BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan menjadi bagian dari Hak Asasi Manusia (HAM), dimana hak atas kesehatan manusia merupakan bagian dari setiap manusia yang hidup dan menjadi kebutuhan dasar setiap manusia yang tidak dapat dikurangi dalam keadaan apapun(1)(2). Kesehatan menjadi hal pokok yang harus dimiliki oleh setiap masyarakat bernegara agar bisa mencapai kehidupan yang terus berkelanjutan. Dalam hal ini setiap pemerintah wajib menyediakan dan mewujudkan standar kesehatan masyarakat yang makmur(3). Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan fundamental yang bagi manusia untuk menjalani hidup yang layak dan produktif. Oleh karena itu, perlu untuk menyediakan layana kesehatan yang berkualitas(4)(5).

Pemerintah Indonesia menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 yang berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (6). Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang badan penyelenggaraan jaminan sosial menyatakan bahwa "Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial". Dimana tugas utama dari BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) adalah menyelenggarakan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) bagi seluruh warga Indonesia(7). Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 juga telah menetapkan bahwa JKN akan diselenggarakan oleh BPJS, yang dimana terdiri dari dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan(8).

Pelayanan kesehatan yang terjamin dalam BPJS yaitu promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk dengan pelayanan obat-obatan sesuai dengan kebutuhan

medis yang diperlukan. BPJS Kesehatan juga bekerjasama dengan dengan badan pelayanan kesehatan lain sebagai mitra seperti, rumah sakit, klinik, praktek dokter, apotek dan optik(7).

Penerapan awal pada program JKN memiliki manfaat pelayanan rawat inap yang terbagi menjadi tiga kelas yaitu, kelas 1, kelas 2, dan kelas 3 dengan dengan pertimbangan rumah sakit masih menerapkan sistem rawat inap dengan perbedaan kelas(9). Pada bulan maret 2024, total peserta BPJS Kesehatan di Kota Parepare mencapai 161.945 orang, dengan 140.657 orang di antaranya berstatus aktif. Serta terdapat 21.288 peserta yang berstatus non-aktif, tetapi tingkat keaktifan peserta BPJS Kesehatan mencapi 88%. Angka ini menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat di Kota Parepare masih berkomitmen untuk menjaga kesehatan mereka melalui program ini(10).

Penetapan kebijakan Kelas Rawat Inap Standar(KRIS) berdasarakan Peraturan Pemerintah No.47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan Pasal 84 huruf b. Karena banyaknya yang harus dipersipakan dalam menerapkan kebijakan baru ini maka adanya penundaan penerapan paling lambat 1 januari 2025(11). Pemerintah mengeluarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 tahun 2024 tentang perubahan sistem 3 kelas BPJS atas PERPRES No.82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan pada 8 Mei 2024. Pada pasal 103 A yang berbunyi penerapan ruangan

perawatan pada pelayanan rawat inap oleh Kebijakan KRIS harus telah terlaksana secara menyeluruh untuk semua rumah sakit di Indonesia yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan paling lambat 30 Juni 2025(12).

Penerapan pembagian kelas pada BPJS Kesehatan hingga saat ini masih belum berjalan dengan sangat efektif. Pada penerapan BPJS Kesehatan 3 kelas, ruang untuk rawap inap masih berbeda-beda di tiap ruamh sakit dan untuk kelas standar masih belum memiliki kriteria yang tetap, sehingga untuk menyamaratakan standar untuk ruangan rawat inap di seluruh rumah sakit maka muncul peraturan UU No. 47 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan Rumah sakit. Pada pasal 18 tertulis Kelas Rawat Inap Standar yang diterapkan pada rumah sakit paling sedikit 40% dari total tempat tidur yang tersedia(13).

Pelayanan rawat inap merupakan sesuatu kewajiban yang harus dilakukan dengan baik oleh rumah sakit. Saat ini pelayanan kelas rawat inap di rumah sakit masih menggunakan sistem kelas atau kluster yang dibagi menjadi 3 kelas. Pada pengimplementasian kluster kelas 1 sampai 3 oleh BPJS Kesehatan masih banyak ditemukan ke tidak sesuaian pada penerapannya dan banyak peserta BPJS Kesehatan yang mengeluhkan atas kualitas perawatan rawat inap(14). Penerapan kebijakan KRIS merupakan salah satu upaya pemerintah untuk tidak membedakan pelayanan rawat inap di rumah sakit. Dalam penerapannya nanti konsep KRIS akan memberikan

layanan kamar rawat inap dengan mengutamakan keselamatan pasien, ruangan yang berada di lokasi tenang, aman, dan nyaman dan dekat dengan ruang penunjang layanan lainnya(15).

Kebijakan KRIS bertujuan untuk menyamaratakan performa perawatan rawat inap di semua rumah sakit di Indonesia. Sehinggah tidak ada masyarakat yang mendapatkan kualitas perawatan rawat inap yang berbeda tanpa melihat status ekonomi mereka(14). Penerapan kebijakan KRIS merupakan salah satu upaya pemerintah untuk tidak membedakan pelayanan rawat inap di rumah sakit. Dalam penerapannya nanti konsep KRIS akan memberikan layanan kamar rawat inap dengan mengutamakan keselamatan pasien, ruangan yang berada di lokasi tenang, aman, dan nyaman dan dekat dengan ruang penunjang layanan lainnya(15).

Penerapan KRIS memerlukan persiapan yang matang dan sejumlah tantangan harus dihadapi. Sesuai dengan Keputusan Dirjen Pelayanan Kesehatan No. HK/02.02/I/1811/2022, terdapat 12 kriteria ruangan yang harus dipenuhi oleh rumah sakit untuk diterapkan (komposis banguan tidak memiliki porositas tinggi, ventilasi udara, pencahayaan ruangan, kelengkapan tempat tidur, adanya nakas, suhu yang stabil, pembagian ruangan, kepadatan ruangan, tirai pada kamar, kamar mandi dalam, standar kamar mandi dan otlet oksigen). Dari segi infrastruktur, kebijakan KRIS mengharuskan rumah sakit di seluruh Indonesia, terlepas dari tipe rumah

sakitnya, untuk menyesuaikan ruangan rawat inap dengan kriteria yang telah ditentukan dan beradaptasi dengan kebijakan KRIS ini. Hal ini berarti rumah sakit harus melakukan renovasi atau perbaikan yang harus segera dilakukan, yang bisa menjadi tantangan tersendiri bagi rumah sakit, terutama bagi rumah sakit swasta(16).

Hasil penelitian dari di RSUD Kota Salatiga, bahwa rumah sakit memiliki kesiapan dalam penerapan kebijakan KRIS. kesiapan tersebut di dukung oleh adanya rencana kerja dalam renovasi dan pengelolaan sarana prasarana yang meliputi tempat tidur, pembagian ruangan, penerapan standar aksesibilitas pada kamar mandi, dan juga upaya mengatasi kesenjangan dan antrian pasien(11).

Aspek fasilitas dan infrastruktur merupakan hal yang penting dalam implementasi kebijakan KRIS pada rumah sakit dalam hal memenuhi 12 kriteria KRIS. Kriteria KRIS tidak langsung jadi, namun diambil dari peraturan yang terkait dengan persyaratan sarana, prasaran dan alat kesehatan rumah sakit yang sudah ada(12). Manajemen rumah sakit berperan krusial dalam penerapan KRIS, yang mencakup penyesuaian kebijakan, pengelolaan sumber daya dan peningkatan mutu pelayanan. Tujuannnya agar rumah sakit dapat memenuhi standar yang telah ditentukan(17).

Penerapan kebijakan KRIS di rumah sakit sangat bergantung pada kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), di mana tenaga kesehatan yang terlatih dan berpengalaman memiliki peran krusial dalam

memastikan bahwa pelayanan kesehatan memenuhi standar yang ditetapkan. Dengan kualifikasi dan pelatihan yang tepat, tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan ynag lebih baik dan juga kerjasama antar tim kesehatan, termasuk dokter dan perawat, juga sangat penting untuk memberikan perawatan yang menyeluruh(18).

Pendanaan memainkan peran penting dalam pelaksanaa kebijkan KIRS di rumah sakit, karena pengalokasian dana yang tepat mendukung pengembangan infrastrukur, pelatihan SDM, dan penyediaan fasilitas yang sesuai. Dengan adanya pendanaan yang memadai, rumah sakit dapat melakukan perbaikan infrastruktur dan fasilitas yang diperlukan untuk memenuhi standar pelayanan, termasuk renovasi ruang rawat inap dan penyediaan peralatan medis modern(19).

Pemenuhan ketersediaan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia merupakan tanggung jawab negara dalam penyediaan pelayanan kesehatan. Dalam perspektif hukum, pemenuhan kebijakan ini bukan hanya kewajiban pemerintah, tetapi juga merupakan aspek fundamental dari hak asasi manusia. Negara memiliki kewajiban untuk memenuhi hak atas kesehatan sebagai kebutuhan dasar masyarakat, yang telah diatur dalam Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Undang-undang ini bertujuan untuk menyamaratakan hak-hak peserta JKN, sehinggah mereka berhak mendapatkan layanan

kesehatan yang manusiawi, adil, dan tanpa diskriminasi, termasuk hal ketersediaan kamar perawatan yang setara(9).

Pemerintah telah merumuskan regulasi yang komperhensif dan matang, regulasi sudah mencakup berbagai aspek, termasuk keseragaman waktu penerapan dan persiapan yang diperlukan oleh rumah sakit dalam memenuhi standar kelas rawat inap. Selain itu, pemenuhan KRIS ini harus diawasi dan dimonitor oleh pemerintah pusat guna mencegah terjadinya penyimpangan dalam pelaksanaan kebijakan ini(9).

Provinsi Sulawesi Selatan menunjuk RSUP dr. Tadjuddin Chalid di Makassar sebagai rumah sakit yang menguji penerapan KRIS di Sulawesi Selatan sejak tahun 2022. Setelah proses penetapan terdapat sepuluh kriteria yang telah terpenuhi, selain itu RSUP dr. Tadjuddin Chalid mencatat adanya peningkatan pendapatan yang mencapai dua kali lipat dan peningkatan kepuasan pasien hinggah 80% dan juga ada peningkatan kepuasan dari pegawai di rumah sakit tersebut(17).

Terdapat beberapa kasus yang sering ditemui terkait kebijkan BPJS Kesehatan pada pembagian kelas yang tidak merata serta kenaikan iuran yang baru dinaikan untuk Peserta Bantuan Iuran (PBI) dan bukan untuk peserta mandiri. Perbedaan akses kelas yang seharusnya menjadi ruangan pasien yang malah dialihkan ke kelas yang lebih rendah dari kelas yang digunakan. Dalam kasus

pasien dengan BPJS kelas 2 di tempatkan diruangan rawat inap kelas 3(20).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan melalui observasi langsung dengan menanyakan perihal kebijkan BPJS Kesehatan yang masih aktif digunakan pada semua rumah sakit di Kota Parepare bahwa semua rumah sakit di Kota Parepare masih menerapkan Kebijakan BPJS dengan sistem kelas. Dengan adanya Kebijakan KRIS ini diharapkan dapat memberikan kualitas perawatan rawat inap tanpa ada perbedaan di semua rumah sakit di Kota Parepare (14). Kota Parepare memiliki 4 rumah sakit yaitu Rs. Andi Makkasau, Rs. Fatima, Rs. Sumantri dan Rs. dr. Hasri Ainun Habibie, tiga dari empat rumah sakit ini masih dalam proses perancangan di ruamh sakitnya dalam penerapan kebijakan KRIS.

Berdasarkan hasil observasi di Rs. Andi Makkassau bahwa rumah sakit tersebut telah menerapkan kebijakan KRIS dari 12 kriteria yg telah ditetapkan, masih kurang satu kriteria lagi yaitu, kelengkapan pada tempat tidur. Untuk Rs. Fatima masih dalam proses penerapan dan terkendala dalam hal infrastruktur yaitu gedung lama, dan pada Rs. Hasri Ainun Habibie masih dalam proses penerapan 12 kriteria dan yang terkendala dalam pemasangan otlet oksigen yang menggunakan sistema oksigen senter dan belum lengkapnya nurse call.

Berdasarkan dengan uraian latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melihat bagaimana kesiapan rumah

sakit di Kota Parepare dalam mengimplementasikan kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) dari program BPJS Kesehatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, maka peneliti merumuskan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana kesiapan fasilitas dan infrastruktur rumah sakit di Kota Parepare telah siap untuk menerapkan 12 kriteria KRIS?
2. Bagaimana kesiapan manajemen rumah sakit rumah sakit di Kota Parepare untuk menerapkan kebijakan KRIS?
3. Bagaimana kesiapan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit di Kota Parepare dalam menerapkan kebijakan KRIS?
4. Bagaimana pendanaan yang tersedia di masing-masing rumah sakit di Kota Parepare dalam menerapkan kebijakan KRIS?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui kesiapan fasilitas dan infrastruktur di rumah sakit di Kota Parepare dalam penerapan kebijakan KRIS.
2. Untuk mengetahui kesiapan manajemen rumah sakit di rumah sakit di Kota Parepare dalam mengelola kebijakan KRIS.

3. Untuk mengetahui kesiapan sumber daya manusia (SDM) di rumah sakit di Kota Parepare dalam menerapkan kebijakan KRIS.
4. Untuk mengetahui pengaruh pendanaan yang tersedia di masing-masing rumah sakit di Kota Parepare dalam penerapan kebijakan KRIS.

D. Manfaat Penelitian

Hasil dari penelitian ini dapat memberikan manfaat:

1. Penelitian ini diharapankan dapat memberikan informasi dan masukan yang bermanfaat terkait kesiapan rumah sakit di Kota Parepare dalam penerapan kebijakan KRIS.
2. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan untuk dijadikan referensi dalam penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan kebijakan BPJS Kesehatan.
3. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi upaya peningkatan layanan dari kebijakan KRIS.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Rumah Sakit

Rumah sakit adalah salah satu pusat pelayanan kesehatan yang memiliki peran krusial dalam menyediakan akses layanan kesehatan yang komprehensif bagi masyarakat. Sebagai institusi yang bertanggung jawab atas kesehatan publik, rumah sakit tidak hanya berfungsi sebagai tempat perawatan bagi pasien yang sakit, tetapi juga sebagai garda terdepan dalam upaya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Oleh karena itu, penting bagi rumah sakit untuk terus meningkatkan kualitas pelayanan yang mereka tawarkan, baik dalam aspek medis maupun non-medis(21).

Dalam rangka mencapai tujuan tersebut, rumah sakit perlu mengadopsi berbagai inovasi dan teknologi terkini yang dapat mendukung proses diagnosis dan pengobatan. Selain itu, pelatihan dan pengembangan sumber daya manusia juga menjadi faktor kunci dalam meningkatkan kompetensi tenaga medis dan non-medis. Dengan memberikan pelayanan yang berkualitas tinggi, rumah sakit dapat memastikan bahwa setiap individu, tanpa memandang latar belakang sosial atau ekonomi, mendapatkan perawatan yang layak dan efektif. Lebih jauh lagi, rumah sakit harus berkomitmen untuk menciptakan

lingkungan yang ramah dan mendukung bagi pasien dan keluarganya. Ini mencakup komunikasi yang jelas dan transparan antara tenaga medis dan pasien, serta penyediaan fasilitas yang nyaman dan aman(21).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) No. 3 tahun 2020, rumah sakit didefinisikan sebagai lembaga pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan kesehatan individu secara menyeluruh. Definisi ini mencakup berbagai aspek penting yang menunjukkan peran vital rumah sakit dalam sistem kesehatan di Indonesia. Rumah sakit tidak hanya berfungsi sebagai tempat untuk memberikan perawatan medis, tetapi juga sebagai pusat rujukan untuk berbagai jenis layanan kesehatan. Dalam hal ini, rumah sakit menawarkan berbagai jenis pelayanan, termasuk rawat inap, rawat jalan, dan layanan gawat darurat. Pelayanan rawat inap meliputi perawatan bagi pasien yang memerlukan pengawasan dan perawatan intensif selama waktu tertentu, sedangkan pelayanan rawat jalan ditujukan bagi pasien yang tidak memerlukan perawatan di rumah sakit tetapi tetap membutuhkan konsultasi atau pengobatan. Layanan gawat darurat sangat penting karena memberikan respons cepat terhadap kondisi medis yang mengancam jiwa dan memerlukan penanganan segera(22).

Rumah sakit juga diharapkan untuk memenuhi standar tertentu terkait fasilitas, tenaga kesehatan, dan

peralatan medis, yang sangat penting untuk memastikan bahwa semua pasien menerima pelayanan yang berkualitas dan aman. Untuk mencapai standar tersebut, rumah sakit harus menerapkan berbagai kebijakan dan prosedur yang mendukung keselamatan pasien serta efektivitas pelayanan. Rumah sakit juga memiliki peran dalam pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, penelitian, serta pengembangan inovasi di bidang kesehatan. Dengan demikian, rumah sakit tidak hanya berfungsi sebagai penyedia layanan kesehatan, tetapi juga sebagai institusi yang berkontribusi pada peningkatan kualitas kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Dalam konteks kebijakan kesehatan nasional, rumah sakit diharapkan untuk bekerja sama dengan berbagai pihak, termasuk pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan sektor swasta, untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian, rumah sakit menjadi salah satu pilar utama dalam sistem kesehatan yang berfokus pada masyarakatt(22).

Rumah sakit juga berfungsi sebagai salah satu tempat yang menjanjikan untuk menemukan peluang bisnis yang menguntungkan. Hal ini terlihat dari meningkatnya jumlah rumah sakit dan klinik mandiri yang dibangun, serta banyaknya rumah sakit yang kini memiliki standar internasional. Pertumbuhan ini menunjukkan bahwa sektor kesehatan semakin menarik bagi para investor dan pengusaha. Munculnya

rumah sakit bertaraf internasional menunjukkan bahwa industri kesehatan di Indonesia semakin maju dan mampu bersaing di tingkat global. Rumah sakit-rumah sakit ini tidak hanya menyediakan layanan medis berkualitas tinggi, tetapi juga dilengkapi dengan fasilitas modern dan teknologi canggih, yang menarik minat pasien dari dalam dan luar negeri(23).

Peningkatan ini juga didorong oleh kesadaran masyarakat yang semakin tinggi akan pentingnya kesehatan dan kebutuhan akan layanan medis yang lebih baik. Dengan berbagai inovasi dalam pelayanan kesehatan, seperti telemedicine dan layanan kesehatan berbasis teknologi, rumah sakit memiliki kesempatan untuk memperluas pasar dan meningkatkan efisiensi operasional. Selain itu, kerjasama dengan sektor swasta dan lembaga pendidikan dapat membuka peluang baru dalam pengembangan layanan kesehatan, penelitian, dan pelatihan tenaga medis. Dengan demikian, rumah sakit tidak hanya berfungsi sebagai penyedia layanan kesehatan, tetapi juga sebagai entitas bisnis yang berkontribusi pada pertumbuhan ekonomi dan peningkatan kualitas hidup masyarakat.(23).

