. Selain itu, kenaikan kunjungan UGD dapat disebabkan karena alur pelayanan yang ditetapkan di rumah sakit tentang pasien dengan gejala COVID-19 harus melewati ruang fast track di UGD untuk dilakukan skrining. Berbeda dengan penelitian Jamaluddin & Asdar, (2021) menyebutkan bahwa terjadi penurunan kepadatan pada pelayanan UGD yang diakibatkan karena adanya pasien konfirmasi COVID-19 yang akan langsung dibawa ke ruang isolasi tanpa melewati UGD.

Tren tindakan operatif elektif pada kondisi setelah pandemi COVID-19 mengalami penurunan. Kebijakan yang diimbau dari Kementerian Kesehatan bahwa rumah sakit hanya memberikan pelayanan operasi emergency menyebabkan tindakan operatif elektif menurun signifikan. Selaras dengan yang diungkapkan narasumber (M4) yang menyatakan:

“...pelayanan operasi elektif berkurang karena ada kebijakan dari

rumah sakit bahwa setiap tindakan operasi harus dilakukan pemeriksaan skrining COVID-19 pre operasi, kalo pasiennya positif ya harus di rujuk. Saat ini rumah sakit tidak punya ruang operasi infeksius untuk melakukan tindakan infeksius... ”.

Sejalan dengan penelitian Fitra et al., (2021) menyebutkan bahwa terjadi penurunan kasus operasi elektif. Penelitian tersebut menyatakan bahwa kasus operasi elektif pada kondisi sebelum pandemi COVID-19 sebesar 23,4% sedangkan tindakan operasi elektif setelah pandemic COVID-19 sebesar 18,2%. Penurunan kasus disebabkan karena ketakutan masyarakat dan anjuran agar tetap di rumah selama pandemi termasuk untuk tidak datang ke rumah sakit. Penyebab lainnya adalah kebijakan dokter melakukan seleksi ketat dalam menentukan tindakan operasi berdasarkan sistem triase. Pasien yang tidak menjadi prioritas tindakan akan dilakukan penundaan tindakan operasi.

Secara keuangan, biaya operasional rumah sakit meningkat yang disebabkan karena tingginya permintaan pemenuhan kebutuhan operasional pelayanan berupa alat pelindung diri (hazmat, masker, dan sarung tangan), obat-obatan, biaya sumber daya manusia dan pembelian peralatan penunjang dalam menangani kasus COVID-19 di rumah sakit. Perbandingan pengeluaran antara sebelum dan saat pandemi COVID-19 menunjukkan bahwa di RSUD Mitra Paramedika terjadi kenaikan pengeluaran sebesar 1%. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan KaufmanHall, (2020) yang menyebutkan bahwa kenaikan pengeluaran tertinggi adalah untuk pembelian alat pelindung diri (APD) yaitu sebesar 52%. Selaras dengan yang diungkapkan narasumber (M10):

“...kenaikan tertinggi dalam pengeluaran operasional adalah pembelian alat pelindung diri (APD) dan pembelian alat-alat medis...”

Ketersediaan sumber daya manusia khususnya tenaga kesehatan menjadi salah satu kendala. Kondisi ini disebabkan karena terdapat tenaga kesehatan yang terjangkit COVID-19 dan adanya kenaikan jumlah pasien yang di rawat. Strategi yang dilakukan rumah sakit dalam mengatasi masalah tersebut adalah dengan membuka lowongan relawan untuk memenuhi kebutuhan dalam memberikan pelayanan COVID-19, selain itu menerjunkan tenaga kesehatan yang berada dalam jajaran manajerial untuk memberikan pelayanan ke pasien. Peningkatan tenaga kesehatan yang diturunkan untuk melayani pasien COVID-19 diiringi juga dengan peningkatan belanja pegawai, sehingga perlu dilakukan efisiensi dengan mengurangi jumlah jam kerja pada pegawai yang tidak berhadapan langsung dengan pasien COVID-19 seperti tenaga administrasi, kesekretariatan dan keuangan. Selaras dengan yang diungkapkan narasumber (M6):

“...kemarin pas lagi ada kenaikan kasus itu, bener-bener dilema buat rumah sakit. Karena ada penambahan SDM di pelayanan karena lonjakan kasus, jadi naik juga operasional SDM-nya. Akhirnya dari manajemen buat kebijakan, ya dengan WFH buat pegawai yang non pelayanan...”

