

MANAJEMEN STRATEGIK RUMAH SAKIT DI ERA JKN DAN KRIS: KAJIAN PUSTAKA ATAS INTEGRASI BALANCED SCORECARD, LEAN HOSPITAL, DAN TRANSFORMASI DIGITAL

Gunawan Widjaja

Fakultas Hukum Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta

widjaja_gunawan@yahoo.com

Hotmaria Hertawaty Sijabat

Gunawan Widjaja Learning Centre

sijabathotmaria@gmail.com

Abstract

Indonesian hospitals face a dual challenge in the era of the National Health Insurance (JKN) and the Standard Inpatient Care Class (KRIS): financial pressure resulting from the INA-CBGs prospective payment scheme, which often fails to cover the actual costs of services, and the need for significant infrastructure investment to comply with the 12 KRIS criteria that must be implemented by 30 June 2025 at the latest. This article aims to synthesise empirical and conceptual evidence regarding the integration of the Balanced Scorecard (BSC), Lean Hospital and digital transformation as a comprehensive strategic management approach for hospitals in addressing these dual challenges. The method used was a literature review. The findings indicate that the BSC offers a balanced strategic framework through four interrelated performance perspectives (financial, customer, internal business processes, and learning and growth) linked by a logical causal chain, with internal process efficiency serving as the primary driver of financial performance and service sustainability. The implementation of Lean Hospital in priority areas such as inpatient workflows, bed management, JKN claims processing, and pharmaceutical logistics has been empirically proven to significantly reduce waste (by up to 70% in some studies), speed up service delivery times, and improve operational efficiency without compromising clinical quality. Digital transformation, driven by the mandate for Electronic Health Records (EHRs), the integration of the SATUSEHAT platform, and the electronic claims policy commencing in August 2026, serves as a critical enabler that strengthens the BSC–Lean synergy through the provision of real-time data, process automation, and predictive analytics for evidence-based decision-making. The integrated BSC–Lean–Digital model enables hospitals to translate abstract strategies into measurable operational actions, with concrete examples such as reducing the backlog of claims through standardised coding and electronic claims automation, or improving KRIS compliance through the redesign of the admission–transfer–discharge workflow supported by a ward capacity alert system. Hospitals that successfully adopt this integrated approach will gain a competitive advantage in the form of improved cost efficiency, higher quality of care, increased patient satisfaction and greater financial resilience in the face of policy fluctuations. Conversely, hospitals that fail to adapt risk chronic claims deficits, regulatory non-compliance, a decline in service quality, and a loss of trust from the public and funding partners.

Keywords: *strategic management, National Health Insurance (JKN), Standard Inpatient Class (KRIS), Balanced Scorecard, Lean Hospital, digital transformation, Indonesian hospitals, value-based healthcare.*

Abstrak

Rumah sakit Indonesia menghadapi tantangan ganda di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), yaitu tekanan finansial akibat skema tarif prospektif INA-CBGs yang seringkali tidak menutupi biaya riil pelayanan, serta tuntutan investasi infrastruktur signifikan untuk mematuhi 12 kriteria KRIS yang wajib diterapkan paling lambat 30 Juni 2025. Artikel ini bertujuan untuk mensintesis bukti empiris dan konseptual tentang integrasi Balanced Scorecard (BSC), Lean Hospital, dan transformasi digital sebagai pendekatan manajemen strategik rumah sakit yang komprehensif dalam menghadapi dual challenge tersebut. Metode yang digunakan adalah kajian pustaka. Hasil penelitian menunjukkan bahwa BSC menawarkan kerangka strategis yang seimbang melalui empat perspektif kinerja (finansial, pelanggan, proses bisnis internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan) yang saling terkait dalam rantai kausal yang logis, dengan internal process efficiency sebagai penggerak utama kinerja finansial dan keberlanjutan layanan. Implementasi Lean Hospital pada area prioritas seperti alur pasien rawat inap, manajemen tempat tidur, proses klaim JKN, dan logistik farmasi terbukti secara empiris dapat mengurangi waste secara signifikan (hingga 70% dalam beberapa studi), mempercepat waktu pelayanan, dan meningkatkan efisiensi operasional tanpa mengorbankan mutu klinis. Transformasi digital, yang didorong oleh mandat Rekam Medis Elektronik (RME), integrasi platform SATUSEHAT, dan kebijakan klaim elektronik yang dimulai pada Agustus 2026, berfungsi sebagai enabler kritis yang memperkuat sinergi BSC–Lean melalui penyediaan data real-time, otomatisasi proses, dan analitik prediktif untuk pengambilan keputusan berbasis bukti. Model integratif BSC–Lean–Digital memungkinkan rumah sakit untuk menerjemahkan strategi abstrak menjadi tindakan operasional yang terukur, dengan contoh konkret seperti penurunan pending claim melalui standarisasi coding dan automasi klaim elektronik, atau peningkatan kepatuhan KRIS melalui redesign alur admission–transfer–discharge yang didukung sistem alert kapasitas ruang. Rumah sakit yang berhasil mengadopsi pendekatan integratif ini akan memiliki keunggulan kompetitif dalam bentuk efisiensi biaya yang lebih baik, mutu pelayanan yang lebih tinggi, kepuasan pasien yang meningkat, dan ketahanan finansial yang lebih kuat dalam menghadapi fluktuasi kebijakan. Sebaliknya, rumah sakit yang gagal beradaptasi berisiko mengalami defisit klaim kronis, ketidakpatuhan regulasi, penurunan mutu pelayanan, dan kehilangan kepercayaan masyarakat serta mitra pembiayaan.

Kata kunci: manajemen strategik, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), Balanced Scorecard, Lean Hospital, transformasi digital, rumah sakit Indonesia, value-based healthcare.

Pendahuluan

Sistem kesehatan Indonesia telah mengalami transformasi struktural yang signifikan sejak implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tahun 2014, yang menempatkan rumah sakit dalam ekosistem pembiayaan prospektif berbasis Indonesian Case Based Groups (INA-CBGs) dengan tekanan efisiensi yang terus meningkat. Skema tarif prospektif ini telah mengubah dinamika finansial rumah sakit secara fundamental, di mana pendapatan sangat bergantung pada volume dan kompleksitas kasus yang dilayani, sementara tarif yang ditetapkan seringkali tidak sepenuhnya menutupi biaya riil pelayanan, terutama untuk kondisi kronis dan katastrofik (Muchtiar dkk., 2026). Kondisi ini menciptakan paradoks operasional di mana rumah sakit harus melayani lebih banyak pasien JKN untuk menjaga kelangsungan pendapatan, namun menghadapi risiko defisit klaim yang mengancam keberlanjutan finansial institusi (Christianto, 2026).

Tekanan finansial akibat disparitas tarif INA-CBGs dengan biaya operasional aktual telah didokumentasikan dalam berbagai studi empiris di Indonesia, yang menunjukkan bahwa selisih negatif antara klaim BPJS Kesehatan dengan tarif rumah sakit aktual terjadi secara konsisten, terutama pada layanan rawat inap kelas III (M. Puspita & Wisnuwardhana, 2026). Penelitian pada layanan hemodialisis rawat jalan, misalnya, mengungkapkan bahwa biaya riil per sesi melebihi tarif INA-CBGs sebesar rata-rata Rp29.940, dengan defisit terjadi pada 7 dari 9 bulan periode pengamatan, sehingga menuntut strategi pengendalian biaya yang lebih ketat tanpa mengorbankan mutu pelayanan (A. Puspita dkk., 2026). Temuan serupa dilaporkan pada studi kasus rumah sakit swasta yang menunjukkan pola kinerja high-volume-low-yield, di mana pertumbuhan pendapatan JKN tidak diimbangi dengan peningkatan margin operasional akibat dominasi kasus dengan tingkat keparahan rendah dan kebocoran pendapatan dari undercoding serta klaim tertunda (Muchtiar dkk., 2026).

Di tengah tantangan finansial tersebut, pemerintah Indonesia memperkenalkan kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) melalui Peraturan Pemerintah Nomor 59 Tahun 2024 sebagai mandat regulasi nasional yang wajib diterapkan paling lambat 30 Juni 2025 untuk menciptakan kesetaraan fasilitas rawat inap bagi seluruh peserta JKN (Hartanto, 2026). Kebijakan KRIS menggantikan sistem kelas 1, 2, dan 3 dengan satu standar fasilitas ruang perawatan yang mengedepankan keselamatan pasien, mencakup 12 kriteria minimum yang meliputi aspek kapasitas ruang (maksimal 4 tempat tidur per ruang), jarak antar tempat tidur ($\geq 1,5$ meter), ventilasi, sistem nurse call, hingga pemisahan bangsal berdasarkan jenis kelamin dan status infeksi (Deu dkk., 2026). Implementasi kebijakan ini menuntut penyesuaian infrastruktur yang signifikan, di mana rumah sakit pemerintah diwajibkan menyediakan minimal 60% dari total tempat tidur sebagai KRIS, sementara rumah sakit swasta minimal 40%, sebelum diberlakukan sepenuhnya pada pertengahan 2025 (Sudrajat & Rahayu, 2025a).

