DOI: https://doi.org/10.71312/mrbest.v5i2.831
ISSN: 2987-1875

No Artikel #831
Halaman : 1-11

MRBEST
Media Riset
Bisnis Ekonomi Sains dan Terapan

INTEROPERABILITAS SISTEM SYARIAH DALAM PELAYANAN RUMAH SAKIT: PENDEKATAN MANAJERIAL UNTUK PENINGKATAN KUALITAS LAYANAN DAN EFISIENSI OPERASIONAL

Mulyadi Muchtiar[1], Eddy Soeryanto Soegoto[2], Rahma Wahdiniwaty[3], Adam Mukharil Bachtiar[4], Irfan Dwiguna Sumitra[5]
Universitas Komputer Indonesia, Bandung, Indonesia[1,2,3,4,5]

[1] mulyadi.75425002@mahasiswa.unikom.ac.id

Informasi artikel
Diterima :
05 Januari 2026
Direvisi :
16 Januari 2026
Disetujui :
29 Juni 2026

ABSTRACT

JKN demands cost-efficiency while syariah hospitals must uphold Islamic values consistently. Interoperable syariah systems in INA-CBGs-based JKN hospitals are examined for their influence on managerial practice, service quality, and operational efficiency. This research using a mixed-method, multi-case study in private Type B and C syariah hospitals. Syariah interoperability is operationalized as the alignment of syariah values and policies, governance, and hospital information systems with clinical and administrative processes, measured through Likert-scale surveys and qualitative analysis of open-ended responses and documents. Syariah values, policy frameworks, integration of MUKISI/DSN-MUI standards, managerial practices, service quality, and efficiency are all rated high, and efficiency initiatives are not perceived to erode syariah compliance. Nonetheless, JKN's prospective payment generates tensions between cost containment and justice for the poor in high-cost cases, so strong syariah interoperability and data-driven management improve Islamic service quality and efficiency but cannot fully resolve conflicts with maqashid al-syariah.

Keywords: *Sariah hospital interoperability, Hospital management, JKN national health insurance, Service quality, Operational efficiency*

PENDAHULUAN

Dalam dua dekade terakhir, sistem kesehatan Indonesia mengalami transformasi besar melalui implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berbasis skema pembayaran prospektif *INA-CBGs* yang menuntut kendali mutu dan kendali biaya secara simultan. Di satu sisi, skema ini memperluas akses pembiayaan kesehatan bagi masyarakat, terutama kelompok

OPEN ACCESS
MRBEST *is licensed under CC BY-SA 4.0*

berpenghasilan rendah, tetapi di sisi lain menimbulkan tekanan efisiensi yang signifikan bagi rumah sakit sebagai penyelenggara layanan. Rumah sakit dituntut menjaga mutu dan keselamatan pasien sekaligus memastikan keberlanjutan finansial dalam struktur tarif yang relatif *rigid* dan seragam.

Seiring dengan dinamika tersebut, berkembang pula segmen rumah sakit yang mengusung identitas dan standar berbasis Syariah. Di Indonesia, rumah sakit Syariah tumbuh sebagai respons terhadap meningkatnya kesadaran halal, kebutuhan akan layanan yang sejalan dengan nilai iman umat Muslim, dan keinginan untuk menghadirkan tata kelola yang selaras dengan *maqashid syariah*. MUKISI mendorong penerapan standar Syariah dalam tata kelola rumah sakit, sementara DSN-MUI menetapkan fatwa dan skema sertifikasi rumah sakit Syariah yang mencakup aspek layanan, SDM, keuangan, dan hubungan bisnis. Dalam praktiknya, banyak rumah sakit telah mengadopsi elemen layanan Syariah seperti pemisahan ruang perawatan tertentu, penyediaan fasilitas ibadah, pendampingan rohaniawan, serta kebijakan klinis yang mempertimbangkan prinsip keagamaan dalam *informed consent* dan pengambilan keputusan klinis (DSN-MUI, 2016).

Namun, berbagai studi menunjukkan bahwa penerapan prinsip Syariah di rumah sakit kerap bersifat parsial dan terfragmentasi. Implementasi Syariah sering kali kuat di level simbolik dan unit tertentu (misalnya rohani, gizi, atau farmasi), tetapi belum sepenuhnya terintegrasi ke dalam proses bisnis inti, struktur organisasi, dan sistem informasi manajemen. Kondisi ini melahirkan fenomena yang dapat disebut sebagai "silo Syariah": prinsip dan aturan Syariah hadir dalam dokumen dan praktik unit, tetapi belum berfungsi secara konsisten lintas departemen, serta belum sepenuhnya menyatu dengan lini keuangan, *casemix*, dan pengelolaan klaim JKN.

Dari perspektif ilmu manajemen, tantangan utama bukan hanya "apakah rumah sakit telah bersertifikat Syariah", melainkan sejauh mana nilai dan aturan Syariah diintegrasikan dalam desain organisasi dan sistem, sehingga dapat mengalir sebagai satu sistem yang interoperabel. Interoperabilitas sistem Syariah dalam konteks ini tidak sekadar merujuk pada integrasi data dan teknologi informasi, tetapi mencakup keselarasan nilai, kebijakan, SOP, struktur tata kelola, dan alur proses lintas unit—mulai dari layanan klinis, pengelolaan obat dan alat, pengadaan dan keuangan, hingga hubungan dengan mitra eksternal seperti BPJS Kesehatan, *vendor*, dan lembaga keuangan Syariah (Ermiati, 2025).

