



Strategi Pengembangan Keuangan Melalui Pemanfaatan Casemix di Rumah Sakit Charis Medika Batam

P. Mastiur Sirait^{1*}, Erliany Syaodih³, Rizki Adriansyah Rubini³

Program Pascasarjana Magister Manajemen, Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, Jl. Terusan Sekolah No.1-2, Cicaheum, Kiaracondong, Kota Bandung, Indonesia 40282.

Email Korespondensi: vitasirait9@gmail.com

Abstrak

Efisiensi keuangan merupakan tantangan utama bagi rumah sakit dalam menjaga mutu layanan kesehatan. Rumah Sakit Charis Medika Batam menghadapi kebutuhan mendesak untuk meningkatkan akurasi pengelolaan biaya dan optimalisasi pendapatan melalui sistem casemix. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi casemix serta memberikan rekomendasi praktis guna memperbaiki kinerja keuangan rumah sakit. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan deskriptif melalui studi dokumentasi dan wawancara terhadap manajemen keuangan dan tenaga medis terkait. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan sistem casemix yang lebih optimal dapat meningkatkan ketepatan penghitungan biaya hingga 20%, mempercepat proses klaim, serta mendorong peningkatan kualitas layanan yang berdampak positif terhadap kepuasan pasien dan peningkatan pendapatan rumah sakit. Secara ilmiah, hasil ini memperkuat temuan sebelumnya bahwa sistem casemix berperan strategis dalam efisiensi pembiayaan rumah sakit. Penelitian ini merekomendasikan empat langkah strategis: (1) pelatihan intensif bagi staf mengenai casemix, (2) penguatan sistem informasi keuangan, (3) optimalisasi pemanfaatan data casemix untuk peningkatan pendapatan, dan (4) penerapan praktik pengelolaan keuangan yang transparan dan berbasis kinerja. Implementasi strategi ini diharapkan mampu meningkatkan efisiensi dan keberlanjutan keuangan Rumah Sakit Charis Medika Batam.

Kata kunci: Strategi; Pengembangan Keuangan; Pemanfaatan Casemix.

Financial Development Strategy Through the Utilization of Casemix at Charis Medika Hospital Batam

Abstract

Financial efficiency is a major challenge for hospitals in maintaining the quality of healthcare services. Charis Medika Hospital Batam faces an urgent need to improve cost management accuracy and optimize revenue through the casemix system. This study aims to analyze the implementation of casemix and provide practical recommendations to enhance the hospital's financial performance. The research employed a qualitative descriptive approach using document analysis and interviews with financial management personnel and medical staff. The findings indicate that optimizing the casemix system can improve cost calculation accuracy by up to 20%, accelerate claim processing, and enhance service quality, which positively impacts patient satisfaction and hospital revenue. Scientifically, these results support previous findings that the casemix system plays a strategic role in hospital financial efficiency. The study recommends four strategic actions: (1) providing intensive staff training on casemix, (2) strengthening the financial information system, (3) optimizing the use of casemix data to increase revenue, and (4) implementing transparent and performance-based financial management practices. The implementation of these strategies is expected to improve financial efficiency and sustainability at Charis Medika Hospital Batam.

Keywords: Strategy; Financial Development; Casemix Utilization.

How to Cite: Sirait, P. M., Syaodih, E., & Rubini, R. A. (2025). Strategi Pengembangan Keuangan Melalui Pemanfaatan Casemix di Rumah Sakit Charis Medika Batam. *Empiricism Journal*, 6(3), 1395–1405. <https://doi.org/10.36312/ej.v6i3.3157>



<https://doi.org/10.36312/ej.v6i3.3157>

Copyright© 2025, Sirait et al.

This is an open-access article under the CC-BY-SA License.



PENDAHULUAN

Transformasi besar dalam sistem pelayanan dan pembiayaan kesehatan di Indonesia telah terjadi sejak diberlakukannya Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU No. 40 Tahun 2004) dan Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU No. 24 Tahun 2011). Kedua regulasi tersebut menjadi dasar hukum lahirnya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diluncurkan pada 1 Januari 2014, sebagai upaya pemerintah untuk menyediakan perlindungan kesehatan yang komprehensif dan merata bagi seluruh warga negara. Sistem ini menandai pergeseran paradigma dalam pembiayaan kesehatan dari

model fee-for-service menuju sistem pembayaran prospektif berbasis paket, yang diwakili oleh implementasi sistem INA-CBGs (Indonesia Case-Based Groups) sebagai turunan dari pendekatan casemix.

Dalam konteks implementasi JKN, sistem casemix memegang peranan krusial karena mampu mengintegrasikan aspek klinis dan keuangan dalam satu kerangka kerja manajerial yang komprehensif. Casemix merupakan sistem klasifikasi kasus pasien berdasarkan diagnosis dan prosedur yang dilakukan, dengan mempertimbangkan kompleksitas medis dan penggunaan sumber daya. Sistem ini memungkinkan rumah sakit untuk melakukan efisiensi dalam pengelolaan sumber daya, peningkatan akurasi dalam penghitungan biaya, dan mempercepat proses klaim dari BPJS Kesehatan, yang merupakan penyelenggara utama JKN (Kemenkes RI, 2019; Ulfany & Simarmata, 2025).

Seiring dengan implementasi JKN, kompetisi dalam industri rumah sakit pun meningkat secara signifikan. Rumah sakit, baik milik pemerintah maupun swasta, dituntut untuk beradaptasi dengan cepat terhadap skema pembiayaan baru dan pola pelayanan berbasis universal coverage. Pengelolaan keuangan rumah sakit menjadi semakin kompleks dan memerlukan strategi yang lebih adaptif, transparan, serta berbasis kinerja. Dalam hal ini, sistem casemix tidak hanya menjadi alat administratif, tetapi juga kerangka strategis yang menghubungkan antara efisiensi operasional dan keberlanjutan finansial (Nurwahyuni & Setiawan, 2020; Saputra et al., 2020).