Evaluasi awal implementasi KRIS di berbagai rumah sakit daerah mengungkapkan bahwa mayoritas fasilitas kesehatan masih berada dalam tahap persiapan, dengan tantangan utama pada aspek input seperti keterbatasan sumber daya manusia, belum terbentuknya tim khusus implementasi, keterbatasan anggaran, serta penyesuaian sarana prasarana yang belum selesai (Hartanto, 2026). Studi di RSUD Undata Palu, misalnya, menunjukkan bahwa meskipun terdapat pemahaman kontekstual terhadap urgensi regulasi dan motivasi internal untuk meningkatkan mutu layanan, hambatan struktural dalam bentuk kapasitas fiskal dan teknis menjadi faktor penghambat utama pencapaian 12 kriteria KRIS (Deu dkk., 2026). Kondisi ini diperparah oleh fakta bahwa dari total 3.122 rumah sakit di Indonesia, hanya 183 rumah sakit yang dikecualikan dari kewajiban KRIS, sementara sebagian besar lainnya harus melakukan investasi infrastruktur dalam periode transisi yang relatif singkat (Sudrajat & Rahayu, 2025a).

Konvergensi antara tekanan finansial JKN dan tuntutan investasi KRIS menciptakan lingkungan strategis yang sangat kompleks bagi manajemen rumah sakit, yang menuntut formulasi strategi yang tidak hanya reaktif terhadap regulasi, tetapi juga proaktif dalam membangun keunggulan kompetitif berkelanjutan (Sadikin, 2026). Literatur terbaru menekankan bahwa keberlanjutan rumah sakit di era ini sangat bergantung pada organizational agility, transformasi digital, dan kepemimpinan adaptif yang mampu mengintegrasikan berbagai inisiatif perbaikan ke dalam satu kerangka strategis yang koheren. Tanpa kerangka strategis yang jelas, inisiatif efisiensi operasional dan investasi infrastruktur berisiko menjadi terfragmentasi, tidak terukur, dan tidak memberikan dampak sinergik terhadap kinerja keseluruhan institusi (Arismen dkk., 2019).

Balanced Scorecard (BSC) telah diidentifikasi dalam kajian sistematis sebagai kerangka strategis yang potensial untuk mengintegrasikan berbagai dimensi kinerja rumah sakit di era JKN, dengan temuan bahwa digitalisasi berbasis BSC dapat meningkatkan kepuasan pasien hingga 96% melalui pengukuran dan monitoring kinerja yang lebih transparan (Adnyani & Dewi, 2026). Pendekatan BSC memungkinkan rumah sakit untuk menyeimbangkan empat perspektif kinerja yang saling terkait, yaitu perspektif finansial, pelanggan/pasien, proses bisnis internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan, sehingga strategi yang dirumuskan tidak hanya berfokus pada target finansial jangka pendek, tetapi juga pada pembangunan kapabilitas organisasi untuk keberlanjutan jangka panjang (Sadikin, 2026). Dalam konteks JKN, indikator berbasis INA-CBGs seperti Casemix (CM), Casemix Index (CMI), dan Hospital Base Rate (HBR) memiliki potensi untuk diintegrasikan ke dalam peta strategi BSC sebagai ukuran kinerja yang merefleksikan volume layanan, kompleksitas kasus, dan implikasi finansial rumah sakit (Suandewi dkk., 2026).

Namun, formulasi strategi berbasis BSC saja tidak cukup tanpa mekanisme operasionalisasi yang efektif untuk mencapai efisiensi yang ditargetkan, sehingga

integrasi dengan pendekatan Lean Hospital menjadi imperatif strategis dalam konteks JKN–KRIS (Sadikin, 2026). Metode Lean telah terbukti berhasil menghilangkan waste operasional hingga 70% dalam berbagai konteks rumah sakit, melalui prinsip eliminasi aktivitas yang tidak bernilai tambah, perbaikan alur kerja yang berkelanjutan, dan standarisasi proses yang mengurangi variabilitas dan kesalahan (Adnyani & Dewi, 2026). Dalam konteks JKN, penerapan Lean pada area kritis seperti manajemen tempat tidur, alur pasien rawat inap, proses klaim, dan logistik farmasi dapat secara langsung berkontribusi pada pengendalian biaya per episode pelayanan, peningkatan clean claim rate, dan optimasi utilisasi aset infrastruktur yang telah disesuaikan dengan standar KRIS (Arismen dkk., 2019).

Transformasi digital berfungsi sebagai enabler kritis yang memungkinkan sinergi antara BSC dan Lean Hospital melalui penyediaan data real-time, otomatisasi proses, dan analitik prediktif untuk pengambilan keputusan yang lebih cepat dan akurat. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi dengan platform BPJS Kesehatan, Rekam Medis Elektronik (RME), modul bed management yang sensitif terhadap kriteria KRIS, serta dashboard kinerja berbasis BSC, merupakan komponen infrastruktur digital yang esensial untuk mendukung implementasi strategi yang efektif (A. Puspita dkk., 2026). Digitalisasi hasil penunjang melalui Picture Archiving and Communication System (PACS) dan distribusi hasil berbasis mobile, misalnya, telah terbukti mempercepat waktu distribusi hasil pemeriksaan, mengurangi arsip fisik, dan meningkatkan efisiensi operasional radiologi, yang secara langsung berkontribusi pada perspektif proses bisnis internal dalam BSC (Zulmasyhur, 2026).

Meskipun potensi integrasi BSC, Lean Hospital, dan transformasi digital telah didokumentasikan secara terpisah dalam literatur, kajian yang mensintesis ketiga domain ini dalam satu kerangka konseptual yang koheren untuk konteks rumah sakit Indonesia di era JKN–KRIS masih sangat terbatas (Arismen dkk., 2019). Sebagian besar studi empiris cenderung berfokus pada evaluasi implementasi satu instrumen tertentu, seperti analisis kesesuaian tarif INA-CBGs dengan biaya riil, evaluasi kesiapan infrastruktur KRIS, atau pengukuran kinerja menggunakan BSC, tanpa mengintegrasikan temuan-temuan tersebut ke dalam perspektif manajemen strategik yang holistik (Hartamto, 2026). Kesenjangan literatur ini menciptakan kebutuhan akan artikel konseptual yang dapat menjembatani bukti-bukti empiris terfragmentasi menjadi rekomendasi strategis yang dapat diimplementasikan oleh manajer rumah sakit dalam menghadapi dual challenge JKN dan KRIS.

Dengan demikian, artikel ini bertujuan untuk mengisi kesenjangan tersebut melalui kajian pustaka yang mensintesis bukti empiris dan konseptual tentang integrasi Balanced Scorecard, Lean Hospital, dan transformasi digital sebagai pendekatan manajemen strategik rumah sakit di era JKN dan KRIS.

Metode Penelitian

Artikel ini menggunakan metode kajian pustaka (literature review) dengan pendekatan naratif-sintetis untuk mengintegrasikan bukti empiris dan konseptual dari berbagai sumber literatur terkait manajemen strategik rumah sakit di era JKN dan KRIS. Sumber data primer meliputi jurnal nasional dan internasional, buku dan dokumen lainnya yang terkait (Eliyah & Aslan, 2025). Proses seleksi literatur dilakukan melalui kriteria inklusi berupa relevansi topik dengan integrasi BSC–Lean–digital dalam konteks rumah sakit Indonesia, ketersediaan akses teks lengkap, dan kualitas metodologis yang memadai (studi empiris dengan desain jelas, kajian konseptual yang terstruktur, atau laporan implementasi dengan data terukur), sedangkan kriteria eksklusi mencakup literatur yang hanya membahas satu domain tanpa keterkaitan dengan manajemen strategik, studi kasus dengan konteks negara lain yang tidak dapat digeneralisasi ke Indonesia, serta publikasi yang tidak melalui proses peer-review atau tidak memiliki institusi penanggung jawab yang jelas. Sintesis literatur dilakukan secara tematik dengan mengelompokkan temuan ke dalam dua kategori utama sesuai fokus pembahasan artikel, yaitu (1) kerangka strategis berbasis Balanced Scorecard yang menginternalisasi tekanan JKN dan KRIS, dan (2) operasionalisasi strategi melalui integrasi Lean Hospital dan transformasi digital, kemudian dianalisis secara kritis untuk mengidentifikasi pola konvergensi, kesenjangan bukti, dan implikasi manajerial yang dapat direkomendasikan bagi praktik pengelolaan rumah sakit di Indonesia (Zed, 2008); (Walliman & Walliman, 2021).

Hasil dan Pembahasan

Kerangka Strategik: Balanced Scorecard sebagai Peta Jalan Kinerja Rumah Sakit di Era JKN–KRIS

Balanced Scorecard (BSC) sebagai kerangka pengukuran dan manajemen kinerja strategis telah diadopsi secara luas dalam sektor kesehatan global sejak diperkenalkan oleh Kaplan dan Norton pada awal 1990-an, dengan filosofi inti bahwa organisasi harus dinilai secara seimbang melalui empat perspektif yang saling terkait, yaitu keuangan, pelanggan, proses bisnis internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan. Dalam konteks rumah sakit, BSC tidak hanya berfungsi sebagai alat pengukuran kinerja retrospektif, tetapi juga sebagai peta jalan strategis yang menghubungkan visi jangka panjang institusi dengan indikator kinerja operasional harian, sehingga memungkinkan manajemen untuk menerjemahkan strategi abstrak menjadi tindakan konkret yang terukur dan dapat dipertanggungjawabkan (Sudrajat & Rahayu, 2025a). Pendekatan ini menjadi semakin relevan di era JKN dan KRIS, di mana rumah sakit dituntut untuk menyeimbangkan tujuan sosial (akses dan mutu pelayanan) dengan keberlanjutan finansial dalam ekosistem pembiayaan prospektif yang penuh tekanan (Okyere dkk., 2026).