Rumah sakit memiliki tugas khusus untuk menyediakan layanan kesehatan berkualitas yang dapat dijangkau oleh semua lapisan masyarakat, sebagai bagian dari upaya peningkatan taraf kesehatan publik. Visi pelayanan ini diimplementasikan melalui

penyediaan sarana kesehatan modern yang didukung tenaga medis profesional dan teknologi terkini, sambil tetap memperhatikan aspek keterjangkauan biaya bagi pasien dari berbagai kalangan. Implementasi misi ini mencakup berbagai inisiatif seperti program layanan khusus untuk masyarakat kurang mampu, mekanisme subsidi silang, dan peningkatan efisiensi manajerial rumah sakit. Kemitraan strategis dengan pemerintah dan penyelenggara asuransi kesehatan turut memperluas aksesibilitas jaminan kesehatan nasional(22).

Pendekatan komprehensif ini memposisikan rumah sakit tidak hanya sebagai penyedia layanan pengobatan, tetapi juga sebagai mitra aktif dalam upaya pencegahan dan promosi kesehatan. Faktor pendukung utama mencakup penyesuaian tarif layanan dengan kondisi ekonomi masyarakat, penyediaan fasilitas memadai di seluruh unit, sistem pendukung medis yang terkoordinasi, serta kebijakan manajemen berfokus pada kepuasan pengguna layanan. Melalui upaya terpadu ini, rumah sakit mampu berperan sebagai katalisator peningkatan indikator kesehatan masyarakat sekaligus penyeimbang dalam ekosistem pelayanan kesehatan nasional(22).

Tanggung jawab utama rumah sakit adalah melaksanakan berbagai upaya kesehatan yang bertujuan untuk mendukung penyembuhan dan pemulihan pasien dengan cara yang cepat, tepat, dan

terintegrasi. Dalam hal ini, rumah sakit berfungsi sebagai lembaga yang tidak hanya memberikan perawatan medis, tetapi juga menggabungkan berbagai aspek pelayanan kesehatan untuk mencapai hasil yang optimal. Upaya kesehatan ini mencakup diagnosis yang akurat, pengobatan yang tepat, serta pemantauan berkelanjutan terhadap kondisi pasien. Untuk mencapai tujuan tersebut, rumah sakit harus memiliki tim medis yang terlatih dan berpengalaman, serta fasilitas yang memadai. Kerjasama antar berbagai disiplin ilmu kesehatan, seperti dokter, perawat, ahli gizi, dan fisioterapis, sangat penting dalam merancang rencana perawatan yang komprehensif. Selain itu, pemanfaatan teknologi medis yang canggih dapat mempercepat proses diagnosis dan pengobatan, sehingga pasien dapat menerima perawatan yang lebih efektif. Rumah sakit juga perlu menerapkan pendekatan yang berfokus pada pasien, di mana kebutuhan dan preferensi pasien menjadi prioritas dalam setiap langkah perawatan. Dengan melibatkan pasien dalam proses pengambilan keputusan mengenai perawatan mereka, rumah sakit dapat meningkatkan kepuasan pasien dan mempercepat proses pemulihan. Selain itu, edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai kondisi kesehatan serta langkah-langkah perawatan yang harus diambil juga merupakan bagian penting dari upaya kesehatan yang terintegrasi(22).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 983/Men.Kes/SK/XI/1992, rumah sakit yang beroperasi di sektor pelayanan publik, khususnya dalam bidang kesehatan, memiliki tujuan utama untuk mengupayakan pengobatan dan pemulihan pasien dengan cermat. Tujuan ini menunjukkan komitmen rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan menyeluruh kepada masyarakat. Dalam hal ini, rumah sakit tidak hanya berfungsi sebagai tempat perawatan bagi pasien yang sakit, tetapi juga sebagai institusi yang memiliki peran penting dalam proses pemulihan kesehatan individu. Pengobatan yang cermat mencakup berbagai aspek, mulai dari diagnosis yang tepat, perawatan yang sesuai, hingga pemantauan kondisi pasien secara berkelanjutan(24).

Rumah sakit diharapkan untuk menyediakan fasilitas yang memadai, tenaga medis yang terlatih, serta teknologi medis yang modern untuk mendukung proses pengobatan. Selain itu, rumah sakit juga perlu menerapkan standar pelayanan yang tinggi dan prosedur yang jelas untuk memastikan bahwa setiap pasien mendapatkan perhatian dan perawatan yang sesuai dengan kebutuhannya. Lebih lanjut, rumah sakit juga berperan dalam meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya kesehatan dan pencegahan penyakit. Melalui program edukasi dan promosi kesehatan, rumah sakit dapat membantu

masyarakat memahami cara menjaga kesehatan dan mencegah penyakit, sehingga dapat mengurangi angka kesakitan dan meningkatkan kualitas hidup. Dengan demikian, tujuan rumah sakit dalam mengupayakan pengobatan dan pemulihan tidak hanya terbatas pada perawatan medis, tetapi juga mencakup upaya preventif yang lebih luas untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan(24).

Tentang rumah sakit yang memberikan jenis pelayanan berbeda terdiri dari 3 jenis pelayanan rumah sakit tergantung dari penyakit yang diderita(25), Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan:

1) Rumah Sakit Umum
   Rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada segala jenis penyakit dan semua bidang.
2) Rumah Sakit Khusus
   Rumah sakit khusus memberikan pelayanan utuma pada satu bidang atau jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, umur, dan penyakit.
3) Rumah Sakit Publik
   Rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah secara nirbala dengan tujuan menyediakan layanan medis yang berkualitas dan terjangkau bagi masyarakat, khususnya bagi individu yang tidak memiliki kemampuan finansial untuk membayar biaya perawatan kesehatan.
4) Rumah Sakit Privat

Rumah sakit yang dikelola oleh pihak hukum yang ditujukan untuk mendapatkan profit dalam bentuk perseroan terbatas maupun persero.

5) Rumah Sakit Pendidikan

Rumah sakit pendidikan merupakan rumah sakit yang melakukan kegiatan pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan dan tenaga pendidik kesehatan.

Untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan di Indonesia, pemerintah telah membagi rumah sakit dalam beberapa kategori, yaitu tipe A, B, C dan D. Klasifikasi ini bertujuan untuk memudahan masyarakat dalam memahami jenis layanan yang tersedia serta untuk memastikan bahwa setiap rumah sakit dapat berfungsi sesuai dengan kapasitas dan spesialisasi yang dimilikinya(26). Berikut penjelasan tentang tipe rumah sakit A, B, C dan D:

1) Rumah Sakit Kelas A

Merupakan rumah sakit dengan fasilitas paling lengkap yang mampu memberikan layanan kedokteran spesialis dan sub spesialis secara luas. Sebagai rumah sakit rujukan tertinggi di suatu wilayah, rumah sakit ini menerima pasien dari rumah sakit kelas B, C dan D untuk perawatan yang lebih intensif. Dilengkapi dengan peralatan medis yang canggih dan tim medis yang terdiri dari dokter spesialis yang terkemuka, rumah sakit kelas A juga

berperan dalam penelitian dan pendidikan tenaga kesehatan. Dengan demikian, rumah sakit ini sangat penting dalam meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan memberikan akses kesehatan yang terbaik untuk masyarakat(27).

2) Rumah Sakit Kelas B

   Merupakan rumah sakit yang memberikan layanan kesehatan dokter spesialis yang sudah memadai tettapi tidak lebih diatas dari rumah sakit kelas A. Rumah sakit ini berfungsi sebagai rujukan dari rumah sakit kelas C dan D, serta sudah dilengkapai dengan fasilitas dan peralatan yang lebih baik. Selain itu rumah sakit kelas B berkontribusi dalam pelatihan tenaga medis dan menjalin kerjasama dengan rumah sakit lainnya dalam memastikan pasien mendapat pewatan yang optimal. Keberadaan rumah sakit ini sangat penting dalam menjaga kestabilan layanan kesehatan di tingkat kabupaten atau kota(28).

3) Rumah Sakit Kelas C

   Merupakan rumah sakit yang menawarkan layanan kedokteran spesialis yang terbatas dan berfungsi sebagai rujukan bagi puskesmas. Biasanya rumah sakit ini berada pada ibukota kabupaten, sehinggah memudahkan masyarakat untuk mengakses perwatan medis. Meskipun fasilitas yang tersedia tidak sebanding dengan rumah sakit kelas A dan B , rumah sakit kelas C memiliki dokter spesialis yang

mampu menangani berbagai kondisi pasien yang lebih rumit. Selain itu rumah sakit ini juga berkontribusi dalam pendidikan tenaga kesehatan dan menjalin kerja sama dengan fasilitas kesehatan lainnya untuk memastikan pasien menerima perawatan yang sesuai(29).

4) Rumah Sakit Kelas D

Merupakan jenis fasilitas kesehatan yang menawarkan layanan kedokteran umum dan kedokteran gigi, serta berfungsi sebagai tempat rujukan bagi puskesmas di sekitarnya. Biasanya, rumah sakit ini berada di daerah yang terpencil atau sulit di akses dan memiliki kapasitas yang terbatas dengan peralatan medis dan tenaga medis yang terbatas, sehinggah lebih fokus pada penyediaan layanan dasar bagi masyarakat(30).

Perkembangan teknologi informasi telah berlamgsung sangat cepat dalam beberapa dekade terakhir. Inovasi dalam bidang ini telah memengaruhi hampir seluruh aspek dalam hidup manusia, termasuk juga rumah sakit. Dalam konteks rumah sakit, kemajuan teknologi seperti *Artificial Intelligence (*AI). *Internet of Things* (IoT) dan *Blockchain* telah memberikan dampak yang signifikan(31).

Penggunaan kecerdasan buatan (AI) di rumah sakit berperan penting dalam menganalisis data pasien, yang pada gilirannya membantu tenaga medis dalam membuat keputusan yang lebih tepat dan cepat.

Dengan kemampuan AI untuk memproses informasi dalam jumlah besar, dokter dapat memperoleh wawasan yang lebih mendalam mengenai kondisi kesehatan pasien(31).

Di sisi lain, Internet of Things (IoT) memungkinkan pemantauan kesehatan pasien secara langsung dan berkelanjutan melalui perangkat yang saling terhubung. Ini berarti bahwa data kesehatan dapat dikumpulkan dan dianalisis secara real-time, memberikan informasi yang diperlukan untuk intervensi medis yang lebih cepat. Selain itu, teknologi Blockchain menawarkan solusi untuk meningkatkan keamanan dan transparansi dalam pengelolaan data medis. Dengan sistem yang terdesentralisasi dan terenkripsi, data pasien dapat dilindungi dari akses yang tidak sah, sehingga meningkatkan kepercayaan pasien terhadap sistem kesehatan di rumah sakit. Dengan demikian, integrasi AI, IoT, dan Blockchain dalam layanan kesehatan tidak hanya meningkatkan efisiensi operasional, tetapi juga memperkuat hubungan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan(32).

2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah lembaga hukum yang didirikan untuk melaksanakan program jaminan sosial di Indonesia, sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. BPJS memiliki peran yang sangat penting dalam

memberikan perlindungan sosial kepada masyarakat, terutama dalam bidang kesehatan dan ketenagakerjaan. Lembaga ini bertujuan untuk memastikan bahwa setiap warga negara memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang memadai dan perlindungan terhadap risiko yang terkait dengan pekerjaan. BPJS terdiri dari dua jenis, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan bertanggung jawab untuk mengelola program jaminan kesehatan nasional, yang mencakup layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, baik yang terdaftar sebagai peserta mandiri maupun penerima bantuan iuran. Program ini bertujuan untuk memberikan akses layanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau, sehingga masyarakat tidak perlu khawatir tentang biaya pengobatan(33).

BPJS Ketenagakerjaan adalah lembaga hukum publik yang didirikan dengan tujuan utama untuk melindungi tenaga kerja dari risiko sosial dan ekonomi yang mungkin mereka hadapi. Lembaga ini berperan penting dalam memberikan jaminan perlindungan bagi pekerja, sehingga mereka dapat merasa lebih aman dalam menjalankan aktivitas kerja mereka. Penyelenggaraan program jaminan sosial ini dilakukan melalui sistem asuransi sosial, yang mencakup berbagai jenis perlindungan, seperti jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua, dan jaminan pensiun. Dengan adanya program ini,

diharapkan tenaga kerja dapat memperoleh perlindungan yang memadai, sehingga mereka dapat fokus pada pekerjaan mereka tanpa khawatir akan risiko yang mungkin terjadi(34).

BPJS Ketenagakerjaan, dalam menjalankan perannya sebagai penyelenggara jaminan sosial, memiliki hubungan yang sangat dekat dengan pekerja serta pemberi kerja atau perusahaan. Hubungan ini terlihat dari interaksi yang terjadi melalui pembayaran premi, di mana perusahaan berkewajiban untuk membayar premi kepada BPJS Ketenagakerjaan. Pembayaran premi ini merupakan langkah penting untuk memastikan bahwa pekerja mendapatkan akses ke berbagai program jaminan sosial yang ditawarkan oleh BPJS Ketenagakerjaan, seperti jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua, dan jaminan pensiun. Interaksi ini tidak hanya menciptakan hubungan timbal balik antara pekerja dan pemberi kerja, tetapi juga meningkatkan kesadaran akan pentingnya perlindungan sosial di tempat kerja. Dengan membayar premi, perusahaan berkontribusi pada kesejahteraan karyawan mereka, yang pada gilirannya dapat meningkatkan produktivitas dan loyalitas pekerja. Selain itu, BPJS Ketenagakerjaan juga memberikan edukasi kepada perusahaan mengenai manfaat program jaminan sosial, sehingga mereka lebih memahami pentingnya investasi dalam perlindungan sosial bagi tenaga kerja.(4).

BPJS Ketenagakerjaan juga berfokus pada perlindungan sosial bagi tenaga kerja. Lembaga ini menyediakan berbagai program jaminan, seperti jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua, dan jaminan pensiun. Dengan adanya BPJS Ketenagakerjaan, pekerja dapat merasa lebih aman dan terlindungi dari risiko yang mungkin terjadi dalam lingkungan kerja mereka. Secara keseluruhan, keberadaan BPJS sangat penting dalam upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan menciptakan sistem perlindungan sosial yang lebih baik. Melalui program-program yang dikelolanya, BPJS berkontribusi pada pengurangan kemiskinan dan peningkatan kualitas hidup masyarakat, serta mendukung pembangunan sosial dan ekonomi di Indonesia(33).

BPJS Kesehatan bertanggung jawab untuk menyediakan layanan kesehatan bagi pesertanya, yang mencakup pelayanan kesehatan tingkat pertama serta rujukan untuk tingkat lanjutan. Layanan kesehatan tingkat pertama yang ditanggung mencakup administrasi, pelayanan promotif dan preventif, pengobatan medis, tindakan medis non-spesialis, penyediaan obat, transfusi darah, pemeriksaan laboratoriuam tingkat pertama, serta rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi yang ada(35). Sementara itu, pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan mencakup layanan rawat jalan dan rawat inap.

Untuk rawat jalan yang ditanggung mencakup administrasi, pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter spesialis dan subspesialis, penyediaan obat, alat kesehatan implan, pemeriksaan penunjang lanjutan, layanan tranfusi darah, rehabilitasi medis, kedokteran forensik dan pengurusan jenazah di faslisitas kesehatan. Selain itu, pelayanan rawat inap, baik yang bersifat non-intensif dan intensif juga dalam tanggungan(36).

Peserta BPJS Kesehatan dikelompokkan ke dalam beberapa kategori yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan beragam lapisan masyarakat. Pembagian ini bertujuan agar setiap individu dapat mengakses layanan kesehatan sesuai dengan kemampuan dan kondisi mereka. Terdapat tiga kategori utama peserta, yaitu peserta mandiri, peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), dan peserta pekerja sosial. Peserta mandiri adalah individu yang mendaftar secara sukarela dan membayar iuran sendiri untuk mendapatkan layanan kesehatan. Sementara itu, peserta PBI adalah kelompok masyarakat yang menerima bantuan dari pemerintah untuk membayar iuran, sehingga mereka dapat memperoleh akses layanan kesehatan tanpa beban biaya. Terakhir, peserta pekerja sosial mencakup individu yang bekerja di sektor informal atau yang memiliki penghasilan rendah, yang juga berhak mendapatkan perlindungan kesehatan melalui program ini. Dengan adanya

pembagian kategori ini, BPJS Kesehatan berupaya untuk memastikan bahwa semua lapisan masyarakat, termasuk yang kurang mampu, dapat menikmati layanan kesehatan yang berkualitas(37).

Peserta BPJS Kesehatan dibagi menjadi tiga kategori utama: peserta mandiri, Penerima Bantuan Iuran (PBI), dan pekerja. Peserta mandiri adalah individu yang membayar iuran secara pribadi, yang mencakup Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) serta individu yang tidak terikat pada pekerjaan formal. Besaran iuran yang dibayarkan bervariasi tergantung pada kelas perawatan yang dipilih, yaitu kelas 1, 2, dan 3, di mana kelas yang lebih tinggi biasanya menawarkan fasilitas dan layanan yang lebih baik. Di sisi lain, PBI ditujukan untuk masyarakat yang kurang mampu, di mana iuran mereka sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah, tetapi peserta PBI hanya dapat mengakses layanan kesehatan di kelas 3, yang menyediakan fasilitas dasar. Kategori pekerja terdiri dari Pekerja Penerima Upah (PPU) dan PBPU; untuk PPU, iuran dibayarkan oleh perusahaan, sehingga mereka tidak perlu membayar secara langsung, sedangkan PBPU adalah pekerja yang tidak memiliki penghasilan tetap dan harus membayar iuran mereka sendiri. Dengan adanya pembagian kategori ini, BPJS Kesehatan berusaha menciptakan sistem jaminan kesehatan yang inklusif dan adil, sehingga semua

lapisan masyarakat dapat mengakses layanan kesehatan yang memadai(38).

Pembayaran iuran BPJS Kesehatan merupakan kewajiban yang harus dipenuhi oleh setiap peserta yang terdaftar dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Peserta diharuskan untuk membayar iuran paling lambat pada tanggal 10 setiap bulannya, dengan jumlah iuran yang telah ditentukan berdasarkan kelas perawatan yang dipilih. Keterlambatan dalam melakukan pembayaran iuran dapat mengakibatkan sanksi yang serius, termasuk penghentian layanan kesehatan yang seharusnya diterima oleh peserta. Oleh karena itu, sangat penting bagi peserta untuk mematuhi batas waktu pembayaran agar tetap dapat mengakses layanan kesehatan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan(39).