Namun, dalam praktiknya, implementasi sistem casemix belum berjalan optimal di banyak rumah sakit, terutama rumah sakit swasta di wilayah berkembang. Rumah Sakit Charis Medika Batam, sebagai rumah sakit swasta yang beroperasi di kawasan strategis ekonomi Kota Batam, mengalami tantangan besar dalam menyelaraskan operasionalnya dengan skema pembiayaan JKN. Hal ini mencakup ketidaksesuaian antara tarif INA-CBGs dengan biaya riil pelayanan, tingginya lama hari rawat inap (LOS), hingga ketergantungan yang tinggi pada pendapatan dari peserta BPJS yang mencapai lebih dari 90% total pemasukan rumah sakit.

Dalam sistem INA-CBGs, rumah sakit menerima pembayaran tetap untuk setiap kelompok kasus berdasarkan kode diagnosis dan prosedur. Meskipun sistem ini memberikan insentif efisiensi, terdapat risiko underpayment jika biaya riil melebihi tarif yang ditentukan. Studi oleh Dumaris (2016) dan Ismiana et al. (2019) menunjukkan bahwa perbedaan ini bisa mencapai hingga 30% dari total biaya aktual, terutama pada kasus dengan komplikasi tinggi seperti operasi caesar dengan komorbiditas (Rahmawan et al., 2015). Ketidaksesuaian ini dapat berdampak serius pada arus kas rumah sakit, mengganggu kontinuitas pelayanan, dan bahkan menurunkan kepuasan pasien.

Sistem casemix sendiri memiliki sejumlah manfaat strategis dalam manajemen rumah sakit. Dari perspektif perencanaan, casemix menyediakan data epidemiologis dan biaya berdasarkan kelompok kasus yang memungkinkan pengalokasian anggaran lebih tepat sasaran. Dari sisi pelaporan, sistem ini meningkatkan akurasi dokumentasi dan kecepatan klaim karena seluruh proses ditransformasikan menjadi format digital yang terstandardisasi. Sebuah studi oleh Kasra et al. (2022) menemukan bahwa casemix berkontribusi terhadap peningkatan kelengkapan rekam medis, yang pada akhirnya meningkatkan akurasi pengkodean dan memperlancar proses audit BPJS. Selain itu, casemix juga dapat digunakan sebagai alat evaluasi output layanan dan mutu pelayanan melalui indikator seperti rata-rata LOS, angka readmisi, dan tingkat kompleksitas kasus.

Khusus di Indonesia, sistem casemix telah menjadi standar nasional melalui penerbitan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014, yang wajibkan penggunaan perangkat lunak grouper untuk mengelompokkan diagnosis dan tindakan. Sistem ini dikembangkan untuk memastikan bahwa pembiayaan pelayanan kesehatan mencerminkan kebutuhan klinis pasien secara lebih objektif. Dalam praktiknya, sistem ini juga mendorong rumah sakit untuk menerapkan clinical pathway sebagai alat kontrol mutu dan efisiensi (Happy, 2018).

Namun demikian, implementasi sistem ini tidaklah tanpa tantangan. Salah satu kendala utama adalah kompetensi sumber daya manusia, khususnya dalam pengkodean diagnosis dan pengelolaan data casemix. Banyak rumah sakit, terutama swasta kelas menengah, mengalami kesulitan dalam memenuhi tuntutan teknis dan administratif sistem ini. Hal ini diperburuk dengan tingginya tingkat turnover staf dan keterbatasan sistem informasi

manajemen rumah sakit (SIMRS) yang belum terintegrasi secara optimal. Studi oleh Sulistyo (2018) menyoroti pentingnya pelatihan berkelanjutan dan digitalisasi sistem manajemen sebagai faktor kunci keberhasilan casemix. Rumah Sakit Charis Medika Batam, sejak menjalin kerja sama dengan BPJS pada 2014, telah mencoba mengadopsi sistem casemix sebagai bagian dari strategi pengembangan keuangannya. Namun, tingkat pemanfaatannya masih relatif rendah. Hal ini menyebabkan rumah sakit belum dapat sepenuhnya menikmati manfaat efisiensi biaya dan peningkatan pendapatan yang dijanjikan oleh sistem tersebut. Selain itu, ketidakstabilan kontrak BPJS, seperti yang terjadi pada periode Januari–Mei 2023, telah mengganggu kestabilan keuangan dan mengakibatkan tunggakan gaji serta penurunan kepuasan pasien.

Beberapa studi kasus di Indonesia menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi casemix sangat dipengaruhi oleh kualitas tata kelola rumah sakit. Misalnya, Rumah Sakit An-Nisa Tangerang berhasil mengintegrasikan casemix ke dalam sistem Balanced Scorecard untuk mengukur kinerja multidimensional, yang menghasilkan peningkatan efisiensi biaya dan kepuasan pasien (Ulandari, 2021). Strategi ini menunjukkan pentingnya keterpaduan antara manajemen keuangan, SDM, dan sistem informasi untuk mengoptimalkan sistem casemix. Dalam studi yang lebih luas, Nurwahyuni & Setiawan (2020) menunjukkan bahwa casemix dapat meningkatkan efisiensi operasional rumah sakit melalui dua variabel utama: Casemix Index (CMI) dan Hospital Base Rate (HBR). Penggunaan dua variabel ini memungkinkan rumah sakit untuk mengukur kompleksitas pasien yang dirawat dan menetapkan tarif dasar yang lebih realistik. Dengan kata lain, rumah sakit dapat melakukan proyeksi keuangan yang lebih akurat dan adaptif terhadap dinamika beban kasus.

Secara konseptual, casemix merupakan bagian integral dari upaya reformasi sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia. Sistem ini tidak hanya bertujuan untuk mengendalikan biaya, tetapi juga mendorong peningkatan mutu layanan melalui transparansi dan akuntabilitas. Hal ini sejalan dengan amanat konstitusi yang menjamin hak setiap warga negara atas pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau. Terlepas dari berbagai tantangan tersebut, terdapat peluang besar bagi rumah sakit swasta seperti RS Charis Medika Batam untuk meningkatkan daya saing dan keberlanjutan finansial melalui optimalisasi sistem casemix. Dibutuhkan strategi pengembangan keuangan yang tidak hanya berorientasi pada efisiensi biaya, tetapi juga pada diversifikasi pendapatan non-BPJS, penguatan SDM, dan digitalisasi proses klaim. Pendekatan ini harus didasarkan pada pemanfaatan data casemix secara maksimal, baik untuk analisis biaya per kasus, prediksi tren penyakit, maupun evaluasi performa unit pelayanan.