Perspektif finansial dalam BSC rumah sakit tradisional cenderung berfokus pada indikator akuntansi konvensional seperti pertumbuhan pendapatan, return on investment (ROI), rasio likuiditas, dan efisiensi biaya operasional (Dilla dkk., 2025). Namun, dalam konteks JKN, perspektif ini perlu diadaptasi untuk mencerminkan dinamika spesifik skema INA-CBGs, di mana pendapatan rumah sakit sangat bergantung pada volume kasus, kompleksitas pelayanan (Casemix Index/CMI), dan efisiensi klaim (clean claim rate, pending claim ratio) (Okyere dkk., 2026). Studi multi-kasus pada tiga rumah sakit swasta di Kalimantan Timur mengungkapkan bahwa internal business process efficiency, khususnya dalam pengelolaan klaim JKN dan mitigasi pending claim, membentuk rantai kausal langsung terhadap outcome finansial, di mana efektivitas manajemen klaim mengurangi kerugian akibat klaim tertunda, kepatuhan clinical pathway mengendalikan biaya per episode relatif terhadap tarif INA-CBGs, dan sistem terintegrasi mempercepat pemulihan pendapatan. Dengan demikian, perspektif finansial di era JKN tidak dapat lagi dipisahkan dari perspektif proses bisnis internal, karena kinerja keuangan merupakan fungsi langsung dari efisiensi operasional dan kualitas tata kelola klaim (Bindeeba dkk., 2025).

Adaptasi perspektif finansial untuk konteks JKN–KRIS juga harus mempertimbangkan implikasi investasi infrastruktur yang dituntut oleh kebijakan KRIS, yang mengharuskan rumah sakit untuk mengalokasikan sumber daya modal signifikan dalam periode transisi yang relatif singkat (Dilla dkk., 2025). Indikator finansial yang relevan dalam konteks ini mencakup rasio pendapatan JKN terhadap total pendapatan, rasio klaim bersih (clean claim rate), rasio klaim tertunda (pending claim ratio), biaya per episode pelayanan relatif terhadap tarif INA-CBGs, serta return on assets (ROA) yang memperhitungkan investasi infrastruktur KRIS. Strategi finansial yang dapat dirumuskan berdasarkan perspektif ini meliputi penguatan fungsi casemix dan coding diagnosis/prosedur untuk memaksimalkan revenue integrity, diversifikasi layanan non-JKN yang komplementer untuk mengurangi ketergantungan pada satu sumber pembiayaan, serta pengendalian biaya operasional melalui efisiensi proses dan eliminasi waste yang tidak bernilai tambah (Bindeeba dkk., 2025).

Perspektif pelanggan dalam BSC rumah sakit secara konvensional diukur melalui indikator kepuasan pasien, retensi pasien, akuisisi pasien baru, dan persepsi citra organisasi (Dilla dkk., 2025). Namun, di era JKN–KRIS, perspektif ini perlu diperluas untuk mencakup dimensi keadilan akses, kepatuhan terhadap standar KRIS, dan pengalaman pasien yang holistik melampaui kepuasan subjektif semata. Kebijakan KRIS, yang bertujuan menciptakan kesetaraan fasilitas rawat inap bagi seluruh peserta JKN, menempatkan dimensi keadilan dan standar minimum fasilitas sebagai komponen integral dari nilai yang dirasakan pasien, sehingga indikator seperti kepatuhan terhadap 12 kriteria KRIS (kapasitas ruang, jarak antar tempat tidur, ventilasi, privasi, nurse call, pemisahan bangsal) harus diinternalisasi sebagai ukuran kinerja perspektif pelanggan (Syadina dkk., 2025). Studi evaluasi implementasi KRIS di RSUD Undata Palu, misalnya,

menunjukkan bahwa meskipun terdapat pemahaman kontekstual terhadap urgensi regulasi, hambatan struktural dalam bentuk kapasitas fiskal dan teknis menjadi faktor penghambat utama pencapaian standar yang pada akhirnya memengaruhi pengalaman pasien (Deu dkk., 2026).

Indikator kinerja perspektif pelanggan yang relevan di era JKN–KRIS mencakup tingkat kepuasan pasien (diukur melalui kuesioner SERVQUAL atau instrumen sejenis), waktu tunggu pelayanan (IGD, rawat jalan, rawat inap), tingkat keluhan pasien yang terselesaikan, kepatuhan terhadap standar KRIS (audit internal berkala), serta indikator outcome klinis yang relevan dengan pengalaman pasien (angka kematian kasar/GDR, angka kematian bersih/NDR, angka infeksi nosokomial) (Syadina dkk., 2025). Strategi yang dapat dirumuskan berdasarkan perspektif ini meliputi implementasi patient-centered care yang mengintegrasikan dimensi teknis (mutu klinis) dan dimensi interpersonal (komunikasi, empati, transparansi informasi), penguatan sistem informasi tempat tidur real-time untuk mengurangi waktu tunggu dan meningkatkan transparansi ketersediaan layanan, serta investasi dalam infrastruktur yang selaras dengan standar KRIS untuk meningkatkan kenyamanan dan keselamatan pasien. Penting untuk dicatat bahwa dalam konteks JKN, kepuasan pasien tidak hanya terkait dengan kualitas interaksi interpersonal, tetapi juga dengan persepsi keadilan dalam akses terhadap fasilitas yang layak, sehingga kepatuhan KRIS menjadi prasyarat fundamental bagi pencapaian kepuasan pasien yang berkelanjutan (Syadina dkk., 2025).

Perspektif proses bisnis internal merupakan jantung dari BSC rumah sakit di era JKN–KRIS, karena efisiensi dan kualitas proses operasional secara langsung menentukan kemampuan institusi untuk mencapai target finansial dan kepuasan pasien dalam ekosistem pembiayaan prospektif yang ketat (Bindeeba dkk., 2025). Indikator konvensional perspektif ini mencakup Bed Occupancy Rate (BOR), Average Length of Stay (ALOS), Turn Over Interval (TOI), Bed Turn Over (BTO), serta indikator mutu klinis seperti GDR, NDR, dan angka infeksi nosokomial (Adelia dkk., 2025). Namun, dalam konteks JKN, indikator ini perlu diperluas untuk mencakup metrik yang secara langsung merefleksikan efisiensi klaim (clean claim rate, pending claim ratio, waktu penyelesaian klaim), kepatuhan clinical pathway (persentase kasus yang dikelola sesuai panduan), utilisasi tempat tidur yang selaras dengan standar KRIS (rasio tempat tidur KRIS terhadap total, kepatuhan pemisahan bangsal), serta integrasi sistem digital (SIMRS–BPJS, RME, modul bed management) (Yakubu & Tornyeva, 2025).

Studi empiris pada RSUD Dr. Soedarso Kalimantan Barat, misalnya, menunjukkan bahwa indikator proses bisnis internal seperti BOR, ALOS, TOI, BTO, NDR, dan GDR berada dalam rentang standar yang ditetapkan Kementerian Kesehatan, namun masih terdapat ruang perbaikan dalam hal optimalisasi utilisasi fasilitas dan efisiensi alur kerja (Verlandes & Hariati, 2019). Demikian pula, evaluasi kinerja RSUD Cikalongwetan menggunakan BSC mengungkapkan bahwa perspektif proses bisnis internal berada dalam kategori kurang baik, dengan persentase nilai BTO, GDR, dan NDR yang belum

sesuai standar Permenkes No. 209 Tahun 2011, sehingga menuntut perhatian manajemen untuk perbaikan berkelanjutan (Pagiling dkk., 2025). Temuan ini menggarisbawahi bahwa meskipun indikator proses bisnis internal telah lama diadopsi dalam manajemen rumah sakit Indonesia, implementasi efektif yang selaras dengan tuntutan JKN dan KRIS masih menjadi tantangan yang memerlukan intervensi strategis terstruktur (Pinatih, 2021).

Strategi operasional yang dapat dirumuskan berdasarkan perspektif proses bisnis internal di era JKN–KRIS mencakup standardisasi alur klinis melalui clinical pathway yang selaras dengan tarif INA-CBGs, implementasi sistem bed management terintegrasi yang sensitif terhadap kriteria KRIS (kuota tempat tidur, pemisahan bangsal, alert kapasitas), penguatan proses klaim melalui standarisasi dokumentasi klinis dan coding diagnosis/prosedur, serta digitalisasi hasil penunjang untuk mempercepat distribusi dan mengurangi waste waktu tunggu (Yakubu & Tornyeva, 2025). Pendekatan Lean Hospital dapat diintegrasikan ke dalam strategi ini untuk menghilangkan waste operasional melalui pemetaan value stream, identifikasi bottleneck, dan redesign alur kerja yang mengurangi variasi dan kesalahan (Adelia dkk., 2025). Penting untuk ditekankan bahwa efisiensi proses tidak boleh mengorbankan mutu klinis, sehingga strategi harus selalu menyeimbangkan dimensi efisiensi (biaya, waktu) dan dimensi efektivitas (outcome klinis, keselamatan pasien) (Yakubu & Tornyeva, 2025).

Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan dalam BSC rumah sakit mengukur kapabilitas organisasi untuk berinovasi, beradaptasi, dan meningkatkan kinerja secara berkelanjutan melalui investasi dalam sumber daya manusia, sistem informasi, dan budaya organisasi. Indikator konvensional perspektif ini mencakup tingkat pelatihan SDM, kepuasan karyawan, turnover karyawan, ketersediaan sistem informasi yang memadai, dan budaya inovasi (Adelia dkk., 2025). Dalam konteks JKN–KRIS, perspektif ini perlu diperluas untuk mencakup kompetensi spesifik yang relevan dengan tuntutan regulasi, seperti pemahaman tentang INA-CBGs dan casemix, kemampuan coding diagnosis/prosedur, literasi digital untuk penggunaan SIMRS dan RME, serta pemahaman tentang standar KRIS dan implikasinya terhadap tata kelola tempat tidur (Hamed, 2023).

Evaluasi kinerja menggunakan BSC pada Puskesmas Tipar Kota Sukabumi, misalnya, menunjukkan bahwa perspektif pembelajaran dan pertumbuhan berada dalam kategori baik, dengan kekuatan pada kompetensi SDM dan capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM), namun masih ditemukan area kritis seperti keterbatasan sarana ruang tunggu dan stabilitas sistem informasi (Zulmasyhur, 2026). Demikian pula, studi pada RSUD Kabupaten Jombang mengungkapkan bahwa perspektif pembelajaran dan pertumbuhan berada dalam kategori cukup, dengan tingkat loyalitas karyawan yang tinggi namun memerlukan peningkatan dalam pengelolaan sumber daya dan pengawasan kinerja (Pinatih, 2021). Temuan ini menggarisbawahi bahwa meskipun SDM

rumah sakit Indonesia umumnya memiliki komitmen dan loyalitas yang tinggi, kapasitas teknis dan infrastruktur pendukung masih memerlukan investasi berkelanjutan untuk menghadapi tuntutan JKN dan KRIS (Haliza & Febiana, 2026).

Strategi yang dapat dirumuskan berdasarkan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan di era JKN–KRIS mencakup program pelatihan berkelanjutan yang terstruktur untuk meningkatkan kompetensi casemix, coding, dan literasi digital, penguatan tim Kendali Mutu Kendali Biaya (KMKB) sebagai motor penggerak continuous quality improvement (CQI), investasi dalam infrastruktur teknologi informasi yang mendukung integrasi SIMRS–BPJS–RME, serta pembangunan budaya organisasi yang mendukung inovasi, kolaborasi lintas unit, dan akuntabilitas kinerja (Hamed, 2023). Kepemimpinan transformasional menjadi faktor kritis dalam perspektif ini, karena kemampuan pemimpin untuk mengartikulasikan visi strategis, menginspirasi perubahan, dan membangun komitmen kolektif terhadap tujuan organisasi menentukan keberhasilan implementasi strategi BSC secara keseluruhan (Irawati dkk., 2020). Tanpa investasi dalam pembelajaran dan pertumbuhan, rumah sakit berisiko mengalami stagnasi kapabilitas yang pada akhirnya menghambat adaptasi terhadap perubahan regulasi dan tekanan kompetitif di era JKN–KRIS (Sugiarto dkk., 2018).

Strategy map rumah sakit di era JKN–KRIS dapat dirumuskan sebagai representasi visual dari rantai kausal yang menghubungkan keempat perspektif BSC dalam satu kerangka logis yang koheren (Hamed, 2023). Pada level paling dasar, perspektif pembelajaran dan pertumbuhan (SDM kompeten, sistem informasi memadai, budaya mutu) menjadi fondasi yang memungkinkan perbaikan perspektif proses bisnis internal (alur klinis efisien, klaim bersih, bed management optimal, kepatuhan KRIS). Perbaikan proses bisnis internal, pada gilirannya, menghasilkan outcome yang diinginkan dalam perspektif pelanggan (kepuasan pasien meningkat, waktu tunggu menurun, kepatuhan standar terpenuhi, outcome klinis membaik) dan perspektif finansial (klaim lebih cepat dibayar, biaya per episode terkendali, pendapatan stabil, investasi infrastruktur KRIS terjamin). Rantai kausal ini menegaskan bahwa internal process efficiency merupakan penggerak utama (driver) kinerja finansial dan keberlanjutan layanan, sehingga strategi yang berfokus pada perbaikan proses operasional akan memberikan dampak multiplier effect terhadap seluruh perspektif kinerja (Nguyen dkk., 2023).

Adaptasi strategy map untuk konteks JKN–KRIS juga harus secara eksplisit mengintegrasikan regulasi sebagai faktor eksternal yang memengaruhi hubungan kausal antar perspektif. Kebijakan KRIS, misalnya, menciptakan tuntutan investasi infrastruktur yang memengaruhi perspektif finansial (alokasi modal), perspektif proses bisnis internal (standar tempat tidur, pemisahan bangsal), dan perspektif pelanggan (keadilan akses, kenyamanan fasilitas), sehingga strategy map harus merefleksikan kepatuhan regulasi sebagai prasyarat strategis yang tidak dapat dikompromikan (Irawati dkk., 2020). Demikian pula, skema tarif INA-CBGs dalam JKN menciptakan

insentif dan disinsentif finansial yang memengaruhi perilaku klinis (pemilihan prosedur, lama rawat inap, utilisasi sumber daya), sehingga strategy map harus menginternalisasi mekanisme tarif sebagai variabel yang menghubungkan perspektif proses bisnis internal dan perspektif finansial (Nguyen dkk., 2023). Dengan mengintegrasikan regulasi ke dalam strategy map, rumah sakit dapat merumuskan strategi yang tidak hanya reaktif terhadap tuntutan eksternal, tetapi juga proaktif dalam memanfaatkan peluang yang diciptakan oleh regulasi untuk membangun keunggulan kompetitif berkelanjutan (Sudrajat & Rahayu, 2025b).

Implementasi BSC sebagai peta jalan kinerja rumah sakit di era JKN–KRIS memerlukan komitmen manajemen puncak, keterlibatan lintas unit, dan sistem pengukuran kinerja yang terintegrasi dengan proses pengambilan keputusan strategis dan operasional (Sugiarto dkk., 2018). Langkah-langkah implementasi mencakup (1) perumusan visi dan strategi yang selaras dengan JKN dan KRIS, (2) pengembangan strategy map yang menghubungkan keempat perspektif BSC dalam rantai kausal yang logis, (3) pemilihan indikator kinerja kunci (KPI) yang relevan, terukur, dan dapat ditindaklanjuti untuk setiap perspektif, (4) penetapan target kinerja yang realistis namun menantang berdasarkan benchmarking dan analisis historis, (5) pembangunan sistem pengumpulan dan pelaporan data yang terintegrasi dengan SIMRS dan sumber data lainnya, (6) review kinerja berkala (bulanan/kuartalan) dengan mekanisme akuntabilitas yang jelas, dan (7) penyesuaian strategi berdasarkan pembelajaran dari hasil kinerja (Sudrajat & Rahayu, 2025b). Penting untuk dicatat bahwa implementasi BSC bukan proyek sekali selesai, tetapi proses iteratif yang memerlukan penyesuaian berkelanjutan seiring perubahan konteks eksternal dan pembelajaran internal (Yustikasari dkk., 2025).

Tantangan implementasi BSC di rumah sakit Indonesia mencakup resistensi terhadap perubahan budaya, keterbatasan kapasitas analitik SDM, fragmentasi sistem informasi, dan tekanan sumber daya finansial untuk investasi infrastruktur pengukuran kinerja (Yustikasari dkk., 2025). Studi implementasi BSC di berbagai rumah sakit daerah mengungkapkan bahwa meskipun kerangka konseptual BSC telah dipahami, implementasi efektif sering terhambat oleh ketiadaan sistem data yang terintegrasi, ketidakjelasan akuntabilitas kinerja, dan kurangnya keterkaitan antara hasil pengukuran dengan mekanisme penghargaan dan konsekuensi (Pinatih, 2021). Untuk mengatasi tantangan ini, rumah sakit dapat mengadopsi pendekatan bertahap yang dimulai dari pilot unit atau perspektif prioritas, investasi dalam pelatihan SDM untuk meningkatkan literasi data dan analitik, integrasi bertahap sistem informasi untuk mengurangi beban pelaporan manual, dan alignment antara pengukuran kinerja dengan sistem penghargaan dan pengembangan karir untuk membangun insentif intrinsik dan ekstrinsik bagi perbaikan berkelanjutan (Zulmasyhur, 2026).