Peserta BPJS Kesehatan memiliki beberapa opsi untuk melakukan pembayaran iuran, yang dirancang untuk memberikan kemudahan dan fleksibilitas dalam proses pembayaran. Opsi tersebut meliputi transfer bank, penggunaan aplikasi mobile JKN, serta layanan autodebit yang memungkinkan pembayaran otomatis dari rekening peserta. Dengan berbagai pilihan ini, peserta dapat memilih metode yang paling sesuai dengan kebutuhan dan kenyamanan mereka, sehingga memudahkan mereka dalam memenuhi kewajiban pembayaran iuran tanpa mengalami kesulitan. Selain itu, kemudahan ini

diharapkan dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program jaminan kesehatan, sehingga lebih banyak orang dapat menikmati manfaat dari layanan kesehatan yang ditawarkan oleh BPJS Kesehatan(40).

Namun, bagi peserta yang mengalami keterlambatan dalam pembayaran lebih dari 3 bulan, BPJS Kesehatan menyediakan program Rencana Pembayaran Bertahap (REHAB). Program ini bertujuan untuk membantu peserta menyelesaikan tunggakan mereka secara bertahap, sehingga mereka dapat kembali aktif dalam program jaminan kesehatan tanpa harus terbebani oleh jumlah tunggakan yang besar. Melalui inisiatif ini, BPJS Kesehatan berkomitmen untuk memberikan solusi yang mendukung peserta dalam menjaga akses mereka terhadap layanan kesehatan yang diperlukan(40).

3. Kelas Rawat Inap Standar(KRIS)

Program Jaminan Kesehatan (JKN) yang diluncurkan pada tahun 2014 yang bertujuan untuk mencapai *UHC (Universal Health Coverage)* pada tahun 2019, yang menjadi tantangan besar untuk mencapai target tujuan ini adalah kurangnya distribusi fasilitas rawat inap di rumah sakit yang belum merata(41).

Standarisasi dalam pelayanan kesehatan, khususnya di ruang rawat inap, memainkan peran yang sangat krusial dalam memastikan bahwa setiap pasien menerima perawatan yang berkualitas dan aman.

Proses ini tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan efisiensi, tetapi juga untuk meminimalkan risiko kesalahan medis yang dapat membahayakan pasien. Salah satu elemen kunci dalam mencapai tujuan ini adalah penerapan Kebijakan dan Rencana Induk Standarisasi (KRIS), yang berfungsi untuk menciptakan lingkungan perawatan yang konsisten dan terstandarisasi. Dengan adanya KRIS, rumah sakit dapat menetapkan prosedur dan protokol yang jelas, sehingga setiap tenaga medis dapat memberikan layanan yang seragam dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Hal ini tidak hanya meningkatkan kualitas perawatan, tetapi juga memberikan rasa aman dan nyaman bagi pasien, yang pada akhirnya berkontribusi pada hasil kesehatan yang lebih baik(42).

Dengan penerapan KRIS, kualitas perawatan dapat dijaga agar tetap seragam, yang pada gilirannya meningkatkan keselamatan pasien, efisiensi oprasional dan hasil kesehatan yang lebih baik. Kamar rawat inap yang sesuai dengan standar KRIS dirancang untuk memenuhi kebutuhan medis sekaligus memberikan kenyamanan bagi pasien, sehinggah menciptakan pengalaman perawatan yang lebih positif. Penting untuk mengembangkan dan menerapkan standar yang jelas seperti KRIS guna meningkatkan kepercayaan serta hasil kesehatan masyarakat secara keseluruhan, serta memastikan bahwa setiap pasien mendapatkan perawatan yang optimal dan aman(42).

penerapan kebijakan kelas oleh BPJS Kesehatan yang terbagi menjadi 3 kelas (Kelas 1, Kelas 2, Kelas 3), hingga saat ini belum berjalan dengan maksimal, dikarenakan kelas kamar yang ada pada rumah sakit berbeda-beda. Kelas standar masih belum memiliki kriteria yang jelas untuk diterapkan(11).

Menurut Perpres No. 59 tahun 2024 tentang penetapan KRIS sebagai kebijakan baru untuk menjadi kriteria standar ruangan rawat inap rumah sakit di seluruh Indonesia. Serta dengan tetap mempertimbangkan iuaran yang berlaku tetap mengikuti Perpres No. 64 tahun 2020. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa aspek kualitas pelayanan tidak hanya terpatuhi, tetapi juga dapat dipertahankan secara berkelanjutan dari perspektif finansial. Dengan demikian, diharapkan rumah sakit dapat memberikan layanan kesehatan yang optimal tanpa mengesampingkan aspek berkelanjutan ekonomi, sehinggah aksesibilitas dan kualitas layanan dapat terjamin bagi seluruh masyarakat. Kebijkaan ini juga mencerminkan komitmen pemerintah dalam memperbaiki sistema kesehatan nasional dan memastikan bahwa hak atas kesehatan dapat dipenuhi secara adil dan merata(43).

a. Fasilitas dan infrastruktur

Penerapan kebijakan KRIS di Indonesia, alokasi sumber daya rumah sakit menunjukkan

bahwa rata-rata rumah sakit diseluruh Indonseia mengalokasikan sekitar 40% dari total tempat tidur yang tersedia di rumah sakit dalam mendukung implementasi kebijakan ini. Proses alokasi ini mencerminkan upaya strategis dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, khususnya dalam hal penanganan pasien yang memerlukan perawatan intensif. Alokasi sebanyak 40% ini tidak hanya berfungsi sebagai indikator kapasitas rumah sakit , tetapi juga sebagai refleksi dari komitmen institusi kesehatan dalam memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan oleh pemerintah. Dengan demikian, penerapan kebijakan KRIS diharapkan dapat meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya rumah sakit(12).

Dalam Perpres No. 59 tahun 2024 menyatakan 12 standar KRIS yang harus diterapkan pada rumah sakit sebagai berikut:

1. Komponen bangunan yang digunakan tidak memiliki tingkat porositas yang tinggi.

   Porositas merupakan salah satu sifat fisik material konstruksi yang menunjukan kemampuan bahan dalam menyerap dan menyimpan air atau udara pada rongga-rongga mikro yang terdapat didalamnya. Tingkat porositas suatu material sangat berpengaruh terhadap karakteristik mekanisme dan daya tahan struktur bangunan secara keseluruhan.

Dalam kontekas ini, penggunaan komponen yang memiliki tingkat porositas yang tinggi dapat dengan mudah menyerap air, mudah terjadi pelapukan dan mudah terserang jamur. Oleh karena itu pemilihan material konstruksi yang tidak memiliki porositas yang tinggi menjadi aspek krusial dalam upaya meningkatkan kualitas, daya tahan dan performa banguanan jangka panjang(44)

2. Ventilasi udara memenuhi pertukaran udara pada ruang perawatan biasa minimal enam kali pergantian udara perjam.

   Fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, di mana kualitas udara dalam ruangan harus tetap terjaga untuk mendukung kenyamanan dan keselamatan pasien serta petugas medis. Dalam ruangan perawatan biasa, sistema ventilasi diwajibkan memenuhi standar pertukaran udara minimal sebanyak enam kali pergantian udara per jamnya (6 ACH- Air Changes per Hour), yang berarti seluruh volume udara dalam ruangan harus digantikan secara penuh sebanyak enam kali per jam. Pergantian udara ini dilakukan untuk mengurangi penumpukan karbon dioksida, mengontrol kelembapan udara, menghilangkan bau tidak sedap, serta mencegah penyebaran kontaminan udara seperti virus, bakteri, dan partikel berbahaya lainnya. Sistema

ventilasi udara yang memadai tidak hanya berkontribusi dalam pertukaran udara saja dalam ruangan yang lebih baik, tetapi juga mendukung lingkungan yang higienis dan kondusif untuk proses pemulihan pasien, sehinggah pemenuhan standar ventilasi ini menjadi salah satu indikator penting dalam penilaian kelayakan dan kesesuaian sistema tata udara pada bangunan rumah sakit. Untuk rata-rata ukuran ventilasi yang dapat melakukan enam kali pertukaran udara per jam yaitu 22,4 cm x 22,4 cm dengan kecepatan aliran udara 2 m/s(45).

3. Pencahayaan ruangan buatan mengikuti kriteria standar 250 lux untuk penerangan dan 50 lux untuk pencahayaan tidur.

   Sistem pencahayaan buatan pada ruang perawatan dirancang secara fungsional untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan, keselamatan dan efisiensi energi sesuai dengan standar pencahayaan yang berlaku. Berdasarkan ketentuan umum diterapkan, intensitas pencahayaan pada ruang perawatan biasa ditetapkan sebesar 25 lux untuk kondisi penerangan utama, yaitu saat dilakukan aktivitas perawatan, observasi medis, atau kegiatan lain yang memerlukan tingkat keterbacaan yang baik. Sementara itu, pada malam hari atau pada saat pasien beristirahat, sistema pencahayaan

diatur padalevel yang lebih rendah, yaitu sekitar 50 lux atau yang dikenal sebagai pencahayaan tidur. Pencahyaan tidur ini bertujuan untuk mengurangi gangguang terhadap ritme sirkadian pasien, menjaga kualitas istirahat, serta tetap memberikan pencahayaan minimal bagi petugas medis untuk menlakukan pengawasan atau tindakan darurat jika diperlukan. Pemenuhan standar pencerahan ini tidak hanya mendukung fungsi operasional fasilitas kesehatan, tetapi juga menjadi salah satu indikator penting dalam mencapai lingkungan binaan yang ergonomis dan ramah pasien, serta juga sesuai dengan pedemoan nasional seperti SNI 6197:2011 dan dari rekomendasi dari WHO(46).

4. Kelengkapan tempat tidur berupa adanya dua Kotak kontak dan *nurse call* pada setiap tempat tidur.

   Merupakan salah satu aspek yang penting dalam mendukung pelayanan medis yang optimal, keselamatan pasien, serta efisiensi kinerja petugas medis. Setiap tempat tidur pasien wajib dilengkapi dengan dua unit kotak kontak listrik dan sistem *nurse call* sebagai bagian dari infrastruktur teknis dan elektrikal. Dua kotak kontak ini berguna untuk memenuhi kebutuhan daya listrik untuk alat-alat medis yang akan digunakan oleh pasien atau

keluarga. Kotak kontak ini didesain dengan standar keamanan yang tinggi, terhadap arus berlebih sehinggah aman digunakan di lingkungan medis. Selain itu, tempat tidur dilengkapi jga dengan *nurse call* yang langsung terhubung dengan petugas medis jikalau pasien dalam keadaan darurat. Pengadaan kedua fasilitas tersebut meberikan rasa aman dan nyaman kepada pasien dan keluarga selama proses perawatan, serta menjadi salah satu indikator penilaian kualitas desain ruang perawatan telah sesuai dengan pedoman nasional dan WHO(17).

5. Adanya nakas ditiap tempat tidur.

   Setiap tempat tidur di ruang rawat inap rumah sakit, harus tersedia fasilitas pendukung yang dapat memenuhi kebutuhan pasien selama masa perawatan, salah satunya adalah nakas. Nakas merupakan meja kecil yang ditempatkan di samping tempat tidur pasien dan berfungsi sebagai tempat penyimpanan atau penaruh alat-alat medis sederhana, selain itu, nakas juga dapat digunakan untuk menaruh barang-barang pribadi pasien. Dengan keberadaan nakas di setiap tempat tidur membantu meningkatkan kenyamanan pasien dengan mempermudah akses terhadap barang yang dibutuhkan secara mandiri, serta mendukung terciptanya

perawatan yang ergonomis dan ramah pasien sesuai dengan desain fasilitas keseahatan(17).

6. Dapat mempertahankan suhu ruangan mulai 20-26 derajat celcius.

   Sistem pengaturan suhu dalam ruang perawatan dirancang untuk dapat menjaga suhu di kisaran 20 hingga 26 derajat celcius, yang merupakan rentang suhu ideal dalam mendukung kenyamanan serta kesehatan penghuni ruangan. Kisaran suhu tersebut dipilih berdasarkan pertimbangan ergonomi dan kesehatan, di mana suhu dalam rentang tersebut membantu menjaga kenyamanan termal pasien dan petugas medis, meminimkan risiko gangguan fisologis akibat paparan suhu yang terlau dingin atau panas, serta mendukung stabilitas lingkungan bagi alat-alat medis yang digunakan. Serta, suhu ruangan yang terkendali dalam rentang ini juga berperan dalam mencegah pertumbuhan mikroorganisme yang tidak diinginkan dan juga meningkatkan kualitas udara dalam ruangan secara keseluruhan(47).

7. Ruangan telah terbagi atas jenis kelamin, usia, dan jenis penyakit (infeksi dan non infeksi).

   Pengelolaan ruang perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dilakukan dengan mempertimbangkan berbagai aspek yang mendukung efektivitas pelayanan

medis serta kenyamanan dan keselamatan pasien. Salah satu bentuk pengelolaan tersebut adalah dengan melakukan pengelompokan ruangan berdasarkan kriteria tertentu, yaitu jenis kelamin, kelompok usia, serta jenis penyakit yang dialami pasien, baik infeksius maupun non-infeksius. Pembagian ruangan berdasarkan jenis kelamin dimaksudkan untuk menjaga privasi serta kenyamanan pasien selama masa perawatan, sedangkan pengelompokan berdasarkan usia memungkinkan pemberian perawatan yang lebih sesuai dengan kebutuhan fisiologis dan psikologis pasien dari berbagai kelompok usia. Selain itu, pemisahan antara pasien dengan penyakit infeksi dan non-infeksi bertujuan untuk mencegah terjadinya penyebaran penyakit secara silang (cross-infection) serta memudahkan petugas medis dalam melakukan pengawasan dan manajemen perawatan. Dengan demikian, sistem pengelompokan ruangan ini menjadi salah satu komponen penting dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang aman, efisien, dan berfokus pada keselamatan pasien(48).

8. Kepadatan ruang rawat inap maksimal empat tempat tidur, dengan jarak antar tepi tempat tidur minimal 1,5 meter.

Dalam penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya pada ruang rawat inap, terdapat ketentuan mengenai kepadatan dan tata letak tempat tidur pasien yang harus dipatuhi guna menjamin kenyamanan, keselamatan, serta efektivitas pelayanan medis. Salah satu ketentuan tersebut menyebutkan bahwa jumlah tempat tidur dalam satu ruang rawat inap tidak boleh melebihi empat unit, dengan jarak minimum sebesar 1,5 meter antara tepi tempat tidur satu dengan yang lainnya. Pembatasan jumlah tempat tidur ini bertujuan untuk mencegah kepadatan yang berlebihan, sehingga dapat menjaga privasi pasien, membatasi risiko penyebaran infeksi nosokomial, serta memberikan ruang gerak yang memadai bagi petugas medis dalam memberikan perawatan. Jarak antar tempat tidur yang ditentukan juga dirancang untuk mendukung sirkulasi udara yang baik, memudahkan akses terhadap alat-alat medis, serta meningkatkan kualitas lingkungan perawatan secara keseluruhan(15).

9. Tirai atau partisi dengan rel yang menempel di plafon atau menggantung.

   Ruang rawat inap yang digunakan untuk melayani lebih dari satu pasien, tirai atau partisi antar tempat tidur berperan sebagai sarana

pembatas visual yang mendukung kenyamanan dan privasi selama masa perawatan. Tirai ini umumnya dipasang pada rel yang terintegrasi dengan plafon atau sistem rel yang digantung, sehingga dapat digerakkan sesuai kebutuhan. Penggunaan sistem rel yang fleksibel memungkinkan tirai dibuka atau ditutup dengan mudah untuk memberikan batasan antar pasien saat diperlukan, tanpa menghambat akses petugas medis dalam memberikan pelayanan. Selain itu, bahan tirai yang digunakan biasanya dirancang untuk mudah dibersihkan, tahan terhadap noda, serta memenuhi aspek kebersihan guna mencegah risiko penyebaran kontaminasi. Dengan demikian, keberadaan tirai atau partisi tidak hanya berkontribusi pada kenyamanan pasien, tetapi juga mendukung terciptanya lingkungan perawatan yang lebih terhormat, higienis, dan kondusif untuk proses pemulihan(49).

10. Kamar mandi dalam ruang rawat inap.

    Ketersediaan kamar mandi di dalam ruang rawat inap merupakan salah satu aspek penting dalam mendukung kenyamanan, kebersihan, dan kualitas pelayanan kepada pasien selama masa perawatan. Kamar mandi yang berada dalam satu ruang dengan tempat tidur pasien memungkinkan akses yang lebih

mudah dan cepat, terutama bagi pasien dengan mobilitas terbatas atau kondisi kesehatan yang membutuhkan pergerakan minimal. Selain itu, keberadaan kamar mandi dalam ruangan dapat meningkatkan privasi pasien serta mengurangi potensi gangguan dari lingkungan luar. Desain kamar mandi dalam ruang rawat inap umumnya memperhatikan aspek kebersihan, kenyamanan, dan keamanan, seperti penggunaan lantai anti-selip, pegangan tangan, ventilasi yang memadai, serta perlengkapan sanitasi yang mudah dijangkau. Fasilitas ini juga membantu meminimalkan perpindahan pasien ke area kamar mandi umum yang berisiko terhadap penyebaran infeksi atau kecelakaan. Dengan demikian, keberadaan kamar mandi dalam ruang rawat inap menjadi salah satu komponen penting dalam menciptakan lingkungan perawatan yang ergonomis, higienis, dan berfokus pada kenyamanan serta keselamatan pasien(50).

11. Kamar mandi sesuai dengan standar aksesibilitas.

    Kamar mandi yang dirancang sesuai dengan standar aksesibilitas memiliki peran penting dalam menjamin kenyamanan, keselamatan, serta kemandirian pengguna, terutama bagi pasien dengan keterbatasan fisik

atau mobilitas terbatas. Fasilitas ini umumnya dilengkapi dengan berbagai elemen pendukung seperti pintu dengan lebar cukup untuk dilewati kursi roda, lantai anti-selip, pegangan tangan pada toilet dan shower, kloset dengan ketinggian yang ergonomis, serta ruang gerak yang memadai di sekeliling fasilitas sanitasi. Selain itu, pengaturan kran, sabun, dan alat bantu lainnya ditempatkan pada posisi yang mudah dijangkau oleh semua kalangan pengguna. Desain kamar mandi yang memperhatikan prinsip aksesibilitas tidak hanya bermanfaat bagi pasien dengan disabilitas atau lansia, tetapi juga meningkatkan kenyamanan bagi seluruh pengguna fasilitas kesehatan. Dengan demikian, keberadaan kamar mandi yang memenuhi standar aksesibilitas menjadi salah satu indikator penting dalam penyediaan fasilitas yang inklusif, aman, dan berfokus pada kebutuhan(50).

