



Strategi Pengelolaan Biaya Rawat Inap JKN Berpedoman Permenkes 03/2023

Lena Lena¹; Rian Andriani²; Dasrun Hidayat³; Erliany Syaodih⁴

Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya

ellenapanijapm@yahoo.co.id

Abstrak

Penelitian ini menganalisis strategi pengelolaan biaya rawat inap pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 3 Tahun 2023. Aturan baru ini membawa implikasi signifikan terhadap sistem *reimbursement* INA-CBG's, menuntut rumah sakit untuk mengoptimalkan efisiensi dan akurasi dalam perhitungan biaya. Strategi pengelolaan biaya yang diteliti meliputi peningkatan kualitas *coding* diagnosis dan prosedur, optimalisasi alur pelayanan klinis, serta pengawasan ketat terhadap penggunaan obat dan alat kesehatan. Menggunakan metode kualitatif dengan studi deskriptif, data dikumpulkan melalui wawancara dengan pihak manajemen keuangan, tim koder, dokter, perawat, dan staf terkait, serta analisis dokumen kebijakan internal dan data klaim. Temuan menunjukkan bahwa rumah sakit telah menerapkan strategi adaptif, seperti program edukasi *coding* berkelanjutan, penerapan protokol klinis berbasis bukti, dan penggunaan sistem informasi untuk *monitoring* biaya. Meskipun demikian, tantangan adaptasi terhadap perubahan regulasi yang cepat, resistensi praktik lama, dan perlunya investasi teknologi tetap menjadi isu krusial. Penelitian ini merekomendasikan sinergi antara manajemen klinis dan keuangan, serta pengembangan kapasitas SDM untuk mencapai pengelolaan biaya rawat inap JKN yang efektif dan efisien sesuai Permenkes 03/2023.

Kata Kunci: pengelolaan biaya, rawat inap, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Permenkes 03/2023, Rumah Sakit.

Abstract

This study analyses the cost management strategy of inpatients with the National Health Insurance (JKN) guided by the Minister of Health Regulation (Permenkes) Number 3 of 2023. This new regulation has significant implications for the INA-CBG's reimbursement system, requiring hospitals to optimise efficiency and accuracy in cost calculation. The cost management strategies studied include improving the quality of diagnosis and procedure coding, optimising clinical service flow, and closely monitoring the use of drugs and medical devices. Using a qualitative method with a descriptive study, data was collected through interviews with financial management, coder team, doctors, nurses, and related staff, as well as document analysis of internal policies and claims data. The findings show that the hospital has implemented adaptive strategies, such as continuous coding education programmes, implementation of evidence-based clinical protocols, and

use of information systems for cost monitoring. However, the challenges of adapting to rapid regulatory changes, resistance to old practices, and the need for technology investment remain crucial issues. This study recommends synergy between clinical and financial management, as well as HR capacity building to achieve effective and efficient JKN inpatient cost management in accordance with Permenkes 03/2023.

Keywords: cost management, inpatient care, National Health Insurance (JKN), Permenkes 03/2023, Hospital.

1 Pendahuluan

Fenomena umum yang terjadi di berbagai klinik rawat inap terkait pelaksanaan layanan kesehatan bagi pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berbasis Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 3 Tahun 2023 sering kali menunjukkan ketidakmampuan dalam memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan (Nugraheni et al., 2021). Sering kali klinik menghadapi kendala, seperti keterbatasan fasilitas, kurangnya tenaga medis yang kompeten, serta ketidakcukupan anggaran untuk menanggung biaya operasional yang sesuai dengan regulasi (Nugroho et al., 2023). Kondisi ini menyebabkan beberapa klinik kesulitan memberikan layanan rawat inap yang memadai sesuai standar JKN (Muhlis, 2022). Fenomena serupa juga terjadi di Klinik Rawat Inap Putra Medika, di mana tantangan dalam memenuhi persyaratan layanan yang diatur oleh Permenkes 03 Tahun 2023 menjadi kendala utama dalam memberikan pelayanan kesehatan yang optimal bagi pasien JKN.

Fenomena ini menunjukkan bahwa masih terdapat kesenjangan antara kebijakan yang ditetapkan dan praktik di lapangan, khususnya dalam hal perhitungan biaya rawat inap yang harus sesuai dengan standar yang diatur oleh pemerintah. Di lapangan, banyak klinik dan rumah sakit menghadapi tantangan besar dalam menerapkan perhitungan biaya yang sesuai dengan regulasi terbaru. Data yang dikumpulkan dari 24 klinik di Kabupaten Bekasi memberikan gambaran mengenai kapasitas layanan rawat inap, jumlah pasien bulanan, serta permasalahan yang dihadapi dalam memenuhi standar pelayanan kesehatan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pada Tabel 1 berikut ini dirangkum Kapasitas dan permasalahan Layanan Rawat Inap di klinik-klinik Rawat Inap di Kabupaten Bekasi Tahun 2024.

Tabel 1. Analisis Kapasitas dan Permasalahan Layanan Rawat Inap di Klinik-Klinik Kabupaten Bekasi Tahun 2024

No	Timestamp	Nama KlinikPratama Rawat Inap	Jumlah Bed	Partus/bln	Jumlah Pasien Rawat Inap /blm	Permasalahan Rawat Inap (Non Partus)
1	10/14/2024 14:20:33	Klinik Putra Medika	10	Diatas 10	Diatas 10	Biaya Perawatan Tinggi
2	10/14/2024 14:26:55	Klinik Putra Medika 2	5	0-5	Diatas 10	Biaya Perawatan Tinggi
3	10/14/2024 14:34:07	Klinik Putra Medika 3 Ksb	8	0-5	Diatas 10	Biaya Perawatan Tinggi
4	10/14/2024 14:40:03	Klinik Putra Medika 4 Sukamahi	10	5-10	Diatas 10	Biaya Perawatan Tinggi
5	10/14/2024 14:45:18	Klinik Putra Medika 5 Cibenda	5	0-5	Diatas 10	Biaya Perawatan Tinggi
6	10/14/2024 14:54:08	Klinik Putra Medika 6 Simpur	10	5-10	Diatas 10	Biaya Perawatan Tinggi

No	Timestamp	Nama KlinikPratama Rawat Inap	Jumlah Bed	Partus/bln	Jumlah Pasien Rawat Inap /blm	Permasalahan Rawat Inap (Non Partus)
7	10/14/2024 14:34:08	Klinik Taman Firdaus Medika	10	0-5	Diatas 10	Jumlah Bed
8	10/14/2024 14:37:14	Klinik Sritina	10	5-10	Diatas 10	Jumlah Bed
9	10/14/2024 14:57:46	Klinik Mitra Medika Narom	10	0-5	Diatas 10	SDM
10	10/14/2024 15:10:10	Klinik Asshofwan	5	0-5	Diatas 10	Biaya Perawatan Tinggi
11	10/14/2024 15:15:25	Klinik All Medika Sejahtera	5	0-5	0-5	Lain-lain
12	10/14/2024 15:15:47	Klinik Bella Medika	10	5-10	Diatas 10	Lain-lain
13	10/14/2024 15:22:32	Taman Firdaus Medical Center	10	0-5	Diatas 10	Lain-lain
14	10/14/2024 15:32:55	Klinik Amira	10	5-10	5-10	Biaya Perawatan Tinggi
15	10/14/2024 15:35:07	Klinik Siti Zachroh	5	Diatas 10	Diatas 10	Biaya Perawatan Tinggi
16	10/14/2024 15:43:43	Klinik Umi Rahma	10	Diatas 10	0-5	Biaya Perawatan Tinggi
17	10/14/2024 16:18:27	Klinik Pratama Rawat Inap Ambar Subur	10	0-5	Diatas 10	Lain-lain
18	10/14/2024 16:54:00	Ghaisan Medical Center	5	0-5	5-10	Biaya Perawatan Tinggi
19	10/14/2024 17:36:44	Klinik Cempaka Medical Center	10	0-5	0-5	Lain-lain
20	10/14/2024 19:06:23	Klinik Marsya Medika	5	Diatas 10	0-5	SDM
21	10/14/2024 21:05:59	Klinik Mora Medika	10	0-5	Diatas 10	Jumlah Bed
22	10/14/2024 21:09:37	Klinik Mora Medika 2	5	0-5	0-5	Lain-lain
23	10/14/2024 21:13:51	Klinik Utama Ridho	10	0-5	0-5	Lain-lain
24	10/14/2024 23:43:51	Klinik Annisa Iii	10	5-10	Diatas 10	Lain-lain
25	10/15/2024 5:34:46	Klinik Amanah Bunda Medika	10	5-10	5-10	Lain-lain
26	10/15/2024 9:48:17	Klinik Babelan Medical Center	5	0-5	0-5	Lain-lain
27	10/15/2024 9:48:32	Klinik Paramitra Medika 1	5	0-5	0-5	Lain-lain
28	10/15/2024 11:12:03	Bunda Medika	10	0-5	5-10	Biaya Perawatan Tinggi
29	10/15/2024 11:32:10	Bunda Aulia	5	0-5	0-5	Biaya Perawatan Tinggi
30	10/15/2024	Klinik Lili Family	10	Diatas 10	0-5	Biaya Perawatan

No	Timestamp	Nama KlinikPratama Rawat Inap	Jumlah Bed	Partus/bln	Jumlah Pasien Rawat Inap /blm	Permasalahan Rawat Inap (Non Partus)
	12:06:48	Medical Center				Tinggi

Berdasarkan tabel 1 di atas, analisis kapasitas dan permasalahan layanan rawat inap di klinik-klinik Kabupaten Bekasi tahun 2024, terlihat bahwa klinik-klinik di Kabupaten Bekasi menghadapi berbagai tantangan dalam penyediaan layanan rawat inap. Tabel ini mencatat 24 klinik yang tersebar di berbagai lokasi, dengan jumlah bed yang bervariasi antara 5 hingga 10 tempat tidur. Beberapa klinik memiliki kapasitas rawat inap yang mencukupi, namun sebagian besar mengalami keterbatasan dalam hal jumlah bed, terutama klinik seperti Klinik Rawat Inap Taman Firdaus Medika, Klinik Pratama Rawat Inap Sritina, dan Klinik Pratama Rawat Inap Mora Medika, yang menghadapi kesulitan dalam menangani pasien rawat inap karena jumlah tempat tidur yang terbatas. Selain itu, biaya perawatan yang tinggi menjadi masalah yang berulang di banyak klinik, termasuk Klinik Pratama Asshofwan, Klinik Amira, Klinik Pratama Umi Rahma, dan Klinik Lili Family Medical Center. Klinik-klinik ini mengeluhkan tingginya biaya operasional untuk perawatan rawat inap, termasuk obat-obatan dan perawatan pasien, yang sering kali tidak dapat ditutupi sepenuhnya oleh klaim BPJS Kesehatan. Masalah biaya ini menjadi lebih kompleks dengan adanya keterbatasan anggaran operasional yang dialokasikan untuk pasien JKN, yang pada akhirnya berpotensi mengganggu kualitas layanan yang diberikan.