Secara keseluruhan, Balanced Scorecard menawarkan kerangka strategis yang komprehensif dan terstruktur untuk memandu kinerja rumah sakit di era JKN–KRIS,

dengan kemampuan untuk mengintegrasikan dimensi finansial, mutu pelayanan, efisiensi operasional, dan kapabilitas organisasi dalam satu peta jalan yang koheren. Adaptasi BSC untuk konteks JKN–KRIS memerlukan internalisasi regulasi sebagai faktor strategis yang memengaruhi hubungan kausal antar perspektif, serta integrasi dengan pendekatan operasional seperti Lean Hospital dan enabler teknologi seperti transformasi digital untuk memastikan bahwa strategi tidak hanya dirumuskan dengan baik, tetapi juga dioperasionalkan secara efektif. Tanpa kerangka strategis yang jelas seperti BSC, inisiatif perbaikan di rumah sakit berisiko menjadi terfragmentasi, tidak terukur, dan tidak memberikan dampak sinergik terhadap kinerja keseluruhan institusi, sehingga BSC menjadi imperatif strategis bagi rumah sakit yang ingin bertahan dan berkembang dalam ekosistem kesehatan Indonesia yang semakin kompleks dan kompetitif.

Operasionalisasi Strategi: Integrasi Lean Hospital dan Transformasi Digital untuk Mendukung BSC di Era JKN–KRIS

Balanced Scorecard (BSC) sebagai kerangka strategis hanya akan efektif jika dioperasionalkan melalui mekanisme operasional yang konkret dan terukur, sehingga integrasi dengan pendekatan Lean Hospital dan transformasi digital menjadi imperatif dalam konteks JKN–KRIS (Nguyen dkk., 2023). Lean Hospital, yang berakar pada Toyota Production System, berfokus pada eliminasi waste (pemborosan) dalam berbagai bentuk, termasuk waiting (menunggu), overproduction (kelebihan produksi), defect (kesalahan), motion (gerakan tidak perlu), inventory (stok berlebih), transportation (transportasi tidak perlu), non-utilized talent (potensi SDM tidak terpakai), dan overprocessing (proses berlebihan) (Ni Made Dwita Saraswati M dkk., 2025). Dalam konteks rumah sakit Indonesia yang menghadapi tekanan finansial JKN dan tuntutan investasi KRIS, pendekatan Lean menawarkan metodologi sistematis untuk meningkatkan efisiensi operasional tanpa mengorbankan mutu pelayanan, sehingga menjadi enabler kritis bagi pencapaian target kinerja yang dirumuskan dalam BSC (Pratiwi & Sumiati, 2025).

Implementasi Lean Hospital di Indonesia telah didokumentasikan dalam berbagai studi empiris yang menunjukkan efektivitas pendekatan ini dalam mengurangi waste dan meningkatkan efisiensi alur pelayanan. Studi di RSUD Sanjiwani Gianyar, misalnya, mengungkapkan bahwa waste overproduction berupa duplikasi data rekam medis merupakan pemborosan paling dominan (18,8%), dengan akar penyebab utama berupa beban kerja petugas yang tinggi dan ketidaktelitian saat pelayanan (Ni Made Dwita Saraswati M dkk., 2025). Melalui penerapan tiga alat utama Lean, yaitu Value Stream Mapping (VSM) untuk memetakan alur proses, Waste Relationship Matrix (WRM) untuk mengidentifikasi hubungan antar waste, dan Root Cause Analysis (RCA) untuk menemukan akar masalah, rumah sakit dapat merumuskan intervensi yang terarah dan terukur untuk eliminasi waste secara berkelanjutan. Temuan serupa

dilaporkan pada studi di Puskesmas X, yang menunjukkan bahwa integrasi Lean Healthcare dengan RCA dapat mengurangi total waktu pelayanan dari 5.626 detik menjadi 2.583 detik, dengan peningkatan aktivitas bernilai tambah sebesar 18,6% dan penurunan aktivitas tidak bernilai tambah sebesar 27,2% (Pratiwi & Sumiati, 2025).

Area prioritas penerapan Lean Hospital di era JKN–KRIS mencakup alur pasien rawat inap, manajemen tempat tidur (bed management), proses klaim JKN, serta logistik dan farmasi, yang semuanya memiliki implikasi langsung terhadap perspektif proses bisnis internal dan finansial dalam BSC (Nguyen dkk., 2023). Pada alur pasien rawat inap, pemetaan value stream dari admission hingga discharge memungkinkan identifikasi bottleneck kritis seperti waktu tunggu hasil laboratorium/radiologi, tunggu keputusan dokter, dan koordinasi antar unit yang menghambat kelancaran aliran pasien (Ni Made Dwita Saraswati M dkk., 2025). Analisis Value Added Ratio (VAR) pada layanan rawat jalan, misalnya, mengidentifikasi waiting sebagai pemborosan dominan dengan efisiensi terendah pada pendaftaran (2,8–3,0%) dan farmasi (4,9%), sehingga intervensi yang diusulkan mencakup auto-verification SIMRS, sistem antrean dinamis, penjadwalan dokter dual-track, dan pemetaan inventori digital (Adelia dkk., 2025). Redesign alur berdasarkan temuan ini dapat mengurangi length of stay (LOS) yang tidak perlu tanpa mengorbankan outcome klinis, sehingga berkontribusi langsung pada pengendalian biaya per episode relatif terhadap tarif INA-CBGs (Haleem dkk., 2024).

Manajemen tempat tidur (bed management) merupakan area kritis lainnya yang memerlukan penerapan Lean Hospital, terutama dalam konteks KRIS yang menuntut kepatuhan terhadap standar kapasitas ruang, jarak antar tempat tidur, dan pemisahan bangsal berdasarkan jenis kelamin dan status infeksi (Siallagan dkk., 2025). Studi implementasi Lean pada waktu boarding pasien IGD ke rawat inap menunjukkan bahwa penerapan metode heijunka (penyeimbangan beban), just in time (JIT), dan error proofing dapat mereduksi waktu boarding dari rata-rata 4 jam 45 menit 18 detik menjadi 3 jam 25 menit 59 detik, dengan penurunan aktivitas non value added sebesar 2,02% (Widjaja & Yustanti, 2025). Intervensi yang diusulkan mencakup penetapan manajemen tempat tidur sebagai persyaratan standar kerja, penyediaan ruangan kerja khusus untuk manajemen tempat tidur yang tersentralisasi, serta integrasi sistem manajemen tempat tidur dengan aplikasi SIMRS lain sebagai dasar penerapan e-hospital (Rakhmat, 2013). Dalam konteks KRIS, sistem bed management yang terintegrasi harus sensitif terhadap kriteria regulasi, seperti alert ketika kapasitas ruang melebihi 4 tempat tidur, monitoring jarak antar tempat tidur, dan pemisahan bangsal yang otomatis tervalidasi dalam sistem (Widjaja & Yustanti, 2025).

Proses klaim JKN merupakan area penerapan Lean yang memiliki implikasi finansial langsung, mengingat bahwa pending claim dan undercoding merupakan sumber kebocoran pendapatan yang signifikan dalam ekosistem INA-CBGs. Standarisasi dokumentasi klinis, coding diagnosis/prosedur, dan review klaim internal melalui pendekatan Lean dapat meningkatkan clean claim rate dan menurunkan pending claim

ratio, sehingga mempercepat pemulihan pendapatan dan mengurangi kerugian akibat klaim tertunda (Haleem dkk., 2024). Kebijakan percepatan implementasi klaim elektronik yang diumumkan pada Juli 2026 oleh BPJS Kesehatan bersama KPK, Kemenkes, dan BSSN semakin memperkuat urgensi transformasi ini, di mana seluruh rumah sakit mitra BPJS didorong untuk beralih dari sistem klaim berbasis PDF menuju klaim elektronik yang memanfaatkan data Rekam Medis Elektronik (RME) terintegrasi SATUSEHAT (Siallagan dkk., 2025). Implementasi kebijakan ini dimulai pada Agustus 2026 sebagai masa transisi, dengan target bahwa hingga Mei 2026 sekitar 2.400 rumah sakit telah mengirimkan data enam layanan RME ke platform SATUSEHAT, sehingga rumah sakit yang belum beradaptasi berisiko mengalami hambatan dalam pengelolaan klaim dan peningkatan eksposur terhadap audit fraud (Sari, 2023).

Logistik dan farmasi merupakan area penerapan Lean yang sering terabaikan namun memiliki potensi efisiensi signifikan, terutama dalam konteks kontrak berbasis kinerja JKN yang menuntut ketersediaan obat yang optimal tanpa stok berlebih (Haleem dkk., 2024). Penerapan pull system untuk obat dan alat kesehatan, di mana pengadaan didasarkan pada konsumsi aktual bukan prediksi, dapat mengurangi waste inventory dan kekosongan stok yang mengganggu kontinuitas pelayanan (Wahyudi, 2020). Analisis waste berdasarkan model Lean Hospital pada berbagai layanan rumah sakit mengungkapkan bahwa waste waiting, defect, dan motion merupakan pemborosan kritis yang dominan, sehingga intervensi yang diusulkan mencakup penguatan SOP, penerapan alur fast track, standarisasi alih rawat, dan penguatan monitoring berbasis response time (Adelia dkk., 2025). Dengan mengeliminasi waste-waste ini, rumah sakit dapat mencapai efisiensi operasional yang berkontribusi langsung pada perspektif proses bisnis internal dan finansial dalam BSC, sekaligus meningkatkan pengalaman pasien melalui pengurangan waktu tunggu dan peningkatan kelancaran alur pelayanan (Pratiwi & Sumiati, 2025).