12. Outlet oksigen.

    Outlet oksigen merupakan salah satu fasilitas penting dalam ruang rawat inap yang berfungsi sebagai sumber pasokan oksigen medis bagi pasien yang membutuhkan terapi oksigen sebagai bagian dari penanganan medis. Fasilitas ini umumnya terletak di dinding dekat tempat tidur pasien dan terhubung langsung dengan sistem distribusi oksigen terpusat di

rumah sakit, sehingga memungkinkan pemberian oksigen secara langsung dan kontinu sesuai kebutuhan pasien. Keberadaan outlet oksigen mempermudah petugas medis dalam memberikan pertolongan darurat atau perawatan intensif tanpa perlu mengatur atau memindahkan tabung oksigen secara manual. Selain itu, outlet ini dirancang dengan sistem pengaman yang memastikan aliran oksigen tetap terjaga dan terhindar dari kebocoran atau kontaminasi. Penggunaan outlet oksigen yang terintegrasi dengan sistem fasilitas rumah sakit juga mendukung efisiensi pelayanan medis, meningkatkan keselamatan pasien, serta menjaga keandalan pasokan oksigen dalam kondisi kritis. Dengan demikian, keberadaan outlet oksigen di setiap tempat tidur rawat inap menjadi salah satu komponen esensial dalam mendukung pelayanan kesehatan yang cepat, aman, dan berkualitas(17).

b. Manajemen

Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) adalah suatu kerangka yang dirancang untuk meningkatkan mutu dan kesetaraan dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, khususnya bagi pasien yang dirawat inap. Dalam konteks pelayanan kesehatan, KRIS berfungsi sebagai pedoman yang mengatur berbagai aspek perawatan, mulai dari fasilitas fisik,

tenaga medis, hingga layanan pendukung yang diperlukan untuk memastikan kenyamanan dan keselamatan pasien. Dengan adanya KRIS, rumah sakit diharapkan dapat memberikan pelayanan yang konsisten dan berkualitas tinggi, terlepas dari status sosial atau ekonomi pasien(51).

Secara umum tujuan diterapkannya KRIS adalah strategi untuk memberikan layanan kesehatan yang merata tanpa melihat besaran suatu iuran yang akan dikeluarkan oleh masyarakat. KRIS juga merupakan terobosan terbaru yang digagas oleh pemerintah untuk mengatasi masalah pada pelayanan kesehatan yang tidak merata dan juga persoalan masalah pendanaan yang dialami oleh pemerintah dalam membayar subsidi penyelenggaraan kesehatan. KRIS juga merupakan terobosan inovatif yang digagas oleh pemerintah untuk mengatasi berbagai tantangan dalam pelayanan kesehatan, termasuk ketidakmerataan askes dan masalah pendanaan yang dihadapi dalam penyelenggaraan kesehatan. Dalam konteks ini, kebijakan KRIS tidak hanya berfungsi sebagai solusi dalam meneingkatkan ketersediaan layanan rawat inap, tetapi juga sebagai strategi untuk mengoptimalkan penggunaan anggaran kesehatan yangb terbatas(51).

Secara keseluruhan, Kelas Rawat Inap Standar tidak hanya berfokus pada aspek medis,

tetapi juga memperhatikan dimensi sosial dan emosional dari perawatan pasien. Dengan pendekatan yang holistik ini, KRIS diharapkan dapat menciptakan lingkungan perawatan yang lebih baik, meningkatkan hasil kesehatan, dan pada akhirnya, memberikan kontribusi positif terhadap sistem kesehatan secara keseluruhan(51).

Struktur organisasi rumah sakit adalah kerangka yang terdiri dari berbagai unit atau divisi yang saling berhubungan dan bekerja sama untuk menyediakan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi, serta manajemen sumber daya manusia. Dengan adanya struktur ini, sistem kerja yang terintegrasi dan hierarkis dapat terbentuk, sehingga memudahkan koordinasi dan komunikasi antar bagian. Setiap unit dalam struktur ini memiliki tanggung jawab dan wewenang yang jelas, yang memastikan bahwa semua aktivitas rumah sakit dapat berjalan dengan efektif dan efisien. Selain itu, struktur organisasi juga berfungsi sebagai dasar untuk mendukung pelaksanaan kebijakan kelas rawat inap. Dengan pembagian tugas yang terperinci, semua aspek pengelolaan kelas rawat inap termasuk penyediaan fasilitas, pelayanan medis dan keperawatan, administrasi, pengelolaan biaya, serta sumber daya manusia dapat diatur dengan sistematis(52).

Tujuan utama dari kebijakan ini adalah untuk memberikan layanan yang sesuai dengan kemampuan ekonomi dan kebutuhan pasien, serta memastikan distribusi fasilitas yang adil dan sesuai dengan regulasi, termasuk ketentuan dari BPJS Kesehatan. Dalam konteks ini, struktur organisasi berperan penting untuk memastikan bahwa setiap unit dapat bekerja secara sinergis, menjaga konsistensi dalam penerapan kebijakan, dan mampu merespons perubahan yang terjadi di lapangan, seperti perubahan kebijakan pemerintah, kebutuhan pasien, atau fluktuasi jumlah tempat tidur. Dengan demikian, struktur organisasi tidak hanya menjadi landasan bagi implementasi kebijakan rumah sakit, termasuk kebijakan kelas rawat inap, tetapi juga berkontribusi pada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan(52).

Prosedur Operasional Standar (SOP) untuk kelas rawat inap merupakan panduan baku yang disusun secara sistematis untuk memastikan pelayanan medis dan non-medis yang diberikan kepada pasien berjalan secara konsisten, aman, dan bermutu. SOP ini mencakup seluruh proses pelayanan pasien sejak tahap penerimaan, pengelolaan selama perawatan, hingga proses pemulangan, dengan tetap memperhatikan standar keselamatan pasien, prinsip akreditasi rumah sakit,

serta regulasi yang berlaku, termasuk ketentuan dari BPJS Kesehatan. Tujuan utama dari SOP ini adalah untuk menjaga kualitas pelayanan, meminimalkan risiko kesalahan medis, memberikan kepastian kepada pasien mengenai hak dan kewajiban, serta memudahkan manajemen dalam melakukan pengawasan dan evaluasi kinerja. SOP ini berlaku bagi seluruh unit terkait seperti petugas administrasi, perawat, dokter, staf penunjang medis, dan manajemen rumah sakit, sehingga memerlukan koordinasi yang baik di antara semua pihak. Penyusunan SOP dilakukan berdasarkan pedoman klinis, regulasi pemerintah, dan bukti ilmiah terkini, serta melibatkan berbagai pihak agar memastikan kesesuaian dengan praktik lapangan. SOP dimulai dari proses pemilihan kelas rawat inap oleh pasien atau keluarga, di mana petugas memberikan informasi lengkap mengenai fasilitas, biaya, dan ketentuan yang berlaku, khususnya untuk pasien BPJS yang harus mengikuti ketentuan penyesuaian kelas sesuai regulasi(53).

SOP juga harus dilengkapi dengan sistem evaluasi dan pemutakhiran secara berkala agar tetap relevan dengan perkembangan ilmu kesehatan dan kebutuhan pasien. Dengan adanya SOP yang diterapkan secara konsisten dan didukung oleh pelatihan staf serta monitoring berkala, rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan, menjaga

keselamatan pasien, serta memperkuat citra institusi sebagai penyedia layanan kesehatan yang profesional dan dapat dipercaya(53).

Evaluasi dan monitoring terhadap penerapan kebijakan kelas rawat inap merupakan bagian penting dari manajemen pelayanan rumah sakit yang bertujuan untuk memastikan bahwa kebijakan tersebut dilaksanakan secara efektif, sesuai standar mutu, regulasi, serta prinsip kesetaraan pelayanan. Evaluasi lebih berfokus pada pengukuran hasil dan dampak dari penerapan kebijakan, sedangkan monitoring merupakan proses pengamatan secara berkala terhadap pelaksanaan kebijakan untuk memastikan bahwa seluruh tahapan berjalan sesuai rencana. Kedua proses ini diperlukan agar rumah sakit mampu menjaga konsistensi pelayanan, meningkatkan kepuasan pasien, serta memenuhi standar akreditasi yang berlaku(42).

Dalam mengevaluasi efektivitas kebijakan kelas rawat inap, terdapat beberapa indikator utama yang digunakan, seperti tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas dan pelayanan, ketersediaan serta kelengkapan sarana dan prasarana sesuai dengan standar masing-masing kelas, rasio okupansi tempat tidur, waktu tunggu pasien dalam proses penerimaan dan penempatan, serta tingkat kejadian keselamatan pasien yang terjadi di setiap kelas

rawat inap. Evaluasi juga mencakup kepatuhan staf terhadap prosedur operasional standar (SOP), kualitas pelayanan medis dan keperawatan, serta efektivitas sistem informasi dalam mendukung alur pelayanan pasien. Data-data ini menjadi dasar untuk menilai apakah kebijakan telah berhasil mencapai tujuan yang diharapkan atau memerlukan perbaikan. Metode evaluasi yang umum digunakan meliputi survei kepuasan pasien melalui kuesioner atau wawancara langsung, pelaksanaan diskusi kelompok terfokus (FGD) dengan pasien dan keluarga, observasi langsung terhadap kondisi fisik kamar dan pelayanan di lapangan, analisis data operasional seperti rata-rata lama perawatan dan jumlah keluhan pasien, serta audit internal oleh tim mutu dan keselamatan pasien. Monitoring dilakukan secara berkala melalui kunjungan inspeksi oleh manajemen, rapat koordinasi rutin antar unit terkait, serta pemanfaatan sistem informasi rumah sakit untuk memantau data secara real-time. Selain itu, sistem pelaporan insiden keselamatan pasien, layanan pengaduan pasien, dan penilaian kinerja staf juga merupakan bagian integral dalam proses monitoring(54).

c.Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia (SDM) adalah aset utama dalam operasional rumah sakit, mencakup semua tenaga kerja yang terlibat baik secara

langsung maupun tidak langsung dalam penyediaan layanan kesehatan. Di rumah sakit, SDM tidak hanya terdiri dari tenaga medis seperti dokter, perawat, dan apoteker, tetapi juga mencakup berbagai profesi pendukung medis seperti analis laboratorium, radiografer, serta staf administrasi dan manajemen yang berperan dalam menjaga kelancaran operasional rumah sakit. Dalam perspektif yang lebih luas, SDM tidak hanya dinilai dari jumlahnya, tetapi juga dari kualitas, kompetensi, motivasi, dan kemampuan mereka dalam memberikan layanan yang optimal kepada pasien. Oleh karena itu, pengelolaan SDM yang efektif menjadi faktor kunci dalam mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit(55).

Peran Sumber Daya Manusia (SDM) dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sangat penting dan memiliki berbagai dimensi. Dalam aspek medis, tenaga kesehatan berfungsi sebagai garda terdepan dalam menentukan keberhasilan diagnosis dan pengobatan pasien. Kualitas pelayanan medis sangat dipengaruhi oleh kompetensi, pengalaman, serta kemampuan staf medis untuk merespons dengan cepat dan tepat. Selain itu, tenaga penunjang medis juga memberikan kontribusi signifikan dalam

memastikan keakuratan hasil pemeriksaan dan efektivitas terapi yang diberikan. Di sisi lain, staf administrasi dan pelayanan pasien berperan dalam menciptakan pengalaman layanan yang ramah, informatif, dan transparan, yang berpengaruh pada kepuasan dan kepercayaan pasien terhadap rumah sakit. Tanpa adanya SDM yang berkualitas di semua sektor, rumah sakit tidak akan mampu memberikan pelayanan yang optimal, sehingga mutu pelayanan kesehatan tidak dapat tercapai secara maksimal(56).

Komposisi Sumber Daya Manusia (SDM) di rumah sakit sangat beragam dan memiliki peran yang saling terkait dalam mendukung kelancaran pelayanan kesehatan. Tenaga medis, seperti dokter dan perawat, bertanggung jawab utama dalam memberikan diagnosis, perawatan, dan pengobatan kepada pasien. Di sisi lain, tenaga penunjang medis memiliki peran krusial dalam mendukung proses pelayanan, mulai dari pemeriksaan laboratorium hingga tindakan rehabilitasi. Sementara itu, staf administrasi dan manajemen bertugas untuk mengelola sistem informasi, keuangan, sumber daya, serta layanan non-medis yang juga berpengaruh pada kepuasan pasien. Karakteristik ideal SDM rumah sakit mencakup keahlian teknis, sikap profesional, kemampuan untuk bekerja dalam tim, serta komitmen terhadap prinsip keselamatan

pasien, sehingga mereka dapat menghadapi berbagai tantangan dalam pelayanan kesehatan yang dinamis dan kompleks(55).

Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM) yang profesional merupakan kunci utama dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit. Proses ini meliputi berbagai aspek, seperti rekrutmen tenaga kesehatan yang berkualitas, pelatihan dan pengembangan yang berkelanjutan, evaluasi kinerja secara rutin, serta pemberian insentif untuk memotivasi karyawan. Selain itu, rumah sakit perlu menciptakan lingkungan kerja yang mendukung dengan sistem kepemimpinan yang efektif, budaya organisasi yang positif, serta fasilitas kerja yang memadai. Dengan pengelolaan SDM yang terencana dan berkelanjutan, rumah sakit dapat membentuk tim yang solid, berdedikasi tinggi, dan mampu memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien(55).

Metode pelatihan, seperti pelatihan berbasis kompetensi dan pelatihan berkelanjutan, merupakan pendekatan yang sangat penting dalam pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM) di berbagai bidang, termasuk di rumah sakit. Pelatihan berbasis kompetensi berfokus pada pengembangan keterampilan dan pengetahuan yang spesifik sesuai dengan kebutuhan pekerjaan. Dalam pendekatan

ini, peserta pelatihan dilatih untuk mencapai standar kompetensi tertentu yang relevan dengan tugas dan tanggung jawab mereka, sehingga dapat meningkatkan kinerja dan efektivitas dalam memberikan layanan. Di sisi lain, pelatihan berkelanjutan adalah proses pembelajaran yang berlangsung secara terus-menerus, bertujuan untuk memastikan bahwa tenaga kerja selalu diperbarui dengan pengetahuan dan keterampilan terbaru yang diperlukan dalam bidang mereka. Metode ini sangat penting untuk menghadapi perubahan cepat dalam teknologi dan praktik medis, serta untuk menjaga kualitas pelayanan kesehatan. Dengan menggabungkan kedua metode ini, rumah sakit dapat memastikan bahwa stafnya tidak hanya memiliki kompetensi yang diperlukan, tetapi juga terus berkembang dan beradaptasi dengan tuntutan serta tantangan yang ada di lingkungan kerja(56).

Strategi untuk membangun kerja sama dan komunikasi yang efektif di antara anggota tim sangat relevan dalam konteks pembentukan tim khusus yang bertanggung jawab untuk mengimplementasikan kebijakan kelas rawat inap standar di rumah sakit. Tim khusus ini, yang terdiri dari berbagai profesional kesehatan seperti dokter, perawat, dan tenaga penunjang, perlu berkolaborasi secara intensif untuk memastikan bahwa setiap elemen dari kebijakan tersebut diterapkan secara

optimal. Pertemuan rutin menjadi krusial bagi tim ini, di mana mereka dapat mendiskusikan kemajuan, tantangan yang dihadapi, serta solusi yang mungkin untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Selain itu, pemanfaatan alat komunikasi yang efisien, seperti platform kolaborasi digital, dapat memfasilitasi tim dalam berbagi informasi dan data pasien secara real-time, sehingga semua anggota tim memiliki akses yang setara terhadap informasi penting. Membangun budaya saling menghargai dan mendengarkan di dalam tim khusus ini juga akan memperkuat hubungan antar anggota, memungkinkan mereka untuk saling mendukung dan memberikan kontribusi secara maksimal. Dengan penerapan strategi-strategi ini, tim khusus dapat beroperasi lebih efektif dalam mengimplementasikan kebijakan kelas rawat inap standar, meningkatkan koordinasi dalam perawatan pasien, dan pada akhirnya, meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit(56).

d. Pendanaan

Pendanaan dalam konteks rumah sakit dan pelayanan kesehatan merujuk pada sumber daya keuangan yang dialokasikan untuk mendukung seluruh kegiatan operasional, pengadaan fasilitas, pembayaran gaji tenaga kesehatan, pembelian obat dan alat medis, serta penyelenggaraan layanan

medis dan non-medis. Sumber pendanaan ini dapat berasal dari berbagai pihak, termasuk pemerintah, asuransi kesehatan (seperti BPJS Kesehatan), pembayaran langsung oleh pasien (out-of-pocket), serta kontribusi dari pihak swasta atau donor internasional. Dalam sistem pelayanan kesehatan, pendanaan tidak hanya berfungsi sebagai instrumen pembayaran, tetapi juga sebagai mekanisme untuk memastikan kontinuitas, kualitas, dan aksesibilitas layanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, termasuk dalam penyelenggaraan layanan rawat inap(57).

Di Indonesia, pendanaan rumah sakit berasal dari beberapa sumber utama, yaitu pendanaan pemerintah yang berupa dana kapitasi dan dana pelayanan kesehatan (dari program Jaminan Kesehatan Nasional), pendapatan dari pasien umum atau swasta, serta pendanaan dari pihak ketiga seperti perusahaan asuransi kesehatan. Dalam konteks BPJS Kesehatan, rumah sakit menerima pembayaran berdasarkan skema INA-CBGs (Indonesia Case Base Groups), yang merupakan sistem pembayaran yang didasarkan pada klasifikasi penyakit dan biaya rata-rata yang diperlukan untuk menangani kasus tersebut. Selain itu, rumah sakit juga dapat memperoleh pendanaan langsung dari pemerintah dalam bentuk dana bantuan operasional (DBO) untuk memastikan

keberlanjutan pelayanan publik. Mekanisme pendanaan ini perlu dikelola dengan transparan dan akuntabel agar efisiensi dan keberlanjutan operasional rumah sakit dapat terjamin(58).

Pendanaan memainkan peran yang sangat penting dalam mendukung implementasi kebijakan kelas rawat inap standar di rumah sakit. Kebijakan ini dirancang untuk memberikan pelayanan rawat inap yang bervariasi berdasarkan fasilitas, biaya, dan tingkat kenyamanan, sambil tetap menjaga mutu pelayanan medis yang konsisten di semua kelas. Tanpa adanya pendanaan yang cukup, rumah sakit akan kesulitan untuk menyediakan fasilitas yang memenuhi standar, mempertahankan kualitas pelayanan medis, serta memastikan ketersediaan sumber daya manusia dan peralatan kesehatan yang memadai di setiap kelas rawat inap. Selain itu, pendanaan juga menjadi landasan bagi rumah sakit dalam menetapkan tarif layanan, mengelola distribusi pasien, dan memastikan aksesibilitas layanan kesehatan bagi pasien dari berbagai lapisan masyarakat. Dengan demikian, keberadaan pendanaan yang memadai sangat krusial untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan merata(57).