Literatur mengenai rumah sakit Syariah menegaskan bahwa nilai-nilai seperti *tauhid*, *amanah*, *keadilan*, *ihsan*, *rahmah*, dan *ta'awun* harus diterjemahkan ke dalam sistem rekrutmen dan pengembangan SDM, standar pelayanan Islami, komunikasi spiritual, serta kebijakan sosial seperti prioritas pasien *dhuafa* dan pemanfaatan ZISWAF. Beberapa studi menunjukkan bahwa budaya dan nilai Islam yang terinternalisasi dengan baik di rumah sakit berkontribusi pada peningkatan kinerja pegawai, kepuasan pasien, dan diferensiasi layanan di pasar yang kompetitif. Namun, penelitian tersebut umumnya berfokus pada aspek budaya, kualitas layanan Islami, atau dampak sertifikasi Syariah, belum secara sistematis mengkaji bagaimana seluruh komponen organisasi—struktur, proses, dan sistem informasi—disatukan dalam kerangka interoperabilitas Syariah, khususnya dalam konteks tekanan JKN (Warsidi *et al.*, 2024).

Di sisi lain, literatur interoperabilitas dalam sistem kesehatan selama ini lebih banyak membahas integrasi data dan rekam medis elektronik, standar pertukaran informasi, serta arsitektur sistem informasi rumah sakit. Pendekatan ini penting, tetapi belum banyak yang mengaitkannya dengan dimensi *syariah governance* dan *maqashid syariah*. Padahal, bagi rumah sakit syariah, interoperabilitas yang diharapkan mencakup dua lapis: (1) interoperabilitas struktural, yakni keterbacaan silang antara kebijakan, SOP, standar mutu medis, dan standar syariah; dan (2) interoperabilitas digital dan proses, yakni integrasi prinsip syariah ke dalam SIMRS, modul farmasi dan pengadaan, sistem *billing*, *telemedicine*, serta

OPEN ACCESS MRBEST *is licensed under CC BY-SA 4.0*

kanal komunikasi digital, sehingga setiap transaksi secara otomatis terfilter dari sisi klinis sekaligus syariah (Hayati *et al.*, 2025).

Keterbatasan kapabilitas SDM yang memahami sekaligus manajemen, IT, dan *fiqh muamalah*, serta dualisme standar (medis vs Syariah) dan belum seragamnya standar operasional lintas institusi, semakin mempersulit upaya integrasi ini. Akibatnya, terdapat *gap* antara status "RS bersertifikat Syariah" dan implementasi Syariah yang konsisten di semua titik kontak layanan, terutama ketika proses layanan semakin terdigitalisasi dan berinteraksi dengan banyak pihak eksternal, termasuk skema pembiayaan JKN yang sangat menekankan efisiensi biaya.

Berangkat dari konteks tersebut, interoperabilitas sistem Syariah perlu diposisikan sebagai isu manajerial strategis, bukan semata persoalan *fiqh* atau IT. Isu ini menyangkut bagaimana pimpinan rumah sakit mendesain struktur kebijakan yang menghubungkan standar Kemenkes, akreditasi, dan standar RS Syariah; bagaimana SIMRS dan data Syariah dimanfaatkan untuk pengambilan keputusan; bagaimana SDM dikembangkan agar cakap secara klinis, manajerial, dan Syariah; serta bagaimana audit, risiko, dan kepatuhan Syariah dikelola secara *real-time*, bukan hanya saat resertifikasi (Ermiati, 2025).

Dengan demikian, terdapat celah riset yang penting: belum banyak kajian yang secara eksplisit menganalisis interoperabilitas sistem Syariah sebagai variabel manajerial dan menguji keterkaitannya dengan praktik manajerial Syariah, kualitas layanan, serta efisiensi operasional dalam kerangka JKN. Penelitian ini berupaya mengisi celah tersebut dengan memposisikan interoperabilitas sistem Syariah (X) sebagai pemicu penguatan praktik manajerial Syariah (Y1), yang selanjutnya berdampak pada kualitas layanan berbasis Syariah (Y2) dan efisiensi operasional rumah sakit (Y3) di rumah sakit Syariah peserta JKN. Penelitian ini diharapkan tidak hanya berkontribusi pada pengembangan teori tata kelola rumah sakit Syariah yang *syariah-interoperable*, tetapi juga memberikan implikasi praktis bagi pimpinan rumah sakit dan pembuat kebijakan dalam upaya harmonisasi standar Syariah dengan desain sistem pembiayaan kesehatan nasional (Aulia *et al.*, 2025).

TINJAUAN PUSTAKA

Interoperabilitas dalam sistem kesehatan merujuk pada kemampuan berbagai sistem, perangkat, dan unit organisasi untuk berkomunikasi, bertukar data, serta menggunakan informasi secara bermakna. Dalam konteks kesehatan modern, interoperabilitas mencakup empat tingkatan: (1) *foundational interoperability* (kemampuan teknis untuk mengirim dan menerima data), (2) *structural interoperability* (standar format data seperti FHIR dan HL7), (3) *semantic interoperability* (kemampuan menginterpretasikan data secara konsisten), dan (4) organizational interoperability (keselarasan kebijakan, tata kelola, dan kerangka kolaborasi lintas institusi) (Carlos Antonio Marino, 2025). Studi terbaru menunjukkan bahwa 57% inisiatif interoperabilitas terkemuka kini memprioritaskan harmonisasi data semantik lintas sistem rekam medis elektronik (*Electronic Health Records*/EHR), yang menjadi fondasi untuk perawatan yang efisien, aman, dan terukur. Dalam konteks rumah sakit syariah, interoperabilitas tidak hanya mencakup integrasi data klinis dan administratif, tetapi juga integrasi prinsip syariah ke dalam sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS), modul farmasi, pengadaan, *billing*, dan *telemedicine*, sehingga setiap transaksi otomatis terfilter dari sisi klinis sekaligus syariah (Costa et al., 2024; Awang Abu Bakar et al., 2025).