Berdasarkan paparan di atas, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan implementasi sistem casemix di Rumah Sakit Charis Medika Batam serta merumuskan strategi pengembangan keuangan yang relevan dan kontekstual. Fokus kajian ini mencakup empat variabel utama: (1) kompetensi SDM dalam pengelolaan casemix, (2) efektivitas sistem informasi rumah sakit, (3) tingkat pemanfaatan data casemix dalam pengelolaan biaya dan pendapatan, dan (4) dampaknya terhadap kinerja keuangan. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi praktis bagi manajemen rumah sakit dalam menyusun kebijakan berbasis data, serta menjadi rujukan ilmiah untuk pengembangan studi sistem casemix di Indonesia, terutama di sektor rumah sakit swasta di wilayah berkembang.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode deskriptif, karena bertujuan untuk memperoleh pemahaman mendalam mengenai strategi pengembangan keuangan melalui pemanfaatan sistem casemix di Rumah Sakit Charis Medika Batam. Pendekatan ini dipilih mengingat fenomena yang diteliti berkaitan erat dengan konteks sosial, manajerial, dan institusional yang kompleks, sehingga lebih sesuai dianalisis melalui narasi empiris dan interpretasi partisipan dibandingkan dengan pengujian hipotesis kuantitatif (Kim et al., 2016; Colorafi & Evans, 2016). Sejalan dengan pandangan tersebut, metode deskriptif kualitatif berfungsi untuk menghasilkan gambaran komprehensif dan mendetail atas pengalaman para pelaku di lapangan tanpa mengonstruksi teori baru (Marks et al., 2021; Parsons et al., 2024).

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Charis Medika Batam pada periode Juni–Agustus 2024. Lokasi ini dipilih secara purposif karena rumah sakit tersebut merupakan institusi swasta yang telah menerapkan sistem *casemix* dalam kerja sama dengan BPJS Kesehatan sejak 2014, namun menghadapi tantangan terkait efisiensi biaya, ketidaksesuaian tarif INA-CBGs dengan biaya riil, serta tingginya *Length of Stay (LOS)* pasien sebagaimana ditunjukkan dalam Tabel 1. Hasil Grouping INA-CBG, yang memuat perbandingan tarif rumah sakit dan INA-CBG untuk tiga diagnosis utama (typhoid fever, pneumonia, hipertensi). Tabel ini menjadi dasar empiris penting dalam memahami perbedaan struktur biaya aktual dan tarif klaim BPJS yang menjadi isu sentral penelitian.

Informan dan Teknik Sampling

Informan penelitian terdiri dari enam orang kunci yang dipilih dengan teknik purposive sampling berdasarkan tingkat pemahaman dan keterlibatan langsung mereka dalam manajemen keuangan dan implementasi sistem *casemix*. Keenam informan tersebut meliputi: Direktur Rumah Sakit, Manajer Keuangan, Ketua Tim JKN/Casemix, Kepala Bagian Rekam Medis, Staf Keuangan, dan Tenaga Medis Senior.

Kriteria pemilihan informan meliputi masa kerja minimal tiga tahun, pemahaman mendalam terhadap pengelolaan *casemix*, serta keterlibatan dalam proses pengambilan keputusan yang berkaitan dengan manajemen keuangan rumah sakit. Teknik ini digunakan untuk memastikan bahwa setiap informan memiliki kapasitas reflektif terhadap kebijakan dan praktik *casemix* yang diterapkan. Jumlah informan ditentukan dengan mempertimbangkan prinsip *data saturation*, yaitu titik ketika tidak ada lagi tema baru yang muncul dari wawancara (Kakar et al., 2023; Fain, 2024).

Teknik Pengumpulan Data

Tiga teknik utama digunakan dalam pengumpulan data, yaitu:

1. **Wawancara mendalam (in-depth interview)** dengan pedoman semi-terstruktur. Panduan wawancara dikembangkan berdasarkan teori manajemen keuangan rumah sakit dan konsep efisiensi pelayanan kesehatan (Hidayat, 2020; Sulistyo, 2018). Pertanyaan mencakup aspek implementasi *casemix*, tantangan pengkodean, dampak terhadap efisiensi keuangan, serta persepsi tenaga medis terhadap sistem berbasis kinerja.
2. **Studi dokumentasi**, yang meliputi analisis laporan keuangan rumah sakit, data klaim BPJS, catatan *casemix*, serta dokumen kebijakan internal mengenai tarif layanan.
3. **Observasi partisipatif terbatas**, yang dilakukan untuk mengamati proses pengkodean diagnosis, mekanisme pengajuan klaim, serta koordinasi antarunit dalam sistem pelaporan. Observasi ini berfungsi memperkuat hasil wawancara melalui verifikasi empiris atas praktik nyata di lapangan (Kassab et al., 2015).

Validasi dan Keabsahan Data

Penelitian ini menerapkan kerangka validitas Guba & Lincoln (dalam Mohd-Ali et al., 2016; Kakar et al., 2023) yang mencakup empat dimensi: credibility, transferability, dependability, dan confirmability.

1. **Credibility** dijaga melalui *member check*, yaitu pengembalian hasil transkrip dan temuan awal kepada informan untuk memastikan kesesuaian interpretasi terhadap pandangan mereka (Rivaz et al., 2019; Shah & Hillman, 2025).
2. **Transferability** dicapai dengan memberikan deskripsi konteks yang kaya (*thick description*), agar pembaca dapat menilai relevansi hasil bagi konteks rumah sakit lain.
3. **Dependability** diwujudkan melalui *audit trail*, yaitu pencatatan sistematis seluruh tahapan pengumpulan dan analisis data.
4. **Confirmability** diperkuat melalui *triangulasi sumber dan metode*, yakni membandingkan hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi untuk meminimalkan bias peneliti (Fain, 2024; “Quality and Rigor in Qualitative Research”, 2024).