Untuk memastikan pengelolaan anggaran yang efisien dan efektif dalam konteks Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), rumah sakit

perlu menerapkan beberapa strategi utama. Salah satunya adalah penyusunan anggaran berbasis kinerja (performance-based budgeting), di mana alokasi dana didasarkan pada target kinerja yang ingin dicapai, seperti tingkat okupansi tempat tidur, rata-rata lama perawatan (ALOS), atau tingkat kepuasan pasien. Strategi ini sangat relevan dengan KRIS, yang bertujuan untuk memberikan pelayanan rawat inap yang berkualitas dan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Selain itu, penggunaan sistem informasi manajemen keuangan terintegrasi juga sangat membantu dalam memantau realisasi anggaran secara real-time, sehingga memungkinkan manajemen untuk melakukan penyesuaian dengan cepat jika terjadi penyimpangan. Hal ini mendukung transparansi dan akuntabilitas yang menjadi fokus dalam implementasi KRIS. Strategi lain yang dapat diterapkan meliputi pengadaan barang dan jasa secara transparan melalui mekanisme tender atau e-procurement. Pendekatan ini tidak hanya meminimalkan pemborosan, tetapi juga meningkatkan akuntabilitas, yang merupakan elemen penting dalam mencapai tujuan KRIS untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dengan menerapkan strategi-strategi ini, rumah sakit dapat lebih efektif dalam mengelola anggaran dan memastikan bahwa

sumber daya digunakan secara optimal untuk mendukung implementasi KRIS dan meningkatkan pelayanan kepada pasien(57).

Pengawasan merupakan elemen yang sangat penting dalam memastikan bahwa dana yang dialokasikan untuk kelas rawat inap digunakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan dan untuk mencegah terjadinya penyimpangan. Dalam konteks ini, rumah sakit perlu memiliki sistem pengawasan internal yang kuat dan efektif. Salah satu cara untuk mencapai hal ini adalah dengan membentuk unit audit internal atau komite pengawasan keuangan yang bertugas melakukan pemeriksaan berkala terhadap penggunaan anggaran di setiap unit pelayanan. Unit ini harus memiliki wewenang yang cukup untuk melakukan evaluasi dan memberikan rekomendasi perbaikan jika ditemukan ketidaksesuaian dalam penggunaan dana. Selain itu, penerapan sistem akuntansi berbasis elektronik yang dilengkapi dengan fitur track record dan otorisasi bertingkat sangat penting untuk memperkecil risiko penyalahgunaan dana. Sistem ini memungkinkan setiap transaksi keuangan dicatat secara akurat dan dapat dilacak, sehingga memudahkan dalam melakukan audit dan pengawasan. Dengan adanya otorisasi bertingkat, setiap pengeluaran harus melalui beberapa lapisan persetujuan, yang menambah lapisan keamanan

dalam pengelolaan dana. Proses rekonsiliasi data keuangan secara berkala juga sangat diperlukan untuk memastikan kesesuaian antara laporan keuangan dan realisasi di lapangan. Rekonsiliasi ini membantu dalam mengidentifikasi dan mengatasi perbedaan yang mungkin terjadi, serta memastikan bahwa semua transaksi dicatat dengan benar. Dengan melakukan rekonsiliasi secara rutin, rumah sakit dapat meningkatkan transparansi dan akuntabilitas dalam pengelolaan anggaran. Lebih jauh lagi, pelatihan dan pengembangan kapasitas bagi staf yang terlibat dalam pengelolaan keuangan juga sangat penting. Staf yang terlatih akan lebih memahami pentingnya pengawasan dan akuntabilitas, serta dapat menerapkan praktik terbaik dalam pengelolaan dana. Dengan kombinasi dari sistem pengawasan yang kuat, teknologi yang tepat, dan pengembangan sumber daya manusia, rumah sakit dapat memastikan bahwa dana yang dialokasikan untuk kelas rawat inap digunakan secara efisien dan efektif, serta mendukung tujuan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan(58).

Program KRIS akan menerapkan dua kategori kepesertaan yang berbeda, yaitu Kelas Standar A dan Kelas Standar B. Kelas Standar A dirancang khusus untuk peserta yang mendapatkan bantuan iuran, yang dalam hal ini dikenal sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI). Dalam kategori ini,

peserta yang tergolong sebagai Pekerja Penerima Upah (PPU) dan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) akan diklasifikasikan sebagai Non-PBI atau Kelas Standar B. Dengan adanya pembagian ini, program KRIS bertujuan untuk memberikan akses yang lebih baik kepada berbagai kelompok masyarakat sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan mereka dalam membayar iuran(14).

Kelas Standar B diperuntukkan bagi peserta yang tidak termasuk dalam kategori PBI, yang mencakup individu yang membayar iuran secara mandiri. Dalam kategori ini, terdapat dua kelompok utama, yaitu Pekerja Penerima Upah (PPU) dan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU). PPU adalah mereka yang bekerja di sektor formal dan menerima gaji tetap, sedangkan PBPU mencakup pekerja mandiri atau mereka yang bekerja di sektor informal. Dengan pengelompokan ini, program KRIS berupaya untuk memberikan solusi yang lebih tepat sasaran, sehingga setiap peserta dapat mendapatkan akses ke layanan kesehatan yang sesuai dengan kondisi dan kemampuan finansial mereka(14).

Melalui pembagian yang jelas antara Kelas Standar A dan Kelas Standar B, program ini tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam sistem kesehatan, tetapi juga untuk menciptakan keadilan dalam akses layanan

kesehatan. Dengan demikian, diharapkan bahwa semua individu, terlepas dari status ekonomi mereka, dapat merasakan manfaat dari program kesehatan yang komprehensif dan berkelanjutan(14).

Kualitas pelayanan dalam KRIS yang sesuai dengan standar meliputi penyediaan fasilitas yang memadai, menjaga kebersihan, serta memastikan ketersediaan peralatan medis yang diperlukan. Peran tegana medis sangat krusial, yang mecakup keahlian, kemampuan berkomunikasi yang baik, dan menunjukkan empati kepada pasien. Meningkatkan kualitas pelayanan merupakan hal penting untuk memperbaiki pengalaman pasein dalam berkunjung ke rumah sakit dan juga dapat meningkatkan efisesnsi oprasional rumah sakit. Meningkatkan kualitas pelayanan merupakan hal yang sangat penting untuk memperbaiki pengalaman pasien saat berkunjung ke rumah sakit, serta dapat berimplikasi positif terhadap efisiensi operasional rumah sakit. Dengan pelayanan yang berkualitas, diharapkan waktu tunggu dapat diminimalkan, dan proses penangan pasien dapat dilakukan dengan lebih cepat dan efisien(59).

Kualitas layanan yang diberikan di kelas rawat inap yang lebih tinggi cenderung lebih baik, yang berpengaruh langsung terhadap kepuasan pasien. Ketika pasien merasa dilayani dengan baik,

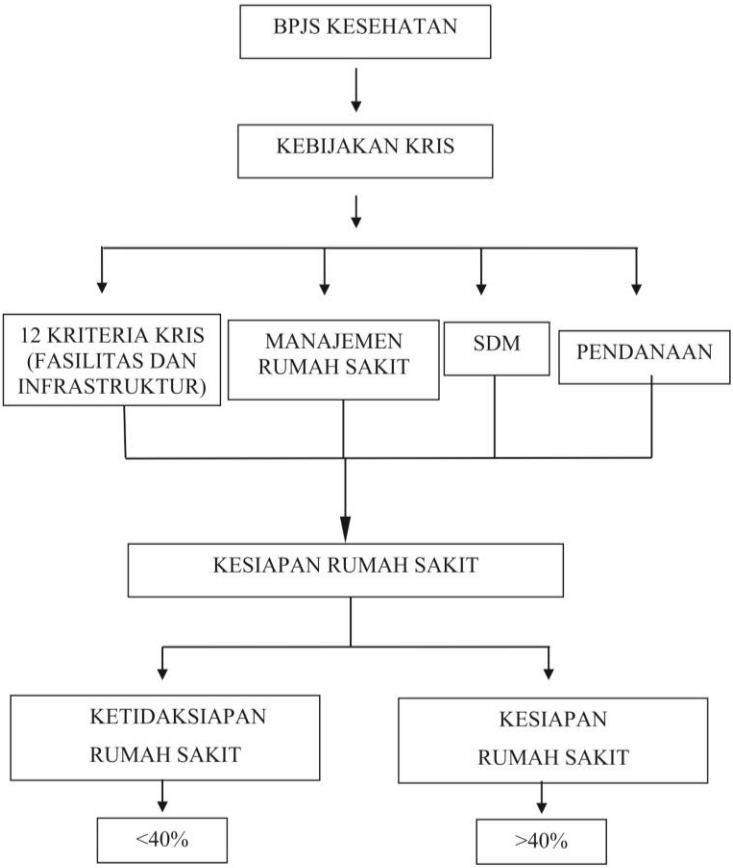
mereka akan lebih puas dengan pengalaman perawatan yang mereka jalani. Selain itu, persepsi nilai juga memainkan peran penting; pasien sering membandingkan biaya yang dikeluarkan dengan kualitas layanan yang diterima. Kelas rawat inap yang lebih tinggi, meskipun lebih mahal, dapat memberikan persepsi nilai yang lebih baik jika layanan yang diberikan memenuhi harapan mereka. Sistem umpan balik dan komunikasi yang baik juga berkontribusi pada kepuasan pasien. Kelas rawat inap yang lebih baik biasanya memiliki mekanisme umpan balik yang efektif, di mana pasien dapat menyampaikan keluhan atau saran. (42).

Persepsi nilai juga memainkan peran penting dalam menentukan tingkat kepuasan pasien. Pasien sering membandingkan biaya yang mereka keluarkan dengan kualitas layanan yang diterima. Meskipun kelas rawat inap yang lebih tinggi memerlukan biaya yang lebih besar, jika layanan yang diberikan memenuhi atau bahkan melebihi harapan mereka, pasien akan merasa bahwa investasi tersebut sebanding dengan pengalaman yang mereka terima. Misalnya, pasien yang memilih kelas VIP mengharapkan fasilitas yang lebih baik, seperti ruang perawatan yang nyaman dan akses cepat ke dokter. Ketika harapan

ini terpenuhi, mereka akan merasa puas dengan pilihan yang telah dibuat(59).

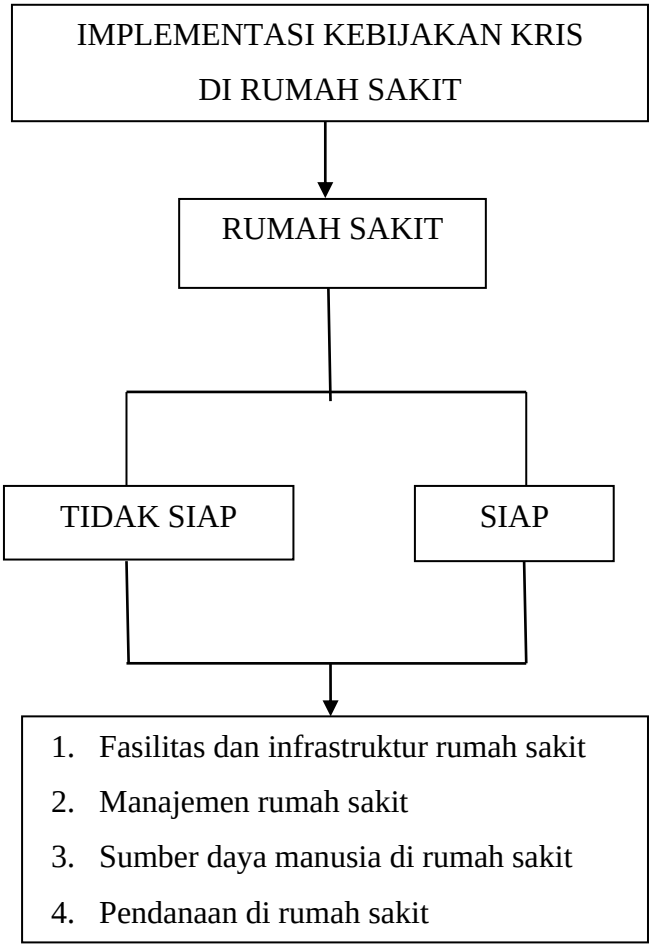
sistem umpan balik dan komunikasi yang efektif juga berkontribusi pada kepuasan pasien. Kelas rawat inap yang lebih baik biasanya memiliki mekanisme umpan balik yang memungkinkan pasien untuk menyampaikan keluhan atau saran dengan mudah. Hal ini tidak hanya memberikan kesempatan bagi pasien untuk berbicara, tetapi juga menunjukkan bahwa rumah sakit menghargai pendapat mereka. Ketika pasien merasa didengar dan diperhatikan, mereka cenderung merasa lebih puas dengan layanan yang diberikan(59).

B. Kerangka Konsep



Gambar 1 Kerangka Konsep

C. Kerangka Pikir



Gambar 2. Kerangka Pikir

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan observasional untuk mengetahui bagaimana kesiapan rumah sakit di Kota Parepare dalam mengimplementasikan kebijakan terbaru BPJS Kesehatan mengenai standar ruang rawat inap, yaitu Kelas Rawat Inap Standar(KRIS).

B. Waktu dan Tempat Penelitian

a. Penelitian ini dilakukan selama empat bulan dimulai pada bulan Maret sampai Juni 2025.
b. Penelitian ini dilakukan di Rs. Andi Makkasau, Rs. dr. Hasri Ainun Habibie, dan Rs. Fatima di Kota Parepare.

C. Definisi Operasional Variabel

1. Fasilitas dan Infrastruktur

Fasilitas dan infrastruktur adalah fasilitas yang ada di rumah sakit untuk mendukung penerapan kebijakan KRIS, dengan 12 kriteria yaitu: bahan bangunan yang digunakan tidak memiliki porositas tinggi, ventilasi udara yang sesuai standar, pencahayaan ruangan yang memadai, kelengkapan pada tempat tidur, tersedia nakas disamping tempat tidur, suhu ruangan di kisaran 20-26 derajat celcius, ruangan telah dibagi (usia, jenis kelamin, dan penyakit infeksi atau non-infeksi), tempat tidur dalam ruangan 2 sampai 4

tempat tidur, tirai yang tergantung, kamar mandi dalam, kamar mandi sudah sesuai dengan aksesibilitas, dan otlet oksigen.

2. Manajemen

   Manajemen adalah proses yang dilakukan di rumah sakit untuk mendukung penerapan kebijakan KRIS di rumah sakit dalam hal perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan penerapan kebijakan KRIS diantaranya: strategi yang telah ditetapkan, pemantauan pelaksanaan kebijakan KRIS, da kolaborasi antar tim untuk penerapan kebijakan KRIS di rumah sakit.

3. Sumber Daya Manusia

   Sumber Daya Manusia merupakan semua individu yang ada di rumah sakit dan terlibat dalam penerapan kebijakan KRIS diantaranya adalah sosialisasi penerapan kebijakan KRIS, jumlah tenaga kesehatan dalam penerapan kebijakan KRIS, dan tantangan dalam penerapan kebijakan KRIS di rumah sakit.

4. Pendanaan

   Pendanaan adalah dana yang telah disiapkan oleh rumah sakit dalam penerapan kebijakan KRIS yaitu, pendanaan untuk penerapan kebijakan KRIS, dana yang dialokasikan dan sumber pendanaan yang mendukung penerapan kebijakan KRIS di rumah sakit.

D. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan pada penelitian merupakan alat bantu bagi peneliti untuk memudahkan pengambilan data primer dilapanagan secara langsung. Kualitas isntrumen juga menjadi hal sangat berpengaruh dalam proses pengumpulan data. Oleh karena itu instrumen penelitian harus sesuai dengan apa yang akan diteliti. Dalam penelitian kali ini instrumen yang digunakan oleh peneliti sebagai berikut:

a. Smartphone

Smartphone merupakan alat yang dapat digunakan sebagai alat perekam serta sebagai alat foto dan video untuk mendokumentasikan suatu peristiwa atau suatu kegiatan.

b. Alat Tulis

Alat tulis yang dimaksud seperti buku dan pulpen yang akan digunakan selama proses wawancara untuk mencatat hal-hal penting yang diberikan oleh informan.

c. Panduan Wawancara

Panduan wawancara adalah alat atau dokumen yang digunakan pada saat akan melakukan suatu wawancara, alat atau dokumen ini membantu pewawancara dalam melaksanakan wawancara secara terstruktur dan efisien. Fungsi utama dari panduan ini adalah memberikan arahan mengenai apa saja pertanyaan yang perlu diajukan, urutan pertanyaan,

serta hal-hal penting yang harus diperhatikan selama proses wawancara berlangsung.

E. Informan

Table 1 Informan Penelitian

NO	Informan	Jumlah
1.	Tim KRIS Rs. Andi Makkasau	4 orang
2.	Tim KRIS Rs. Hasri Ainun Habibie	4 orang
3.	Tim KRIS Rs. Fatima	4 orang
Total		12 orang

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Observasi

   Observasi merupakan cara mengumpulkan data dengan pengamatan secara langsung objek yang diteliti, pada penelitian ini mengkaji tentang bagaimana kesiapan rumah sakit di Kota Parepare dalam menerapkan kebijakan KRIS.

2. Wawancara

   Wawancara merupakan proses tanya jawab antara peneliti dengan informan secara langsung. Tujuan wawancara adalah untuk mendapatkan informasi lebih detail dari informan terkait apa yang di inginkan peneliti. Dalam hal ini peneliti mewawancara tentang bagaimana kesiapan rumah sakit di Kota Parepare dalam menerapkan kebijakan KRIS.

3. Dokumentasi

Pada bagian ini tehnik pengumpulan data bisa dengan dokumentasi yang merupakan pengumpulan data dengan cara menelusuri sumber-sumber seperti buku-buku, peraturan, laporan kegiatan, dokumentasi foto dan video, serta dokumen yang relevan terkait dengan kesiapan rumah sakit di Kota Parepare dalam menerapkan kebijakan KRIS.

G. Analisis Data

Analisis yang digunakan pada penelitian ini menggunakan analisis triangulasi. Analisis triangulasi di ambil oleh peneliti untuk melihat bagaimana kesiapan rumah sakit di Kota Parepare dalam mengimplementasikan kebijkan baru BPJS Kesehatan tentang standar ruang rawat inap pada rumah sakit yang tercantum pada kebijkan KRIS. Tahap proses analisis triangulasi seperti berikut:

1. Reduksi Data

Reduksi data adalah proses pemilihan, pemfokusan, penyederhanaan, dan perngorganisasian data yang diperoleh dari wawancara, obsevasi, dan telaah dokumen. Dalam penelitian ini, data yang tidak relevan dan berulang akan dihilangkan, dan hanya menyisakan data yang mendukung terkait penerapan kebijakan KRIS di rumah sakit. Hal ini bertujuan untuk memudahkan peneliti dalam

mengidentifikasi tema-tema utama yang muncul dari data yang dikumpulkan.