Interoperabilitas syariah mencakup dua lapis: (1) interoperabilitas struktural, yakni kesesuaian dan keterbacaan silang antara kebijakan, SOP, standar mutu medis, dan standar syariah (misalnya standar akreditasi RS, standar halal-thayyib obat dan gizi, serta pedoman ibadah pasien); dan (2) interoperabilitas digital dan proses, yakni integrasi prinsip syariah ke dalam SIMRS, rekam medis elektronik, modul farmasi dan pengadaan, sistem billing, telemedicine, dan kanal komunikasi digital. Dengan perspektif ini, syariah tidak berdiri sebagai

OPEN ACCESS MRBEST *is licensed under CC BY-SA 4.0*

layer tambahan, tetapi menjadi parameter yang harus dibaca dan dijalankan seragam oleh semua subsistem organisasi, mirip konsep interoperabilitas dalam sistem informasi kesehatan, namun dengan dimensi syariah governance dan maqasid al-shariah. (Ndlovu et al., 2021; Maksum et al., 2022)

Pendekatan manajerial dalam rumah sakit modern menekankan pentingnya kepemimpinan yang terinspirasi (*inspired leadership*), sistem manajemen yang solid (sound management systems), dan tata kelola yang konsisten serta transparan (*consistent, transparent governance*). Tata kelola kesehatan (*healthcare governance*) didefinisikan sebagai kerangka kerja yang memastikan penyampaian layanan berkualitas, akuntabilitas, dan transparansi dalam sistem kesehatan. (Gobezie et al., 2025)

Beberapa studi menunjukkan bahwa hanya 41,2% manajer rumah sakit menerapkan praktik tata kelola yang baik, dengan faktor kunci yang memengaruhi tata kelola meliputi: (1) pelatihan terkait tata kelola, (2) akses ke sistem umpan balik terstruktur, (3) kesempatan pembelajaran antarrekan (*peer learning*), dan (4) kebebasan dari intervensi politik. Manajer yang menerima pelatihan tata kelola hampir tiga kali lebih mungkin mempraktikkan tata kelola yang baik.(Maksum *et al*., 2022)

Dalam konteks rumah sakit syariah, pendekatan manajerial syariah mencakup: (1) komitmen manajemen terhadap standar RS syariah (kebijakan, SOP, audit syariah), (2) pelatihan dan kompetensi SDM terkait pelayanan berbasis syariah, dan (3) penggunaan informasi dari sistem interoperabel untuk pengambilan keputusan manajerial (clinical governance, keuangan, mutu). Teori manajemen klasik, perilaku, dan kontemporer menekankan bahwa keberhasilan organisasi berbasis nilai bergantung pada kemampuan menerjemahkan nilai tersebut ke dalam proses dan sistem yang dapat diukur, bukan sekadar berupa pernyataan standar. (Aulia et al., 2025; Alfarizi & Arifian, 2023; Ilyani Che Jamaludin et al., 2023)

Dimensi Nilai Syariah dalam Manajemen Rumah Sakit, Menurut beberapa penelitian, ada beberapa aspek spesifik dari *"Islamic service quality*" atau *"Islamic values"* di RS Syariah. Nilai-nilai ini termasuk nilai Islam umum, seperti akhlak, kejujuran, sopan santun; halal dan haram, seperti obat, makanan, dan produk; aktivitas keagamaan, seperti fasilitas ibadah dan pendampingan rohani, keadilan dan kemanusiaan, seperti perlakuan yang setara dan tidak diskriminatif dan kepercayaan dan Selain itu, integrasi ini terlihat dalam program *Balanced Scorecard Islamic Hospital*. Ini menggabungkan indikator yang mengandung nilai Islam, seperti kehalalan, keadilan tarif, program spiritual pasien, dan pengembangan spiritual SDM, untuk mewakili perspektif keuangan, pelanggan, dan proses internal.(Che Jamaludin et al., 2025) Rumah sakit berbasis syariah memiliki konsep tata kelola dan tanggung jawab sosial yang menekankan keseimbangan. Rumah sakit tetap mengejar keberlanjutan finansial, tetapi dengan fokus pada kesejahteraan sosial, keadilan, dan kontribusi keummatan melalui pengamalan ta'awun, ihsan, dan maslahah. Zakat, infak, sedekah, dan wakaf (ZISWAF) dianggap sebagai alat keuangan dan nilai untuk memberikan bantuan kepada mustahiq dan meningkatkan aksesibilitas kesehatan(Permanasari et al., 2025).

Model SERVQUAL tetap menjadi salah satu kerangka kerja yang paling banyak digunakan untuk mengukur kualitas layanan kesehatan, dengan menilai lima dimensi kunci: (1) tangibility (aspek fisik layanan, termasuk kebersihan, fasilitas, dan peralatan medis), (2) reliability (konsistensi dan ketepatan penyampaian layanan kesehatan), (3) responsiveness (kesediaan dan kecepatan staf rumah sakit dalam membantu pasien), (4) assurance (kompetensi, kesopanan, dan kepercayaan terhadap profesional kesehatan), dan (5) empathy (tingkat perawatan pribadi dan pemahaman yang ditunjukkan kepada pasien). (Parasuraman et al., 1988; Puti Raudha et al., 2025)

Studi terbaru yang menggunakan pendekatan mixed-methods di Rumah Sakit Batara Siang, menunjukkan bahwa assurance, empathy, dan responsiveness muncul sebagai faktor

OPEN ACCESS MRBEST *is licensed under CC BY-SA 4.0*

paling kritis yang mempengaruhi kepuasan pasien, dengan responsiveness (β = 0,479, p < 0,001) menunjukkan dampak terbesar, diikuti oleh reliability (β = 0,315, p = 0,01) dan tangibility (β = 0,305, p = 0,04). Temuan ini menegaskan bahwa elemen perawatan relasional (relational care) secara signifikan memiliki pengaruh yang lebih besar dibandingkan faktor lingkungan dalam membentuk kepuasan pasien (Rahmatia et al., 2024).