Sejalan dengan penelitian Legido-Quigley et al., (2020) yang menyebutkan bahwa terdapat tantangan dalam menghadapi pandemi COVID-19, antara lain adalah koordinasi dengan pemangku kebijakan, masalah pembiayaan untuk mendukung fasilitas kesehatan, pemenuhan fasilitas kesehatan yang kurang adekuat, kurangnya obat-obatan dan alat-alat kesehatan, kurangnya tenaga kesehatan, serta kurangnya informasi. Penelitian tersebut menyebutkan bahwa untuk menangani keterbatasan tenaga kebijakan yang diambil adalah dengan memberikan ijin praktik kepada mahasiswa kedokteran dan keperawatan tingkat akhir.

Pembiayaan untuk penanganan kasus COVID-19 berbeda dengan kasus lainnya. Pembiayaan kasus COVID-19 berubah menyesuaikan dengan Kementerian Kesehatan. Aturan pada masa awal pandemi pembiayaan kasus COVID-19 di atur dalam Keputusan Menteri Kesehatan nomor KH.01.07/Menkes/238/2020 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Perawatan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu bagi Rumah Sakit yang Menyelenggarakan Pelayanan Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), menyebutkan bahwa metode pembayaran dengan menggunakan lama perawatan yang ditentukan dengan menggunakan tarif INA-CBG dan Top Up perawatan dihitung sebagai Cost per Day. Besaran tarif klaim pasien adalah tarif INA-CBG ditambah jumlah LOS pasien dikalikan cost per hari. Berbeda dengan kondisi pembiayaan yang diberlakukan saat ini yang di atur dalam Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/Menkes/1112/2022 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) yang menyebutkan bahwa adanya perbedaan tarif klaim berdasarkan kelas rumah sakit dan lama perawatan. Pemberlakuan keputusan tersebut menyebabkan terjadinya penurunan besaran klaim yang diterima rumah sakit. Selaras dengan yang diungkapkan narasumber (M2):

“...kebijakan awal pandemi sama yang pelayanan bedanya di tarif pelayanan, kalau dulu awal covid, pembayaran berdasarkan cost per day pasien, tapi mulai per Oktober 2021 pembayaran berdasar sistem INA-CBG’s dimana pasien mau dirawat 10 hari atau 7 hari nominal pembayaran sama, dan yang terbaru di bulan Maret ada kebijakan penurunan nilai klaim kembali berdasar data INA-CBG’s yang berlangsung surut per 1 Januari 2022. Bedanya di LOS perawatan, kalau awal-awal COVID dengan gejala sedang-berat dulu bisa merawat lebih dari 10 hari, sekarang

dengan adanya varian Delta dan Omicron maka LOS perawatan pasien menjadi lebih pendek...”

Penilaian efisiensi pengelolaan rumah sakit dengan membandingkan realisasi pengeluaran (output) dengan realisasi pendapatan (input) (Mahmudi, 2019). didapatkan bahwa RSUD Mitra Paramedika telah melakukan efisiensi baik sebelum dan saat pandemi COVID-19. Jika dibandingkan dengan sebelum pandemi COVID-19 efisiensi pengelolaan rumah sakit setelah pandemi COVID-19 menjadi semakin efisien dengan nilai efisiensi 69-78%. Kondisi tersebut disebabkan karena kebijakan yang diberlakukan manajemen dalam pengelolaan keuangan. Manajemen memberlakukan sistem prioritas dalam membelanjakan anggaran operasional karena kebutuhan obat-obatan dan alat pelindung diri yang tinggi, sehingga keuangan dapat mencapai kondisi yang efisien. Sejalan dengan yang diungkapkan narasumber (M1):