2. Sajian Data

   Reduksi data adalah penyajian data yang dilakukan dengan cara menyusun data yang telah direduksi dalam bentuk yang mudah dipahami dan dianalisis. Dalam penelitn ini, data disajikan dalam bentuk narasi yang menggambarkan hasil wawancara dan observasi. Penyajian data ini memungkinkan peneliti untuk melihat pola-pola yang muncul dan membuat perbandingan antara berbagai faktor yang mempengaruhi dalam penerapan kebijakan KRIS.

3. Penarikan Kesimpulan

   Penarikan kesimpulan adalah proses mengfokuskan data dari hasil analisis yang telah dilakukan dalam bentuk kesimpulan. Peneliti akan merumuskan kesimpulan berdasarkan temuan-temuan yang diperoleh dari data yang telah dianlisis. Kesimpulan ini akan menjawab rumusan masalah penelitian dan memberikan rekomendasi dalam penerapan kebijakan KRIS maupun kebijakan yang akan di terapkan di rumah sakit di Kota Parepare yang akan datang.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Kota Parepare berada di Provinsi Sulawesi Selatan dengan luas wilayah sebesar 99,33 Km^2, dalam wilayah Kota Parepare terbagi dalam 4 Kecamatan dengan jumlah kelurahan sebanyak 22 Kelurahan.

Kota Parepare secara geografis terletak pada titik kordinat $119^o\ 36'\ 24'' – 119^o\ 43'\ 40''$BT dan $3^o\ 57'\ 39'' – 4^o\ 04'\ 49''$ LS. Dengan ketinggian wilayah yang bervariasi mulai dari 0 – 500 meter diatas permukaan laut (MDPL), dengan batas-batas wilayah sebagai berikut:

1. Di sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Pinrang.
2. Di sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Barru.
3. Di sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Sidenreng Rappang.
4. Di sebelah barat berbatasan dengan Selat Makassar.

Rumah Sakit Regional dr. Hasri Ainun Habibie diresmikan pada tanggal 14 Maret 2020 oleh Gubernur Sulawesi Selatan, Nurdin Abdullah, bersama dengan Walikota Parepare, Taufan Pawe. Nama rumah sakit pemerintah ini diberikan sebagai penghormatan kepada Hasri Ainuj Habibie, istri B. J. Habibie, yang merupakan seorang dokter. Pada rumah sakit ini juga tersedia total 200 tempat tidur yang terbagi dalam beberapa kelas di rumah sakit, serta tersedia 25 dokter spesialis yang

terdaftar sebagai dokter di rumah sakit regional dr. Hasri Ainun Habibie.

Rumah Sakit Pemerintah Andi Makkasau dibangun pada tahun 1924 dan selesai pada tahun 1926 dengan nama Rumah Sakit Umum. Pada 1 Juli 1987, RSUD Andi Makkasau mulai dioperasikan dengan tipe kelas C dan menjadi rumah sakit rujukan bagi beberapa kabupaten terdekat. Sebagai salah satu rumah sakit rujukan di Provinsi Sulawesi Selatan, pada tanggal 7 Mei 2009, status RSUD Andi Makkasau ditingkatkan menjadi Rumah Sakit Tipe B Non Pendidikan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 343/Menkes/SK/V/2009. Pada rumah sakit ini juga tersedia total 333 tempat tidur yang terbagi dalam beberapa kelas di rumah sakit, serta tersedia 59 dokter spesialis yang terdaftar sebagai dokter di rumah sakit Andi Makkasau.

Rumah Sakit Fatima mulai dirintis pada tahun 1953 oleh Suster Tarekat Biarawati Karya Kesehatan, Yitu Dr. Anna Dengel. Pada 26 April 1954, didirikan satu bangsal untuk ibu dan anak melalui kerjasama dengan Pastor Van Schaik, dan pada tanggal 1 Mei 1954, bangsal tersebut resmi berstatus sebagai RS. Bersalin. Peletakan batu pertama dilakukan oleh Sr. Dr. Anna Dengel pada 15 April 1956. Kemudian, pada 31 Juni 1968 status Institusi Kesehatan RS Bersalin berubah menjadi RS Fatima sesuai dengan SK Menteri Kesehatan RI No.49/B.W/1.0/68, dan Dr. J. Barten diangkat sebagai

administrator pertama. Pada rumah sakit ini juga tersedia total 155 tempat tidur yang terbagi dalam beberapa kelas di rumah sakit, serta tersedia 13 dokter spesialis yang terdaftar sebagai dokter di rumah sakit regional dr. Hasri Ainun Habibie.

B. Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini dipilih menggunakan teknik purposive sampling, yang merupakan metode pemilihan individu berdasarkan kriteria tertentu yang dianggap relevan dan memiliki pemahaman mendalam mengenai penerapan kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di beberapa rumah sakit, yaitu RS. dr. Hasri Ainun Habibie, RS. Andi Makkasasu, dan RS. Fatiman yang terletak di Kota Parepare. Dalam penelitian ini, empat orang informan dari Tim KRIS di masing-masing rumah sakit dipilih untuk memberikan perspektif yang beragam namun terfokus. Pemilihan informan ini dilakukan dengan tujuan untuk memastikan bahwa informasi yang diperoleh tidak hanya akurat, tetapi juga mencerminkan realitas yang ada di lapangan.

keterlibatan individu yang memiliki pengalaman langsung dan pengetahuan yang mendalam tentang kebijakan KRIS, penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang komprehensif mengenai berbagai faktor kendala yang dihadapi selama proses penerapan kebijakan tersebut. Dengan demikian, hasil penelitian akan menjadi lebih valid dan dapat diandalkan,

serta memberikan kontribusi yang berarti bagi pengembangan kebijakan kesehatan di masa mendatang.

Tabel 2 Karakteristik Informan Berdasarkan Inisial, Jenis Kelamin, Jabatan dan Tim KRIS di Rumah Sakit Di Kota Parepare

Inisial	Jenis Kelamin	Umur (Tahun)	Jabatan	Tim KRIS
F	L	28	Bagian Perencanaan	RS. Fatima
S	L	32	Bagian Perencanaan	RS. Fatima
V	P	25	Bagian SDM	RS. Fatima
B	P	29	Bagian keuangan	RS. Fatima
I	P	35	Bagian perencanaan	RS. Hasri Ainun Habibie
D	L	38	Bagian keuangan	RS. Hasri Ainun Habibie
L	P	30	Bagian SDM	RS. Hasri Ainun Habibie
K	L	25	Bagian perencanaan	RS. Hasri Ainun Habibie
P	L	43	Bagian perencanaan	RS. Andi Makkasau
MR	L	32	Bagian perencanaan	RS. Andi Makkasau
FR	P	29	Bagian SDM	RS. Andi Makkasau
R	L	37	Bagian keuangan	RS. Andi Makkasau
Total		**12 orang**		

C. Hasil Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mengumpulkan data-data berupa data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan beberapa informan dari tim KRIS masing-masing rumah sakit yang terdiri dari bagian perencanaan, bagian SDM dan bagian keuangan. Penyajian data dalam penelitian ini dibagi berdasarkan empat faktor utama dalam penerapan kebijakan KRIS, yaitu (1) Fasilitas dan Infrastruktur, (2) Manajemen Rumah Sakit, (3) Sumber Daya Manusia, dan (4) Pendanaan.

Sedangkan data sekunder diperoleh dari dokumentasi dan literatur yang relevan dengan penelitian ini. Sumber data sekunder meliputi peraturan dan kebijakan resmi seperti Perpres No. 59 Tahun 2024 tentang KRIS dan pedoman pelaksanaan di rumah sakit, Permenkes No. 24 Tahun 2023 tentang kriteria dan fasilitas yang harus dipenuhi di kamar rawat inap, Permenkes No. 27 Tahun 2021 tentang standar fasilitas kesehatan, dan Permenkes No. 44 Tahun 2026 tentang Penyelenggaraan JKN. Selain itu, data sekunder diperoleh juga dari jurnal-jurnal ilmiah dan hasil penelitian sebelumnya yang membehas tentang penerapan kebijakan KRIS. penggunaan kedua jenis data ini memberikan dasar analisis yang kuat dan komperhensif dalam mengidentifikasi hal-hal yang

terjadi dalam penerapan kebijakan KRIS di rumah sakit di Kota Parepare.

Pengumpulan data wawancara dari ke dua belas informan dilakukan secara langsung oleh peneliti berdasarkan pedoman wawancara yang telah disusun, tujuan dari wawancara ini untuk memperoleh informasi yang mendalam terkait penerapan kebijakan KRIS di rumah sakit di Kota Parepare.

Berdasarkan hasil wawancara dan pengamatan yang telah dilakukan peneliti menyusun hasil temuan berdasarkan masing-masing variable penelitian, yang dijeaslkan sebagai berikaut:

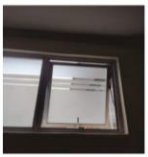
1. Fasilitas dan infrastruktur

Fasilitas dan infrastruktur merupakan bagian yang penting dalam rumah sakit dalam melaksanakan tugasnya memberikan pelayanan kesehatan yang memadai. Fasilitas dan infrastruktur juga menjadi hal yang sangat penting dalam penerapan kebijakan KRIS yang wajib menerapkan 12 kriteria dalam pemenuhannya. Adapun kutipan wawancara bersama tiga infoman, berikut hasil wawancara tentang fasilitas dan infrastruktur yang telah diterapkan di rumah sakit di Kota Parepare dalam penerapan KRIS yaitu:

> ”Untuk kendalanya yaitu, karena ruangan gedung lama toh dan dari 155 bed yang tersedia dirumah sakit, kami alokasikan 40% untuk KRIS ini”(F)

“rumah sakit itu menyiapakan 45% tempat tidur untuk dipakai untuk KRIS dan dari 12 kriteria itu yang belum atau belum maksimal itu otlet oksigen dengan apa lagi itu satu, dengan nurse call belum terpasang di semua ruangan baru beberapa saja yang terpasang” (L)

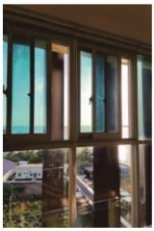
“kalau untuk 12 kriterianya itu disini sudah diterapkan di ruangan yang akan dijadikan ruangan KRIS, juga untuk KRIS itu disiapkan 150 bed untuk kamar KRIS yang disebar dibeberapa ruangan”(P)

1 Bahan Bangunan di RS tidak memiliki porositas tinggi	2 Ventilasi udara	3 Pencahayaan ruangan	4 Kelengkapan tempat tidur (minimal 2 stop kontak dan nurse call)
			
5 Nakas (1 per tempat tidur)	6 Suhu ruangan di 20-26 °c	7 Ruangan dibagi berdasarkan jenis kelamin, usia, penyakit (infeksi dan non infeksi)	8 Kepadatan ruangan rawat (kamar)
			
9 Tirai/partisi antar tempat tidur	10 Kamar mandi dalam ruangan rawat inap	11 Kamar mandi sesuai dengan standar aksesibilitas	12 Otlet Oksigen
			

Gambar 3 12 Kriteria KRIS Di Rs. Fatima

1 Bahan Bangunan di RS tidak memiliki porositas tinggi	2 Ventilasi udara	3 Pencahayaan ruangan	4 Kelengkapan tempat tidur (minimal 2 stop kontak dan nurse call)
			
5 Nakas (1 per tempat tidur)	6 Suhu ruangan di 20-26 °c	7 Ruangan dibagi berdasarkan jenis kelamin, usia, penyakit (infeksi dan non infeksi)	8 Kepadatan ruangan rawat (kamar)
			
9 Tirai/partisi antar tempat tidur	10 Kamar mandi dalam ruangan rawat inap	11 Kamar mandi sesuai dengan standar aksesibilitas	12 Otlet Oksigen
			

Gambar 4 12 Kriteria KRIS Di Rs. Andi Makkasau

1 Bahan Bangunan di RS tidak memiliki porositas tinggi	2 Ventilasi udara	3 Pencahayaan ruangan	4 Kelengkapan tempat tidur (minimal 2 stop kontak dan nurse call)
			
5 Nakas (1 per tempat tidur)	6 Suhu ruangan di 20-26 °c	7 Ruangan dibagi berdasarkan jenis kelamin, usia, penyakit (infeksi dan non infeksi)	8 Kepadatan ruangan rawat (kamar)
			
9 Tirai/partisi antar tempat tidur	10 Kamar mandi dalam ruangan rawat inap	11 Kamar mandi sesuai dengan standar aksesibilitas	12 Otlet Oksigen
			

Gambar 5 12 Kriteria KRIS Di Rs. Hasri Ainun Habibie

Obeservasi secara langsung yang dilakukan di Rs, Fatima, Rs. Andi Makkassau, dan Rs. Hasri Ainun Habibie ventilasi yang terpasang di kamar KRIS telah sesuai standar untuk pertukaran udara sebanyak enak kali perjamnya, walaupun dengan model yang berbeda-beda dimasing-masing rumah sakit. Serta pengamatan peneliti di rumah sakit Rs. Andi Makkasau menggunakan pencahayaan dalam ruangan KRIS langsung dari lampu yag terpasang, sedangkan pada Rs. Hasri Ainun Habibie dan Rs. Fatima menggunakan cahaya matahari sebagai pencahayaan utama pada kamar dan dibantu juga oleh lampu yang ada dalam kamar KRIS.

Pengamatan peneliti terkait kelengkapan tempat tidur pada Rs. Fatima, Rs. Andi Makkasau telah memasangkan kelengkapan tempat tidur berupa dua kotak kontak dan *nurse call* di tiap-tiap tempat tidur di ruangan KRIS, sedangkan pada Rs. Hasri Ainun Habibie kelengkapan pada tempat tidur masih kurang pada bagian *nurse call*, hanya ada beberapa *nurse call* yang terpasang di ruangan KRIS. Pada Rs. Andi Makkasau, Rs. Hasri Ainun Habibie, dan Rs. Fatima untuk nakas per tempat tidur telah tersedia pada ruangan KRIS di rumah sakit. Diketahui juga dari obsevasi peneliti di Rs. Andi Makkasau, Rs. Hasri Ainun Habibie, dan Rs. Fatima, ruangan KRIS sudah dapat mempertahankan suhu dalam ruangan di kisaran 22-26 derajat celcius.

Hasil observasi di Rs. Andi Makkasau, Rs. Hasri Ainun Habibie, dan Rs. Fatima, pembagian ruangan KRIS hanya menerapkan pada jenis kelamin dan jenis penyakit dan belum ada pembagian sesuai kategori umur pasien. Serta pengamatan peneliti di Rs. Andi Makkasau, Rs. Hasri Ainun Habibie, dan Rs. Fatima untuk nakas per tempat tidur telah tersedia pada ruangan KRIS di rumah sakit.

Hasil observasi peneliti di Rs. Andi Makkasau, Rs. Hasri Ainun Habibie, dan Rs. Fatima untuk kepadatan ruangan KRIS sudah sesuai dengan yang ada pada 12 kriteria yang dimana ruangan KRIS memiliki minimal dua dan maksimal empat tempat tidur didalam kamar dan dengan jarak 1,5 meter antar tepi tiap tempat tidur. Serta pengamatan peneliti di Rs. Andi Makkasau, Rs. Hasri Ainun Habibie, dan Rs. Fatima untuk tirai dalam ruangan KRIS telah terpasang dengan rel dan tergantung di plafon dalam kamar. Dalam pengamatan peneliti di Rs. Andi Makkasau, Rs. Hasri Ainun Habibie, dan Rs. Fatima, kamar mandi telah tersedia di dalam ruangan KRIS dan telah sesuai dengan standar aksesibilitas untuk kamar mandi rumah sakit.

Pengamatan peneliti di Rs Hasri Ainun Habibie untuk ruangan KRIS yang tersedia belum sepenuhnya tersedia otlet oksigen di tiap-tiap tempat tidur, dikarenakan pihak rumah sakit dalam proses pembangunan oksigen center. Sedangkan pada Rs.

Andi Makkasau dan Rs. Fatima otlet oksigen telah tersedia diseluruh ruangan KRIS.

Hasil wawancara dan observasi, bahwa dua dari tiga rumah sakit di Kota Parepare masih berada dalam tahap penerapan Kebijakan KRIS. Rs. Hasri Ainun Habibie dan Rs. Fatima yang dimana dari total 12 kriteria yang telah ditetapkan dalam kebijakan tersebut, terdapat dua kriteria, yaitu outlet oksigen dan sistem nurse call, yang dimana masih dalam proses pengerjaan. Proses ini mengalami kendala yang signifikan, terutama terkait dengan perombakan gedung lama yang memerlukan waktu dan sumber daya yang cukup besar untuk memenuhi standar yang ditetapkan. Sedangkan Rs. Andi Makkasau telah menerapkan 12 kriteria KRIS secara keseluruahan.

Upaya penerapan kebijakan KRIS di rumah sakit di Kota Parepare telah mengalokasikan 40% hingga 45% dari total kapasitas tempat tidur yang tersedia di masing-masing rumah sakit untuk memenuhi kriteria yang telah ditentukan. Angka ini menunjukkan komitmen yang tinggi dari pihak manajemen rumah sakit dalam mendukung penerapan kebijakan KRIS.

2. Manajemen

Manajemen rumah sakit dapat menjadi faktor pendukung dalam penerpaan suatu kebijakan, hal ini dapat berpengaruh pada penerapan kebijakan KRIS. Pihak manajemen di rumah sakit dapat membuat

sesuatu untuk memperlancar penerapan kebijakan KRIS ini. Berikut hasil wawancara dengan informan tentang apa strategi yang diterapkan oleh manajemen untuk memastikan keberhasilan penerapan kebijakan KRIS yaitu:

"Kemarin sudah dibentuk anunya tim KRIS, itu nanti yang mamperhatikan 12 kriteria itu" (S)

"Kalau dirumah sakit itu khususnya kita membentuk tim, ada namanya tim percepatan untuk apa namanya, mengsukseskan KRIS ini" (I)

"rumah sakit itu sudah bentuk tim yang mengurus KRIS itu sampai selesai" (MR)

Hasil wawancara yang diperoleh dari informan didapatkan bahwa di masing-masing rumah sakit telah membuat tim khusus untuk memastikan bahwa penerapan kebijakan KRIS ini berjalan dengan baik sampai 100%. Selanjutnya hasil wawancara tentang bagaimana manajemen mengevaluasi dan memantau pelaksanaan penerapan kebijakan KRIS di rumah sakit yaitu:

"untuk pengawasannya itu melalui tim yang telah dibentuk tadi" (S)

"melalui tim percepatan itu tadi, dipantau bagaimana mi perkembangannya" (I)

"yah lewat tim yang dibentuk tadi" (MR)

Hasil wawancara yang diperoleh dari informan didapatkan bahwa yang melakukan pemantauan dan pengawasan dilakukan oleh tim khusus yang telah dibentuk untuk memantau apa saja yang belum

diterapkan dalam 12 kriteria KRIS. selanjutnya hasil wawancara tentang bagaimana kolaborasi antar tim (medis, perawat dan administrasi) di rumah sakit dalam mendukung penerapan kebijakan KRIS yaitu:

"kalau untuk kolaborasinya itu sejauh ini cukup baik dan lancer aja, belum ada *problem* yang saya dengar sejauh ini masih aman" (S)

"sejauh ini kolaborasinya itu cukup baik belum ada keluhan" (I)

"sangat bagus justru makanya disini cepat selesai dibuat kamar KRIS" (MR)

Informan mengemukakan hasil dari wawancara yang diketahui bahwa kolaborasi antar tim khusus yang telah dibentuk sangat baik dalam proses penerapan kebijakan KRIS di masing-masing rumah sakit.

