

**PENDAMPINGAN IDENTIFIKASI PEMBOROSAN OPERASIONAL
RUMAH SAKIT BERBASIS FRAMEWORK SEVEN SOURCES OF
WASTEFUL SPENDING DI RS PKU SEKAPUK**

Tjatur Ermitajani Judi

Master of Health Administration,
Muhammadiyah University of Lamongan
tjerjud.08@gmail.com

ABSTRAK

Ketatnya kompetisi industri pelayanan kesehatan di Kabupaten Lamongan menuntut rumah sakit swasta untuk meninggalkan model tata kelola tradisional yang memicu tingginya pemborosan anggaran (*wasteful spending*). Rumah Sakit Pembina Kesejahteraan Umat (RS PKU) Sekapuk menghadapi tantangan manajerial di mana 80% staf berlatar belakang klinis murni tanpa bekal keahlian tata kelola modern, sehingga memicu inefisiensi layanan dan kebocoran pendapatan. Program Pengabdian kepada Masyarakat (PKM) ini bertujuan untuk mendeteksi, mengukur, dan memetakan simpul inefisiensi operasional eksisting pada fasilitas kesehatan RS. Metode pelaksanaan dilakukan melalui pendampingan teknis dan Diskusi Kelompok Terfokus (FGD) kolaboratif bersama 25 pengelola inti rumah sakit dengan mengadopsi kurikulum *Asian Tiger Healthcare Camp* dan Ikatan Konsultan Kesehatan Indonesia (IKKESINDO). Hasil pengabdian menunjukkan adanya akumulasi pemborosan simultan berkategori tinggi pada seluruh parameter instrumen *The Seven Biggest Sources of Wasteful Spending*. Akar masalah utama terdeteksi pada penumpukan antrean rawat jalan (*operational inefficiencies*), ketidakpastian rantai pasok farmasi konvensional, serta berkas klaim tertunda (*revenue leakage*). Audit komprehensif ini berhasil merumuskan peta jalan (*roadmap*) tata kelola baru yang menjadi landasan ilmiah bagi jajaran direksi dalam menentukan prioritas intervensi mutu berkelanjutan.

Kata Kunci: *Audit Operasional; Kebocoran Pendapatan; Manajemen Rumah Sakit; Wasteful Spending.*

A. PENDAHULUAN

Industri pelayanan kesehatan kontemporer di tingkat daerah menghadapi lanskap kompetisi bebas yang kian berisiko tinggi. Akselerasi pertumbuhan jumlah fasilitas kesehatan modern di Kabupaten Lamongan, termasuk ekspansi jaringan rumah sakit berbasis organisasi keagamaan dan klinik swasta, memicu perebutan pangsa pasar yang ketat di antara fasilitas kesehatan non-pemerintah. Dominasi latar belakang klinis murni pada jajaran manajemen tanpa diimbangi pelatihan tata kelola tingkat lanjut mengakibatkan bias dalam pengambilan keputusan harian. Kebijakan taktis sering kali mengabaikan efisiensi biaya operasional korporat (Trisnantoro, 2005).

Dinamika ini menempatkan rumah sakit swasta berbasis keagamaan pada posisi yang rentan jika tidak adaptif terhadap perubahan tata kelola operasional. Di satu sisi, inflasi medis memicu lonjakan biaya operasional pengadaan obat, alat

kesehatan, dan pemeliharaan fasilitas secara signifikan setiap tahunnya. Di sisi lain, pembatasan tarif paket pelayanan serta pengetatan regulasi akreditasi nasional membatasi fleksibilitas margin keuntungan finansial fasilitas kesehatan (Firdaus & Ramadhan, 2024). Akibatnya, rumah sakit daerah dituntut mampu memperluas kapasitas pelayanan tanpa membiarkan terjadinya pembengkakan biaya internal (*cost inflation*).