“...rumah sakit mengalami kesulitan dalam melakukan alokasi biaya operasional, hal ini disebabkan karena jumlah piutang klaim COVID-19 yang tinggi belum terbayarkan sedangkan seluruh pelayanan masih berjalan. Kondisi ini menyebabkan rumah sakit kesulitan dalam melakukan pembayaran operasional harian dan pembayaran tagihan pada pihak ketiga...”

Ambarwati, (2021) menyebutkan bahwa sebanyak Rp 8.4 triliun (36,6%) klaim COVID-19 belum dibayarkan oleh Kementerian Kesehatan sehingga menyebabkan penurunan arus kas rumah sakit dan berakibat terjadinya hambatan operasional rumah sakit. Kegiatan operasional rumah sakit yang terhadap antara lain penurunan kemampuan kewajiban membayar penyedia obat dan alat kesehatan, termasuk pembayaran gaji tenaga kesehatan dan karyawan rumah sakit. Sejalan dengan penelitian KaufmanHall, (2020) menyebutkan bahwa meskipun volume kunjungan

dan pendapatan terjadi penurunan, namun pengeluaran meningkat. Penelitian ini menyebutkan bahwa pengeluaran tertinggi pada penyediaan APD (52%) dan pembayaran gaji tenaga kesehatan (34%). Penelitian Maha Putra, (2020) menyebutkan bahwa penurunan pendapatan dapat disebabkan karena penurunan BOR, kunjungan rawat jalan dan tindakan operasi.

Strategi yang dilakukan rumah sakit dalam menghadapi kondisi finansial yang tidak stabil adalah dengan melakukan efisiensi belanja pegawai, belanja operasional seperti ATK dan barang lain yang dapat di tunda, selain itu rumah sakit melakukan pengajuan dana talangan ke bank yang telah ditunjuk Kementerian Kesehatan agar rumah sakit dapat memenuhi kebutuhan operasional dan pembayaran tagihan. Narasumber (M1) menjelaskan:

“...terdapat dampak positif dan negatif terhadap pengajuan dana talangan yang dilakukan rumah sakit. Dampak positif dalam pelaksanaan kegiatan ini adalah ketersediaan dana operasional untuk memenuhi kebutuhan ketersediaan alat pelindung diri dan obat-obatan. Dampak negatif yang dirasakan rumah sakit adalah beban pengeluaran meningkat yaitu berupa beban pokok dan ditambah dengan beban bunga pinjaman...”

KaufmanHall, (2020) menyebutkan bahwa strategi yang paling banyak diimplementasikan organisasi yang menjadi responden adalah dengan melakukan pengaturan suplai (63%), pengurangan jumlah karyawan dengan memberikan cuti (59%) dan pengurangan gaji (56%). Penelitian ini juga menyebutkan bahwa terdapat beberapa pimpinan pelayanan kesehatan mempertimbangkan untuk melakukan restrukturisasi kontrak dokter, mengurangi pekerja secara permanen dan mengubah program pensiun karyawan sebagai tambahan langkah-langkah pengurangan biaya. Penyelesaian dalam

melakukan pengurangan pekerja secara permanen akan menimbulkan masalah baru, karena kebutuhan rumah sakit terhadap pekerja terutama tenaga kesehatan masih terdapat kekurangan.