Selain keterbatasan bed dan biaya perawatan, beberapa klinik seperti Klinik Mitra Medika Narom dan Klinik Marsya Medika juga melaporkan kekurangan sumber daya manusia (SDM) sebagai tantangan utama. Klinik-klinik ini mengalami kekurangan tenaga medis yang kompeten untuk menangani jumlah pasien yang meningkat, terutama pada periode dengan volume pasien yang tinggi. Kekurangan SDM ini berdampak langsung pada efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan, terutama dalam hal rawat inap, yang membutuhkan perhatian intensif dan berkelanjutan. SDM yang dimaksud adalah yang kompeten dalam mengintegrasikan teknologi terhadap layanan kesehatan.

Analisis dari tabel 1 ini menunjukkan bahwa permasalahan utama dalam pelayanan rawat inap di klinik-klinik di Kabupaten Bekasi meliputi keterbatasan jumlah bed, biaya perawatan yang tinggi, dan kekurangan SDM. Tantangan-tantangan ini perlu segera ditangani untuk memastikan bahwa layanan rawat inap yang diberikan sesuai dengan standar yang diatur dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan dapat memenuhi kebutuhan pasien dengan efektif dan efisien.

Permasalahan yang terjadi pada klinik Putra Medika, dapat diatasi apabila klinik menerapkan Manajemen Rumah Sakit. Manajemen rumah sakit merupakan suatu disiplin yang mengintegrasikan berbagai aspek operasional, administratif, dan keuangan untuk memastikan bahwa layanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit dapat berfungsi secara optimal (Mokoagow, 2024). Dalam konteks ini, perencanaan strategis menjadi fondasi utama, di mana pihak manajemen menetapkan visi dan misi rumah sakit serta tujuan jangka panjangnya (Paramarta, dkk., 2024).

Pengelolaan keuangan adalah aspek krusial dalam manajemen rumah sakit. Ini mencakup pengelolaan anggaran, pengendalian biaya, penetapan tarif layanan, serta pengelolaan pendapatan dari berbagai sumber (Fawaidah, U. H. 2024). Manajemen keuangan yang efektif memastikan bahwa rumah sakit tetap solvent, yang berarti bahwa mereka dapat terus beroperasi dan menyediakan layanan berkualitas tinggi kepada pasien. Dalam konteks ini, rumah sakit harus pandai mengelola sumber daya yang terbatas untuk memaksimalkan hasil pelayanan dan memastikan keberlanjutan operasional.

Penelitian ini berfokus pada manajemen rumah sakit, khususnya dalam aspek pengelolaan perhitungan biaya rawat inap bagi pasien yang terdaftar dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pada beberapa bulan terakhir, kebijakan pemerintah melalui Permenkes No. 3 Tahun 2023 menjadi landasan baru bagi rumah sakit dalam menentukan tarif pelayanan kesehatan. Namun, implementasi kebijakan ini tidak

selalu berjalan mulus, mengingat kompleksitas sistem pengelolaan keuangan rumah sakit yang melibatkan berbagai pihak, mulai dari manajemen rumah sakit, petugas administrasi, hingga BPJS Kesehatan sebagai pihak yang bertanggung jawab atas pembayaran klaim.

Klinik Putra Medika di Cikarang, Bekasi, menghadapi tantangan serius dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan, yang berdampak langsung pada stabilitas keuangan dan pelayanan kepada pasien. Berdasarkan data, terlihat bahwa biaya rawat inap pasien seringkali lebih besar dari klaim BPJS yang diajukan. Sebagai contoh, pasien dengan diagnosa ISPA dan SUSP DHF menunjukkan bahwa klaim BPJS yang diterima oleh klinik tidak mampu menutupi total biaya perawatan, seperti yang terjadi pada pasien Diva Mayzahra Cahyaniingsih dan Putri Andriani pada bulan Juli 2024, di mana terjadi defisit hingga Rp114.418 dan Rp131.972.

Urgensi penelitian ini semakin terasa ketika kita melihat dampak nyata dari permasalahan yang terjadi di lapangan. Dengan meningkatnya jumlah klaim yang ditolak dan gangguan operasional yang dialami oleh rumah sakit, penelitian ini tidak hanya penting dari segi akademis tetapi juga memiliki implikasi praktis yang signifikan. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi nyata dalam memperbaiki sistem pengelolaan keuangan di rumah sakit, khususnya dalam konteks penerapan regulasi tarif standar untuk layanan rawat inap. Hal ini pada akhirnya akan berkontribusi pada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia, sehingga masyarakat dapat memperoleh layanan kesehatan yang lebih baik dan lebih terjangkau. Hasil penelitian diharapkan akan memberikan implikasi yang signifikan dalam beberapa aspek penting terkait dengan manajemen rumah sakit, khususnya dalam konteks perhitungan rawat inap bagi pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berbasis Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 3 Tahun 2023.

2 Kajian Teori

Manajemen Rumah Sakit

Manajemen rumah sakit dan klinik, terutama dalam konteks pengelolaan biaya rawat inap, menghadapi berbagai tantangan yang signifikan. Salah satu tantangan utama adalah kesenjangan dalam pemahaman dan penerapan regulasi terkait tarif standar yang ditetapkan oleh pemerintah (Hyland et al., 2023). Manajemen biaya rawat inap yang efektif membutuhkan pendekatan multifaset yang mencakup kepatuhan terhadap peraturan dan optimalisasi proses internal (Alradhi & Alanazi, 2023). Meskipun tarif standar bertujuan untuk mengendalikan biaya, namun penerapannya dapat menimbulkan perilaku yang tidak diharapkan yang dapat mengurangi keefektifannya. Rumah sakit harus fokus pada perbaikan manajemen internal, meningkatkan komunikasi, dan melibatkan semua pemangku kepentingan untuk menciptakan keseimbangan antara pengendalian biaya dan penyediaan layanan yang berkualitas (Li et al., 2024). Selain itu, mengeksplorasi model pembayaran yang lebih tepat dan pendekatan layanan berbasis nilai dapat membantu menyelaraskan insentif keuangan dengan penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas tinggi (Alharbi et al., 2023).

Tantangan yang dihadapi oleh klinik dalam mengimplementasikan perhitungan biaya rawat inap ini juga mencerminkan adanya kesenjangan dalam pemahaman dan penerapan regulasi. Banyak klinik yang masih belum sepenuhnya memahami bagaimana menerapkan tarif standar yang diatur oleh pemerintah, sehingga seringkali terjadi ketidaksesuaian antara perhitungan biaya di lapangan dengan standar yang telah ditetapkan. Hal ini diperparah oleh kurangnya pelatihan dan sosialisasi yang memadai bagi petugas administrasi dan manajemen klinik, yang seharusnya menjadi garda terdepan dalam menerapkan kebijakan tersebut. Masalah ini bukanlah hal yang sepele, mengingat pengelolaan keuangan yang tidak efisien dapat mengakibatkan kerugian bagi rumah sakit, baik dari segi finansial maupun reputasi. Dalam konteks klinik Putra Medika, ketidakmampuan dalam mengelola perhitungan biaya sesuai regulasi telah menyebabkan peningkatan penolakan klaim oleh BPJS Kesehatan, yang pada gilirannya mengakibatkan penundaan pembayaran dan gangguan dalam operasional rumah sakit. Selain

itu, masalah ini juga mengindikasikan adanya kekurangan dalam sistem pengelolaan keuangan klinik yang perlu segera diatasi untuk memastikan keberlanjutan pelayanan kesehatan yang berkualitas (Cupiadi & Fadhilah, 2023).

Rawat inap adalah pemeliharaan kesehatan klinik/RS dimana penderita tinggal/mondok sedikitnya satu hari berdasarkan rujukan dari pelaksana pelayanankesehatan atan rumah sakit pelaksana pelayanan kesehatan lain (Alhas, et al, 2024). Rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan, yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik, dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta serta puskesmas perawatan dan rumah bersalin, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap (Hidayanto et al., 2024).

Permenkes 03 Tahun 2023

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 mengatur tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Peraturan tersebut bertujuan meningkatkan kualitas dan mutu layanan kesehatan (Handayani, 2024). Berikut ini ketentuan dalam menentukan tarif layanan kesehatan berdasarkan Permen tersebut.