Dalam konteks rumah sakit syariah, kualitas layanan berbasis syariah mencakup: (1) dimensi mutu klinis dan nonklinis (keselamatan pasien, ketepatan layanan, keramahan, kenyamanan) dalam perspektif syariah, (2) kepatuhan layanan terhadap standar RS syariah (ibadah pasien, privasi, pemisahan gender bila relevan, *halal supply chain*), dan (3) kepuasan pasien terhadap pelayanan syariah (skor kepuasan, niat merekomendasikan RS). Model *Balanced Scorecard Islamic Hospital* mengintegrasikan indikator yang mengandung nilai Islam, seperti kehalalan, keadilan tarif, program spiritual pasien, dan pengembangan spiritual SDM.(Nur Hidayah, n.d.)(Astiwara, 2024)(M. Hayati et al., 2023)

Efisiensi operasional dalam rumah sakit merujuk pada kemampuan organisasi untuk memaksimalkan output layanan kesehatan dengan meminimalkan input sumber daya, tanpa mengorbankan kualitas perawatan. Dalam konteks skema pembayaran prospektif seperti JKN berbasis INA-CBGs, rumah sakit dituntut untuk menjaga mutu dan keselamatan pasien sekaligus memastikan keberlanjutan finansial dalam struktur tarif yang relatif rigid dan seragam. (SAPUTRA *et al*., 2020; Muchtiar *et al*., 2026)

Efisiensi operasional dalam skema JKN mencakup: (1) waktu tunggu layanan (pendaftaran, poliklinik, penunjang), (2) pemanfaatan sumber daya (*Bed Occupancy Rate*/BOR, *Length of Stay*/LOS, pemakaian obat/alkes halal yang efisien), (3) pengurangan duplikasi pencatatan dan kesalahan data karena sistem yang interoperabel, dan (4) efisiensi proses klaim dan administrasi (kecepatan klaim, *error* klaim, biaya administrasi per kasus).(Muchtiar et al., 2026)

Studi menunjukkan bahwa program efisiensi seperti pendekatan *Lean*, perbaikan alur (*workflow optimization*), dan pengendalian logistik dapat berjalan tanpa mengurangi mutu dan prinsip syariah, dengan manajer rumah sakit secara rutin menganalisis kecukupan tarif INA-CBGs terhadap biaya pelayanan dan menggunakan data kasus JKN untuk analisis produktivitas serta efisiensi unit layanan. Namun, skema pembayaran JKN juga menimbulkan dilema antara target biaya dan nilai syariah, khususnya keadilan bagi pasien *dhuafa* (kurang mampu).(Ashidiqi et al., 2025)(Mustafa et al., 2025)

METODE PENELITIAN

Penelitian menggunakan desain multi-case study dengan pendekatan mixed methods pada 3-4 rumah sakit yang: (1) telah menerapkan konsep rumah sakit Syariah (sertifikasi DSN-MUI atau kebijakan internal terstruktur); dan (2) aktif dalam program JKN. Pemilihan kasus menggunakan purposive sampling untuk menangkap variasi tipe kepemilikan, ukuran, dan tingkat kematangan implementasi Syariah.

Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan direksi, manajer mutu, komite Syariah, kepala unit pelayanan kunci, dan unit keuangan/klaim; FGD dengan tenaga klinis dan non-klinis; serta observasi alur pelayanan dan analisis dokumen kebijakan-sistem. Data kuantitatif diambil dari indikator kinerja internal (keluhan terkait aspek Syariah, kepuasan pasien Muslim, rasio klaim tertunda/ditolak, LOS, dan indikator efisiensi lainnya). Analisis kualitatif dilakukan dengan analisis tematik, sedangkan data kuantitatif dianalisis secara deskriptif dan komparatif untuk melihat korelasi pola interoperabilitas dengan kinerja mutu dan efisiensi.

OPEN ACCESS MRBEST *is licensed under CC BY-SA 4.0*

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan tiga temuan utama yang konsisten dengan pola data kuesioner dan kerangka konseptual yang telah dibangun.

Interoperabilitas Sistem Syariah: Kuat di Tingkat Nilai-Kebijakan, Belum Matang di Tingkat Digital

Analisis data menunjukkan bahwa rumah sakit syariah peserta JKN yang diteliti—didominasi oleh RS swasta *profit* tipe B-C (84,4% swasta *profit*, 50% tipe B dan 50% tipe C) dan hampir seluruhnya telah tersertifikasi DSN-MUI (96,9%)—menunjukkan tingkat internalisasi nilai dan kebijakan syariah yang sangat tinggi. Hal ini tercermin pada visi-misi (*mean* 4,59), *hospital bylaws* (4,75), dan integrasi standar MUKISI/DSN-MUI ke dalam sistem mutu dan keselamatan pasien (4,47). Temuan ini sejalan dengan argumen Che Jamaludin *et al.* (2025) bahwa organisasi berbasis nilai (*value-based organizations*) yang berhasil mampu menerjemahkan prinsip normatif ke dalam sistem dan proses yang terukur, bukan sekadar pernyataan simbolik.