Triangulasi juga dilakukan dalam dua lapisan: metodologis (antar teknik pengumpulan data) dan sumber (antar informan berbeda). Misalnya, data klaim BPJS diverifikasi dengan keterangan dari staf keuangan dan rekam medis untuk menilai akurasi laporan. Hasil triangulasi menunjukkan kesesuaian pola antara tingginya LOS dan defisit biaya perawatan, memperkuat argumentasi mengenai dampak langsung *casemix* terhadap efisiensi finansial rumah sakit.

Analisis Data

Analisis data dilakukan mengikuti model Miles dan Huberman (Irawan, 2020; Paramitha et al., 2025), yang terdiri dari tiga tahap:

1. **Reduksi data (data reduction)**: seluruh hasil wawancara dan dokumen ditranskripsi, diseleksi, dan dikodekan berdasarkan tema utama, yaitu efektivitas sistem *casemix*, efisiensi biaya, dan kinerja keuangan. Proses ini dilakukan secara iteratif untuk menemukan pola, outlier, dan hubungan antarvariabel (Paramitha et al., 2025; Hayati, 2023).
2. **Penyajian data (data display)**: informasi yang telah direduksi disajikan dalam bentuk naratif, tabel perbandingan, serta diagram hubungan antarvariabel. Dalam tahap ini, Hasil Grouping INA-CBG digunakan sebagai data kuantitatif pendukung untuk menggambarkan ketidakseimbangan antara tarif BPJS dan biaya riil.
3. **Penarikan kesimpulan dan verifikasi (conclusion drawing/verification)**: kesimpulan awal ditarik, diverifikasi melalui triangulasi, dan dikonfirmasi ulang ke informan. Proses ini memastikan bahwa hasil analisis merepresentasikan realitas empiris dan perspektif informan secara akurat (Ramdhani, 2019; Paramitha et al., 2025).

Prosedur analisis dilakukan secara simultan dengan pengumpulan data, memungkinkan peneliti untuk menyesuaikan fokus wawancara berdasarkan temuan sementara. Pendekatan iteratif ini memperkuat konsistensi antara bukti lapangan dan interpretasi teoretis (Subrahmanyam, 2025).

Prosedur Penelitian

Secara prosedural, penelitian ini mengikuti tujuh tahapan kerja sistematis, yaitu:

1. Penetapan tujuan pengembangan keuangan rumah sakit.
2. Identifikasi dan pemilihan informan penelitian.
3. Perancangan dan uji coba pedoman wawancara.
4. Pengumpulan data melalui wawancara, observasi, dan studi dokumentasi.
5. Analisis data menggunakan model Miles dan Huberman.
6. Validasi hasil melalui member check dan triangulasi.
7. Perumusan rekomendasi strategi pengembangan keuangan berbasis *casemix*.

Dengan rancangan metodologis tersebut, penelitian ini memastikan kredibilitas dan kedalaman analisis mengenai penerapan sistem *casemix* di Rumah Sakit Charis Medika Batam. Pendekatan kualitatif deskriptif memungkinkan pengungkapan faktor-faktor kontekstual yang tidak dapat ditangkap oleh data kuantitatif semata, seperti persepsi manajer keuangan terhadap sistem tarif INA-CBGs, peran koordinasi antarunit dalam klaim BPJS, serta dinamika efisiensi biaya.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pengamatan yang dilakukan mengenai mengapa tarif yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit Charis Medika terhadap penerimaan/pembayaran BPJS tidak seimbang dapat dijelaskan sebagai berikut:

Ketidaksesuaian Tarif dan Biaya Riil

Dalam penelitian sebelumnya, ditemukan bahwa terdapat perbedaan signifikan antara tarif yang ditetapkan oleh rumah sakit dan biaya riil yang dikeluarkan untuk perawatan pasien. Misalnya, pada kasus pasien dengan tindakan melahirkan secara section caesarea, tarif rumah sakit lebih tinggi dibandingkan dengan tarif INA-CBG's, dengan selisih mencapai Rp 4.804.100 per pasien per hari. Hal ini menunjukkan bahwa tarif yang ditetapkan tidak mencerminkan biaya yang sebenarnya.

Table 1. Hasil Grouping INA-CBG

No	Diagnosa	Tarif RS	Tarif INA-CBG	Selisih Biaya	Kelas Ranap
1	Tyroid Fever	3.436.650	2.331.200	1.105.450	III
2	Pneumonia	4.925.550	3.712.700	1.212.850	III
3	Hipertensi	3.734.850	2.154.900	1.579.950	III

Berdasarkan Tabel diatas dapat disimpulkan Ketidaksesuaian antara tarif rumah sakit dan pembayaran BPJS berdampak langsung pada cash flow rumah sakit. Ketika biaya riil lebih tinggi daripada yang diterima dari BPJS, rumah sakit mengalami kerugian finansial. Hal ini

dapat mengganggu operasional rumah sakit dan mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Rumah Sakit Charis Medika perlu mengembangkan strategi untuk menyesuaikan tarif dengan biaya riil tanpa mengurangi aksesibilitas layanan bagi pasien BPJS. Salah satu pendekatan adalah melalui analisis biaya yang lebih mendalam untuk menentukan tarif yang lebih akurat berdasarkan data casemix dan lama rawat pasien.

Analisis ini memungkinkan Rumah Sakit Charis Medika untuk menyesuaikan tarif mereka berdasarkan data casemix dan lama rawat pasien secara lebih akurat. Dengan memahami perbedaan antara biaya riil dan tarif yang diterima dari BPJS atau tarif rumah sakit lainnya, manajemen dapat membuat keputusan yang lebih baik dalam menetapkan harga layanan dan mengelola keuangan rumah sakit secara keseluruhan. Pengelolaan sumber daya yang lebih efisien juga dapat membantu mengurangi biaya operasional. Dengan memanfaatkan sistem casemix secara optimal, rumah sakit dapat mengidentifikasi area di mana efisiensi dapat ditingkatkan, sehingga mengurangi kesenjangan antara tarif dan biaya.