Ketidakmampuan mengendalikan inefisiensi dalam studi manajemen operasional rumah sakit modern, dipandang sebagai sumber pemborosan anggaran terbesar atau *wasteful spending* (Wahlullizar et al., 2026). Tindakan pemangkasan biaya secara langsung (*cost-cutting*) sering kali abai terhadap kebocoran pendapatan (*revenue leakage*) yang bersifat laten. Pemborosan operasional kesehatan (*operational inefficiencies*) umumnya mewujud dalam bentuk duplikasi alur kerja birokrasi, manajemen persetujuan (*approval*) berjenjang yang lambat, serta penumpukan pasien (*bottleneck*) di loket pendaftaran dan depo farmasi. Aktivitas-aktivitas yang tidak memberikan nilai tambah (*non-value-added activities*) ini memicu pembengkakan biaya administratif, waktu tunggu yang panjang (*waste waiting*), serta penurunan utilitas aset pelayanan (Wiasa, 2026; Rizky D et al., 2025). Pada akhirnya, inefisiensi operasional bertindak sebagai *hidden cost* yang secara simultan menggerus indeks kepuasan pasien, memicu *workforce burnout* pada staf, dan menurunkan ketahanan finansial rumah sakit.

RS PKU Sekapuk merupakan salah satu fasilitas kesehatan swasta yang memegang peranan strategis dalam melayani masyarakat di wilayah Lamongan. Kendati demikian, rumah sakit ini masih dikelola dengan pendekatan manajerial konvensional-tradisional. Akar masalah internal bersumber dari kelemahan kapasitas sumber daya manusia, di mana 80% pekerja dan tenaga kesehatan (tenaga kesehatan) merupakan lulusan keperawatan, kebidanan, kesehatan, ekonomi, dan administrasi RS yang secara empiris belum memiliki kompetensi manajerial kuat. Dominasi latar belakang klinis murni tanpa pelatihan tata kelola tingkat lanjut mengakibatkan bias dalam pengambilan keputusan harian. Staf cenderung terjebak pada pemecahan masalah taktis harian (*firefighting mode*) daripada perbaikan sistemik jangka panjang. Kondisi ini berimplikasi langsung pada buruknya manajemen alur pasien (*patient flow management*), birokrasi administrasi yang lambat, serta ketidakakuratan koordinasi lintas unit yang secara simultan menurunkan volume kunjungan pasien tahunan.

Melihat kompleksitas problematika RS, intervensi pengabdian masyarakat ini menjadi urgensi akademik dan praktis yang mendesak untuk dilaksanakan. Perbaikan performa rumah sakit tidak dapat dilakukan secara acak tanpa adanya basis data yang objektif (*evidence-based decision making*). Program pendampingan ini mengadopsi modul dan kurikulum *Asian Tiger Healthcare Camp* serta program khusus Ikatan Konsultan Kesehatan Indonesia (Ikkesindo) sebagai pisau analisis utama. Berdasar *Framework The Seven Biggest Sources of Wasteful Spending*, tim pengabdian mendampingi manajemen rumah sakit melakukan audit komprehensif untuk mendeteksi, mengukur, dan memetakan titik kebocoran serta inefisiensi pada sistem operasional eksisting (Wahlullizar et al., 2026). Identifikasi awal melalui instrumen terstandarisasi ini menjadi landasan mutlak sebelum melangkah ke perbaikan mutu berkelanjutan (*Continuous Quality*

Improvement) guna mereposisi daya saing RS PKU Sekapuk di radar pelayanan kesehatan regional.