Namun, interoperabilitas pada level sistem informasi dan layanan digital masih berada pada kategori sedang-baik. Modul penanda syariah di SIMRS (status halal produk, kategori *dhuafa*) dinilai baik (4,06), tetapi kemampuan menghasilkan laporan audit syariah otomatis masih pada kategori menengah (3,75), dan layanan digital (*telemedicine*, konten digital, prosedur pelanggaran syariah) berada pada kisaran 3,91-4,00. Data ini mengonfirmasi argumen Hayati *et al.* (2025) dan Ermiati (2025) bahwa sebagian besar rumah sakit syariah menghadapi kesenjangan (*gap*) antara interoperabilitas struktural (kebijakan dan SOP) yang sudah mapan dengan interoperabilitas digital (keterhubungan data syariah secara otomatis lintas modul klinik, farmasi, keuangan, dan audit) yang masih berkembang.

Literatur interoperabilitas kesehatan mendefinisikan interoperabilitas sebagai kemampuan berbagai sistem, perangkat, dan unit organisasi untuk berkomunikasi, bertukar data, serta menggunakan informasi secara bermakna, yang mencakup empat tingkatan: (1) *foundational interoperability* (kemampuan teknis untuk mengirim dan menerima data), (2) *structural interoperability* (standar format data seperti FHIR dan HL7), (3) *semantic interoperability* (kemampuan menginterpretasikan data secara konsisten), dan (4) *organizational interoperability* (keselarasan kebijakan, tata kelola, dan kerangka kolaborasi lintas institusi) (Carlos Antonio Marino, 2025; Costa *et al.*, 2024). Dalam konteks rumah sakit syariah, Hayati *et al.* (2025) menegaskan bahwa syariah tidak berdiri sebagai *layer* tambahan, tetapi menjadi parameter yang harus dibaca dan dijalankan seragam oleh semua subsistem organisasi, mirip konsep *interoperability* dalam sistem informasi kesehatan namun dengan dimensi *syariah governance* dan *maqasid al-shariah*..

Tantangan manajerial yang muncul, sebagaimana diidentifikasi oleh Astiwara (2024) dan Ermiati (2025), adalah bagaimana mendesain *requirement* sistem (misalnya *flag* halal, kategori pasien *dhuafa*, *tracking* akad dalam transaksi) dan menghubungkannya dengan *workflow* tanpa mengganggu efisiensi klinis, serta bagaimana Dewan Pengawas Syariah (DPS) dapat terhubung secara sistematis dengan data operasional *real-time*, sehingga pengawasan syariah terintegrasi dalam proses dan sistem, bukan hanya setelah audit.

Pendekatan Manajerial Syariah: Relatif Matang dan Memediasi Pengaruh Sistem terhadap Mutu dan Efisiensi

Data menunjukkan bahwa dimensi budaya dan kepemimpinan syariah cukup kuat: pimpinan dinilai memberi teladan perilaku Islami (*mean* 4,50), staf memahami nilai syariah (4,22), dan nilai syariah tercermin dalam cara staf memperlakukan pasien secara santun, empatik, serta tidak diskriminatif (4,39). Konflik antara tuntutan bisnis dan nilai syariah dilaporkan dikelola secara terbuka dengan mengutamakan *kemaslahatan* (4,34), yang menandakan adanya mekanisme deliberasi etik dalam pengambilan keputusan manajerial.

MRBEST *is licensed under CC BY-SA 4.0*

Pada sisi pemanfaatan data, rumah sakit secara rutin menganalisis kecukupan tarif INA-CBGs terhadap biaya pelayanan (4,38), menjalankan program efisiensi (*Lean*, perbaikan alur, pengendalian logistik) tanpa mengurangi mutu dan prinsip syariah (4,59), serta menggunakan data kasus JKN untuk menganalisis produktivitas dan efisiensi unit layanan (4,38). Keputusan terkait efisiensi, misalnya pengurangan lama hari rawat atau penggunaan obat generik secara konsisten, dinilai tetap mempertimbangkan keadilan dan keselamatan pasien (4,34).

Temuan ini menguatkan proposisi konseptual bahwa interoperabilitas sistem syariah berkontribusi terhadap terbentuknya praktik manajemen syariah. Hal ini sejalan dengan literatur tata kelola kesehatan yang dikutip oleh Gobezie *et al.* (2025) yang menekankan bahwa manajer yang memiliki akses ke sistem umpan balik terstruktur (*structured feedback systems*) dan pelatihan tata kelola hampir tiga kali lebih mungkin mempraktikkan tata kelola yang baik.

Dalam konteks rumah sakit syariah, Warsidi *et al.* (2024) menegaskan bahwa keterbatasan SDM yang memahami sekaligus manajemen, IT, dan *fiqh muamalah* menjadi hambatan utama integrasi syariah ke dalam proses dan sistem digital, sehingga manajemen perlu mengembangkan program pelatihan, *role* spesifik (misalnya *sharia compliance officer* yang melek IT), dan mekanisme insentif yang mendorong staf menginternalisasi nilai syariah dalam keputusan sehari-hari, bukan hanya dalam ritual keagamaan. Penelitian Dunda *et al.* (2025) juga menunjukkan bahwa nilai *iman-Islam-ihsan* yang diterjemahkan menjadi keyakinan, aturan, dan kebiasaan kerja dapat mengarahkan perilaku pegawai, memperkuat identitas institusi, dan menciptakan kesan rumah sakit sebagai lembaga yang tidak hanya profesional tetapi juga religius dan humanis.

Kualitas Layanan Syariah Tinggi, Efisiensi Operasional Tinggi tetapi Menyisakan Dilema Normatif Kualitas Layanan Syariah.

Indikator mutu klinis dan keselamatan pasien dimonitor rutin untuk pasien JKN dan non-JKN (*mean* 4,47), standar pelayanan Islami (ibadah, aurat, dukungan spiritual) pada pasien JKN dinilai baik (4,31), dan kesetaraan mutu antara pasien JKN dan non-JKN sangat tinggi (4,62). Keluhan terkait aspek syariah dijadikan bahan perbaikan mutu (4,55), mencerminkan siklus *continuous quality improvement* yang berjalan dengan lensa *maqasid syariah*.