LOS (Length Of Stay) pasien yang tidak terkontrol oleh tim casemix

Berdasarkan pengamatan peneliti ada beberapa faktor yang menyebabkan lamanya LOS pada pasien rawat inap di rumah sakit Charis Medika, Adapun faktor diatas adalah :

1. Rata-rata Lama Rawat yang Tinggi

Pengamatan menunjukkan bahwa rata-rata LOS pasien di Rumah Sakit Charis Medika cenderung lebih tinggi dibandingkan dengan standar yang ditetapkan oleh sistem casemix.

Misalnya, untuk kasus ringan, rata-rata LOS mencapai 7 hari, sedangkan untuk kasus berat bisa mencapai 12 hari. Hal ini berkontribusi pada peningkatan biaya perawatan secara keseluruhan.

2. Biaya Perawatan yang Meningkat

Dalam analisis biaya, ditemukan bahwa biaya perawatan harian untuk pasien dengan LOS yang lebih lama secara signifikan lebih tinggi. Misalnya, untuk kasus tifoid ringan, total biaya per hari adalah Rp 485,091, dan untuk kasus berat adalah Rp 679,400. Dengan LOS yang panjang, total biaya perawatan dapat meningkat drastis, menciptakan beban finansial yang lebih berat bagi rumah sakit.

3. Kurangnya Pengendalian dari Tim Casemix

Tim casemix di rumah sakit tidak memiliki mekanisme yang efektif untuk mengontrol LOS pasien. Hal ini terlihat dari kurangnya evaluasi berkala terhadap durasi rawat inap dan tidak adanya intervensi untuk mempercepat proses pemulihan pasien. Akibatnya, pasien cenderung dirawat lebih lama dari yang diperlukan.

Tingginya lama hari rawat inap (LOS) di Rumah Sakit Charis Medika Batam terbukti berdampak negatif terhadap kondisi keuangan rumah sakit. Hal ini terjadi karena biaya riil perawatan sering kali lebih tinggi dibandingkan tarif INA-CBG's yang dibayarkan oleh BPJS. Sebagaimana ditunjukkan dalam Tabel 1. Hasil Grouping INA-CBG, untuk kasus pasien dengan rawat inap selama tujuh hari, biaya yang dikeluarkan mencapai Rp 3.436.650, sedangkan tarif INA-CBG's hanya Rp 2.331.200, sehingga rumah sakit menanggung kerugian sebesar Rp 1.105.450 per pasien.

Faktor utama tingginya LOS di RS Charis Medika antara lain adalah tidak adanya pengendalian yang sistematis dari tim casemix, tidak tersedianya protokol perawatan berbasis clinical pathway, serta kurangnya monitoring dan evaluasi rutin terhadap kasus-kasus dengan LOS tinggi. Pengamatan ini sejalan dengan studi sebelumnya yang menunjukkan bahwa LOS merupakan salah satu variabel yang secara langsung memengaruhi efisiensi biaya rumah sakit (Castelli et al., 2015; Mukhtar et al., 2018). Untuk mengatasi hal ini, rumah sakit perlu menerapkan protokol perawatan yang jelas, serta meningkatkan kapasitas staf melalui pelatihan manajemen waktu dan pengelolaan klinis.

Analisis terhadap pola rawat inap di RS Charis Medika membutuhkan pendekatan sistematis yang mencakup pengumpulan data pasien secara menyeluruh, analisis statistik deskriptif, identifikasi faktor-faktor medis seperti komorbiditas dan prosedur yang dijalani, serta kualitas pelayanan yang diterima. Selain itu, penting dilakukan analisis biaya guna membandingkan antara biaya riil dan tarif BPJS untuk berbagai kelompok kasus. Pendekatan ini akan menghasilkan intervensi yang tepat sasaran tanpa mengorbankan mutu layanan. Studi Wulandari et al. (2019) dan Mahanggi et al. (2023) menegaskan bahwa rumah sakit

yang melakukan evaluasi menyeluruh terhadap struktur biaya dan LOS mampu merancang strategi efisiensi yang lebih tepat.

Selain LOS, pengelolaan obat dan bahan habis pakai (BHP) yang tidak terorganisir menjadi beban finansial tambahan bagi rumah sakit. Pengadaan yang tidak berbasis data historis, sistem manajemen yang lemah, serta pemberian obat yang tidak distandardkan berkontribusi terhadap ineffisiensi. Kurangnya data akurat memperburuk kondisi ini. Biaya pengadaan yang melebihi tarif klaim dari BPJS menyebabkan rumah sakit terus merugi. Untuk mengatasi hal ini, RS Charis Medika perlu menerapkan sistem manajemen obat yang terintegrasi, termasuk perencanaan pengadaan yang berbasis data, monitoring pemakaian, serta pelatihan staf medis dalam pemberian obat yang efisien dan tepat.

Masalah lain yang menambah beban keuangan adalah rendahnya pendapatan rumah sakit akibat ketergantungan pada peserta BPJS yang menyumbang hingga 90% dari total pemasukan. Ketidakstabilan kerja sama, seperti putusnya kontrak BPJS pada Januari–Mei 2023, telah menyebabkan penurunan pendapatan drastis dan kesulitan arus kas yang berdampak pada keterlambatan pembayaran gaji, keterbatasan sumber daya, dan menurunnya kualitas pelayanan serta kepuasan pasien. Oleh karena itu, rumah sakit perlu merancang strategi keuangan jangka pendek dan menengah yang mencakup efisiensi biaya, negosiasi ulang tarif BPJS, serta manajemen keuangan yang realistik dan akuntabel (Swandayana & Sastrawan, 2021).

Menanggapi tantangan tersebut, RS Charis Medika telah mulai menerapkan strategi pengembangan yang terstruktur melalui tiga model: perencanaan, pengendalian biaya, dan kontrol. Model perencanaan mencakup peningkatan mutu layanan, penambahan SDM, serta promosi layanan rumah sakit. Model pengendalian biaya dilaksanakan melalui audit operasional berkala, pemanfaatan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), serta monitoring real-time untuk efisiensi penggunaan sumber daya. Sementara itu, model kontrol mencakup evaluasi anggaran, implementasi clinical pathway, penggunaan ERP untuk memproses klaim BPJS, audit internal, serta pelatihan staf yang berkelanjutan.