B. METODE PELAKSANAAN PENDAMPINGAN

Desain Pendampingan dan Karakteristik RS

Program Pengabdian kepada Masyarakat (PKM) ini didesain dalam bentuk pendampingan teknis berbasis pemecahan masalah (*problem-based mentoring*) dan lokakarya terstruktur. Kegiatan dilaksanakan selama tiga bulan, terhitung sejak April hingga Juni 2026, bertempat di Aula Pertemuan RS PKU Sekapuk, Kabupaten Lamongan. Sasaran utama atau strategis RS dalam program ini adalah elemen pengelola inti rumah sakit, yang terdiri dari unsur jajaran Direksi, Kepala Bidang Medis, Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Bagian Keuangan, Kepala Bagian Administrasi Umum, serta seluruh Kepala Unit Pelayanan Pelaksana (Poli Rawat Jalan, IGD, dan Instalasi Farmasi) dengan total peserta aktif sebanyak 25 orang. Pemilihan komponen didasarkan pada peran vital sebagai pembuat kebijakan operasional harian fasilitas kesehatan yang langsung bersinggungan dengan objek inefisiensi sistemik (Firdaus & Ramadhan, 2024).

Tahapan Pelaksanaan Intervensi PKM

Sesuai dengan cetak biru tata kelola organisasi, tahapan pelaksanaan kegiatan ini dibagi ke dalam tiga fase kronologis sistematis yang diadopsi dari siklus modifikasi manajemen perubahan guna mengurai resistensi internal staf (Kasali, 2006). Fase 1, pra-pendampingan (*Pre-Intervention Assessment*). Tim PKM melakukan observasi lapangan awal tanpa intervensi terhadap alur birokrasi penyerahan dokumen pendaftaran, waktu tunggu poli rawat jalan, dan proses penyiapan obat di farmasi. Pada tahap ini, wawancara mendalam (*in-depth interview*) juga dilakukan secara acak kepada staf garis depan untuk memvalidasi indikasi awal pemborosan operasional (Firdaus & Ramadhan, 2024). Fase 2, pelaksanaan utama (Pendampingan dan lokakarya). Pelaksanaan program inti dilakukan melalui kerja klasikal kolaboratif. Tim PKM menyelenggarakan sesi bedah materi aplikatif *Building An Efficient & Scalable Healthcare System*. Setelah pemaparan materi, peserta dibagi ke dalam kelompok kerja lintas divisi untuk melakukan *Focus Group Discussion* (FGD). Di dalam FGD ini, peserta dipandu untuk mendeteksi inefisiensi unit masing-masing menggunakan borang penilaian mandiri terstandardisasi. Fase 3, pasca-pendampingan (analisis dampak) dengan kegiatan tabulasi dan pembobotan skor instrumen pemborosan, dan; pemetaan matriks skala prioritas intervensi taktis (analisis dampak). Hasil temuan dari borang instrumen dikumpulkan, divalidasi silang antar-divisi, kemudian ditabulasi untuk menghitung bobot signifikansi pemborosan yang terjadi. Tahap akhir metode ini menghasilkan dokumen pemetaan skala prioritas masalah internal rumah sakit.

Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen utama yang digunakan sebagai pisau analisis dalam pengumpulan data objektif di lapangan adalah borang kuesioner audit yang diadopsi dari kerangka kerja kendali mutu dan biaya kesehatan. Akselerasi akuntabilitas publik menuntut institusi pelayanan kesehatan untuk menggeser paradigma tata kelola internal dari model konvensional menuju sistem pengukuran kinerja berbasis data

(*data-driven performance*). Di tengah ketatnya iklim kompetisi fasilitas kesehatan di Kabupaten Lamongan, manajemen rumah sakit tidak lagi dapat bergantung pada penilaian subjektif dalam mengukur produktivitas sumber daya manusianya, melainkan harus berbasis pada analisis beban kerja yang riil (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025).