Penilaian efektifitas pengelolaan rumah sakit dihitung dengan membandingkan antara realisasi pendapatan (outcome) dengan target pendapatan (output) (Mahmudi, 2019). Sebelum pandemi COVID-19, RSUD Mitra Paramedika tidak efektif dalam pengelolaan rumah sakit. Namun pada tahun kedua COVID-19, RSUD Mitra Paramedika mengalami kenaikan efektivitas dengan rasio efektivitas sebesar 106% sehingga RSUD Mitra Paramedika dinilai efektif dalam pengelolaan rumah sakit. Kondisi di rumah sakit disebabkan karena terjadi kenaikan jumlah kasus COVID-19 yang mempengaruhi jumlah kunjungan dan pendapatan rumah sakit, sehingga target yang sudah ditetapkan dapat tercapai.

Efektivitas pelayanan di RSUD Mitra Paramedika berada pada kategori tidak efektif pada pelayanan poliklinik, rawat inap dan tindakan operasi. Pelayanan poliklinik tidak efektif disebabkan karena adanya kebijakan terkait penundaan pemberian pelayanan elektif, sehingga terjadi penurunan jumlah kunjungan. Pelayanan rawat inap tidak efektif dapat disebabkan karena adanya pengalihan fungsi tempat tidur yang digunakan sebagai tempat tidur pelayanan pasien COVID-19. Sedangkan pelayanan tindakan operasi tidak efektif dapat disebabkan karena tidak tersedianya ruang operasi infeksius selain itu juga dikarenakan proses skrining yang ketat pada pasien pra operasi. Perbandingan pelayanan antara sebelum dan saat pandemi COVID-19 menunjukkan bahwa terjadi penurunan pada pelayanan rawat inap dengan penurunan sebesar 20% dan pelayanan tindakan operasi dengan penurunan 18%. Strategi yang diambil rumah sakit adalah dengan melakukan kunjungan ke dokter praktik dan puskesmas untuk melakukan edukasi terkait pelayanan yang dapat dilakukan di rumah sakit. Sejalan dengan yang diungkapkan narasumber (M9):

“...strategi rumah sakit dengan melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan di tingkat dasar sebagai bentuk promosi dan mengadakan kegiatan promotif lainnya di masyarakat sekitar rumah sakit...”

Sejalan dengan penelitian Giusman & Nurwahyuni, (2021) yang menyebutkan bahwa terjadi penurunan jumlah kunjungan rawat jalan mencapai 55,63% per hari di RS X tahun 2020. Penelitian ini menyebutkan strategi dalam peningkatan efektivitas adalah dengan meningkatkan kepuasan pelayanan dengan melihat positioning sebagai tolak ukur keberhasilan. Kondisi di rumah sakit tidak hanya melihat kepuasan pelayanan sebagai tolak ukur keberhasilan dalam peningkatan efektivitas pelayanan rumah sakit, namun dapat menilai laba, pertumbuhan, stabilitas dan penerimaan tujuan rumah sakit yang menggambarkan kinerja rumah sakit.

Berdasarkan Hasmy, (2019), produktivitas dinilai pada besarnya produksi, kualitas produk, efektivitas dan efisiensi serta realisasi kepuasan para pekerja pada tingkat maksimal. Pada penelitian ini produktivitas ditentukan dengan menilai tingkat efisiensi suatu organisasi. Efisiensi pengelolaan rumah sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan output yang maksimal dari input yang minimal. Penilaian produktivitas di analisis dengan menggunakan Data Envelopment Analysis (DEA) dengan bantuan software DEAP. DEA digunakan untuk memperkirakan batas produksi sehingga dapat digunakan untuk mengukur efisiensi produksi suatu unit pembuat keputusan (Coelli, 2016). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan model pengukuran efisiensi Variabel Return to Scale (VRS). Model pengukuran ini memungkinkan perincian efisiensi menjadi efisiensi teknis dan efisiensi skala dalam DEA (Wöber, 2006). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan model pengukuran efisiensi Variabel Return to Scale (VRS). Model pengukuran ini memungkinkan