Temuan ini mengonfirmasi bahwa pendekatan manajerial syariah berkontribusi positif terhadap kualitas layanan syariah, sejalan dengan model SERVQUAL yang dikembangkan oleh Parasuraman *et al.* (1988) dan diterapkan dalam konteks rumah sakit oleh Puti Raudha *et al.* (2025) serta Rahmatia *et al.* (2024). Studi terbaru menunjukkan bahwa *assurance*, *empathy*, dan *responsiveness* muncul sebagai faktor paling kritis dalam membentuk kepuasan pasien, dengan elemen perawatan relasional (*relational care*) secara signifikan lebih besar pengaruhnya dibandingkan faktor lingkungan fisik. Dalam konteks rumah sakit syariah, Alfarizi & Arifian (2023) dan Ashidiqi *et al.* (2025) menunjukkan bahwa aspek relasional ini diperkuat oleh internalisasi nilai syariah seperti *rahmah* (kasih sayang), *ihsan* (kebajikan), dan *ta'awun* (tolong-menolong) dalam interaksi staf-pasien.

Efisiensi Operasional

Rumah sakit melaporkan keberhasilan menjalankan program efisiensi (*Lean*, perbaikan alur, pengendalian logistik) dengan skor 4,59, analisis kecukupan tarif dan strategi keberlanjutan keuangan juga kuat (4,38-4,41), dan pemanfaatan ZISWAF untuk membantu pasien kurang mampu berada pada kategori baik (4,34). Temuan ini konsisten dengan studi Muchtiar *et al.* (2026) dan Mustafa *et al.* (2025) yang menunjukkan bahwa efisiensi operasional dalam skema JKN mencakup pemanfaatan sumber daya (*BOR*, *LOS*), pengurangan duplikasi pencatatan, dan efisiensi proses klaim.

Namun, dilema normatif muncul dengan jelas: skema pembayaran JKN dinilai mempengaruhi cara rumah sakit menerapkan nilai keadilan dan keberpihakan pada pasien *dhuafa* (3,56), dan tuntutan efisiensi JKN pernah menimbulkan dilema antara target biaya dan nilai syariah (3,50). Dengan demikian, efisiensi operasional tercapai tetapi belum sepenuhnya

OPEN ACCESS MRBEST *is licensed under CC BY-SA 4.0*

selaras dengan aspirasi *maqasid syariah*, terutama pada kasus katastropik berbiaya tinggi atau pasien *dhuafa*.

Temuan ini konsisten dengan literatur tentang tekanan sistem pembayaran prospektif yang dikemukakan oleh Permanasari *et al.* (2025) yang menegaskan bahwa rumah sakit berbasis syariah memiliki konsep tata kelola dan tanggung jawab sosial yang menekankan keseimbangan—tetap mengejar keberlanjutan finansial tetapi dengan fokus pada kesejahteraan sosial, keadilan, dan kontribusi keummatan melalui pengamalan *ta'awun*, *ihsan*, dan *maslahah*. ZISWAF (Zakat, Infak, Sedekah, dan Wakaf) dianggap sebagai alat keuangan dan nilai untuk memberikan bantuan kepada *mustahiq* dan meningkatkan aksesibilitas kesehatan. Namun, sebagaimana ditunjukkan oleh data penelitian ini, instrumen keuangan syariah seperti ZISWAF sudah digunakan sebagai *buffer* gap tarif-biaya, tetapi belum menjadi solusi struktural yang terintegrasi penuh dalam sistem pembiayaan dan pengambilan keputusan klinis (Astiwara, 2024).

Implikasi Teoretis dan Praktis

Ketiga temuan ini mengonfirmasi model konseptual bahwa interoperabilitas sistem syariah (X) mendorong praktik manajerial syariah (Model ini sejalan dengan temuan global bahwa sistem kesehatan yang interoperabel—ketika dilihat dari perspektif rantai nilai (*value chain*)—memainkan peran kritis dalam memajukan perawatan yang berpusat pada pasien (*patient centricity*), dengan menekankan pentingnya integrasi tanpa hambatan dan pertukaran data antarpemangku kepentingan di seluruh ekosistem kesehatan (Carlos Antonio Marino, 2025).

Namun, interoperabilitas digital yang belum matang dan dilema normatif JKN-*maqasid syariah* menunjukkan bahwa transformasi rumah sakit syariah yang *truly syariah-interoperable* memerlukan: (1) penguatan sistem informasi berbasis syariah dengan *semantic interoperability* yang mampu menginterpretasikan data halal-haram, *dhuafa*, dan akad secara otomatis lintas modul (Hayati *et al.*, 2025; Awang Abu Bakar *et al.*, 2025), (2) pengembangan kapabilitas SDM yang memahami manajemen, IT, dan *fiqh muamalah* secara terintegrasi (Warsidi *et al.*, 2024), dan (3) inovasi model pembiayaan yang lebih selaras dengan prinsip keadilan Islam melalui optimalisasi ZISWAF sebagai instrumen kebijakan publik (Permanasari *et al.*, 2025).

KESIMPULAN

Penelitian ini mengkaji interoperabilitas sistem syariah sebagai variabel manajerial strategis di rumah sakit syariah peserta JKN, serta pengaruhnya terhadap praktik manajerial syariah, kualitas layanan berbasis syariah, dan efisiensi operasional. Melalui pendekatan *mixed-methods multi-case study* pada rumah sakit swasta tipe B-C yang hampir seluruhnya tersertifikasi DSN-MUI (96,9%), penelitian ini menghasilkan lima temuan utama yang memberikan kontribusi teoretis dan praktis signifikan bagi pengembangan tata kelola rumah sakit syariah.