Instrumen membedah kondisi riil tata kelola rumah sakit ke dalam tujuh parameter pemborosan yang dinilai menggunakan skala Likert (1 = Sangat Rendah hingga 5 = Sangat Tinggi) (Firdaus & Ramadhan, 2024). Indikator operasional yang dinilai dalam kuesioner terstruktur meliputi: *Operational inefficiencies*, mengukur durasi waktu tunggu pasien, kerumitan birokrasi sirkulasi rekam medis, dan adanya duplikasi pencatatan dokumen administratif (Morales et al., 2024); *Revenue leakage*, mengidentifikasi potensi habis pakai medis yang tidak tertagih (*unbilled consumables*), kegagalan input tindakan, serta penundaan berkas klaim asuransi akibat salah coding; *Poor manpower productivity*, menilai beban kerja staf administrasi dibandingkan dengan *output* kerja harian serta tingkat *idle time* pegawai akibat tidak adanya *Standard Operating Procedure* (SOP) alur penugasan yang jelas; *Procurement and supply chain inefficiency*, mendeteksi penumpukan obat kedaluwarsa di gudang farmasi (*overstock*) atau terjadinya kekosongan obat esensial akibat pola pemesanan tradisional; *Low value spending expenses*, mengevaluasi pos pengeluaran rutin operasional non-medis yang tidak berdampak langsung pada peningkatan mutu pelayanan pasien; *Technology spending without measurable impact*, menilai efektivitas dan pemanfaatan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) eksisting, apakah berfungsi optimal atau sekadar menjadi perangkat pencatatan pasif, dan; *Poor asset utilization*, mengukur tingkat keterisian ruangan (*bed occupancy rate*), penggunaan alat penunjang medis (laboratorium dan radiologi), serta efisiensi utilitas kendaraan operasional.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Hasil Audit Pemborosan Operasional

Pelaksanaan FGD yang dikombinasikan dengan pengisian borang penilaian mandiri terstandardisasi melahirkan pemetaan komprehensif mengenai tingkat pemborosan di RS PKU Sekapuk. Berdasarkan rekapitulasi skor instrumen *The Seven Biggest Sources of Wasteful Spending*, manajemen internal mengonfirmasi bahwa ketujuh area pemborosan berada pada kategori “Tinggi” hingga “Sangat Tinggi.” Fenomena ini membuktikan adanya akumulasi inefisiensi yang berjalan simultan di seluruh lini tata kelola rumah sakit, mulai dari aspek input sumber daya, proses pelayanan, hingga output keuangan.

Analisis 7 Sumber Terbesar Pemborosan Pengeluaran

Sumber pemborosan pertama, *operational inefficiencies* (dilema alur pasien dan birokrasi lama) temuan pada klaster pertama menunjukkan adanya sumbatan masif (*bottleneck*) dalam manajemen pergerakan pasien (*patient flow management*), khususnya pada instalasi rawat jalan. Alur birokrasi pendaftaran yang masih bersifat konvensional memicu penumpukan antrean panjang pada jam-jam sibuk (pukul 08.00–11.00 WIB). Inefisiensi diperparah oleh waktu tunggu penyiapan dokumen rekam medis manual, serta mekanisme persetujuan

penjaminan yang berbelit-belit. Dalam perspektif operasional fasilitas kesehatan, waktu tunggu yang panjang merupakan bentuk pemborosan waktu (*waste of waiting*) yang secara psikologis menjadi beban biaya non-finansial bagi pasien, sehingga berkontribusi langsung pada jatuhnya angka kepuasan pelanggan (Morales et al., 2024).

Sumber pemborosan kedua, *revenue leakage* (Kebocoran tagihan dan klaim). Kebocoran pendapatan di RS PKU Sekapuk terdeteksi terjadi pada dua titik utama, yaitu pra-penagihan pelayanan pasien umum dan pasca-pelayanan pasien jaminan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Pada pelayanan pasien umum, ketiadaan sistem integrasi pencatatan tindakan mengakibatkan timbulnya item habis pakai medis yang tidak sempat diinput ke dalam tagihan akhir pasien (*unbilled consumables*). Sementara itu, pada klaster pasien jaminan, kebocoran terjadi akibat tingginya frekuensi berkas klaim yang tertunda (*pending claim*) atau ditolak (*dispute*) oleh verifikator (Firdaus & Ramadhan, 2024). Kebocoran-kebocoran laten ini bertindak sebagai *hidden cost* yang secara agresif menggerus arus kas (*cash flow*) dan mengganggu likuiditas keuangan rumah sakit swasta yang menghadapi persaingan ketat di Lamongan.