Dalam konteks ini, sistem casemix menjadi fondasi penting dalam memperkuat transparansi dan efisiensi keuangan rumah sakit. Selain membantu pengendalian biaya, sistem ini juga menjamin hak masyarakat atas pelayanan kesehatan, mendukung peningkatan kesejahteraan melalui edukasi gaya hidup sehat, serta berkontribusi terhadap jaminan sosial nasional sesuai amanat konstitusi. Studi Saputra et al. (2020) menyatakan bahwa rumah sakit yang berhasil mengintegrasikan casemix dengan sistem manajemen keuangan cenderung lebih tangguh dalam menghadapi tekanan pembiayaan.

Namun demikian, implementasi casemix di RS Charis Medika masih menghadapi tantangan besar. Variasi praktik medis akibat tidak digunakannya clinical pathway secara konsisten telah menyebabkan keterlambatan atau penolakan klaim BPJS, yang berdampak pada kerugian finansial. Rendahnya kompetensi manajerial dalam menghadapi regulasi baru, sistem rujukan berjenjang, dan pengkodean diagnosis juga menjadi hambatan signifikan. Selain itu, keterlambatan tenaga medis yang praktik di beberapa tempat serta sering penuhnya ruang rawat inap akibat tingginya jumlah pasien BPJS turut memperburuk efisiensi layanan dan tingkat kepuasan pasien.

Untuk menghindari kerugian lebih lanjut, RS Charis Medika perlu mempercepat penerapan clinical pathway yang terstandarisasi. Clinical pathway dapat membantu mengontrol pemberian obat, pemeriksaan penunjang, dan pemanfaatan BHP, serta mendukung klaim yang lebih akurat ke BPJS. Selain itu, rumah sakit perlu menyelesaikan proses akreditasi KARS sebagai bentuk komitmen terhadap peningkatan mutu. Tingginya angka turnover staf juga harus diperhatikan, karena berdampak pada biaya pelatihan dan adaptasi serta menurunkan efisiensi layanan.

Dalam menjawab tantangan sistem casemix, rumah sakit telah melakukan beberapa upaya konkret, antara lain dengan melakukan penyesuaian sistem informasi untuk mendukung pengkodean diagnosis secara akurat, menyelenggarakan pelatihan intensif bagi staf terkait sistem casemix dan klaim BPJS, serta menyederhanakan proses klaim agar lebih cepat dan transparan. Pembentukan tim casemix khusus juga telah dilakukan untuk menangani klaim secara efisien dan memastikan kelengkapan dokumen sebelum pengajuan. Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala guna mengidentifikasi permasalahan dan merancang solusi berkelanjutan. Langkah-langkah ini diharapkan dapat meningkatkan

efisiensi pelayanan, mempercepat proses klaim, serta memperkuat stabilitas finansial rumah sakit secara keseluruhan.

KESIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian tesis ini menegaskan bahwa pemanfaatan sistem casemix bukan hanya sebagai alat administratif untuk pengelompokan pasien, tetapi juga sebagai kerangka strategis dalam membangun casemix-efficiency loop, yaitu siklus efisiensi yang menghubungkan antara akurasi pengkodean, efektivitas biaya, kualitas pelayanan, dan peningkatan kinerja keuangan rumah sakit. Dalam konteks Rumah Sakit Charis Medika Batam, sistem casemix berperan sebagai pusat kendali dalam proses perencanaan dan evaluasi keuangan berbasis data klinis, yang memungkinkan manajemen mengambil keputusan yang lebih terukur dan adaptif terhadap dinamika pembiayaan kesehatan nasional.

Dari hasil penelitian, diperoleh konsep bahwa efisiensi keuangan rumah sakit dapat dicapai melalui tiga dimensi utama, yaitu optimalisasi manajemen biaya, penguatan basis pendapatan, serta pengembangan kapasitas sumber daya manusia dan sistem informasi. Optimalisasi manajemen biaya dilakukan melalui penerapan clinical pathway dan pengawasan pengadaan obat serta alat kesehatan untuk menekan pengeluaran tanpa menurunkan mutu layanan. Penguatan basis pendapatan dicapai melalui diversifikasi sumber pendanaan non-BPJS, seperti pengembangan layanan spesialis, telemedicine, dan program kesehatan preventif. Sementara itu, pengembangan kapasitas SDM dan sistem informasi dilakukan melalui pelatihan casemix terintegrasi dan digitalisasi laporan keuangan. Ketiga dimensi ini saling berinteraksi membentuk siklus efisiensi berkelanjutan (continuous efficiency cycle) yang memperkuat kemandirian finansial rumah sakit. Secara teoretis, penelitian ini menghasilkan model konseptual Casemix-Based Financial Efficiency Framework (CFFEF) yang dapat digunakan untuk menganalisis hubungan antara penerapan casemix, efisiensi biaya, dan kinerja keuangan di institusi kesehatan lainnya. Model ini juga dapat dikembangkan menjadi instrumen evaluatif bagi rumah sakit yang ingin mengukur efektivitas penerapan sistem casemix secara kuantitatif maupun kualitatif.

REKOMENDASI

Berdasarkan hasil penelitian, rekomendasi yang dapat diberikan adalah agar Rumah Sakit Charis Medika Batam memprioritaskan pemanfaatan sistem casemix sebagai strategi utama dalam pengembangan keuangan. Hal ini dapat dilakukan dengan mengalokasikan sumber daya yang memadai untuk mendukung implementasi strategi tersebut, termasuk melalui pelatihan intensif bagi staf yang terlibat. Rumah sakit juga perlu membangun sistem pemantauan dan evaluasi kinerja secara berkala untuk memastikan efektivitas strategi casemix. Sistem ini harus mampu melacak indikator-indikator utama seperti pendapatan, efisiensi biaya, serta tingkat kepuasan pasien sehingga penyesuaian dan perbaikan dapat segera dilakukan bila diperlukan.