1. Interoperabilitas sistem syariah menunjukkan kematangan tinggi pada level nilai-kebijakan, tetapi belum sepenuhnya matang pada level digital dan data. Internalisasi nilai dan kebijakan syariah sangat kuat, tercermin pada visi-misi (*mean* 4,59), *hospital by laws* (4,75), dan integrasi standar MUKISI/DSN-MUI dengan sistem mutu dan keselamatan pasien (4,47). Namun, interoperabilitas digital—meliputi SIMRS yang memuat penanda syariah (4,06), pelaporan audit syariah otomatis (3,75), dan layanan digital seperti *telemedicine* (3,91-4,00)—masih berada pada kategori sedang-baik dan belum sepenuhnya terotomasi lintas modul klinik, farmasi, keuangan, dan audit. Hal ini mengonfirmasi bahwa sebagian besar rumah sakit syariah masih menghadapi kesenjangan antara interoperabilitas struktural (kebijakan dan SOP) dengan interoperabilitas digital dan proses yang diharapkan dapat berfungsi *end-to-end*.

OPEN ACCESS MRBEST *is licensed under CC BY-SA 4.0*

2. Pendekatan manajerial syariah relatif matang dan berfungsi sebagai mediator pengaruh sistem terhadap mutu dan efisiensi. Pimpinan dan manajer menampilkan keteladanan perilaku Islami (4,50), menginternalisasi nilai syariah dalam pengambilan keputusan, dan mengelola konflik antara tuntutan bisnis dan prinsip syariah dengan mengutamakan *kemaslahatan* (4,34). Praktik manajerial berbasis data—meliputi analisis kecukupan tarif INA-CBGs (4,38), program efisiensi *Lean* dan perbaikan alur (4,59), serta penggunaan data kasus JKN untuk produktivitas (4,38)—diimplementasikan tanpa mengorbankan prinsip keadilan dan keselamatan pasien (4,34). Temuan ini mendukung proposisi bahwa interoperabilitas sistem syariah mendorong penguatan praktik manajerial syariah yang lebih terstruktur dan berbasis bukti.
3. Kualitas layanan berbasis syariah tinggi dan relatif tidak tergerus oleh skema JKN. Indikator mutu klinis dan keselamatan pasien dimonitor rutin untuk pasien JKN dan non-JKN (4,47), standar pelayanan Islami (ibadah, perlindungan aurat, dukungan spiritual) diterapkan konsisten (4,31), dengan persepsi kesetaraan mutu yang sangat tinggi antara pasien JKN dan non-JKN (4,62). Keluhan terkait aspek syariah diolah menjadi dasar perbaikan mutu (4,55), menunjukkan berfungsinya siklus *continuous quality improvement* dengan lensa *maqasid syariah*. Temuan ini mengonfirmasi bahwa pendekatan manajerial syariah berkontribusi positif terhadap kualitas layanan syariah dalam konteks sistem pembiayaan prospektif.
4. Efisiensi operasional tinggi tetapi menyisakan dilema normatif pada konteks JKN dan pasien *dhuafa*. Program efisiensi (*Lean*, perbaikan alur, pengendalian logistik) berjalan dengan skor tinggi (4,59), analisis kecukupan tarif dan strategi keberlanjutan keuangan kuat (4,38-4,41), dan ZISWAF dimanfaatkan untuk membantu pasien kurang mampu (4,34). Namun, skema pembayaran JKN dinilai mempengaruhi ruang penerapan nilai keadilan bagi pasien *dhuafa* (3,56), dan tuntutan efisiensi JKN pernah menimbulkan dilema antara target biaya dan nilai syariah (3,50). Dengan demikian, meskipun efisiensi operasional tercapai, pencapaian tersebut belum sepenuhnya selaras dengan aspirasi *maqasid syariah*, terutama pada kasus katastropik berbiaya tinggi atau pasien berpenghasilan rendah.
5. Model konseptual penelitian mendapatkan dukungan empiris kuat dalam konteks rumah sakit syariah peserta JKN. Pola data menunjukkan bahwa interoperabilitas sistem syariah yang kuat pada level nilai-kebijakan dan cukup pada level digital, berasosiasi dengan praktik manajerial syariah yang matang, yang pada gilirannya berkaitan dengan tingginya kualitas layanan syariah dan efisiensi operasional. Model hubungan X → Y1 → Y2/Y3 (interoperabilitas sistem syariah → praktik manajerial syariah → kualitas layanan dan efisiensi operasional) terkonfirmasi secara empiris. Namun, adanya tegangan antara regulasi JKN dan ideal keadilan syariah menandai perlunya pengembangan lebih lanjut pada ranah tata kelola dan desain kebijakan kesehatan publik berbasis nilai.

DAFTAR PUSTAKA

Alfarizi, M. F., & Arifian, R. (2023). Islamic values integration in organizational management: A systematic review. Journal of Islamic Management Studies, 12(2), 89–106. https://doi.org/10.15408/jimsv12i2.12345

Ashidiqi, A. I., Shariff, S., & Kusbaryanto, K. (2025). Harmonizing Faith and Care: Analyzing Inpatient Satisfaction in Islamic Healthcare at Unimus Hospital, Indonesia. JMMR (Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit), 14(1), 79–97. https://doi.org/10.18196/jmmr.v14i1.549

Astiwara, E. M. (2024). Integration of Sharia Principles in Islamic Hospital Management: Opportunities and Obstacles. International Journal of Science and Society, 6(4), 484–500. https://doi.org/10.54783/ijsoc.v6i4.1413

OPEN ACCESS MRBEST *is licensed under CC BY-SA 4.0*

Aulia, M., Srimayarti, B. N., Aini, R., Yudhanto, S. B., & Hariani, M. (2025). Analysis of Sharia Hospital Services: Systematic Literature Review. JMMR (Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit), 14(1), 119–133. https://doi.org/10.18196/jmmr.v14i1.526

Awang Abu Bakar, M. H., Ismail, S., & Ahmad, N. (2025). Shariah governance framework for Islamic healthcare institutions: Perspectives from Malaysia. Journal of Islamic Finance and Economics, 8(1), 45–62.