Tabel 2. Ketentuan Tarif Berdasarkan Ketersediaan Dokter dan Dokter Gigi

Ketersediaan Dokter	Ketersediaan Dokter Gigi	Tarif (Rp)
Tersedia (rasio 1:≤5000)	Tersedia	7.000,00
Tersedia (rasio 1:≤5000)	Tidak Tersedia	6.300,00
Tersedia (rasio 1:>5000)	Tersedia	6.000,00
Tersedia (rasio 1:>5000)	Tidak Tersedia	5.300,00
Tidak Tersedia	Tersedia	4.300,00
Tidak Tersedia	Tidak Tersedia	3.600,00

Bagi klinik pratama, rumah sakit kelas D pratama atau fasilitas kesehatan yang setara tarifnya sebagai berikut:

Tabel 3. Ketentuan Tarif bagi Klinik Pratama, Rumah Sakit Kelas D Pratama, atau Fasilitas Kesehatan yang Setara

Rasio Dokter terhadap Jumlah Peserta	Ketersediaan Dokter Gigi	Besaran Tarif (Rp)
Tersedia (rasio 1:≤5000)	Tersedia	12.000,00 (dua belas ribu)
Tersedia (rasio 1:≤5000)	Tidak Tersedia	10.000,00 (sepuluh ribu)
Tersedia (rasio 1:>5000)	Tersedia	11.000,00 (sebelas ribu)
Tersedia (rasio 1:>5000)	Tidak Tersedia	9.000,00 (sembilan ribu)

Tabel 4. Ketentuan Tarif bagi Praktik Mandiri Dokter atau Dokter Layanan Primer

Rasio Dokter terhadap Jumlah Peserta	Besaran Tarif (Rp)
1:≤5000	8.800,00 (delapan ribu delapan ratus)
1:>5000	8.300,00 (delapan ribu tiga ratus)

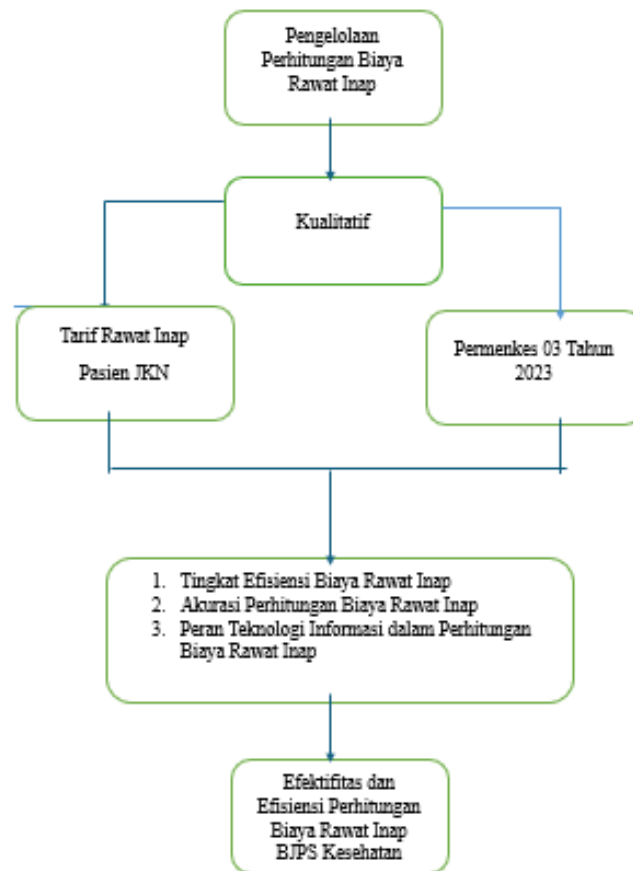
1. Tarif untuk praktik mandiri dokter gigi ditetapkan sebesar Rp3.500,00 (tiga ribu lima ratus rupiah) per peserta per bulan.
2. Besaran tarif berdasarkan risiko peserta terdaftar, sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (6), ditetapkan berdasarkan koefisien yang mewakili risiko yang timbul karena jenis kelamin dan usia peserta terdaftar.
3. Penentuan risiko peserta terdaftar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya berlaku bagi puskesmas, rumah sakit kelas D pratama, klinik pratama, praktik mandiri dokter, atau praktik dokter layanan primer yang memiliki lebih dari 100 (seratus) peserta.
4. Koefisien yang mewakili risiko yang timbul karena jenis kelamin dan usia, sebagaimana dimaksud pada ayat (1), akan ditetapkan sesuai dengan kriteria yang berlaku.

Tabel 5. Koefisien Risiko Berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia

Kelompok Usia (Tahun)	Koefisien Laki-Laki	Koefisien Perempuan
0 – 5	1,16	1,12
6 – 20	0,78	0,83
21 – 60	0,84	1,18
60 +	1,46	1,57

Kerangka Teori

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, merupakan pilar utama dalam pemenuhan hak kesehatan masyarakat. Namun, dinamika implementasi JKN, khususnya terkait mekanisme pembayaran kepada fasilitas kesehatan, senantiasa menuntut adaptasi dan inovasi. Penerbitan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, menjadi titik balik penting yang mengubah lanskap pengelolaan pembayaran JKN bagi rumah sakit. Regulasi ini tidak hanya merevisi struktur tarif INA-CBG's, tetapi juga memperkenalkan berbagai ketentuan baru yang berdampak langsung pada aliran kas dan keberlanjutan finansial rumah sakit.



Gambar 1. Kerangka Teori

Sumber: (Swanson et al., 2022) dan (Nirmalasari, 2020)

Perubahan regulasi ini menghadirkan tantangan sekaligus peluang bagi manajemen rumah sakit untuk merumuskan dan mengimplementasikan strategi pengelolaan pembayaran JKN yang lebih efektif dan efisien. Di satu sisi, rumah sakit dihadapkan pada kebutuhan untuk meningkatkan akurasi koding, efisiensi layanan, dan kepatuhan terhadap standar baru. Di sisi lain, adaptasi yang tepat dapat mengoptimalkan pendapatan dan memastikan keberlangsungan operasional. Kerangka pemikiran ini akan menjadi panduan konseptual untuk menganalisis dan memahami berbagai strategi manajemen pembayaran JKN yang relevan dalam merespons Permenkes 03/2023, mengidentifikasi faktor-faktor kunci yang memengaruhi keberhasilan implementasinya, serta menguraikan hubungan antar konsep yang membentuk model penelitian.

3 Metode Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Adapun jenisnya deskriptif kualitatif, yakni mendeskripsikan dan menyajikan hasil penelitian secara keseluruhan dan lengkap sesuai hasil penelitian. Penelitian kualitatif, khususnya penelitian kualitatif deskriptif, bertujuan untuk memberikan penjelasan yang komprehensif dan holistik tentang temuan penelitian. Pendekatan ini berfokus pada penggambaran fenomena dalam latar alamiahnya, menginterpretasikan makna, dan menyajikan hasil dalam format naratif yang terperinci (Chai et al., 2021). Penelitian kualitatif deskriptif sangat berguna ketika mengeksplorasi topik yang belum banyak diketahui atau ketika ingin menyajikan pandangan spesifik tentang topik penelitian yang sulit dijelaskan dengan perspektif yang sudah ada (Pyo et al., 2023). Pada penelitian ini topik spesifik yang dimaksud adalah tentang pengelolaan perhitungan biaya rawat inap untuk pasien jaminan kesehatan nasional berbasis permenkes 03 tahun 2023 di Klinik Putra Medika

Cikarang Bekasi. Hal ini menjadi telaah secara khusus karena hasilnya diharapkan dapat menjadi gambaran terkait dengan pengelolaan biaya kalim BPJS Kesehatan.

Menariknya, meskipun penelitian kualitatif secara historis dianggap kurang ilmiah dibandingkan dengan metode kuantitatif, penelitian ini telah mendapatkan perhatian, terutama dalam pendidikan profesi kesehatan dan ilmu sosial (Finn et al., 2022; Rana et al., 2023). Pergeseran ini mengakui kemampuan unik penelitian kualitatif untuk memberikan kedalaman, detail, dan wawasan tentang pengalaman manusia, konteks, dan fenomena sosial yang mungkin tidak dapat ditangkap hanya dengan metode kuantitatif (Chai et al., 2021; Finn et al., 2022). Penelitian kualitatif deskriptif menyajikan temuan penelitian secara komprehensif dan kaya konteks. Dengan menggunakan metode seperti wawancara mendalam, kelompok fokus, dan observasi, peneliti dapat mengumpulkan data non-numerik yang mengeksplorasi perilaku, sikap, dan kepercayaan manusia (Hidayat, 2023; Chai et al., 2021). Analisis data ini, sering kali melalui analisis tematik atau kerangka kerja, memungkinkan penyajian hasil yang menangkap kompleksitas dan nuansa topik penelitian, memberikan pandangan holistik tentang fenomena yang diteliti (Rana et al., 2023).

Objek penelitian ini adalah pengelolaan perhitungan biaya rawat inap untuk pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang dilakukan berdasarkan kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 3 Tahun 2023. Fokus utama penelitian adalah menganalisis komponen-komponen biaya rawat inap yang relevan dengan pasien JKN, termasuk pengelolaan tarif berdasarkan klaim BPJS, biaya makan, jasa medis, obat dan penunjang, serta komponen biaya tetap lainnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model pengelolaan perhitungan biaya rawat inap yang efisien, transparan, dan sesuai dengan standar regulasi yang telah ditetapkan dalam Permenkes. Dengan model ini, diharapkan dapat mendukung efisiensi anggaran fasilitas kesehatan sekaligus memastikan aksesibilitas dan kualitas layanan bagi pasien JKN. Penelitian ini melibatkan 8 informan yang dipilih berdasarkan keterlibatan langsung dalam pengelolaan biaya rawat inap di fasilitas kesehatan. Informan ini dipilih dengan menggunakan metode purposive sampling, yaitu teknik pemilihan sampel yang bertujuan untuk memperoleh data yang spesifik dan relevan.