Transformasi digital berfungsi sebagai enabler kritis yang memungkinkan sinergi antara BSC dan Lean Hospital melalui penyediaan data real-time, otomatisasi proses, dan analitik prediktif untuk pengambilan keputusan yang lebih cepat dan akurat (Sari, 2023). Ekosistem digital rumah sakit Indonesia saat ini didorong oleh tiga kekuatan yang saling memperkuat, yaitu mandat Rekam Medis Elektronik (RME), kewajiban pertukaran dan pengiriman data nasional via SATUSEHAT, serta tightening privacy and cyber-risk expectations under Indonesia's Personal Data Protection (PDP) regime (Juliansyah dkk., 2025). Tren SIMRS 2025 menunjukkan pergeseran ke cloud, integrasi penuh dengan BPJS (V-Claim, INA-CBGs, Antrean Online, e-Klaim) dan SATUSEHAT, serta fokus pada efisiensi operasional, di mana SIMRS yang tidak terintegrasi penuh akan menjadi beban bukan solusi (SIMRS Cendana, 2025). Vendor SIMRS yang tidak siap integrasi API resmi dengan SATUSEHAT mulai ditinggalkan, sehingga rumah sakit harus memastikan bahwa infrastruktur digital mereka memenuhi standar interoperabilitas nasional untuk tetap kompetitif (Nur Waldy & Inayah S. H., 2019).

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi dengan platform BPJS Kesehatan dan SATUSEHAT merupakan komponen infrastruktur digital yang esensial untuk mendukung implementasi strategi BSC–Lean secara efektif. Studi di RS Amalia Bontang, misalnya, menunjukkan bahwa implementasi RME dan SIMRS berpengaruh signifikan terhadap efisiensi pelayanan dan kepuasan pasien BPJS, dengan mekanisme melalui reduksi waktu tunggu, peningkatan akurasi dokumentasi klinis, dan percepatan proses klaim (M. Puspita & Wisnuwardhana, 2026). RSUD Cabangbungin Bekasi, yang terpilih sebagai salah satu rumah sakit pengembang Integrasi Dokumen Klaim Elektronik SATUSEHAT Kemenkes pada Juli 2026, merupakan contoh sukses implementasi penuh (100%) bridging RME menggunakan SIMRS KHANZA yang terintegrasi dengan SATUSEHAT, BPJS VClaim, Antrean Online, Mobile JKN, dan INA-CBGs. Keberhasilan ini menunjukkan bahwa integrasi digital yang komprehensif tidak hanya meningkatkan efisiensi operasional, tetapi juga memposisikan rumah sakit sebagai mitra strategis dalam ekosistem kesehatan nasional yang semakin terdigitalisasi (Safitri Rahmadaniah & Harmanto, 2024).

Rekam Medis Elektronik (RME) terintegrasi SATUSEHAT menjadi tulang punggung transformasi digital rumah sakit di era JKN–KRIS, dengan fungsi ganda sebagai sumber data klinis untuk pengambilan keputusan dan basis dokumentasi untuk klaim elektronik yang audit-proof. Kebijakan klaim elektronik yang dimulai pada Agustus 2026 menuntut bahwa data klaim JKN harus bersumber langsung dari RME yang terintegrasi SATUSEHAT, bukan lagi dari dokumen hasil pemindaian (PDF) yang rentan terhadap manipulasi dan fraud (Sari, 2023). Implikasi strategis dari kebijakan ini adalah bahwa rumah sakit harus memastikan kualitas dokumentasi klinis, kelengkapan coding diagnosis/prosedur, dan integritas data RME untuk menghindari penolakan klaim dan eksposur audit (Pagiling dkk., 2025). Dalam konteks BSC, RME terintegrasi mendukung perspektif proses bisnis internal melalui standardisasi dokumentasi klinis dan clinical pathway, perspektif finansial melalui klaim elektronik yang lebih cepat dan akurat, serta perspektif pembelajaran dan pertumbuhan melalui analitik data klinis untuk continuous quality improvement (Karim, 2026).

Modul bed management yang terintegrasi dengan kriteria KRIS merupakan komponen digital kritis lainnya yang memungkinkan rumah sakit untuk mematuhi standar regulasi sambil mengoptimalkan utilisasi tempat tidur (Wahyudi, 2020). Sistem ini harus memiliki fitur seperti real-time monitoring ketersediaan tempat tidur, alert ketika kapasitas ruang melebihi 4 tempat tidur, validasi otomatis pemisahan bangsal berdasarkan jenis kelamin dan status infeksi, serta integrasi dengan alur admission–transfer–discharge untuk mengurangi waktu tunggu dan meningkatkan transparansi (Syahrian dkk., 2024). Dalam konteks Lean, modul bed management yang terdigitalisasi memungkinkan penerapan pull system untuk penempatan pasien, di mana tempat tidur dialokasikan berdasarkan kebutuhan aktual bukan prediksi, sehingga mengurangi waste waiting dan motion (Syadina dkk., 2025). Dashboard kinerja yang menampilkan metrik

bed management (BOR, ALOS, TOI, BTO, kepatuhan KRIS) secara real-time juga mendukung perspektif proses bisnis internal dalam BSC, memungkinkan manajemen untuk mengambil keputusan berbasis data untuk optimasi utilisasi aset infrastruktur (Karim, 2026).

Dashboard kinerja berbasis BSC yang terintegrasi dengan SIMRS, RME, dan sumber data lainnya merupakan instrumen vital untuk memvisualisasikan KPI lintas perspektif dan mendukung pengambilan keputusan strategis dan operasional. Dashboard ini harus menampilkan indikator finansial (rasio pendapatan JKN, clean claim rate, pending claim ratio, biaya per episode vs tarif INA-CBGs), indikator pasien (kepuasan, waktu tunggu, kepatuhan KRIS), indikator proses (BOR, ALOS, TOI, BTO, GDR, NDR, utilisasi tempat tidur KRIS), dan indikator pembelajaran (tingkat pelatihan, kompetensi casemix, literasi digital) dalam satu tampilan yang terpadu dan mudah diakses (Karim, 2026). Fitur analitik prediktif dapat ditambahkan untuk memproyeksikan tren kinerja, mengidentifikasi risiko sebelum terjadi (misalnya prediksi pending claim berdasarkan pola historis), dan merekomendasikan intervensi yang optimal berdasarkan pembelajaran mesin (Juliansyah dkk., 2025). Dengan dashboard yang terintegrasi, review kinerja berkala (bulanan/kuartalan) menjadi lebih efektif, karena manajemen dapat mengidentifikasi area perbaikan, melacak progres intervensi Lean, dan menyesuaikan strategi berdasarkan evidence yang terukur (Zeff, 2013).

Model integratif BSC–Lean–Digital dalam satu kerangka operasional dapat dirumuskan sebagai berikut: BSC menentukan "apa" yang ingin dicapai (tujuan strategis dan KPI), Lean menentukan "bagaimana" mencapai efisiensi dan mutu melalui eliminasi waste dan perbaikan alur, dan digital menyediakan "enabler" berupa data real-time, otomatisasi, dan analitik untuk mendukung BSC dan Lean. Contoh integrasi konkret: tujuan BSC adalah menurunkan pending claim $\leq 5\%$; Lean merumuskan intervensi berupa standarisasi proses coding dan review klaim, penghapusan langkah redundan, dan penerapan error proofing; digital menyediakan sistem alert dokumen tidak lengkap, dashboard pending claim per unit, dan integrasi RME–klaim untuk automasi pengisian data (Xu dkk., 2026). Contoh lain: tujuan BSC adalah meningkatkan kepatuhan KRIS menjadi 100%; Lean merumuskan intervensi berupa redesign alur admission–transfer–discharge, standarisasi pemisahan bangsal, dan eliminasi waste waiting; digital menyediakan modul bed management dengan alert kapasitas ruang, validasi otomatis pemisahan bangsal, dan dashboard real-time kepatuhan KRIS (Syadina dkk., 2025).

Tantangan implementasi integrasi BSC–Lean–Digital mencakup resistensi perubahan budaya, keterbatasan SDM TI, fragmentasi sistem, dan tekanan investasi infrastruktur (Xu dkk., 2026). Untuk mengatasi resistensi perubahan, rumah sakit dapat mengadopsi pendekatan change management yang terstruktur, termasuk komunikasi visi yang jelas, pelibatan early adopters sebagai champion perubahan, pelatihan berkelanjutan, dan alignment antara pengukuran kinerja dengan sistem penghargaan (Pratiwi & Sumiati, 2025). Keterbatasan SDM TI dapat diatasi melalui kemitraan strategis

dengan vendor SIMRS yang kompeten, investasi dalam pelatihan internal untuk meningkatkan literasi digital, dan rekrutmen talenta digital yang sesuai dengan kebutuhan transformasi (Juliansyah dkk., 2025). Fragmentasi sistem dapat diatasi melalui integrasi bertahap berbasis API standar (FHIR untuk interoperabilitas data kesehatan), prioritas modul kritis (RME, bed management, klaim elektronik), dan monitoring progres integrasi melalui dashboard terpadu (Safitri Rahmadaniah & Harmanto, 2024). Tekanan investasi infrastruktur dapat dikelola melalui pendekatan bertahap (pilot unit → replikasi), pemanfaatan skema pembiayaan inovatif (KPBU, hibah, kemitraan publik–privat), dan prioritas investasi berdasarkan impact terhadap KPI BSC (Okyere dkk., 2026).