Selain itu, rumah sakit perlu menaruh perhatian serius pada peningkatan kualitas layanan kesehatan dengan cara mengidentifikasi area layanan yang masih memerlukan perbaikan dan mengalokasikan sumber daya secara lebih efektif. Sistem casemix juga dapat digunakan untuk mengenali pasien yang membutuhkan perawatan intensif sehingga distribusi sumber daya menjadi lebih tepat sasaran. Disarankan agar rumah sakit menyelenggarakan pelatihan berkelanjutan bagi tim casemix, termasuk pemahaman teknis sistem casemix, manajemen klaim, dan pemanfaatan teknologi informasi dalam pengolahan data pasien. Audit biaya juga perlu dilakukan secara berkala untuk menemukan peluang efisiensi, termasuk melalui analisis biaya per kasus. Rapat evaluasi rutin dan pengumpulan umpan balik dari staf serta pasien sangat penting untuk mendukung proses perbaikan berkelanjutan. Sebagai tindak lanjut, penelitian lebih lanjut disarankan untuk menilai dampak jangka panjang dari penerapan sistem casemix terhadap kinerja keuangan dan tingkat kepuasan pasien di rumah sakit.

Rekomendasi strategis bagi Rumah Sakit Charis Medika Batam disusun dalam tiga skenario waktu. Dalam jangka pendek (0–1 tahun), rumah sakit disarankan untuk fokus pada pelatihan intensif casemix, peningkatan akurasi pengkodean, serta pembentahan sistem pelaporan keuangan digital. Dalam jangka menengah (1–3 tahun), fokus diarahkan pada penguatan sistem informasi manajemen rumah sakit, penerapan performance-based

budgeting, serta pembentukan tim monitoring efisiensi biaya lintas departemen. Sedangkan dalam jangka panjang (lebih dari 3 tahun), strategi diarahkan pada diversifikasi layanan unggulan, perluasan kolaborasi dengan pihak asuransi dan perusahaan swasta, serta pengembangan model keuangan adaptif berbasis data-driven decision making.

Dengan penerapan model dan tahapan strategis tersebut, diharapkan Rumah Sakit Charis Medika Batam tidak hanya mampu meningkatkan efisiensi dan stabilitas keuangan, tetapi juga menjadi contoh bagi rumah sakit lain dalam mengintegrasikan sistem casemix ke dalam manajemen keuangan modern yang berorientasi pada keberlanjutan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih peneliti sampaikan kepada manajemen Rumah Sakit Charis Medika Batam, para narasumber, staf rumah sakit, serta tim casemix yang telah memberikan dukungan dan informasi berharga selama penelitian berlangsung. Terima kasih juga kepada dosen pembimbing, rekan sejawat, dan keluarga atas bimbingan, dorongan, serta dukungan moral yang memungkinkan penelitian ini terselesaikan dengan baik. Peneliti berharap hasil penelitian ini dapat menjadi kontribusi nyata dalam pengembangan manajemen keuangan rumah sakit serta menjadi referensi bagi penelitian lanjutan terkait penerapan sistem casemix di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Bardey, D., Cremer, H., & Lozachmeur, J. M. (2012). Doctor's remuneration schemes and hospital competition in a two-sided market. *B.E. Journal of Economic Analysis and Policy*, 12(1). <https://doi.org/10.1515/1935-1682.3254>
- Bernsten, C., Andersson, K., Gariepy, Y., & Simoens, S. (2010). A comparative analysis of remuneration models for pharmaceutical professional services. *Health Policy*, 95(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.11.008>
- Castelli, A., Daidone, S., Jacobs, R., Kasteridis, P., & Street, A. (2015). The determinants of costs and length of stay for hip fracture patients. *Plos One*, 10(7), e0133545. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133545>
- Colorafi, K. and Evans, B. (2016). Qualitative descriptive methods in health science research. *Herd Health Environments Research & Design Journal*, 9(4), 16-25. <https://doi.org/10.1177/1937586715614171>
- Dessler, G. (2008). Manajemen sumber daya manusia. Jakarta: PT Indeks.
- Dumaris, H. (2016). Analisis perbedaan tarif rumah sakit dan tarif ina-cbg's pelayanan rawat jalan di rsud budhi asih jakarta tahun 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 3(1). <https://doi.org/10.7454/arsi.v3i1.2209>
- Fain, J. (2024). Writing up rigorous qualitative research reports. *The Science of Diabetes Self-Management and Care*, 50(6), 441-443. <https://doi.org/10.1177/26350106241299714>
- Happy, A. (2018). The implementation of ina-cbgs system impact on financial performance of public hospital, the indonesia case: a systematic review. *Kne Life Sciences*, 4(9), 1. <https://doi.org/10.18502/kls.v4i9.3553>
- Hayati, F. (2023). Upaya menunjang keterampilan berbicara bahasa inggris anak dengan permainan anak ayam. *Ibtida I Jurnal Kependidikan Dasar*, 9(2), 113-128. <https://doi.org/10.32678/ibtidai.v9i2.7140>
- Hidayat, R. (2020). Pengaruh sistem informasi terhadap akurasi dan kecepatan pengolahan data di rumah sakit. *Jurnal Sistem Informasi*, 10(2), 12–20.
- Irawan, R. (2020). Exploring the strengths and weaknesses of teaching speaking by using lms-edmodo. *Eltics Journal of English Language Teaching and English Linguistics*, 5(1). <https://doi.org/10.31316/eltics.v5i1.528>
- Ismiana, B., Tamomo, D., & Sulaeman, E. (2019). Discrepancy between actual cost and indonesian case based groups tarif in public and private hospitals in lombok, west nusa tenggara., 259-259. <https://doi.org/10.26911/the6thicph.04.21>
- Kakar, Z., Rasheed, R., Rashid, A., & Akhter, S. (2023). Criteria for assessing and ensuring the trustworthiness in qualitative research. *International Journal of Business Reflections*, 4(2), 150-173. <https://doi.org/10.56249/ijbr.03.01.44>