Tabel 6. Identitas Partisipan

Kode Informan	Peran
A1	Manajer Administrasi Fasilitas Kesehatan
A2	Petugas Klaim BPJS
A3	Dokter Penanggung Jawab Pasien
A4	Apoteker
A5	Pasien Rawat Inap JKN
A6	Kepala Keuangan Klinik
A7	Petugas Gizi
A8	Pengelola Kebijakan Kesehatan

Untuk memperoleh data yang lebih akurat dalam melaksanakan penelitian, menggunakan metode pengumpulan data melalui wawancara, yang ditujukan pada bagian yang berhubungan dengan penelitian untuk mengumpulkan informasi mengenai jenis-jenis pelayanan kesehatan dan kebijakan yang digunakan dalam perhitungan harga pokok jasa rawat inap pasien di klinik Putra Medika Cikarang Bekasi. Metode dokumentasi Digunakan untuk mengumpulkan data yang meliputi tarif kamar yang berlaku, nama ruang dan kelas, jumlah hari rawat inap, jumlah tempat tidur, biaya pelayanan medis, dan biaya-biaya lain yang berkaitan dengan perhitungan tarif rawat inap. Data-data tersebut diperoleh dari bidang-bidang yang terkait seperti bidang pelayanan, bidang umum, dan bidang keuangan.

Metode Analisis Data

Langkah-langkah analisis data kualitatif yang digunakan meliputi reduksi data, display data, dan

penarikan kesimpulan data (Hidayat et al., 2018). Berikut penjelasan dari tahapan analisis data yang dimaksud.

1. Reduksi Data

Reduksi data adalah langkah pertama dalam analisis data yang bertujuan untuk menyederhanakan, mengelompokkan, dan memilih informasi penting dari data mentah yang telah dikumpulkan

2. Display Data

Display data adalah langkah untuk menyajikan data yang telah direduksi ke dalam bentuk visual atau naratif agar lebih mudah dipahami.

3. Penarikan Kesimpulan Data

Menarik kesimpulan dari informasi yang telah diproses dan ditampilkan

4 Hasil Penelitian dan Pembahasan

Rawat Inap Pada Pasien BPJS Kesehatan di Klinik Putra Medika Cikarang Bekasi

Pada bagian ini peneliti memaparkan hasil terkait tingkat efisiensi layanan rawat inap bagi pasien BPJS Kesehatan di Klinik Putra Medika Cikarang Kota Bekasi. Hal ini dilatar belakangi oleh pentingnya optimalisasi pelayanan kesehatan berbasis jaminan sosial yang tidak hanya terjangkau, namun juga efisien dari sisi biaya, waktu, dan sumber daya. Seiring dengan meningkatnya jumlah peserta BPJS Kesehatan dan beban pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun lanjutan, efisiensi menjadi salah satu indikator kunci dalam penilaian mutu layanan di klinik Putra Medika Cikarang Bekasi.

Klinik Putra Medika, sebagai salah satu penyedia layanan kesehatan swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, telah mengimplementasikan berbagai sistem informasi dan protokol pelayanan untuk meningkatkan efisiensi rawat inap. Data penelitian ini diharapkan dapat membantu dalam hal evaluasi seberapa efektif rawat inap melalui BPJS Kesehatan, dengan fokus pada durasi rata-rata rawat inap, ketepatan klaim INA-CBG, serta pengaruh penerapan sistem informasi terhadap efisiensi administratif dan klinis.

Berdasarkan hasil wawancara peneliti menemukan berbagai dinamika dan persepsi para pemangku kepentingan baik dari sisi tenaga kesehatan maupun pasien terhadap efisiensi layanan rawat inap dalam konteks tarif tetap BPJS Kesehatan. Dalam sistem pembiayaan berbasis kapitasi dan paket INA-CBG, rumah sakit maupun klinik mitra BPJS dituntut untuk mengelola sumber daya secara efektif agar pelayanan tetap optimal tanpa menambah beban biaya. Berikut ini pengakuan beberapa informan penelitian ketika peneliti berada di lapangan.

Tarif BPJS sudah tetap, kami harus mengatur lama rawat seefisien mungkin sehingga tidak menambah beban biaya dari keluarga pasien. (Informan A1/21/122024).

Dari wawancara yang dilakukan, muncul pula pengakuan bahwa selama ini tenaga medis dan manajerial menekankan pentingnya efisiensi durasi rawat inap karena keterbatasan tarif yang tidak berubah meskipun lama perawatan meningkat. Beberapa informan menyatakan bahwa semakin lama pasien dirawat, semakin sedikit kapasitas tempat tidur yang tersedia bagi pasien berikutnya, yang secara langsung berdampak pada antrean dan waktu tunggu.

Satu pasien lama tinggal sama saja artinya berkurangnya peluang rawat pasien lain. (Informan A3/11/2024). Hal senada ditegaskan pula oleh informan A2 bahwa selain antrean pasien BPJS banyak juga menjadi beban perawat. Pasien lama tinggal berdampak pada antrean pasien baru. Perawat jadi kesulitan kalau pasien tidak mau cepat pulang. (Informan A3/09/12/2024).

Di sisi lain, terdapat juga persepsi dari pasien yang menganggap bahwa rawat inap yang lama adalah pertanda pelayanan yang maksimal. Namun, wawancara ini juga menunjukkan adanya titik temu ketika edukasi yang tepat berhasil mengubah pandangan pasien terhadap pentingnya efisiensi waktu rawat inap. Pasien menyadari bahwa program BPJS sangat memperhatikan efisiensi waktu sehingga tidak menimbulkan beban baik bagi keluarga pasien maupun manajemen klinik.

"Saya pikir makin lama dirawat makin baik. Akhirnya saya paham juga kenapa harus cepat pulang." (informan A4/9/2024).

Efisiensi rawat inap dalam layanan BPJS Kesehatan merupakan aspek penting dalam menjaga mutu pelayanan dan ketersediaan sumber daya klinik Putra Medika. Karena sistem pembayaran menggunakan tarif tetap berbasis INA-CBG, fasilitas kesehatan dituntut untuk memberikan pelayanan optimal dalam durasi rawat inap yang terukur dan rasional.

Bagi pasien BPJS, efisiensi rawat inap bukan hanya tentang mempercepat waktu pulang, melainkan juga menjaga agar tidak terjadi rawat inap yang terlalu lama tanpa indikasi medis yang jelas. Efisiensi juga berdampak langsung pada akses pasien lain terhadap layanan rawat inap, terutama di fasilitas kesehatan dengan keterbatasan tempat tidur. Adanya ketentuan waktu rawat inap sangat membantu keluarga pasien BPJS Kesehatan dan juga manajemen klinik.

Biaya Rawat Inap Pasien BPJS Kesehatan di Klinik Putra Medika Cikarang Bekasi

Dalam skema pembiayaan BPJS Kesehatan, efisiensi dan ketepatan penyesuaian tarif layanan sangat bergantung pada pemahaman dan penerapan tarif INA-CBGs di fasilitas pelayanan kesehatan. Wawancara dengan beberapa informan dari Klinik Putra Medika ditemukan bagaimana sistem tarif tersebut diterapkan dalam praktik, termasuk prosedur klaim tambahan untuk kasus-kasus khusus.

Menurut pengakuan para informan bahwa penetapan tarif layanan rawat inap pasien BPJS di Klinik Putra Medika mengikuti struktur tarif yang telah ditentukan oleh BPJS Kesehatan, dengan klasifikasi berdasarkan kelas perawatan dan jenis tindakan medis yang dilakukan. Biaya pelayanan ditanggung melalui sistem (INA-CBGs). Berikut ini data yang diperoleh berdasarkan hasil wawancara dengan informan.

Tarif ditentukan berdasarkan kelas perawatan dan tarif INA-CBGs yang ditetapkan BPJS, dengan penyesuaian sesuai dengan jenis layanan dan ruang rawat inap. (Informan A5/13/12/2024).

Dalam sistem pelayanan kesehatan berbasis BPJS, pemahaman mengenai skema pembiayaan menjadi penting, terutama bagi fasilitas kesehatan yang harus menyeimbangkan kualitas layanan dengan efisiensi biaya. Salah satu temuan utama dari wawancara ini menyoroti bahwa perhitungan biaya rawat inap bagi pasien BPJS tidak dilakukan secara *item-by-item*, melainkan menggunakan sistem paket yang telah ditentukan sebelumnya melalui tarif BPJS. Berikut ini merupakan pengakuan informan penelitian.

Biaya dihitung berdasarkan paket biaya yang sudah disepakati dengan BPJS, dan biaya tambahan hanya diberlakukan untuk kasus tertentu, misalnya komplikasi. (Informan A7/7/12/2024).

Model pembiayaan paket ini memberikan kejelasan dan prediktabilitas bagi klinik, namun juga menuntut kehati-hatian dalam menangani kasus-kasus yang memiliki komplikasi atau membutuhkan tindakan di luar standar. Dalam situasi seperti itu, biaya tambahan dapat diajukan, namun harus melalui mekanisme klaim khusus yang sesuai dengan ketentuan BPJS Kesehatan. Temuan ini menunjukkan bahwa efisiensi finansial dan kepatuhan terhadap kebijakan pembiayaan menjadi dua aspek yang saling berkaitan dalam pengelolaan pasien BPJS di fasilitas pelayanan kesehatan.