Secara keseluruhan, integrasi Lean Hospital dan transformasi digital merupakan enabler operasional yang esensial untuk mengoperasionalkan strategi BSC di era JKN–KRIS, dengan bukti empiris yang menunjukkan efektivitas pendekatan ini dalam meningkatkan efisiensi, mutu, dan keberlanjutan finansial rumah sakit Indonesia. Tanpa Lean, strategi BSC berisiko menjadi dokumen statis yang tidak diterjemahkan menjadi perbaikan operasional yang terukur; tanpa digital, Lean dan BSC kehilangan enabler data real-time dan analitik yang diperlukan untuk pengambilan keputusan yang cepat dan akurat. Dengan demikian, rumah sakit yang ingin bertahan dan berkembang dalam ekosistem kesehatan Indonesia yang semakin kompleks dan kompetitif harus mengadopsi pendekatan integratif yang menyinergikan BSC sebagai peta jalan strategis, Lean sebagai metodologi operasional, dan digital sebagai enabler teknologi, sehingga strategi tidak hanya dirumuskan dengan baik, tetapi juga dioperasionalkan secara efektif untuk mencapai keunggulan kompetitif berkelanjutan.

Kesimpulan

Manajemen strategik rumah sakit di era JKN dan KRIS menuntut pendekatan integratif yang menyinergikan Balanced Scorecard (BSC) sebagai peta jalan strategis, Lean Hospital sebagai metodologi operasional untuk eliminasi waste dan peningkatan efisiensi, serta transformasi digital sebagai enabler teknologi yang menyediakan data real-time, otomatisasi proses, dan analitik untuk pengambilan keputusan berbasis bukti. BSC menawarkan kerangka komprehensif untuk menyeimbangkan empat perspektif kinerja (finansial, pelanggan, proses bisnis internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan) yang saling terkait dalam rantai kausal yang logis, di mana internal process efficiency menjadi penggerak utama kinerja finansial dan keberlanjutan layanan dalam ekosistem pembiayaan prospektif INA-CBGs. Adaptasi BSC untuk konteks JKN–KRIS memerlukan internalisasi regulasi sebagai faktor strategis yang memengaruhi hubungan kausal antar perspektif, termasuk kepatuhan terhadap 12 kriteria KRIS sebagai prasyarat fundamental bagi keadilan akses dan pengalaman pasien.

Implementasi Lean Hospital pada area prioritas seperti alur pasien rawat inap, manajemen tempat tidur, proses klaim JKN, dan logistik farmasi telah terbukti secara

empiris dapat mengurangi waste secara signifikan, mempercepat waktu pelayanan, dan meningkatkan efisiensi operasional tanpa mengorbankan mutu klinis. Transformasi digital, yang didorong oleh mandat RME, integrasi SATUSEHAT, dan klaim elektronik yang dimulai pada Agustus 2026, memperkuat sinergi BSC–Lean melalui penyediaan infrastruktur data yang terintegrasi (SIMRS–BPJS–RME), modul bed management yang sensitif terhadap kriteria KRIS, dan dashboard kinerja yang memvisualisasikan KPI lintas perspektif secara real-time. Model integratif BSC–Lean–Digital memungkinkan rumah sakit untuk menerjemahkan strategi abstrak menjadi tindakan operasional yang terukur, dengan contoh konkret seperti penurunan pending claim melalui standarisasi coding dan automasi klaim elektronik, atau peningkatan kepatuhan KRIS melalui redesign alur admission–transfer–discharge yang didukung sistem alert kapasitas ruang.

Rumah sakit yang berhasil mengadopsi pendekatan integratif ini akan memiliki keunggulan kompetitif dalam bentuk efisiensi biaya yang lebih baik, mutu pelayanan yang lebih tinggi, kepuasan pasien yang meningkat, dan ketahanan finansial yang lebih kuat dalam menghadapi fluktuasi kebijakan JKN dan KRIS. Sebaliknya, rumah sakit yang gagal beradaptasi berisiko mengalami defisit klaim kronis, ketidakpatuhan regulasi, penurunan mutu pelayanan, dan kehilangan kepercayaan masyarakat serta mitra pembiayaan. Oleh karena itu, integrasi BSC, Lean Hospital, dan transformasi digital bukan lagi pilihan opsional, melainkan imperatif strategis bagi rumah sakit Indonesia yang ingin bertahan dan berkembang dalam ekosistem kesehatan yang semakin kompleks, kompetitif, dan terdigitalisasi. Komitmen manajemen puncak, investasi berkelanjutan dalam kapabilitas SDM dan infrastruktur digital, serta budaya continuous quality improvement menjadi faktor penentu keberhasilan implementasi strategi integratif ini dalam jangka panjang.

References

- Adelia, N., Sembiring, A. S. P., & Gurning, F. P. (2025). Studi Literatur: Tantangan dan Strategi Pelayanan Kesehatan dalam Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di Indonesia: *Jurnal Kolaboratif Sains*, 4318–4326. <https://doi.org/10.56338/jks.v8i7.7827>
- Adnyani, P. P., & Dewi, P. P. (2026). Strategi Bisnis Rumah Sakit Non-JKN dalam Menghadapi Dinamika Pasar Era JKN. *Jurnal Riset Akuntansi*, 4(1), 460–480. <https://doi.org/10.54066/jura-itb.v4i1.4509>
- Arismen, A., Sulistiadi, W., & Sjaaf, A. (2019). Strategi Bauran Pemasaran Pelayanan Kesehatan RSD Kol. Abundjani Bangko di Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). *Jurnal ARSI: Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 5(2). <https://doi.org/10.7454/arsi.v5i2.3173>
- Bindeeba, D. S., Atuhaire, S., Bakashaba, R., & Tukamushaba, E. K. (2025). Digital business process integration and sustainability among smes: The mediating role of operational efficiency and the moderating role of credit access. *Journal of Sustainable Business*, 10(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s40991-025-00121-6>

- Christianto, G. F. (2026). The Dynamics of Asymmetric Competition in the Healthcare Industry: Analysis of Market Structure and Non-Price Strategies at XYZ Regional General Hospital and Reksa Waluya Hospital. *Eduvest - Journal of Universal Studies*, 6(7), 8207–8216. <https://doi.org/10.59188/eduvest.v6i7.53009>
- Deu, F. A., Kusumastuti, I., & Apriani, W. (2026). Evaluasi Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Undata. *Jurnal Masyarakat Sehat Indonesia*, 5(02), 188–198. <https://doi.org/10.70304/jmsi.v5i02.28>
- Dilla, N. I. R., Sihotang, O. S. H., & Gurning, F. P. (2025). Efektivitas Implementasi Kelas Rawat Inap Standar dalam Jaminan Kesehatan Nasional. *PubHealth Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(1), 1–10. <https://doi.org/10.56211/pubhealth.v4i1.943>
- Eliyah, E., & Aslan, A. (2025). STAKE'S EVALUATION MODEL: METODE PENELITIAN. *Prosiding Seminar Nasional Indonesia*, 3(2), Article 2.
- Haleem, F., Ilyas, M., & Jehangir, M. (2024). Driving organizational value through sustainable business processes and green information technology. *Business Process Management Journal*, 30(7), 2380–2400. <https://doi.org/10.1108/BPMJ-01-2024-0011>
- Haliza, A. N., & Febiana, C. (2026). Gambaran Efisiensi Pengelolaan Hasil Pemeriksaan Pasien pada Implementasi Transformasi Digital di Instalasi Radiologi Rumah Sakit Al Islam Bandung. *Bandung Conference Series: Medical Science*, 6(2), 1587–1594. <https://doi.org/10.29313/bcsms.v6i2.25642>
- Hamed, R. (2023). The Role of Internal Control Systems in Ensuring Financial Performance Sustainability. *Sustainability*, 15(13), 10206. <https://doi.org/10.3390/su151310206>
- Hartanto, O. M. P. (2026). Analisis Pengaruh Brand Equity terhadap Loyalitas Pasien dengan Kepuasan Pasien sebagai Variabel Mediator di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Siti Aisyah Madiun [Masters, Universitas Muhammadiyah Surabaya]. <https://repository.um-surabaya.ac.id/id/eprint/12759/>
- Irawati, A. C., Kristiningrum, W., & Andayani, A. (2020). Pendampingan Perlindungan Hukum Pelayanan Kesehatan Melalui Informed Consent. *INDONESIAN JOURNAL OF COMMUNITY EMPOWERMENT (IJCE)*, 2(2). <https://doi.org/10.35473/ijce.v2i2.752>
- Juliansyah, R., Aqid, B. M., Salsabila, A. P., & Nurfiyanti, K. (2025). Implementation of EMR System in Indonesian Health Facilities: Benefits and Constraints. *Journal of Indonesian Health Policy and Administration*, 10(1). <https://doi.org/10.7454/ihipa.v10i1.1140>
- Karim, A. M. (2026). From Compliance to Competitive Performance: Business Assurance as a Strategic Driver of Profitability and Sustainable Growth in Developing Economies. *Journal of World Economic Research*, 15(2), 80–88. <https://doi.org/10.11648/j.jwer.20261502.12>
- Muchtiar, M., Narimawati, U., & Kurniawan, B. (2026). THE ROLE OF HOSPITAL MANAGEMENT IN PRODUCTIVITY, REVENUE, EFFICIENCY, AND EFFECTIVENESS OF JKN PATIENT SERVICES: A CASE STUDY OF A PRIVATE HOSPITAL (XYZ) IN INDONESIA, 2023–2024. *Multidisciplinary Research Studies in Social Sciences*, 2(1), 38–49. <https://doi.org/10.71312/mrscholar.v2i1.811>