Sumber pemborosan ketiga, *poor manpower productivity* (keterbatasan kompetensi 80% staf klinis). Fakta lapangan menunjukkan 80% pekerja dan tenaga kesehatan berlatar belakang lulusan keperawatan, kebidanan, kesehatan, ekonomi, dan administrasi Rumah Sakit belum memiliki kapasitas manajerial kuat menjadi pemicu utama rendahnya produktivitas tenaga kerja. Ketidadaan bekal keahlian tata kelola membuat pembagian beban kerja (*workload*) berjalan timpang dan tidak terstruktur. Staf administrasi unit sering kali mengalami *idle time* (waktu menganggur) karena ketidakjelasan uraian tugas (SOP) harian, namun di sisi lain terjadi *overworked* pada staf tertentu saat terjadi lonjakan pasien. Fenomena transisi peran dari klinisi ke manajer (*clinician-to-manager dilemma*) tanpa intervensi pelatihan tata kelola mutakhir terbukti menurunkan efisiensi koordinasi lintas fungsi dan memperlambat respons birokrasi organisasi (Spehar et al., 2014).

Sumber pemborosan keempat, *procurement and supply chain inefficiency* (mekanisme rantai pasok tradisional). Sistem pengelolaan inventaris farmasi dan logistik di RS PKU Sekapuk masih mengandalkan kalkulasi perkiraan tradisional (intuitif), bukan berbasis data konsumsi riil (*evidence-based forecasting*). Dampak dari tata kelola konvensional ini memicu dua kerugian simultan: penumpukan stok berlebih (*overstock*) pada obat-obatan non-fast-moving yang meningkatkan risiko kedaluwarsa, serta sebaliknya, terjadinya kekosongan berkala pada depo obat esensial. Ketidakpastian rantai pasok memaksa pasien mengantre sangat lama di depo farmasi untuk menunggu pengadaan cito atau membeli obat ke luar rumah sakit, yang secara teoritis diidentifikasi sebagai pemborosan logistik pelayanan kesehatan (Wahlullizar et al., 2026).

Sumber pemborosan kelima, *low value spending expenses* (pengeluaran rutin non-strategis). Hasil audit anggaran menunjukkan adanya alokasi pengeluaran rutin operasional yang tidak berkorelasi langsung dengan peningkatan mutu layanan kesehatan maupun keselamatan pasien (*patient safety*). Pengeluaran bernilai rendah (*low value spending*) mencakup pembengkakan biaya cetak dokumen administrasi akibat duplikasi formulir manual, penggunaan utilitas

kantor yang tidak efisien, serta tingginya biaya rapat koordinasi reaktif untuk menyelesaikan masalah operasional harian yang repetitif. Anggaran yang seharusnya dapat direalokasikan untuk program pelatihan manajerial staf justru terserap pada pos-pos operasional non-strategis.

Sumber pemborosan keenam, *technology spending without measurable impact* (SIMRS pasif). RS PKU Sekapuk sejatinya telah mengadopsi SIMRS. Namun, pemanfaatannya belum memberikan dampak operasional yang terukur (*measurable impact*). SIMRS eksisting baru difungsikan sebatas alat pencatat transaksi keuangan di kasir dan penginputan data demografi pasien di loket depan. Sistem belum terintegrasi secara modular ke unit laboratorium, radiologi, rekam medis elektronik (RME), maupun depo farmasi. Keterbatasan integrasi membuat investasi teknologi informasi terkesan mubazir karena staf tetap harus melakukan verifikasi berbasis kertas (*paper-based*) secara manual, yang memperpanjang jalur birokrasi internal fasilitas kesehatan.