Dalam sistem pembiayaan BPJS Kesehatan, layanan rawat inap umumnya mengikuti skema tarif paket standar (INA-CBGs) yang dirancang untuk mengakomodasi prosedur medis umum sesuai diagnosis utama pasien. Namun, realitas di lapangan menunjukkan bahwa tidak semua kasus dapat sepenuhnya tertangani dalam batasan paket tersebut, terutama ketika muncul komplikasi medis atau kebutuhan perawatan intensif. Hasil wawancara dengan tenaga medis dan staf klaim menunjukkan bahwa dalam kondisi semacam ini, fasilitas kesehatan diperkenankan melakukan penyesuaian biaya. Penyesuaian ini dilakukan melalui pengajuan klaim tambahan ke BPJS, dengan catatan bahwa prosedur dan dokumentasinya harus sesuai dengan regulasi yang berlaku. Berikut ini pengakuan informan selaras dengan ketentuan pembiayaan BPJS tersebut.

Penyesuaian biaya dilakukan jika ada komplikasi atau perawatan intensif yang tidak tercakup dalam paket standar BPJS. Misalnya terjadi komplikasi dan perlu penanganan sehingga klinik harus melakukan penyesuaian biaya ranap. (Informan/A1/23/12/2024).

Pengakuan informan tersebut di atas, menekankan pentingnya fleksibilitas dalam skema pembiayaan agar pelayanan tetap responsif terhadap kondisi klinis pasien, sekaligus menunjukkan tantangan administratif dalam pengelolaan kasus yang tidak tercakup secara penuh oleh paket standar.

Hasil wawancara berikutnya juga menunjukkan bahwa staf administratif dan tim penjaminan klaim di fasilitas pelayanan kesehatan telah memahami dan memanfaatkan sistem klaim sebagai bagian dari mekanisme kontrol biaya dan kelangsungan layanan. Pengajuan klaim tambahan dilakukan secara terstruktur, dengan mengikuti standar tarif yang telah ditentukan serta prosedur administratif yang berlaku dari BPJS Kesehatan. Informan A2 mengakui hal tersebut seperti yang diungkapkannya pada sesi wawancara dengan peneliti di akhir tahun 2024 lalu.

Sistem klaim BPJS digunakan untuk mengajukan biaya tambahan yang diperlukan, dengan mengikuti standar tarif dan prosedur yang berlaku. (Informan A8/12/12/2024).

Dalam pelaksanaan layanan rawat inap yang dibiayai oleh BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan tidak hanya terikat pada tarif paket standar, tetapi juga dihadapkan pada situasi klinis yang memerlukan biaya tambahan. Untuk menjembatani kebutuhan tersebut, BPJS menyediakan sistem klaim yang memungkinkan pengajuan biaya tambahan secara resmi dan terdokumentasi.

Adanya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, menjadi dasar penting dalam pengelolaan biaya rawat inap bagi pasien JKN, termasuk peserta BPJS Kesehatan. Regulasi ini mengatur struktur tarif berbasis sistem Indonesia Case-Based Groups (INA-CBGs) (Nugraheni et al., 2021), serta mekanisme penyesuaian biaya untuk kasus-kasus tertentu seperti komplikasi, perawatan intensif, atau kondisi khusus lainnya. Pada bagian pemahasan ini peneliti akan melakukan analisis terhadap hasil temuan penelitian lapangan meliputi tingkat efisiensi biaya rawat inap pasien BPJS Kesehatan, akurasi perhitungan biaya, dan peran informasi serta teknologi terhadap kemudahan layanan kesehatan bagi pasien BPJS. Analisis mengacu pada temuan utama berupa tematik data serta teori-teori relevan dengan temuan tersebut. Analisis atau pemahasan akan dipaparkan secara berurutan sesuai dengan tujuan penelitian yang telah dirancang pada bagian sebelumnya. Berikut adalah pembahasan hasil penelitian yang dimaksud.

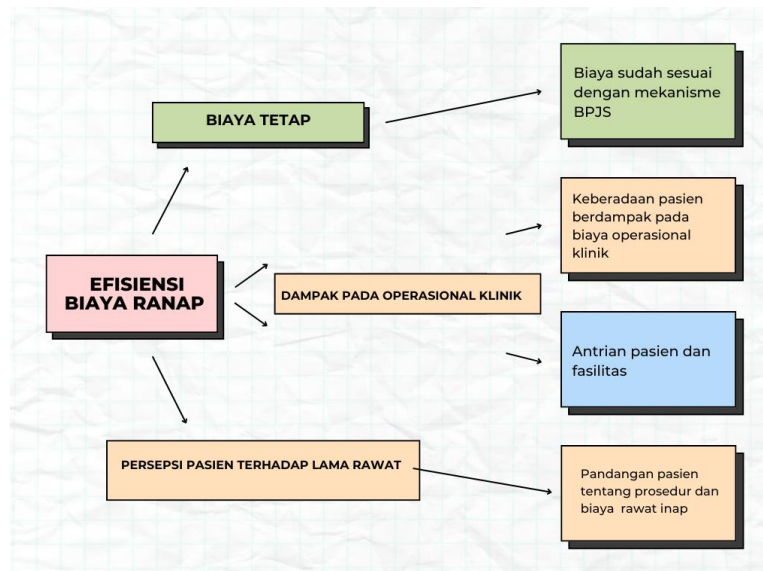
Tingkat Efisiensi Biaya Rawat Inap Pasien BPJS Kesehatan Pada Klinik Putra Medika Cikarang Bekasi

Skema asuransi kesehatan nasional diimplementasikan di berbagai negara sebagai bagian dari upaya untuk mencapai cakupan kesehatan universal. Di Indonesia, UU No. 24 Tahun 2011 mengatur layanan kesehatan untuk angkatan bersenjata di bawah jaminan kesehatan nasional yang dikelola oleh Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Purwalaksana et al., 2021). Akan tetapi, implementasinya belum efektif, sehingga perlunya upaya untuk mempertimbangkan berbagai faktor yang memengaruhi implementasi kebijakan program BPJS tersebut. Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia melibatkan ide tentang penguatan sistem kesehatan dan rekayasa ulang layanan kesehatan primer (Michel et al., 2020).

Pada bagian ini, pembahasan atau analisis dilakukan untuk melihat bagaimana klinik, khususnya Klinik Putra Medika, mengelola proses perhitungan biaya rawat inap sesuai dengan ketentuan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diatur dalam Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan. Analisis ini bertujuan untuk menggambarkan sejauh mana kebijakan pemerintah diimplementasikan secara teknis dan operasional di lapangan, serta bagaimana hal tersebut berdampak pada efisiensi, akuntabilitas, dan mutu pelayanan rawat inap.

Untuk bagian pertama terkait efisiensi biaya rawat inap pada pasien BPJS dipengaruhi oleh beberapa aspek yaitu biaya yang sifatnya tetap, waktu rawat dan dampaknya pada operasional klinik, serta persepsi pasien terhadap waktu rawat inap. Gambar 2 berikut disajikan tematik temuan hasil penelitian terkait efisiensi biaya rawat inap.



Gambar 2. Faktor Pendorong Efisiensi Biaya Rawat Inap Pasien BPJS
Sumber. Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil temuan penelitian bahwa tingkat efiseiensi biaya rawat inap pasien BPJS Kesehatan adalah dengan mematuhi atau taat asas terhadap ketentuan yang telah ditetapkan oleh pemerintah melalui BPJS. Sebagai sistem jaminan sosial nasional BPJS menetapkan bahwa pelayanan kesehatan, termasuk rawat inap, diberikan kepada peserta tanpa membayar langsung di fasilitas kesehatan yang bekerja sama. Namun, penting untuk dipahami bahwa biaya rawat inap pasien BPJS bukan bersifat fleksibel atau berdasarkan tagihan aktual, melainkan dibayar berdasarkan tarif standar yang telah ditetapkan oleh pemerintah (Indrawan et al., 2023). Pembayaran layanan rawat inap kepada rumah sakit untuk pasien BPJS menggunakan sistem INA-CBG (*Indonesia Case-Based Groups*). Sistem ini merupakan sistem paket, di mana rumah sakit mendapatkan pembayaran berdasarkan diagnosa dan prosedur medis, bukan berdasarkan lama hari rawat atau jenis obat yang diberikan. Penerapan sistem pembayaran INA-CBGs untuk pasien BPJS di Indonesia telah menyebabkan perubahan yang signifikan dalam operasional dan manajemen keuangan rumah sakit. Sistem ini, yang menyediakan pembayaran paket berdasarkan diagnosis dan prosedur medis, bukan berdasarkan lama rawat inap atau perawatan tertentu, telah menciptakan tantangan dan peluang bagi rumah sakit (Nugraheni et al., 2021).

Beberapa studi menemukan bahwa pasien yang diasuransikan, termasuk pasien yang menggunakan BPJS, sering kali mengeluarkan biaya rawat inap yang lebih tinggi dibandingkan pasien yang tidak diasuransikan di beberapa negara bagian (Gumber, 2021). Hal ini menunjukkan bahwa tarif standar yang ditetapkan oleh pemerintah tidak selalu menghasilkan biaya yang lebih rendah bagi pasien. Selain itu, penelitian tersebut mengidentifikasi berbagai penyebab kecurangan asuransi kesehatan di rumah sakit, termasuk motif keuangan, faktor perilaku, dan masalah sistemik (Haruddin et al., 2021).