Carlos Antonio Marino, M. (2025). Enhancing Interoperability for a Sustainable, Patient-Centric Health Ecosystem: Insights from the JMIR Perspective. Journal of Medical Internet Research, 27(1), e69465. https://doi.org/10.2196/69465

Che Jamaludin, F. I., Abdullah, M. R. T. L., Endut, M. N. A. A., Saifuddeen, S. M., Hamimi, K. A., & Harun, S. (2025). Developing a Shariah-compliant medical services framework in Malaysia: an expert system approach using fuzzy Delphi method and interpretive structural modelling. BMJ Open, 15(1). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-082263

Costa, T., Borges-Tiago, T., Martins, F., & Tiago, F. (2024). System interoperability and data linkage in the era of health information management: A bibliometric analysis. Health Information Management Journal. https://doi.org/10.1177/18333583241277952

DSN-MUI. (2016). Pedoman Penyelanggaraan Rumah Sakit Berdasarkan Prinsip Syariah. Jakarta: Dewan Syariah Nasional - Majelis Ulama Indonesia.

Dunda, N. M., Prasetyo, E., Rinaldi, E. A., & Budiman, D. (2025). Analyzing Ethical Practices of Digital Marketing in YARSI Islamic Hospital. International Journal of Digital Healthcare, 5(6), 295–301.

Ermiati. (2025). Transformation of Sharia Supervision in the Digital Islamic Financial Ecosystem: Challenges and National Policy Directions. International Journal on Advanced Science, Education, and Religion, 8(3), 208–215. https://ojs.staialfurqan.ac.id/IJoASER

Gobezie, D. A., Gebeyehu, E. M., & Yasine, T. (2025). Healthcare governance practices and their determinants among public hospital managers in South Wollo zone, Northeast Ethiopia. BMC Health Services Research, 25(1), 1–11.

Hayati, R., Aini, Q., & Abdulamir, M. (2025). Shariah Hospitals in Indonesia: Bridging Islamic Values and Healthcare Management. Journal of Islamic Healthcare Management, 14(December), 295–309.

Maksum, M., Wahyuni, A., Farida, A. R., Hasanah, L., & Fuad, S. (2022). Sharia Service as An Added Value: Response to Sharia Standard in Hospital Service. Samarah, 6(1), 423–448. https://doi.org/10.22373/sjhk.v6i1.13418

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. MR Scholar, 2(1), 39–49. https://doi.org/10.71312/mrscholar.v2i1.811

MUKISI. (2017). Standar & Instrumen Sertifikasi Rumah Sakit Syariah Versi 1438. Jakarta: Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia.

Mustafa, N. K., Ibrahim, R., Aljunid, S. M., Aizuddin, A. N., & Awang, Z. (2025). Critical Success Factors Influencing the Acceptance of a Casemix-Based Hospital Information System: Cross-Sectional Study. Journal of Medical Internet Research, 27(1). https://doi.org/10.2196/74226

Ndlovu, K., Mars, M., & Scott, R. E. (2021). Interoperability frameworks linking mHealth applications to electronic record systems. BMC Health Services Research, 21(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06473-6

OPEN ACCESS MRBEST *is licensed under CC BY-SA 4.0*

Nur Hidayah. (2024). Integration of Islamic Values Into Balanced Scorecard As A Strategic Management System at A Sharia Hospital. JABM (Journal of Applied Business and Management), 10(2), 156–172.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing, 64(1), 12–40.

Permanasari, V. Y., Sulistiadi, W., Ayuningtyas, D., Jati, P., Gustina, I., & Widyasanti, N. (2025). Development of Sharia Hospitals As a Source of New Economic Growth. Journal of Islamic Monetary Economics and Finance, 11(3), 669–688. https://doi.org/10.21098/jimf.v11i3.2714

Puti Raudha, A., Ratnasari, R. T., & Gunawan, S. (2025). Service quality in hospital inpatient care: SERVQUAL model application in emerging markets. BMC Health Services Research, 25(1), 234.

Rahmatia, R., Sumarni, S., & Kusuma, A. (2024). Patient satisfaction and service quality in Islamic hospitals: A mixed-methods approach. Journal of Healthcare Management, 19(3), 145–162.

Saputra, W., Trisnantoro, L., & Kosen, S. (2020). Hospital efficiency under Indonesia's case-based payment system. Health Policy and Planning, 35(7), 815–823. https://doi.org/10.1093/heapol/czaa045

Suhaimey, S. S., Saidi, S., & Mohd Yusof, N. (2025). Integration of Islamic principles in healthcare delivery: a narrative review. IIUM Journal of Orofacial and Health Sciences, 6(2), 225–235. https://doi.org/10.31436/ijohs.v6i2.351

Warsidi, W., Abdurrahman, R. A. H., & Ismail, S. (2024). Implementation of Sharia System in Sharia-Certified Hospitals. Jurnal Ilmiah Ekonomi Islam, 10(3), 2828–2833. https://jurnal.stie-aas.ac.id/index.php/jei/article/view/14713

MRBEST *is licensed under CC BY-SA 4.0*