Sumber pemborosan ketujuh, *poor asset utilization* (rendahnya utilitas ruangan dan alat medis). Area pemborosan terakhir berkaitan dengan optimalisasi pemanfaatan aset tetap rumah sakit. Akibat penurunan volume kunjungan pasien secara umum, terjadi fluktuasi tajam pada tingkat keterisian tempat tidur (*Bed Occupancy Rate/BOR*). Beberapa bangsal rawat inap sering berada di bawah standar efisiensi ideal nasional. Selain itu, utilisasi alat penunjang medis canggih di laboratorium dan radiologi belum mencapai titik impas operasional harian karena alur rujukan internal dari poliklinik rawat jalan ke unit penunjang tidak terkelola secara terintegrasi dan sistematis.

Hubungan Kausalitas Simultan antar-Pemborosan

Melalui forum diskusi pendampingan PKM, tim bersama pengelola RS PKU Sekapuk berhasil merumuskan konstruksi benang merah kausalitas dari temuan di atas. Ketujuh pemborosan tersebut tidak berdiri sendiri, melainkan bekerja seperti lingkaran setan yang saling menguatkan. Akar masalah adalah kompetensi Sumber Daya Manusia (SDM). 80% staf berlatar belakang klinis dan belum kuat secara manajerial (Sumber pemborosan pertama).

Kompetensi SDM melahirkan proses operasional tradisional dan manual. SIMRS pasif (Sumber pemborosan keenam). SIMRS pasif menyebabkan rantai pasok tebak-tebakan (Sumber pemborosan keempat). Rantai pasok tebak-tebakan menyebabkan birokrasi lama dan duplikasi (Sumber pemborosan kelima)

SIMRS pasif; rantai pasok tebak-tebakan, dan; birokrasi lama dan duplikasi mengakibatkan manifestasi di lapangan berupa antrean pendaftaran dan farmasi membengkak (Sumber pemborosan pertama). Antrean pendaftaran menyebabkan utilisasi BOR/Aset turun (Sumber pemborosan ketujuh).

Antrean pendaftaran dan utilisasi BOR membawa dampak finansial dan daya saing. Terjadi revenue leakage (Sumber pemborosan kedua), dan ujungnya RS Kalah Bersaing di Lamongan

Kombinasi simultan dari ketujuh aspek tersebut menjadi jawaban ilmiah mengapa RS PKU Sekapuk Lamongan mengalami perlambatan pertumbuhan volume kunjungan di tengah ketatnya persaingan fasilitas kesehatan regional. Identifikasi masalah memberikan peta jalan (*roadmap*) yang sangat terang bagi tim PKM dan RS untuk menentukan prioritas intervensi taktis pada artikel-artikel

pengabdian selanjutnya.

D. PENUTUP

Kesimpulan

Pelaksanaan program Pengabdian kepada Masyarakat (PKM) melalui audit tata kelola menggunakan *Framework The Seven Biggest Sources of Wasteful Spending* berhasil menyingkap tabir inefisiensi laten di RS PKU Sekapuk Lamongan. Penelitian tindakan ini menyimpulkan bahwa rumah sakit mengalami akumulasi pemborosan operasional yang tinggi dan saling berkelindan secara simultan.

Akar masalah utama bermula dari keterbatasan kompetensi manajerial pada 80% staf yang berlatar belakang pendidikan klinis murni (perawat/bidan) serta non-manajemen. Kelemahan pada aspek input SDM memicu disfungsi operasional yang masif (*operational inefficiencies*), mulai dari manajemen alur pasien yang memicu antrean panjang rawat jalan, mekanisme rantai pasok farmasi tradisional yang memicu *overstock* sekaligus kekosongan obat, hingga kegagalan utilisasi modul teknologi SIMRS secara terintegrasi. Dampak hilir dari tata kelola tradisional bermuara pada terjadinya kebocoran pendapatan (*revenue leakage*) berupa tingginya angka penundaan klaim BPJS (*pending/dispute*), serta tidak tertagihnya bahan medis habis pakai. Kombinasi mata rantai inefisiensi inilah yang secara masif menurunkan indeks kepuasan pasien, mereduksi volume kunjungan, dan melemahkan daya saing RS PKU Sekapuk di tengah ketatnya kompetisi pelayanan kesehatan di Kabupaten Lamongan.