perincian efisiensi menjadi efisiensi teknis dan efisiensi skala dalam DEA (Wöber, 2006). Model VRS ini juga mengasumsikan bahwa rasio antara penambahan input tidak sama dengan output yang dihasilkan, artinya penambahan input sebesar Y, tidak selalu meningkatkan output sebesar Y, namun bisa lebih kecil atau lebih besar dari Y (Widyastuti & Nurwahyuni, 2021). Hasil analisis menunjukkan bahwa pada sebelum dan saat pandemi COVID-19 pengukuran efisiensi produksi pada kategori efisiensi dengan nilai efisiensi relative tiap tahun sama dengan 1 (satu). Pada pengukuran berorientasi output, upaya dilakukan dengan memaksimalkan output dengan input yang tetap. Hasil analisis menunjukkan bahwa input yang berupa jumlah SDM, realisasi belanja, aset tetap, aset tidak tetap dan biaya SDM telah secara efisien meningkatkan output secara maksimal berupa kunjungan poliklinik, kunjungan UGD, kunjungan rawat inap, tindakan operasi, realisasi pendapatan dan realisasi investasi. Kategori efisiensi ini sejalan dengan perhitungan rasio efisiensi dengan membandingkan input yang berupa realisasi pengeluaran dengan output yang berupa realisasi pendapatan rumah sakit.

Kesimpulan

Penelitian ini menyimpulkan bahwa pengukuran efisiensi diukur dengan rasio efisiensi dengan hasil lebih dari 100% pada kondisi sebelum dan saat pandemi COVID-19, sehingga tidak ada dampak COVID-19 terhadap efisiensi rumah sakit. Perhitungan rasio efektivitas pada kondisi sebelum pandemi COVID-19 dalam kategori efektif (rasio efektivitas >100%), namun pada kondisi saat pandemi COVID-19 dalam kategori tidak efektif (rasio efektivitas < 95%), sehingga Ada dampak COVID-19 terhadap efektivitas rumah sakit. Tidak ada dampak COVID-19 terhadap produktivitas rumah sakit. Hal ini disebabkan perhitungan produktivitas dengan nilai efisiensi relatif sama dengan 1 (satu) pada sebelum dan saat pandemi COVID-19.

Daftar Pustaka

- AHA, A. H. A. (2020). *Hospitals and Health Systems Face Unprecedented Financial Pressures Due to COVID-19*.
- Ambarwati, W. (2021). Pembiayaan Pasien COVID-19 dan Dampak Keuangan terhadap Rumah Sakit yang Melayani Pasien COVID-19 di Indonesia Analisis Periode Maret 2020 – Desember 2020. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 6(1), 23–37. <https://doi.org/10.7454/eki.v6i1.4881>
- Bhagatav, Vankatesh 2009, 'Technical Efficiency Measurement by Data Envelopment Analysis: An Application in Transportation', *Alliance Journal of Business Research*
- Coelli, T. (2016). A Guide to DEAP Version 2.1: A Data Envelopment Analysis (Computer) Program. *CEPA Working Paper 96/08 ABSTRACT*, 4(1), 1–7.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Sage Publications.
- Dinkes DIY, D. K. D. (2020). *Data Terkait COVID-19 di D.I. Yogyakarta*.
- Fitra, M., Wirisma Arif Harahap, & Yevri Zulfiqar. (2021). Elective Surgery Service of Oncology Surgery Division Before and During Early Pandemic Era of Corona Virus Disease 19 (COVID-19) in Dr. M. Djamil Hospital Padang. *Biomedical Journal of Indonesia*, 7(1), 181–192. <https://doi.org/10.32539/bji.v7i1.276>
- Giusman, R., & Nurwahyuni, A. (2021). Evaluasi Pelayanan Rawat Jalan RS X pada Masa Pandemi Covid-19 melalui Segmenting, Targeting dan Positioning. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*, 7(1), 72. <https://doi.org/10.29241/jmk.v7i1.599>
- Guimarães, R. A., Policena, G. M., Paula, H. da S. C. de, Pedroso, C. F., Pinheiro, R. S., Itria, A., Braga Neto, O. de O., Teixeira, A. M., Silva, I. A., Oliveira, G. A. de, & Batista, K. de A. (2022). Analysis of the impact of coronavirus disease 19 on hospitalization rates for chronic non-communicable diseases in Brazil. *PLOS ONE*, 17(3), e0265458. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265458>
- Hasmy, Z. A. (2019). Konsep Produktifitas Kerja Dalam Islam. *BALANCA : Jurnal Ekonomi Dan Bisnis Islam*, 1(2), 196–211. <https://doi.org/10.35905/balanca.v1i2.1144>
- Hidayah, N. (2020). Strategi Rumah Sakit Merespon Pandemi Covid-19 di Era New Normal Asal Mula Pandemi Covid-19. *Mars.Umy.Ac.Id*.
- Jamaluddin, M., & Asdar, F. (2021). Analisis Kepadatan Instalasi Gawat Darurat Sebelum dan Saat Pandemi COVID-19 di RSWs Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah*, 10(2), 271–276. <https://doi.org/10.12345/jikp.v10i1.269>
- John Hopkins University and Medicines. (2020). *COVID-19 Dashbord by the Center For System Science and Engineering*.
- Kaufman Hall & Associates. (2020). *The Effect of COVID-19 on Hospital Financial Health. July*.
- KaufmanHall. (2020). *2020 State of Healthcare Performance Improvement Report: The Impact of COVID-19*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus deases (Covid-19). *Kementrian Kesehatan*, 5, 178.
- KPCPEN, K. P. C.-19 dan P. E. N. (2020). *Peta Sebaran*.
- Legido-Quigley, H., Mateos-García, J. T., Campos, V. R., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C., & McKee, M. (2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*, 5(5), e251–e252.