Beberapa negara menghadapi tantangan dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Di Nigeria, pendaftaran ke dalam Skema Jaminan Kesehatan Nasional masih rendah, sehingga menyebabkan pembayaran layanan kesehatan secara out-of-pocket (Khoza-Shangase, 2022). Gambia baru-baru ini memberlakukan undang-undang untuk membentuk Program Jaminan Kesehatan Nasional, dengan studi yang menunjukkan kesediaan masyarakat untuk membayar skema tersebut (Njie et al., 2023).

BPJS Kesehatan, sebagai program asuransi kesehatan nasional Indonesia, bertujuan untuk menyediakan cakupan kesehatan universal dan mengendalikan biaya perawatan kesehatan. Namun, penelitian-penelitian menunjukkan hasil yang beragam mengenai efisiensi biaya dan kualitas layanan. Meskipun pasien BPJS umumnya melaporkan tingkat kepuasan yang tinggi (CSI 83,9%) terhadap layanan kesehatan (Darmawan et al., 2022), ada kekhawatiran tentang kenaikan biaya dan potensi penipuan dalam sistem.

Kekhawatiran tentang kecurangan dalam program asuransi kesehatan juga muncul sebagai akibat dari pergeseran ke sistem pembayaran paket. Motivasi keuangan, faktor perilaku, dan tekanan sosial adalah beberapa penyebab kecurangan (Haruddin et al., 2021). Kecurangan yang dimaksud juga mencakup masalah sistemik seperti kurangnya kontrol internal dan kepemimpinan. Untuk mengembangkan strategi pencegahan kecurangan yang komprehensif dalam sistem INA-CBG, sangat penting untuk memahami faktor-faktor dalam penerapan sistem biaya kesehatan berbasis teknologi informasi tersebut. Namun, upaya untuk meningkatkan efisiensi masih terus dilakukan. Implementasi reformasi pembayaran, seperti sistem Diagnosis-Intervensi Paket (DIP) di Cina, menunjukkan potensi untuk meningkatkan efisiensi layanan kesehatan dan mengelola biaya (Zhang et al., 2024). Demikian pula, skema Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK) di Indonesia bertujuan untuk memberi insentif bagi penggunaan layanan primer dan mengurangi rujukan ke rumah sakit yang tidak perlu, meskipun keberhasilannya masih terbatas (Sambodo et al., 2023).

Meskipun BPJS Kesehatan bertujuan untuk menyediakan layanan rawat inap yang terstandarisasi dan hemat biaya, kenyataannya lebih kompleks. Sistem ini menghadapi tantangan dalam menyeimbangkan antara pengendalian biaya dengan kualitas layanan dan mencegah kecurangan. Perbaikan sistem pembayaran yang berkelanjutan dan mekanisme pengawasan yang lebih kuat diperlukan untuk mencapai efisiensi biaya rawat inap yang diinginkan untuk pasien BPJS Kesehatan (Haruddin et al., 2021). Diperlukan layanan terbaik yang dikenal dengan layanan prima (Rohendi, 2019), bagi pasien BPJS melalui sistem yang mudah digunakan oleh semua lapisan.

Efisiensi biaya rawat inap pasien BPJS Kesehatan juga dipengaruhi oleh dampak terhadap operasional klinik. Artinya bahwa klinik tidak dapat menambah atau mengurangi waktu rawat inap karena hal tersebut akan berdampak terhadap operasional klinik. Efisiensi dalam bisnis atau kewirausahaan adalah kemampuan sebuah perusahaan atau organisasi untuk menggunakan sumber daya (seperti waktu, tenaga kerja, uang, dan bahan baku) secara optimal guna menghasilkan output maksimal dengan biaya serendah mungkin (Andriani et al., 2023). Hal ini pula yang telah dilakukan oleh Klinik Putra Medika sebagai salah satu klinik di Cikarang Bekasi yang telah bekerjasama dengan program BPJS Kesehatan. Upaya yang telah dilakukan oleh Putra Medika juga diperkuat oleh hasil penelitian sebelumnya, sebagai contoh, Tanjung dkk (2022) meneliti efektivitas biaya pengobatan gastritis di rumah sakit TNI AU, sementara Priyadi (2021) menganalisis efektivitas biaya pengobatan diabetes melitus tipe 2 dengan komplikasi. Studi-studi ini menyoroti pentingnya mempertimbangkan perspektif penyedia layanan kesehatan dan pembayar dalam menilai efektivitas biaya di bawah BPJS Kesehatan (Priyadi et al.,

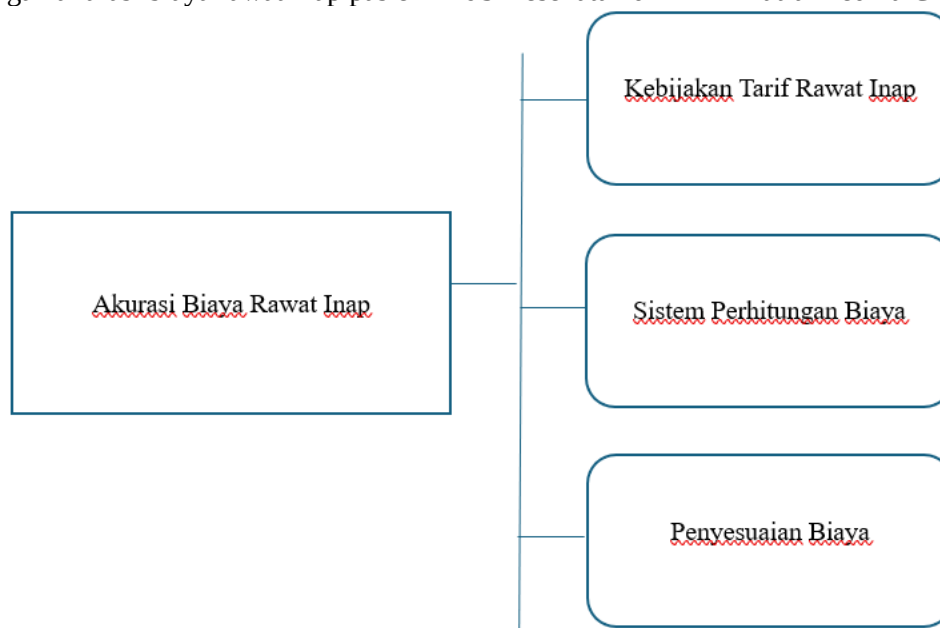
2021).

Implementasi BPJS Kesehatan, telah memberikan berbagai dampak terhadap penyediaan layanan kesehatan dan efektivitas biaya. Sambodo (2023) membahas tentang skema Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK), yang bertujuan untuk memberi insentif bagi penggantian layanan sekunder dengan layanan primer. Meskipun skema ini menunjukkan beberapa efek positif, tingkat aktualnya masih jauh di bawah target program, yang menunjukkan adanya tantangan dalam mengoptimalkan penyediaan layanan kesehatan di bawah BPJS Kesehatan (Sambodo et al., 2023). Meskipun skema ini menunjukkan beberapa efek positif, namun masih jauh di bawah target program, yang menunjukkan adanya tantangan dalam mengoptimalkan penyediaan layanan kesehatan di bawah BPJS Kesehatan. Misalnya penelitian sebelumnya menemukan bahwa cakupan geografis dan aksesibilitas mitra BPJS-Kesehatan juga berperan dalam pemanfaatan layanan kesehatan. Cakupan mitra BPJS-Kesehatan tidak merata di Bandung, dan faktor-faktor seperti karakteristik sosiodemografi dan preferensi layanan kesehatan mempengaruhi pilihan layanan kesehatan primer pasien (Fauziyyah et al., 2024). Meskipun demikian, implementasi BPJS Kesehatan telah berdampak luas pada penyediaan layanan kesehatan, efektivitas biaya, dan pola pemanfaatan di seluruh Indonesia. Penyedia layanan kesehatan harus menghadapi tantangan-tantangan ini untuk mengoptimalkan pemberian layanan kesehatan dalam keterbatasan sistem asuransi kesehatan nasional.

Implementasi program BPJS Kesehatan di Indonesia menghadapi tantangan terkait persepsi dan ekspektasi masyarakat mengenai lama rawat inap di rumah sakit. Meskipun kebijakan bertujuan mengelola waktu rawat inap untuk meningkatkan efisiensi dan akses, ada beberapa faktor yang mempengaruhi masalah tersebut diantaranya adalah tingkat pengetahuan masyarakat yang belum merata terkait program BPJS Kesehatan secara komprehensif.

Faktor Pendukung ketepatan perhitungan biaya rawat inap dengan pembiayaan BPJS kesehatan Pada Klinik Putra Medika Cikarang Bekasi

Analisis pada bagian ini bertujuan untuk menguraikan secara sistematis bagaimana masing-masing faktor berkontribusi terhadap peningkatan akurasi, efisiensi, dan kepatuhan dalam pengelolaan pembiayaan rawat inap untuk pasien JKN. Pemahaman atas faktor pendukung ini penting sebagai dasar perbaikan sistem dan pengambilan kebijakan di level operasional fasilitas pelayanan kesehatan. Gambar 3 berikut dirangkum tematik temuan pokok penelitian terkait faktor-faktor yang mempengaruhi perhitungan akurasi biaya rawat inap pasien BPJS Kesehatan di Klinik Putra Medika Cikarang Bekasi.