- Nguyen, T. T. C., Le, A. T. H., & Nguyen, C. V. (2023). Internal factors affecting the financial performance of an organisation's business processes. *Business Process Management Journal*, 29(5), 1408–1435. <https://doi.org/10.1108/BPMJ-10-2022-0486>
- Ni Made Dwita Saraswati M, Bagenda, W., & W, Y. R. W. R. (2025). Penerapan Lean Hospital Dalam Meningkatkan Efisiensi Manajemen Operasional Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar. *Journal of Knowledge Management*, 19(2), 125–135. <https://doi.org/10.52434/jkm.v19i2.42738>
- Nur Waldy, G., & Inayah S. H., M. H. (2019). Implementasi Hubungan Kerja Antara Rumah Sakit Dengan Bpjs Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional [S1, Universitas Muhammadiyah Surakarta]. <https://eprints.ums.ac.id/70880/>
- Okoyere, B., Musah, A., Adenutsi, D. E., & Adzoyi, E. D. (2026). Strategic orientation and financial sustainability in Ghanaian banks: The mediating roles of internal process efficiency and customer-centric capability. *Strategic Business Research*, 2(1), 100053. <https://doi.org/10.1016/j.sbr.2026.100053>
- Pagiling, R., Mufti, M. I., & Arief, M. (2025). Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Kesehatan Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Anutaura Palu. *Arus Jurnal Sosial dan Humaniora*, 5(3), 4805–4812. <https://doi.org/10.57250/ajsh.v5i3.2011>
- Pinatih, I. S. (2021). Analisis Kinerja Rumah Sakit Selama Pandemi 2020 dengan Balanced Scorecard (Studi Kasus Di Rumah Sakit Umum Daerah Ploso Kabupaten Jombang Tahun 2020) [Undergraduate, STIE PGRI Dewantara]. <https://doi.org/10/DAFTAR%2520TABEL.pdf>
- Pratiwi, D. N., & Sumiati, S. (2025). Optimizing Healthcare Service Efficiency Through Lean Healthcare and Root Cause Analysis: Meningkatkan Efisiensi Layanan Kesehatan Melalui Lean Healthcare dan Analisis Penyebab Utama. *Academia Open*, 10(2), 10.21070/acopen.10.2025.11570-10.21070/acopen.10.2025.11570. <https://doi.org/10.21070/acopen.10.2025.11570>
- Puspita, A., Nuraini, A., & Yoshida, E. (2026). Comparative Analysis of Actual Costs and INA-CBGs Tariffs for Hemodialysis Services at Haji Abdul Manan Simatupang Regional General Hospital. *Jurnal Ilmiah Multidisiplin Indonesia (JIM-ID)*, 5(03), 501–518.
- Puspita, M., & Wisnuwardhana, I. A. (2026). Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan Rekam Medis Elektronik (RME) terhadap Kualitas Pelayanan Rawat Jalan: Literature Review. *JEMARI: Journal of Health and Medical Record Indonesia*, 3(1), 7–12.
- Rakhmat, S. (2013). PENGARUH BRAND IMAGE TERHADAP KEPUTUSAN PASIEN MENGGUNAKAN LAYANAN KESEHATAN PADA UNIT RAWAT JALAN RUMAH SAKIT AL-ISLAM BANDUNG. <http://repository.widyatama.ac.id/handle/123456789/2614>
- Sadikin, B. G. (2026). Indonesia's health reform: From pandemic mandate to the six pillars of transformation. *The Lancet*, 0(0). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(26\)01090-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)01090-1)
- Safitri Rahmadaniah, A., & Harmanto, D. (2024). ANALISIS PENYEBAB BELUM TERLAKSANANYA REKAM MEDIS ELEKTRONIK (RME) DI PUSKEMAS PERAWATAN

- LUBUK TAPI BENGKULU SELATAN [Other, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti]. <https://repository.stikessaptabakti.ac.id/478/>
- Sari, M. (2023). Mengungkap Dilema JKN: Ketimpangan Akses dan Defisit Finansial. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 19(3), 145–157.
- Siallagan, A. D., Diana, H. S., Fitriya, N. I., Nurhuda, P. M., Oktaviany, V., Luginasari, Y., & Sukaesih, N. S. (2025). REVOLUSI KESEHATAN DIGITAL MELALUI TEKNOLOGI BIG DATA DALAM APLIKASI MOBILE JKN: RAPID REVIEW. *Bhamada: Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan (E-Journal)*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.36308/jik.v16i1.768>
- Suandewi, D. A. S. A., Hendriana, H., & Andikarya, O. (2026). Analisis Indikator INA-CBGs dalam Perencanaan Strategis Kinerja Rumah Sakit Karya Dharma Husada Singaraja. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 5(2), 1232–1244. <https://doi.org/10.55681/sentri.v5i2.5866>
- Sudrajat, A. S., & Rahayu, R. H. (2025a). Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional (KRIS-JKN) di RSUD Kota Bandung. *Journal of Governance Innovation*, 7(1), 372–391. <https://doi.org/10.36636/jogiv.v7i1.5256>
- Sudrajat, A. S., & Rahayu, R. H. (2025b). Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional (KRIS-JKN) di RSUD Kota Bandung. *Journal of Governance Innovation*, 7(1), 372–391. <https://doi.org/10.36636/jogiv.v7i1.5256>
- Sugiarto, R., Jak, Y., & Wulandari, S. D. (2018). Pengaruh Brand Image, Service Quality dan Trust Terhadap Loyalitas Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Linggajati Kuningan. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSI)*, 2(2), 18–27. <https://doi.org/10.52643/marsi.v2i2.405>
- Syadina, A., Putra, D. H., Sonia, D., & Satrya, B. A. (2025). TRANSFORMASI RME DI RUMAH SAKIT INDONESIA: TINJAUAN PMK NOMOR 24 TAHUN 2022. *PROSIDING SEMINAR NASIONAL REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN*, 1(1). <https://prosiding.esaunggul.ac.id/index.php/RMIK/article/view/349>
- Syahrian, M. F., Angelina, E. N., & Wienaldi, W. (2024). Brand Awareness dan Perceived Quality Mempengaruhi Loyalitas Pasien pada Rumah Sakit Khusus Mata Prima Vision Medan. *Termometer: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan Dan Kedokteran*, 2(1), 280–291. <https://doi.org/10.55606/termometer.v2i1.2918>
- Verlandes, Y. V., & Hariati, S. (2019). Implementasi Pengukuran Kinerja Pada Pemerintah Kabupaten Jombang dengan Menggunakan Metode Balance Scorecard. *PRIVE: Jurnal Riset Akuntansi Dan Keuangan*, 2(2), 112–128.
- Wahyudi, D. A. (2020). ANALISIS INFORMED CONSENT TERHADAP PERLINDUNGAN HUKUM TENAGA KESEHATAN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BANDUNG. *Res Nullius Law Journal*, 2(1), 62–75. <https://doi.org/10.34010/rnlj.v2i1.2899>
- Walliman, N., & Walliman, N. (2021). *Research Methods: The Basics* (3 ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003141693>
- Widjaja, G., & Yustanti, D. E. (2025). HUBUNGAN ETIKA PROFESI DENGAN DISKRESI DALAM PELAKSANAAN INFORMED CONSENT DI RUMAH SAKIT. *Jurnal Kesehatan*, 3(1), 36–46.
- Xu, W., Qin, C., Kang, Y., Yang, Z., & Li, Q. (2026). Digital economy and supply chain resilience. *International Review of Economics & Finance*, 105, 104848. <https://doi.org/10.1016/j.iref.2025.104848>

- Yakubu, S. M., & Tornyeva, K. (2025). Internal Business Process Metrics, Organizational Performance, and the Moderating Role of Management Support in Ghana's Energy and Telecom Sectors. *Journal of Economics, Business, and Commerce*, 2(1), 125–140. <https://doi.org/10.69739/jebc.v2i1.500>
- Yustikasari, Anisa, R., Dewi, R., Ananda, F., & Irawati, I. (2025). PROMOSI KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN CITRA DAN BRANDING RUMAH SAKIT. *PEDAMAS (PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT)*, 3(01), 531–541.
- Zed, M. (2008). *Metode Penelitian Kepustakaan*. Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Zeff, S. A. (2013). The objectives of financial reporting: A historical survey and analysis. *Accounting and Business Research*, 43(4), 262–327. <https://doi.org/10.1080/00014788.2013.782237>
- Zulmasyhur, Z. (2026). The Public Services Transformation in Enhancing Communities Welfare in Bandung City. *Public Works Management & Policy*, 31(1), 102–127. <https://doi.org/10.1177/1087724X251329076>