Saran Keberlanjutan Program

Identifikasi pemborosan bukanlah akhir dari program, melainkan peta jalan (*roadmap*) awal untuk menentukan skala prioritas intervensi taktis pada rangkaian program PKM berikutnya. Guna menjamin keberlanjutan dampak sosial dan manajerial, tim pengabdian merumuskan rekomendasi intervensi bertahap yang wajib diimplementasikan oleh manajemen RS PKU Sekapuk bersama tim PKM pada fase-fase selanjutnya:

Pertama, segera melaksanakan restrukturisasi akuntabilitas kerja melalui pendampingan penyusunan *Key Performance Indicators* (KPI) berbasis S.M.A.R.T (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*) pada level kepala unit. Langkah ini penting untuk menggeser paradigma kerja 80% staf klinis menuju tata kelola berbasis data (*evidence-based decision making*).

Kedua, melakukan desain ulang (*redesign*) alur pendaftaran dan farmasi rawat jalan menggunakan pendekatan *Lean Healthcare* dan siklus PDSA (*Plan-Do-Study-Act*). Target utama difokuskan pada eliminasi waktu tunggu pasien non-racikan hingga menyentuh batas aman (maksimal 15 menit) demi mendongkrak retensi pasien.

Ketiga, menyusun standarisasi Panduan Praktik Klinis (PPK) dan *Clinical Pathway* untuk 10 diagnosis penyakit tertinggi. Langkah strategis ini wajib dikolaborasi antara komite medis dan tim *coder* fasilitas kesehatan guna meminimalkan klaim sengketa *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBGs) dan mengamankan stabilitas arus kas (*cash flow*) jangka panjang rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Firdaus, Y., & Ramadhan, Y. (2024). Analisis perbandingan tarif rumah sakit, tarif INA-CBG's, dan unit cost berbasis clinical pathway menggunakan metode ABC pada tindakan persalinan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kota Tangerang. *Jurnal Ilmiah MEA (Manajemen, Ekonomi, Dan Akuntansi)*, 8(3), 55–73.
- Kasali, R. (2006). *Change! Tak Peduli Berapa Jauh Jalan Salah yang Anda Jalani, Putar Arah Sekarang Juga*. Jakarta: Gramedia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). *Pedoman Tata Kelola Rumah Sakit Buku 3: Bidang SDM, Pendidikan dan Penelitian*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Morales, J., Silva-Aravena, F., & Saez, P. (2024). Reducing Waiting Times to Improve Patient Satisfaction: A Hybrid Strategy for Decision Support Management. *Mathematics*, 12(23). <https://doi.org/10.3390/math12233743>
- Rizky D, F., Multazam, A., Ulmy M, N., Batara, A., Sumiaty, S., & Samsualam, S. (2025). Waste In The Patient Discharge Process Flow Using Lean Thinking Method At Wihdatul Ummah Medical Center In 2025. *International Journal of Health and Pharmaceutical (IJHP)*, 5(3), 348–351. <https://doi.org/10.51601/ijhp.v5i3.344>
- Spehar, I., Frich, J. C., & Kjekshus, L. E. (2014). Clinicians in management: A qualitative study of managers' use of influence strategies in hospitals. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-251>
- Trisnantoro, L. (2005). *Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit: Antara Misi Sosial dan Tekanan Pasar*. Yogyakarta : Andi.
- Wahlullizar, R., Sudarmadji, A. K., Neisya, R., & Putri, A. (2026). Literature Review: Penerapan Lean Six Sigma dalam Mengurangi Pemborosan dan Meningkatkan Efisiensi Sistem Logistik Kesehatan. *Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan*, 6(2), 63–78. <https://doi.org/10.55606/jrik.v6i2.6364>
- Wiasa, I. N. D. (2026). *Kendali Mutu dan Kendali Biaya Rumah Sakit, Strategi Value-Based Healthcare di Era JKN* (1st ed.). Bojonegoro: Mazda Media.