Gambar 3. Perhitungan Akurasi Biaya Rawat Inap BPJS Kesehatan Klinik Putra Medika
Sumber: Hasil Penelitian

Berdasarkan pada gambar 3 di atas disebutkan bahwa ketepatan dalam perhitungan biaya rawat inap merupakan komponen kunci dalam keberhasilan pengelolaan pelayanan kesehatan yang dibiayai oleh BPJS Kesehatan. Ketidaktepatan dalam pencatatan atau kalkulasi biaya tidak hanya dapat menimbulkan kendala dalam proses klaim, tetapi juga berpotensi mengganggu kesinambungan layanan di fasilitas kesehatan. Pada Klinik Putra Medika Cikatang Bekasi, sejumlah faktor pendukung telah teridentifikasi sebagai penentu keberhasilan dalam memastikan perhitungan biaya rawat inap sesuai dengan standar dan ketentuan yang ditetapkan oleh BPJS. Faktor-faktor ini mencakup penerapan teknologi informasi seperti sistem informasi klinik (HIS), kompetensi sumber daya manusia dalam memahami struktur tarif INA-CBGs, serta mekanisme internal pengawasan administrasi dan dokumentasi medis. Sangat penting bagi SDM kebijakan tarif rawat inap dan perhitungan akurasi biaya seperti tarif INA-CBG. Chandawarkar (2024) menekankan bahwa dokter sering menghadapi tantangan dalam memenuhi tuntutan manajemen siklus pendapatan, seperti persyaratan pengkodean dan kondisi penggantian biaya yang terus berubah. Kurangnya pelatihan dapat menyebabkan pembayaran yang kurang atau penggantian biaya yang tidak terpenuhi, yang berdampak pada stabilitas keuangan praktik klinis (Chandawarkar et al., 2024).

Mekanisme internal untuk pengawasan administrasi dan dokumentasi medis sangat penting untuk pencatatan biaya yang akurat. Lemahnya sistem pengawasan, peraturan yang tidak ditegakkan dengan baik, dan tidak adanya sanksi bagi pelaku kecurangan sebagai faktor yang berkontribusi terhadap kecurangan asuransi kesehatan di rumah sakit. Meningkatkan kontrol internal ini dapat membantu mencegah ketidakakuratan dan potensi kecurangan (Haruddin et al., 2021).

Kontrol internal yang kuat, peningkatan teknologi, dan pelatihan staf dapat secara signifikan meningkatkan akurasi pencatatan dan penghitungan biaya di fasilitas kesehatan. Pengawasan internal dapat menghasilkan pemrosesan klaim yang lebih efisien dan menjamin kesinambungan layanan. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa implementasi Sistem Informasi Kesehatan (SIK) memainkan peran penting dalam mengelola data perawatan kesehatan dan meningkatkan akurasi. Seperti yang disebutkan dalam Barbieri (2023), HIS dirancang untuk mengatur aliran data yang dihasilkan dan dikonsumsi oleh para profesional perawatan kesehatan dan staf administrasi selama pemberian layanan. HIS tingkat lanjut, seperti EuCliD®, dapat meningkatkan efisiensi dalam proses klinis, mengotomatiskan pelaporan, dan menggabungkan modul AI untuk pengambilan keputusan yang lebih baik (Barbieri et al., 2023). Namun, transisi ke layanan digital dapat menjadi tantangan dan membutuhkan implementasi yang cermat untuk menghindari kesalahan.

Sistem penghitungan biaya rawat inap untuk peserta BPJS Kesehatan tidak berdasarkan biaya aktual yang dikeluarkan rumah sakit, tetapi berdasarkan sistem paket yang disebut INA-CBG (Indonesia Case-Based Groups). Rumah sakit menerima penggantian biaya dalam jumlah tetap untuk layanan yang diberikan di bawah sistem INA-CBG, terlepas dari biaya yang sebenarnya dikeluarkan (Liu et al., 2021). Metode ini dimaksudkan untuk meningkatkan efisiensi dan mengurangi biaya total perawatan kesehatan. Sebagai contoh, sebuah penelitian tentang pengobatan diabetes tipe 2 menemukan bahwa sistem INA-CBG menurunkan biaya bagi pembayar daripada penyedia layanan kesehatan (Priyadi et al., 2021). Namun demikian, sistem perhitungan biaya rawat inap sistem tarif INA-CBG dan kualitas layanan yang diberikan kepada anggota BPJS Kesehatan menimbulkan kekhawatiran (Syahputra & Munandar, 2021). Selain itu, untuk meningkatkan penggantian biaya, sistem pembayaran tetap dapat mendorong tindakan curang di rumah sakit seperti upcoding atau penerimaan yang tidak perlu (Haruddin et al., 2021). Meskipun tujuan sistem INA-CBG adalah untuk mengurangi biaya dan meningkatkan efisiensi, pemerintah juga menghadapi masalah dalam memastikan kualitas layanan dan penggantian biaya yang adil. Evaluasi dan penyesuaian sistem yang berkelanjutan mungkin diperlukan untuk menyeimbangkan pengendalian biaya dengan kualitas layanan kesehatan dan keberlanjutan penyedia layanan.

5 Simpulan dan Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Klinik Putra Medika Cikarang, Bekasi, dapat disimpulkan bahwa pengelolaan perhitungan biaya rawat inap untuk pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah berjalan cukup optimal dan sejalan dengan ketentuan Permenkes No. 3 Tahun 2023. Hal ini terlihat dari tiga aspek utama yang diteliti:

1. Tingkat efisiensi rawat inap pasien BPJS Kesehatan menunjukkan hasil yang baik, di mana durasi rawat inap, pemanfaatan sumber daya, serta kesesuaian tindakan medis dengan tarif INA-CBG berada dalam batas efisien. Minimnya klaim yang ditolak dan tidak adanya pembengkakan biaya menandakan bahwa manajemen klinik telah mampu menjalankan pelayanan rawat inap secara cost-effective.
2. Indikator akurasi perhitungan biaya rawat inap memperlihatkan bahwa proses pengkodean diagnosis, penentuan tingkat keparahan, serta pemilihan tarif INA-CBG dilakukan dengan cukup akurat. Kesalahan dalam pengisian data dan ketidaksesuaian kode cukup rendah, meskipun masih diperlukan peningkatan pemahaman teknis oleh tenaga admin dan verifikator medis untuk mengurangi potensi klaim yang tidak sesuai.

Secara keseluruhan, pengelolaan perhitungan biaya rawat inap di Klinik Putra Medika Cikarang Bekasi dapat dijadikan contoh praktik baik dalam pelaksanaan sistem JKN berbasis regulasi yang berlaku, dengan catatan perlu adanya penguatan sumber daya manusia dan pemeliharaan sistem teknologi informasi secara berkala. Penelitian ini memberikan beberapa implikasi manajerial penting bagi pimpinan dan pengelola fasilitas kesehatan, khususnya di Klinik Putra Medika Cikarang Bekasi, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rawat inap serta efisiensi dan akurasi dalam pengelolaan pembiayaan BPJS Kesehatan. Implikasi meliputi; manajemen perlu mempertahankan dan terus meningkatkan efisiensi operasional rawat inap, dengan memantau rata-rata lama hari rawat (*Average Length of Stay*) serta rasio penggunaan tempat tidur (*BOR – Bed Occupancy Rate*) secara berkala. Hal ini penting untuk menjaga keseimbangan antara pelayanan yang optimal dan biaya yang sesuai standar INA-CBG. Evaluasi rutin terhadap alur klinis dan pengendalian biaya pada kasus-kasus high-cost juga dapat memperkecil potensi kerugian akibat mismatch antara biaya aktual dan tarif yang dibayarkan BPJS. Diperlukan pelatihan berkala bagi tenaga administrasi dan verifikator medis terkait pengkodean diagnosis (ICD-10) dan prosedur (ICD-9-CM) untuk meminimalkan kesalahan dalam klaim yang dapat mempengaruhi akurasi perhitungan biaya. Implementasi SOP klaim berbasis Permenkes No. 3 Tahun 2023 juga harus diperkuat sebagai panduan kerja yang konsisten dan terstandarisasi di semua unit terkait. Sistem informasi manajemen klinik (SIM Klinik) yang terintegrasi dengan sistem BPJS dan *software grouper* perlu terus dikembangkan, termasuk melakukan upgrade sistem, integrasi dengan e-rekam medis, serta pencadangan data secara otomatis untuk mendukung efisiensi dan akurasi data klaim.

Manajemen rumah sakit harus mengalokasikan anggaran untuk *maintenance* dan pengembangan TI, serta menunjuk tim IT internal yang responsif dalam menangani kendala teknis yang berdampak langsung pada kecepatan dan ketepatan proses klaim. Dengan hasil efisiensi dan akurasi yang dapat diukur, manajemen dapat menggunakan data klaim INA-CBG sebagai dasar dalam mengambil keputusan strategis, seperti perencanaan anggaran, pengadaan obat dan alat kesehatan, serta pengaturan jadwal dokter dan tenaga medis agar sejalan dengan beban kasus dan potensi pembiayaan. Melalui pengelolaan pembiayaan yang transparan dan sistematis, klinik dapat membangun kepercayaan pasien JKN serta menjaga hubungan kemitraan yang baik dengan BPJS Kesehatan sebagai pemberi dana layanan. Adapun saran yaitu perlunya manajemen membentuk tim audit internal untuk memantau dan mengevaluasi efisiensi penggunaan tempat tidur dan lama rawat inap secara berkala, dengan dukungan dashboard digital berbasis data *real-time*.