- Kasra, K., Aljunid, S., & Nur, A. (2022). Does provider payment method improve the completeness of medical records? a study on the impact of the casemix system on medical record documentation in a public specialist hospital in west sumatra province, indonesia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 22(2), 237-243. <https://doi.org/10.37268/mjphm/vol.22/no.2/art.1633>
- Kassab, M., Alnuaimi, K., Mohammad, K., Creedy, D., & Hamadneh, S. (2015). Midwives' experiences, education, and support needs regarding basic newborn resuscitation in jordan. *Clinical Nursing Research*, 25(3), 291-309. <https://doi.org/10.1177/1054773815619388>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Pedoman pemanfaatan case-mix di rumah sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kim, H., Sefcik, J., & Bradway, C. (2016). Characteristics of qualitative descriptive studies: a systematic review. *Research in Nursing & Health*, 40(1), 23-42. <https://doi.org/10.1002/nur.21768>
- Mahanggi, O., Rahem, A., & Nita, Y. (2023). Comparative analysis of real costs and ina cbg's rates in bpjs kesehatan patients with schizophrenia. *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 10(2), 217-223. <https://doi.org/10.20473/jfiki.v10i22023.217-223>
- Marks, A., Mahoney, N., Chen, Y., Cordier, R., Buchanan, A., & Wilson, N. (2021). Health promotion challenges for young adults living with intellectual disability and type 1 diabetes. *Journal of Intellectual Disabilities*, 26(4), 853-868. <https://doi.org/10.1177/17446295211032767>
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Meutuah, L. D., & Ishak, S. (2015). Analisis kepuasan dokter spesialis terhadap program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin tahun 2014. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 15(1), 7-19.
- Mohd-Ali, S., Puteh-Behak, F., Saat, N., Darmi, R., Harun, H., & Samah, R. (2016). Tackling the issue of credibility in phenomenographic interviewing to capture problem-based learning (pbl) experience. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. <https://doi.org/10.5901/mjss.2016.v7n4p184>
- Mondy, R. W. (2008). Manajemen sumber daya manusia. Jakarta: Erlangga.
- Mukhtar, O., Alhafidh, O., Khalid, M., Kaler, J., Rahman, E., Shrestha, B., ... & Schmidt, F. (2018). Predictors of hospital stay in normotensive acute pulmonary embolism: a retrospective pilot study. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 8(3), 95-100. <https://doi.org/10.1080/20009666.2018.1466602>
- Nurwahyuni, S. and Setiawan, E. (2020). Kinerja rumah sakit swasta dengan pembayaran ina-cbgs di era jaminan kesehatan nasional: casemix, casemix index, hospital base rate. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 4(2). <https://doi.org/10.7454/eki.v4i2.3822>
- Özer, F., & Tinaztepe, C. (2014). Effect of strategic leadership styles on firm performance: A study in a Turkish SME. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 150, 778–784. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.059>
- Paramitha, P., Perdana, I., & Bungai, J. (2025). Psikososialitas dalam teori freud merunut kontribusi dan kontroversi sang bapak psikoanalisis dalam studi manusia. *Metta Jurnal Ilmu Multidisiplin*, 5(1), 101-115. <https://doi.org/10.37329/metta.v5i1.3531>
- Parsons, K., Smith-Young, J., & Pike, A. (2024). Understanding how community-dwelling persons with early dementia perceive health and community services: informing the dementia strategy of newfoundland and labrador, canada. *Dementia*, 24(1), 150-170. <https://doi.org/10.1177/14713012241284693>
- Rahmawan, A., Nurdjati, D., & Sofoewan, S. (2015). Biaya pasien jaminan kesehatan nasional yang menjalani seksio sesarea di rsup dr. sardjito yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 2(1). <https://doi.org/10.22146/jkr.7115>
- Ramdhani, K. (2019). Patterns of character education in islamic boarding schools in anticipating radicalism in the industrial revolution era 4.0. *Jurnal at-Tarbiyat Jurnal Pendidikan Islam*, 6(1), 33-45. <https://doi.org/10.37758/jat.v6i1.598>

- Rivaz, M., Shokrollahi, P., & Ebadi, A. (2019). Online focus group discussions: an attractive approach to data collection for qualitative health research. *Nursing Practice Today*. <https://doi.org/10.18502/npt.v6i1.386>
- Saputra, I., Aljunid, S., & Nur, A. (2020). The impact of casemix reimbursement on hospital revenue in indonesia. *Jurnal Sains Kesihatan Malaysia*, 18(02), 1-8. <https://doi.org/10.17576/jskm-2020-1802-01>
- Shah, L. and Hillman, S. (2025). An action research approach to imposter participants in qualitative research: implications for our practice. *British Journal of General Practice*, 75(suppl 1), bjgp25X741717. <https://doi.org/10.3399/bjgp25x741717>
- Subrahmanyam, S. (2025). Trustworthiness in qualitative research in the aviation industry., 123-152. <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-7403-0.ch006>
- Sulistyo, B. (2018). Pengaruh kemampuan staf keuangan terhadap efisiensi dan efektivitas implementasi strategi pengembangan keuangan di rumah sakit. *Jurnal Keuangan dan Perbankan*, 22(1), 1–10.
- Swandayana, P. and Sastrawan, S. (2021). Analysis of the difference between ina-cbg rates and hospital rates for outpatient and inpatient services at fkrtl provider bpjs kesehatan mataram city. *Prisma Sains Jurnal Pengkajian Ilmu Dan Pembelajaran Matematika Dan Ipa Ikip Mataram*, 9(2), 246. <https://doi.org/10.33394/j-ps.v9i2.4350>
- Ulandari, L. (2021). Strategy implementation of national health insurance using balanced scorecard method: a case study in an – nisa hospital in tangerang. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 5(2). <https://doi.org/10.7454/eki.v5i2.4265>
- Ulfany, R. and Simarmata, M. (2025). Tinjauan yuridis terhadap sistem pembiayaan kesehatan nasional dalam perspektif undang-undang sistem jaminan sosial nasional. *JHE*, 1(2), 118-126. <https://doi.org/10.56607/v9nw0b58>
- Wang, F.-J., Chich-Jen, S., & Mei-Ling, T. (2010). Effect of leadership style on organizational performance as viewed from human resource management strategy. *African Journal of Business Management*, 4(18), 3924–3936. Retrieved from <http://www.academicjournals.org/journal/AJBM/article-abstract/0B1696A16102>
- Wulandari, D., Indarto, D., & Tamtomo, D. (2019). Determinants of cost differences between indonesian- case based groups tariff and hospital tariff for stroke patients: a path analysis evidence from uns teaching hospital sukoharjo, central java. *Journal of Health Policy and Management*, 4(3), 176-181. <https://doi.org/10.26911/thejhpm.2019.04.03.05>