Hasil wawancara terkait manajemen dalam penerapan kebijakan KRIS, diketahui bahwa setiap rumah sakit telah mengambil inisiatif dengan membentuk tim khusus yang bertugas untuk memastikan bahwa implementasi kebijakan KRIS berjalan dengan optimal dan mencapai tingkat keberhasilan 100%. Tim ini tidak hanya berperan sebagai pengawas, tetapi juga sebagai pemantau yang secara aktif menilai dan mengidentifikasi elemen-elemen yang belum sepenuhnya diterapkan dalam 12 kriteria KRIS yang telah ditentukan. Selain itu, kerjasama antar tim khusus yang dibentuk di

masing-masing rumah sakit menunjukkan kolaborasi yang sangat baik, yang berkontribusi pada efektivitas dan efisiensi dalam pelaksanaan kebijakan KRIS. Dengan adanya kerjasama yang kuat ini, diharapkan setiap rumah sakit dapat mencapai tujuan yang diinginkan dalam meningkatkan kualitas layanan kesehatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

3. Sumber Daya Manusia

Untuk menunjang manajemen rumah sakit dalam menerapkan suatu kebijakan diperlukan Sumber Daya Manusia yang berkompeten dalam menerapkan suatu kebijakan. Maka diperlukan sosialisasi atau pelatihan mengenai kebijakan atau peraturan yang akan diterapkan di rumah sakit. Berikut hasil wawancara dengan informan tentang apakah tenaga kesehatan di rumah sakit ini telah diberikan sosialisasi terkait penerapan kebijakan KRIS yaitu:

"Secara tidak langsung SDM nya sudah tau perihal KRIS ini melalui sosialisai dari kasubag" (V)

"kalau sosialisasi itu kami sudah berikan ke semua karyawan" (K)

"Yang ada itu pembekalan melalui zoom-zoom membahas tentang kesiapan rumah sakit dan pelaksaan aturan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan"(R)

Berdasarkan hasil wawancara yang didapatkan dari informan diketahui bahwa tenaga kesehatan dimasing-masing rumah sakit telah diberikan sosialisai mengenai kebijakan KRIS ini melalui dari para kasubag, sosialisai secara langsung maupun lewat zoom. Selanjutnya hasil wawancara dari informan terkait apakah jumah tenaga kesehatan saat ini memadai unutk mendukung penerapan kebijakan KRIS yaitu:

"untuk sekarang itu jumlahnya malah lebih karena jumlah bed ada itu ditekan karena KRIS ini" (V)

"kalau di sini sudah cukup untuk sekarang, mungkin kalau ruangannya bertambah ikut juga bertambah personilnya" (K)

"tenaga kesehatan itu kalau untuk yang dipersiapkan itu sudah cukup"(R)

Hasil wawancara yang didapatkan dari informan diketahui bahwa tenaga kesehatan yang diperuntukkan dalam penerapan kebijkaan KRIS di tiap-tiap rumah sakit sudah cukup untuk pelaksanaan kebijakan KRIS. selanjutnya hasil wawancara dari informan terkait apakah ada tantangan tersendiri dari pihak rumah sakit dalam mempersiapkan tenaga kesehatan dalam penerapan kebijakan KRIS yaitu:

"kalau untuk tantangannya itu bukan dari segi tenaga kesehatan, tapi ada di perombakan gedung lama karena kalau untuk tenaga

kesehatan itu mereka sudah cukup tau tentang KRIS ini" (V)

"tantanganya itu kami disini bagaimana caranya agar 12 kriteria ini dapat selesai sebelum batas waktu yang telah diberikan " (K)

"disini itu tantangannya soal duit, bagaimana bisa jadi ini apa-apa kalau tidak ada duitnya"(R)

Informan menyatakan bahwa dari hasil wawancara diketahui tantangan yang dihadapi tiap-tiap rumah sakit berbeda-beda pada Rs. Fatima tantangan yang dihadapi dalam perombakan gedung lama yang memakan waktu kerja dalam menerapkan kebijakan KRIS, Rs. Hasri Ainun Habibie tantangan yang dihadapi dalam mengejar tenggat waktu dalam penerapan kebijakan KRIS, dan Rs. Andi Makkasau tantangan yang ada disana perihal anggaran yang dikeluarkan dari pihak rumah sakit.

Hasil wawancara tentang sumber daya manusia, diketahui bahwa tenaga kesehatan di setiap rumah sakit telah mendapatkan sosialisasi mengenai kebijakan KRIS melalui berbagai metode. Sosialisasi ini dilaksanakan oleh para kasubag, yang menyampaikan informasi baik secara langsung di lokasi rumah sakit maupun melalui platform Zoom, sehingga dapat dipastikan bahwa seluruh tenaga kesehatan memperoleh pemahaman yang jelas mengenai kebijakan tersebut. Selain itu, informan juga mengindikasikan bahwa jumlah tenaga

kesehatan yang ditugaskan untuk implementasi kebijakan KRIS di masing-masing rumah sakit dianggap memadai, sehingga diharapkan pelaksanaan kebijakan ini dapat berlangsung dengan efektif.

Rumah sakit telah melakukaan berbagai persiapan untuk penerapan kebijakan KRIS. Tetapi, tantangan yang dihadapi oleh masing-masing rumah sakit ternyata bervariasi. Di Rs. Fatima, misalnya, tantangan utama yang dihadapi adalah proses renovasi gedung lama yang memakan waktu dan mengganggu pelaksanaan kebijakan KRIS. Sementara itu, di Rs. Hasri Ainun Habibie, tantangan yang muncul berkaitan dengan upaya untuk memenuhi tenggat waktu yang ketat dalam penerapan kebijakan, yang menuntut tingkat koordinasi dan efisiensi yang tinggi. Di sisi lain, Rs. Andi Makkasau menghadapi kendala terkait anggaran yang dikeluarkan oleh pihak rumah sakit, yang dapat mempengaruhi kelancaran implementasi kebijakan KRIS. Dengan demikian, meskipun terdapat upaya yang signifikan untuk menerapkan kebijakan ini, setiap rumah sakit harus menghadapi tantangan yang unik, yang memerlukan solusi yang tepat dan adaptif agar kebijakan KRIS dapat diimplementasikan secara optimal.

4. Pendanaan

Pendanaan menjadi salah satu aspek krusial yang mempengaruhi keberhasilan dan kelanjutan program

KRIS ini. Oleh karena itu, diperlukan analisis terhadap sumber dan alokasi dana yang tersedia untuk kebijakan KRIS sangat penting untuk memahami tantangan dan peluang yang dihadapi rumah sakit dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan rawat inap. Berikut hasil wawancara dengan informan tentang bagaimana pendanaan untuk kebijakan KRIS dialokasikan di rumah sakit ini yaitu:

"Ya kami swasta, semua biaya perbaikan ya asalnya dari usaha rumah sakit, jadi kalau persoalan dana itu kami masih bisalah mengimbangi"(B)

"Untuk kebutuhan KRIS ini anggarannya memakai dana rumah sakit yang dikelola"(D)

"Kalau dana ini, kita gunakan dana BLUD jadi penghasilan rumah sakit itu dikelola secara BLUD yang nantinya digunakan untuk KRIS itu"(FR)

Hasil wawancara dengan informan diketahui bahwa, dana yang digunakan pada penerapan kebijakan KRIS di tiap-tiap rumah sakit diambil dari dana internal rumah sakit itu sendiri dan dikelola semaksimal mungkin untuk penerapan kebijakan KRIS. Selanjutnya hasil wawancara dari informan terkait bagaimana rumah sakit memastikan bahwa dana yang dialokasikan untuk KRIS digunakan secara efektif dan efisien yaitu:

"lewat pengawasandari tim KRISnya yang langsung awasi bagaimana penggunaan dananya"(B)

"kami cari rekanan dengan harga yang terbaik dan juga melalui control yang bertahap untuk memastikan penerapan KRIS ini bejalan dengan baik"(D)

"di rumah sakit itu ada 2 pengawasan, pengawasan pertama itu DEWAS yaitu perpanjangan tangan dari pemerintah kemudian ada yang namanya SPI satuan pengawasan internal yang mengawasi penggunaan dana BLUD untuk KRIS"(FR)

Hasil wawancara dengan informan diketahui bahwa, rumah sakit dalam memastikan bahwa dana yang digunakan telah sesuai dengan kebutuhan yang telah dianggarkan berbeda-beda dalam hal pengawasan ada yang menggunakan tim KRIS yang telah dibentuk untuk mengawasi langsung, juga ada yang melalui pengawas langsung dari rumah sakit yaitu DEWAS dan SPI, dan juga ada yang mencari fendor dengan harga yang sesuai dengan dana yang telah dianggarkan dan turun langsung untuk proses pengawasan. Selanjutnya hasil wawancara dari informan terkait apakah ada sumber pendanaan khusus yang digunakan untuk mendukung penerapan kebijakan KRIS yaitu:

"kalau untuk pendanaan khusus itu tidak ada, karena kami sendiri itu swadaya kami sendiri yang kelola dana rumah sakit"(B)

"pendanaan khusus itu tidak ada, tapi dari pemerintah ada berikan sumbangan dalam bentuk alkes"(D)

"dari daerah tidak ada, tapi daerah support untuk menggunakan dana itu"(FR)

Wawancara dengan informan memberikan hasil bahwa, untuk sumber pendanaan khusus yang rumah sakit gunakan atau terima tidak ada. Namun untuk rumah sakit Rs. Hasri Ainun Habibie menerima bantuan dari pemerintah dalam bentuk alat kesehatan dan pada Rs. Andi Makkasau pemerintah memberikan dukungan penuh dalam menerapkan kebijakan KRIS ini.

Hasil wawancara terkait pendanaan, diketahui bahwa dana yang digunakan untuk implementasi kebijakan KRIS di masing-masing rumah sakit bersumber dari dana internal yang dikelola secara optimal. Hal ini mencerminkan dedikasi rumah sakit dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan kepada masyarakat, meskipun harus beroperasi dengan sumber daya yang terbatas. Dalam konteks pengawasan penggunaan dana, rumah sakit menerapkan berbagai pendekatan. Beberapa institusi kesehatan membentuk tim KRIS khusus yang

bertugas untuk melakukan pengawasan langsung terhadap pelaksanaan kebijakan ini.

Tim tersebut berperan penting dalam memastikan bahwa setiap langkah yang diambil sejalan dengan rencana dan anggaran yang telah ditetapkan. Di sisi lain, terdapat rumah sakit yang mengandalkan pengawas internal, seperti Dewan Pengawas (DEWAS) dan Satuan Pengawas Internal (SPI), untuk melaksanakan fungsi pengawasan. Pengawasan ini sangat krusial untuk menjaga transparansi dan akuntabilitas dalam penggunaan dana, serta untuk mencegah potensi penyimpangan yang dapat merugikan rumah sakit. Lebih lanjut, beberapa rumah sakit juga melakukan pencarian vendor yang menawarkan harga sesuai dengan anggaran yang telah ditentukan. Proses ini melibatkan evaluasi yang cermat terhadap kualitas dan harga produk atau layanan yang ditawarkan, serta pengawasan langsung untuk memastikan bahwa semua transaksi dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pendekatan ini tidak hanya membantu rumah sakit dalam pengelolaan anggaran, tetapi juga memastikan bahwa mereka memperoleh nilai optimal dari setiap pengeluaran. Meskipun sebagian besar rumah sakit tidak memiliki sumber pendanaan khusus, terdapat beberapa pengecualian. Contohnya, Rs. Hasri Ainun Habibie menerima bantuan dari

pemerintah dalam bentuk alat kesehatan, yang tentunya mendukung percepatan implementasi kebijakan KRIS. Bantuan ini berpotensi meningkatkan kapasitas rumah sakit dalam memberikan layanan kesehatan. Di sisi lain, Rs. Andi Makkasau mendapatkan dukungan penuh dari pemerintah dalam penerapan kebijakan KRIS, yang menunjukkan adanya sinergi antara pemerintah dan rumah sakit dalam upaya meningkatkan kualitas layanan kesehatan di Indonesia. Secara keseluruhan, hasil wawancara ini mencerminkan tantangan dan upaya yang dilakukan oleh rumah sakit dalam menerapkan kebijakan KRIS. Meskipun terdapat keterbatasan dalam hal dana dan sumber daya, komitmen untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan tetap menjadi prioritas utama. Pengawasan yang ketat dan kolaborasi dengan pihak-pihak terkait dalam proses penerapan kebijakan KRIS, termasuk pemerintah, menjadi faktor kunci dalam mencapai tujuan tersebut.

Secara keselurhan implementasi kebijakan KRIS di rumah Sakit di Kota Parepare telah berjalan dengan baik, meskipun dalam proses penerapan kebijakan KRIS di masing-masing rumah sakit memiliki berbagai masalah tersendiri selama proses penerapan kebijakan KRIS. Rs. Fatima terkendala dalam renovasi gedung lama dan Rs. Hasri Ainun Habibie dalam proses pemasangan oksigen center

dan pemasangan beberapa *nurse call* di ruangan KRIS.

D. Pembahasan

1. Fasilitas Dan Infrastruktur

Pelaksanaan kebijakan KRIS dari segi aspek fasilitas dan infrastruktur memiliki peranan yang sangat penting dalam memenuhi 12 kriteria KRIS yang telah ditetapkan. 12 Kriteria ini tidak muncul begitu saja, melainkan merupakan hasil pengembangan yang didasarkan pada peraturan yang mengatur persyaratan sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang harus dimiliki oleh rumah sakit.

Pelaksanaan kebijakan KRIS mewajibkan setiap rumah sakit untuk mengalokasikan minimal 40% dari total jumlah tempat tidur untuk ruang rawat inap KRIS. pada penelitian ini, RS. Fatima telah memenuhi ketentuan ini dengan mengalokasikan 40% dari total tempat tidurnya, sedangkan RS. Andi Makkasau dan RS. Hasri Ainun Habibie masing-masing mengalokasikan 45%. Alokasi ini bertujuan untuk memastikan bahwa rumah sakit dapat memberikan layanan rawat inap yang sesuai dengan standar yang ditetapkan dan lebih responsif terhadap kebutuhan pasien. Di RS. Fatima, ruang perawatan yang ditetapkan sebagai ruangan KRIS meliputi ruang Yasinta, Maria, Anna, Bernadet, Elisabeth dan gedung Yusuf. Pada RS. Hasri Ainun Habibie ruangan KRIS terletak pada lantai 5 sampai 7. Sementara itu, di RS.

Andi Makkasau ruangan KRIS mencakup ruang Teratai, Anggrek 1 dan 2, Nusa Indah 1 dan 2, Seruni, Mawar, Cempaka, Aglonema 1 dan 2, Palem 1 dan 2, Cemara 1 dan 2, dan Boungencile. Penetapan ruangan-ruangan tersebut merupakan bagian dari upaya rumah sakit dalam menerapkan kebijakan KRIS sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Fasilitas yang memadai dan infrastruktur yang baik menjadi dasar utama dalam memberikan layanan kesehatan yang berkualitas. Rumah sakit yang ingin memenuhi kriteria KRIS harus memastikan bahwa mereka memiliki ruang perawatan yang cukup, ruang tunggu yang nyaman, serta fasilitas penunjang lainnya seperti laboratorium, ruang operasi, dan unit gawat darurat yang berfungsi dengan baik. Selain itu, keberadaan alat kesehatan yang modern dan sesuai standar juga sangat penting, karena alat-alat ini berperan dalam diagnosis dan pengobatan pasien.

Kriteria KRIS mencakup berbagai aspek, mulai dari kebersihan dan keamanan lingkungan rumah sakit hingga ketersediaan layanan kesehatan yang komprehensif. Oleh karena itu, rumah sakit perlu melakukan evaluasi dan perbaikan secara berkala terhadap fasilitas dan infrastruktur yang ada. Hal ini tidak hanya untuk memenuhi persyaratan yang ditetapkan, tetapi juga untuk meningkatkan pengalaman pasien dan hasil kesehatan yang lebih baik.

Aspek fasilitas dan infrastruktur bukan hanya menjadi syarat administratif dalam pelaksanaan kebijakan KRIS, tetapi juga merupakan elemen kunci yang menentukan keberhasilan rumah sakit dalam memberikan layanan kesehatan yang berkualitas. Upaya untuk memenuhi kriteria KRIS harus dilakukan secara berkelanjutan, dengan komitmen yang kuat dari manajemen rumah sakit dan dukungan dari seluruh pemangku kepentingan.

Ruang rawat inap yang dialokasikan untuk ruangan KRIS biasanya terdiri dari 2 hingga 4 tempat tidur per ruangan dan telah diterapkan di rumah sakit di Kota Parepare. Pengaturan ini tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan pasien, tetapi juga untuk memfasilitasi interaksi antara pasien dan tenaga medis. Dengan jumlah tempat tidur yang terbatas dalam satu ruangan, diharapkan tercipta suasana yang lebih tenang dan mendukung proses pemulihan pasien. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Adriana, dimana ruang rawat inap yang nyaman tidak boleh terlalu padat didalamnya hal itu dapan menghambat proses penyembuhan atau pemulihan pasien(47).

Upaya rumah sakit dalam memenuhi 12 kriteria KRIS, terdapat beberapa tantangan yang dihadapi. Beberapa kriteria, seperti sistem nurse call (kriteria 4) dan outlet oksigen (kriteria 12), sering kali menjadi sulit untuk dipenuhi. Kriteria nurse call

mengharuskan rumah sakit menyediakan sistem komunikasi yang efisien antara pasien dan perawat, sehingga pasien dapat dengan mudah meminta bantuan saat diperlukan.