Referensi

- Alharbi, S., Alasmari, A., Hanafy, E., & Ellawindy, A. (2023). Reduction of hospital bed cost for inpatient overstay through optimisation of patient flow. *BMJ Open Quality*, 12(2), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-002142>
- Alradhi, Z., & Alanazi, A. (2023). The Road Ahead and Challenges of Revenue Cycle Management in Saudi Governmental Hospitals. *Healthcare (Switzerland)*, 11(20), 1–11. <https://doi.org/10.3390/healthcare11202716>
- Andriani, R., Agung, I. W., & Hidayat, D. (2023). *Kepemimpinan dan Kewirausahaan Pada Era Digital* (1 (ed.)). Simbiosis Rekatama Media.
- Barbieri, C., Neri, L., Stuard, S., Mari, F., & Martín-Guerrero, J. D. (2023). From electronic health records to clinical management systems: how the digital transformation can support healthcare services. *Clinical Kidney Journal*, 16(11), 1878–1884. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfad168>
- Chai, H. H., Gao, S. S., Chen, K. J., Duangthip, D., Lo, E. C. M., & Chu, C. H. (2021). A concise review on qualitative research in dentistry. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030942>
- Chandawarkar, R., Nadkarni, P., Barmash, E., Thomas, S., Capek, A., Casey, K., & Carradero, F. (2024). Revenue Cycle Management: The Art and the Science. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*, 12(7), e5756. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000005756>
- Cupiadi, H., & Fadhilah, S. N. (2023). Pengaruh Fasilitas dan Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pelanggan di Sarana Olahraga (SOR) Kerkof Garut. *Journal of Knowledge Management*, 17(2), 2–9.
- Darmawan, D., Issalillah, F., Khayru, R. K., Herdiyana, A. R. A., Putra, A. R., Mardikaningsih, R., & Sinambela, E. A. (2022). BPJS Patients Satisfaction Analysis Towards Service Quality of Public Health Center in Surabaya. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 18(4), 124–131. <https://doi.org/10.30597/mkmi.v18i4.19773>
- Fauziyyah, A. N., Shibanuma, A., Ong, K. I. C., & Jimba, M. (2024). What are the factors affecting primary care choice when the access under health insurance scheme is limited?: a cross-sectional study in Bandung, Indonesia. *BMC Primary Care*, 25(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02296-6>
- Finn, G. M., Dueñas, A. N., Kehoe, A., & Brown, M. E. L. (2022). A novice's guide to qualitative health professions education research. *Clinical and Experimental Dermatology*, 47(12), 2090–2095. <https://doi.org/10.1111/ced.15381>
- Gumber, A. (2021). Equity in healthcare utilisation and cost of treatment in Western India. *Journal of Social and Economic Development*, 23(s1), 131–152. <https://doi.org/10.1007/s40847-020-00121-1>
- Handayani, J. (2024). Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Di Puskesmas Susukan 2. *Journal of Knowledge Management*, 4(1), 1–20. <https://doi.org/10.54199/pjeb.v4i1.262>
- Haruddin, H., Purwana, D., & Anwar, C. (2021). PHENOMENON of CAUSAL FRAUD HEALTH INSURANCE in HOSPITALS: THEORY of GEAR FRAUD. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 16(4), 1–9. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v16i4.895>
- Hidayanto, A. N., Hidayat, D., Restiani, Y., & Andikarya, R. O. (2024). Kemudahan , Manfaat dan Sikap Terhadap Perilaku Penggunaan Teknologi SIMRS Pada Rumah Sakit Wijayakusuma Purwokerto. *Journal of Knowledge Management*, 18(2), 01–11.
- Hidayat, D. (2023). *Public Relations Budaya*. Simbiosis Rekatama Media.
- Hidayat, D., Kuswarno, E., Zubair, F., & Hafiar, H. (2018). Public Relations Communication Behavior Through a Local-Wisdom Approach: The Findings of Public Relations Components Via Ethnography as Methodology. *Malaysian Journal of Communication*, 34(3), 56–72.
- Hyland, S. J., Wetshtein, A. M., Grable, S. J., & Jackson, M. P. (2023). Acute Pain Management Pearls: A Focused Review for the Hospital Clinician. *Healthcare (Switzerland)*, 11(1). <https://doi.org/10.3390/healthcare11010034>
- Indrawan, G., Lemes, I. N., & Surata, I. N. (2023). Peranan Dinas Kesehatan Dalam Pencegahan Dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Berdasarkan

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Di Kabupaten Buleleng. *Kartika Widya Jurnal Hukum*, 11(2), 59–84.
- Khoza-Shangase, K. (2022). Implementation of early hearing detection and intervention in South Africa. In *Complexities and challenges in preventive audiology: An African perspective*. <https://doi.org/10.4102/aosis.2022.bk311.02>
- Li, M., Yang, J., Shen, J., Xu, J., & Gu, D. (2024). Analysis of the impact of China Healthcare Security diagnosis-related groups payment reform on the hospitalization costs for uvulopalatopharyngoplasty in obstructive sleep apnea patients at Hospital C. *BMC Health Services Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11997-8>
- Liu, J., Capurro, D., Nguyen, A., & Verspoor, K. (2021). Early prediction of diagnostic-related groups and estimation of hospital cost by processing clinical notes. *Npj Digital Medicine*, 4(1). <https://doi.org/10.1038/s41746-021-00474-9>
- Michel, J., Obrist, B., Bärnighausen, T., Tediosi, F., McIntyre, D., Evans, D., & Tanner, M. (2020). What we need is health system transformation and not health system strengthening for universal health coverage to work: Perspectives from a National Health Insurance pilot site in South Africa. *South African Family Practice*, 62(1), 1–15. <https://doi.org/10.4102/safp.v62i1.5079>
- Muhlis, A. N. A. (2022). Determinants of the National Health Insurance Uptake in Indonesia. *Indonesian Journal of Health Administration*, 10(1), 111–121. <https://doi.org/10.20473/jaki.v10i1.2022.111-121>
- Nirmalasari, A. (2020). Crisis Management in Public Relations: Meta-Synthesis Analysis of Online Activism. *Jurnal Penelitian Komunikasi Dan Opini Publik*, 24(2), 99–112. <https://doi.org/10.33299/jpkop.24.2.2446>
- Njie, H., Wangen, K. R., Chola, L., Gopinathan, U., Mdala, I., Sundby, J. S., & Ilboudo, P. G. C. (2023). Willingness to pay for a National Health Insurance Scheme in The Gambia: a contingent valuation study. *Health Policy and Planning*, 38(1), 61–73. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac089>
- Nugraheni, W. P., Zahroh, A. H., & Hartono, R. K. (2021). Best Practice of Hospital Management Strategy To Thrive in the National Health Insurance Era. *Indonesian Journal of Health Administration*, 9(1), 9–22. <https://doi.org/10.20473/jaki.v9i1.2021.9-22>
- Nugroho, S. T., Ahsan, A., Kusuma, D., Adani, N., Irawaty, D. K., Amalia, N., & Hati, S. R. H. (2023). Income Disparity and Healthcare Utilization: Lessons from Indonesia's National Health Insurance Claim Data. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 24(10), 3397–3402. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.10.3397>
- Priyadi, A., Permana, H., Muhtadi, A., Sumiwi, S. A., Sinuraya, R. K., & Suwantika, A. A. (2021). Cost-effectiveness analysis of type 2 diabetes mellitus (T2dm) treatment in patients with complications of kidney and peripheral vascular diseases in Indonesia. *Healthcare (Switzerland)*, 9(2), 1–9. <https://doi.org/10.3390/healthcare9020211>
- Purwalaksana, I. B., Sumartono, Haryono, B. S., Wike, & Riyadi, B. S. (2021). IMPLICATIONS OF SOCIAL INEQUALITY FOR SOLDIERS IN HEALTH SERVICES OF THE INDONESIAN NATIONAL ARMED FORCES MANAGED BY THE SOCIAL SECURITY AGENCY. *Comparative and General Pharmacology*, 56(3), 46–60. <https://doi.org/10.35741/issn.0258-2724.56.3.26>
- Pyo, J., Lee, W., Choi, E. Y., Jang, S. G., & Ock, M. (2023). Qualitative Research in Healthcare: Necessity and Characteristics. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 56(1), 12–20. <https://doi.org/10.3961/jpmph.22.451>
- Rana, K., Poudel, P., & Chimoriya, R. (2023). Qualitative Methodology in Translational Health Research: Current Practices and Future Directions. *Healthcare (Switzerland)*, 11(19), 1–16. <https://doi.org/10.3390/healthcare11192665>
- Rohendi, A. (2019). The Service Management Triangle. *Service Management Triangle: Jurnal Manajemen Jasa*, 1(1).
- Sambodo, N. P., Bonfrer, I., Sparrow, R., Pradhan, M., & van Doorslaer, E. (2023). Effects of performance-based capitation payment on the use of public primary health care services in Indonesia. *Social Science and Medicine*, 327(Cc), 115921. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115921>

- Swanson, R., MSDM}, title={Manajemen S. D. M. T. K. dalam, author={Afriyani, Fauzia and Hasan, Lily Dianafitry and Rokhmat, Abdul and Wahyudin, Yudi and Syarweny, N., Year={2024}, Indonesia}, publisher={PT. S. P., }@book{afriyani2024manajemen, MSDM}, title={Manajemen S. D. M. T. K. dalam, author={Afriyani, Fauzia and Hasan, Lily Dianafitry and Rokhmat, Abdul and Wahyudin, Yudi and Syarweny, N., Year={2024}, Indonesia}, publisher={PT. S. P., & A, }ichard. (2022). *Foundations of human resource development*. Berrett-Koehler Publishers.
- Syahputra, A. R., & Munandar, A. I. (2021). The Hike in BPJS Kesehatan's Premiums based on The principle of Justice in Service Regulation of Healthcare Insurance. *Law Reform: Jurnal Pembaharuan Hukum*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.14710/lr.v17i1.37548>
- Zhang, Y., Xu, S. Y., & Tan, G. M. (2024). Unraveling the effects of DIP payment reform on inpatient healthcare: insights into impacts and challenges. *BMC Health Services Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11363-8>