- [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30060-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30060-8)
- Maha Putra, D. (2020). DAMPAK COVID-19 TERHADAP PROYEKSI KINERJA KEUANGAN DAN KINERJA LAYANAN BADAN LAYANAN UMUM DI INDONESIA Donny. *Direktorat Jenderal Perbendaharaan Abstract*, 51–67.
- Mahmudi. (2019). *Manajemen Sektor Publik (Ketiga)*. UPP STIM YKPN.
- Mulkan, H. (2021). Penegakan Hukum terhadap Tindakan Penyalahgunaan Kekuasaan dalam Kondisi Darurat Covid-19. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 21(2), 685–688. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v21i2.1471>
- Rionanda, L. S., Farida, F., Putra, F. G., Damayanti, E., & Pradana, K. C. (2022). ICT-Based Lajur Bata Game Media Using Guided Discovery Method on Flat-sided Space Geometry Subject. *Journal Corner of Education, Linguistics, and Literature (JCELL)*, 1(4), 235–248. <https://doi.org/10.54012/jcell.v1i4.47>
- Samsu. (2017). Metode penelitian: teori dan aplikasi penelitian kualitatif, kuantitatif, mixed methods, serta research & development. In *Pusat Studi Agama dan Kemasyarakatan (PUSAKA)*.
- Saputra, M. G. (2022). *RSUD Cipayung Jelaskan Tuduhan Covidkan Pasien Gejala Batuk-Pilek*. <https://www.merdeka.com/peristiwa/rsud-cipayung-jelaskan-tuduhan-covidkan-pasien-gejala-batuk-pilek.html>
- Widyastuti, P., & Nurwahyuni, A. (2021). Systematic Review: Penilaian Efisiensi Rumah Sakit dengan Metode Data Envelopment Analysis (DEA). *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 10(04), 258–268. <https://doi.org/10.33221/jikm.v10i04.939>
- Wöber, K. W. (2006). Data envelopment analysis. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 21(4), 91–108. https://doi.org/10.1300/J073v21n04_07
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus*.
- Wyman, O. (2020). *COVID-19 Responses & Implications to Healthcare in Asia*.