Kriteria outlet oksigen mengharuskan rumah sakit untuk menyediakan akses yang memadai terhadap oksigen medis di setiap ruangan rawat inap. Hal ini sangat penting bagi pasien yang memerlukan terapi oksigen, terutama dalam situasi darurat. Namun, pemasangan sistem outlet oksigen yang sesuai dengan standar memerlukan perencanaan yang matang dan biaya yang tidak sedikit, sehingga beberapa rumah sakit mungkin mengalami kesulitan dalam memenuhi kriteria ini. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Cai Hui el al yang dimana infrastruktur dan fasilitas yang mempertimbangkan psikologi, fisik dan sosial pasien, dapat berdampak pada penyembuhan pasien(60).

Rumah sakit juga mempunyai tantangan tambahan yang harus dihadapi terkait dengan bagian gedung lama di rumah sakit. Bagian ini memerlukan perencanaan yang lebih matang dan ekstra dalam proses pembongkaran dan renovasi. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, seperti struktur bangunan yang mungkin sudah usang, adanya risiko kerusakan pada infrastruktur yang ada, serta kebutuhan untuk memastikan bahwa semua aspek

keselamatan dan kesehatan tetap terjaga selama proses renovasi. Untuk mengatasi tantangan tersebut, rumah sakit perlu melakukan evaluasi menyeluruh terhadap infrastruktur dan fasilitas yang ada.selain itu menurut Yegeneh Yousofnej, bahwa dalam penyediaaan sistem oksigen sentral membutuhkan metode pemeliharaan dan perlu adanya petugas yang kompetan dalam memantau dan mengoprasionalkannya(61).

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa rumah sakit di Kota Parepare hampir mencapai 100% dalam menerapkan kebijakan KRIS, dengan hanya dua kriteria yang masih dalam tahap penyelesaian. Hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit tersebut berada pada jalur yang tepat untuk memenuhi standar yang diharapkan, dan hanya perlu menunggu waktu untuk menyelesaikan kriteria yang belum diterapkan. Keberhasilan ini diharapkan dapat memberikan dampak positif terhadap kualitas pelayanan rawat inap dan meningkatkan kepuasan pasien di wilayah tersebut.

2. Manajemen

Implementasi kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di rumah sakit di Kota Parepare melibatkan pembentukan tim khusus yang bertugas menangani kebijakan KRIS secara langsung. Langkah ini sejalan dengan arahan dari Kementerian Kesehatan, yang menekankan bahwa pentingnya

pembentukan tim untuk melakukan identifikasi dan pemetaan yang mendetail terkait program tempat tidur yang ada pada rumah sakit. Pembentukan tim ini merupakan strategi penting untuk memastikan bahwa setiap aspek dari kebijakan KRIS dapat diterapkan secara efektif dan efisien.

12 kriteria KRIS ini dapat berjalan dengan baik jika, rumah sakit di Kota Parepare telah membuat tim khusus untu mengawasi dan memantau perkembangan penerapan kebijakan KRIS. Pada tim yang telah dibentuk memiliki tingkat kerja sama yang baik dan konsisten dalam penerapan kebijakan KRIS. pembentukan tim khusus ini sejalan dengan hasil penelitian dari Suci Dwi Yanti, dimana pembentukan tim kerja sangat membantu dalam penerapan atau pelaksanaan suatu kegiatan dapat berjalan dan mendapat pemantauan yang efektif(47).

Tim yang dibentuk ini juga yang akan melakukan pemantauan dan evaluasi selama proses implementasi KRIS secara strategis di rumah sakit. Tim ini bertanggung jawab untuk memastikan bahwa 12 kriteria KRIS yang ditetapkan dapat diterapkan dengan baik, termasuk pengawasan terhadap fasilitas dan prosedur yang diikuti oleh tenaga medis. Tim khusus ini juga terdiri dari tenaga medis dan non-medis, yang memiliki pemahaman mendalam tentang kebutuhan dan tantangan dalam pelayanan kesehatan. Dengan melibatkan berbagai disiplin

ilmu, tim ini dapat melakukan analisis komprehensif terhadap kondisi yang ada dan merumuskan strategi yang tepat untuk memenuhi kriteria KRIS. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Qurnaini et al, bahwa dalam komunikasi yang baik serta tersalurkan dengan baik pula tentang kebijakan KRIS dapat mendorong dalam pengimplementasian kebijakan agar tetap sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan(43).

Melalui pemantauan yang ketat, tim khusus yang dibentuk untuk menangani kebijakan KRIS dapat memastikan kenyamanan dan keselamatan pasien di rumah sakit. Pemantauan ini mencakup pengawasan terhadap berbagai aspek, seperti kebersihan lingkungan, ketersediaan fasilitas, dan kepatuhan terhadap protokol keselamatan. Dengan adanya pemantauan yang sistematis, tim dapat segera mengidentifikasi potensi masalah yang dapat mempengaruhi pengalaman pasien, sehingga tindakan perbaikan dapat dilakukan dengan cepat dan tepat.

Manajemen yang proaktif dalam melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap sarana dan prasarana lain yang ada di rumah sakit juga sangat perlu diperhatikan untuk menunjang kebijakan KRIS yang diterapkan pada rumah sakit seperti infrastruktur yang mendukung, fasilitas medis dan dukungan pelayanan yang mendukung selama proses

penerepan kebijakan KRIS di rumah sakit di Kota Parepare. Pihak manajemen rumah sakit secara rutin melakukan rapat secara berkala untuk memantau dan mengevaluasi penerapan kebijakan KRIS, termasuk juga dalam hal menganalisis kendala dan hambatan yang mungkin terjadi atau akan timbul selama proses penerapan kebijakan KRIS.

Hal ini sejalan dengan penelitian Krisna Desria, yang menyatakan bahwa pemantauan yang teratur dalam pengimplementasian kebijakan KRIS di rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien, dan kepuasan pasien(62).

3. Sumber Daya Manusia

Penerapan kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) sangat bergantung pada dukungan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas dan kompeten. Keberhasilan pelaksanaan kebijakan ini tidak hanya ditentukan oleh infrastruktur dan fasilitas yang tersedia, tetapi juga oleh kemampuan serta keterampilan tenaga medis dan staf pendukung yang terlibat. Oleh karena itu, pengembangan SDM yang terlatih dan handal menjadi faktor kunci dalam penerapan kebijakan KRIS secara efektif. Kualitas SDM yang terlibat dalam implementasi KRIS mencakup berbagai aspek, mulai dari pemahaman tentang kebijakan dan prosedur yang berlaku hingga keterampilan praktis dalam memberikan perawatan kepada pasien.

Masing-masing rumah sakit di Kota Parepare telah memberikan sosialisasi terhadap tenaga medis dan non-medis tentang kebijakan KRIS yang akan diterapkan dirumah sakit. Serta tenaga kesehatan pada rumah sakit di Kota Parepare sudah memadai dalam penerapan kebijakan KRIS.

Tenaga medis yang terlatih dengan baik akan lebih mampu memahami dan menerapkan standar yang ditetapkan dalam kebijakan KRIS, sehingga dapat memberikan layanan yang berkualitas tinggi. Hal ini sejalan dengan penelitian Krisna Desria, tanpa adanya SDM sebagai bagian pelaksana kebijakan mustahil akan berjalan. SDM yang handal akan sangat berpengaruh terhadap kinerja para pelaksana untuk menjalankan kebijakan sehinggah kebijakan tersebut dapat berfungsi dengan optimal(62).

Kolaborasi antar tim juga sangat penting, dalam konteks KRIS, berbagai profesi kesehatan, seperti dokter, perawat, dan tenaga administrasi, harus bekerja sama secara sinergis untuk mencapai tujuan bersama. Dengan membangun komunikasi yang baik dan saling mendukung antar anggota tim, rumah sakit dapat menciptakan lingkungan kerja yang produktif dan efisien, yang pada gilirannya akan meningkatkan kualitas layanan dan kepuasan pasien. Dukungan manajemen yang kuat juga merupakan faktor penting dalam pengembangan SDM.

Manajemen rumah sakit perlu memberikan perhatian yang cukup terhadap kebutuhan pelatihan dan pengembangan staf, termasuk menyediakan sumber daya yang diperlukan untuk pelatihan, seperti anggaran, waktu, dan akses ke program pendidikan. Hal ini sejalan dengan penelitian Mirna Raafiana, bahwa rumah sakit perlu memberikan pelatihan dan pengembangan bagi tenaga kesehatan yang tersedia di rumah sakit dalam menerapkan pelayanan kesehatan yang bermutu(12).

Tantangan efisiensi anggaran sering kali menjadi penghalang bagi rumah sakit dalam merekrut dan mempertahankan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas. Keterbatasan anggaran dapat membatasi kemampuan rumah sakit untuk menawarkan gaji yang kompetitif, memberikan pelatihan yang memadai, dan menciptakan lingkungan kerja yang menarik bagi tenaga medis. Oleh karena itu, manajemen rumah sakit perlu merumuskan strategi yang efektif untuk mengelola anggaran dengan bijaksana, sambil tetap memastikan bahwa SDM yang dimiliki memiliki keterampilan dan kompetensi yang diperlukan untuk memberikan layanan kesehatan yang optimal. Hal ini sejalan dengan penelitian Deni Sunaryo, salah satu penyebab kurangnya pemberian pelatihan kepada SDM di rumah sakit berasal dari sistem penganggaran yang kurang bagus dan sistem

manajemen yang buruk dalam mengelola anggaran tersebut(58).

Tantangan lain dalam penerapan kebijakan KRIS adalah perenovasian bangunan lama dan tenggat waktu yang telah ditentukan. Banyak rumah sakit yang memiliki infrastruktur yang sudah usang dan tidak memenuhi standar yang ditetapkan dalam kebijakan KRIS. Proses renovasi ini memerlukan perencanaan yang matang dan investasi yang signifikan, yang sering kali sulit dicapai dalam kondisi anggaran yang terbatas.

4. Pendanaan

Rumah sakit di Kota Parepare telah mengalokasikan anggaran yang signifikan untuk pelaksanaan kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). Kebijakan ini bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan memastikan bahwa seluruh pasien menerima perawatan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Besaran anggaran yang dialokasikan bervariasi, berkisar antara ratusan juta hingga miliaran rupiah, tergantung pada kebutuhan dan kondisi spesifik masing-masing rumah sakit.

Faktor yang mempengaruhi besaran anggaran ini meliputi jumlah pasien yang dirawat, jenis layanan yang disediakan, serta fasilitas yang tersedia. Rumah sakit dengan kapasitas lebih besar dan yang menawarkan berbagai spesialisasi cenderung

mengeluarkan anggaran yang lebih tinggi untuk memenuhi standar KRIS. Selain itu, rumah sakit yang sedang dalam tahap pengembangan atau renovasi mungkin memerlukan alokasi anggaran tambahan untuk meningkatkan infrastruktur dan fasilitas yang ada.

Sumber anggaran ini umumnya berasal dari dana internal rumah sakit, yang mencakup pendapatan dari layanan kesehatan dan pembayaran dari asuransi. Namun, tantangan dalam pengelolaan anggaran ini tetap ada. Rumah sakit harus memastikan bahwa dana yang dialokasikan digunakan secara efisien dan efektif, serta dapat dipertanggungjawabkan. Oleh karena itu, penting bagi manajemen rumah sakit untuk melakukan perencanaan dan evaluasi yang cermat dalam setiap tahap implementasi kebijakan KRIS. Dengan demikian, diharapkan tujuan dari kebijakan ini dapat tercapai, yaitu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Kota Parepare dan memberikan manfaat yang optimal bagi masyarakat.

Penenlitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Afni Devi, sumber pembiayaan untuk melengkapi sarana dan prasaran KRIS di rumah sakit diperoleh secara mandiri tanpa dukungan dari pemerintah. Dana yang digunakann berasal dari pendapatan rumah sakit, dan selama aliran dana berjalan lancar dengan pemasukan yang tidak

mengalami penurunan yang signifikan, maka dana tersebut akan dianggap cukup untuk mengimplementasikan kebijakan KRIS(15).

Dalam penelitian yang dilakukan terhadap dua rumah sakit pemerintah dan satu rumah sakit swasta di Kota Parepare, terlihat bahwa ketiga rumah sakit tersebut berhasil melakukan perbaikan dan renovasi yang diperlukan untuk menerapkan kebijakan KRIS. Keberhasilan ini tidak terlepas dari pengelolaan dan pengaturan keuangan yang baik. Manajemen keuangan yang efektif memungkinkan rumah sakit untuk merencanakan dan mengalokasikan dana dengan bijaksana, sehingga dapat memenuhi kebutuhan renovasi dan perbaikan infrastruktur sesuai dengan standar KRIS. George Edwards III menyatakan bahwa faktor sumber daya memiliki peranan yang signifikan dalam implementasi kebijakan, di antaranya adalah sumber daya anggaran. Ketersediaan dan kecukupan dana atau anggaran tentunya akan memengaruhi keberhasilan kebijakan. Hal ini sejalan dengan pendapat Satish et al. yang menyebutkan bahwa pelaksanaan suatu kebijakan dapat terhambat oleh keterbatasan pendanaan(63).

Pengelolaan keuangan yang baik mencakup beberapa aspek, seperti perencanaan anggaran yang matang, pengawasan pengeluaran, dan evaluasi berkala terhadap penggunaan dana. Dengan

perencanaan yang cermat, rumah sakit dapat mengidentifikasi prioritas renovasi yang paling mendesak dan merencanakan alokasi dana yang tepat untuk setiap proyek. Selain itu, pengawasan yang ketat terhadap pengeluaran membantu memastikan bahwa dana digunakan secara efisien dan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

Evaluasi berkala terhadap penggunaan anggaran juga penting untuk mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan atau penyesuaian. Dengan melakukan evaluasi, manajemen dapat mengetahui apakah anggaran yang dialokasikan telah digunakan secara efektif dan apakah hasil yang dicapai sesuai dengan harapan. Jika terdapat kekurangan atau masalah dalam pelaksanaan, manajemen dapat segera mengambil langkah-langkah perbaikan untuk mengoptimalkan penggunaan dana.

Secara keseluruhan penelitian ini sejalan dengan penelitian Krisna Desria, Astrid Novita dan Harimat Hendrawan, dalam rangka penerapan kebijakan KRIS, setiap rumah sakit telah melaksanakan perencanaan dan strategi yang komperhensif. Proses ini mencakup identifikasi dan pemanfaatan ruangan rawat inap yang telah ada, penentuan prioritas perbaikan berdasarkan 12 kriteria KRIS, serta pembangunan ruangan baru yang sesuai dengan standar KRIS. Namun, dalam pelaksanaan

kebijakan KRIS, terdapat bebrapa kriteria yang cukup sulit untuk dipenuhi selama proses implementasi(62).

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa :

1. Kesiapan fasilitas dan infrastruktur dalam penerapan kebijakan KRIS terdapat 12 kriteria yang harus dipenuhi oleh rumah sakit, pada rumah sakit di Kota Parepare telah siap dalam mengimplementasikan kebijakan KRIS. Walaupun masih ada dua dari ke 12 kriteria KRIS ini yang belum terpenuhi secara keseluruhan di beberapa ruangan KRIS dirumah sakit.
2. Kesiapan manajemen selama penerapan kebijakan KRIS di Kota Parepare tiap-tiap rumah sakit telah membentuk tim khusus yang secara langsung mengurus perencanaan, evalusai, dan penganggaran selama masa pengimplementasian kebijakan KRIS di rumah sakit, hal ini menunjukkan rumah sakit di Kota Parepare sudah siap dalam mengimplementasikan kebijakan KRIS ini.
3. Kesiapan sumber daya manausia di rumah sakit di Kota Parepare telah melakukan sosialisasi bersama dengan tim khusus KRIS yang dibentuk, sosialisasi ini dilakukan untuk memberikan informasi kepada karyawan rumah sakit dan juga pasien tentang apa itu KRIS dan bagaimana model KRIS yang akan terapkan.

4. Kesiapan pendanaan yang digunakan dalam penerapan KRIS di rumah sakit di Kota Parapare, menggunakan dana internal dari masing-masing rumah sakit. Selama penerapan KRIS hal yang paling berpengaruh selama proses penerapanya adalah waktu dalam pengerjaan untuk memenuhi 12 kriteria KRIS.

B. Saran

Dari kesimpulan penelitian diatas, maka disarankan:

1. Rumah sakit sebaiknya melakukan analisis mendalam terhadap dua kriteria KRIS yang belum sepenuhnya dipenuhi. Diperlukan rencana tindakan yang jelas untuk mencapai kriteria tersebut, termasuk penjadwalan dan pengalokasian sumber daya yang tepat.
2. Tim khusus yang dibentuk untuk mengelola implementasi KRIS perlu diberikan pelatihan tambahan serta sumber daya yang diperlukan untuk meningkatkan kinerja mereka. Ini bisa mencakup workshop, seminar, atau pelatihan dari para ahli di bidang manajemen rumah sakit dan kebijakan kesehatan.
3. Proses sosialisasi mengenai kebijakan KRIS harus dilakukan secara terus-menerus dan melibatkan semua tingkatan karyawan serta pasien. Penggunaan berbagai saluran komunikasi, seperti poster, buletin, dan platform digital, dapat membantu menyebarkan informasi dengan lebih efektif.

4. Rumah sakit perlu melakukan evaluasi terhadap penggunaan anggaran internal untuk penerapan KRIS. Mencari sumber pendanaan tambahan, seperti hibah atau kerjasama dengan lembaga lain, dapat mempercepat pemenuhan kriteria KRIS. Rumah sakit juga dapat menjalin kemitraan dengan lembaga kesehatan, pemerintah, atau organisasi non-pemerintah untuk mendapatkan dukungan teknis dan sumber daya dalam pelaksanaan KRIS.

DAFTAR PUSTAKA

1. Romero AN, Sri Ratna Suminar, Zakiran AH. Pemenuhan Hak Pasien BPJS dalam Mendapatkan Pelayanan Antidiskriminasi Dihubungkan dengan UU Rumah Sakit. J Ris Ilmu Huk. 2023;31–6.
2. Ainun Tatang N, Yusuf S, Anggraeny R. Community Knowledge and Stigma Against COVID-19 Phase III Vaccine (Booster) and Health Workers in Handling COVID-19 in Parepare City. Indones Heal J. 2023;2(2):74–81.
3. Fajriansyah M, Muchsin S, Suyeno S. Implementasi Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Studi Kasus tentang Pelayanan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Islam Unisma …. Respon Publik [Internet]. 2022;16(9):85–92. Available from: http://jim.unisma.ac.id/index.php/rpp/article/view/17960
4. Alya Oktavia Sundary, Usman, Makhrajani Majid, Herlina Muin N. MANUSIA DAN KESEHATAN Ketenagakerjaan di SPBE PT . Pinrang Gas Pratama Kab . Level of Worker Satisfaction with BPJS Employment Services at SPBE PT . Pinrang Gas Pratama District Pinrang. 2025;8(November 2024):98–108.
5. Yusuf S, Achmar N, Haniarti, Hasdiana, Madjid M, Aswad M, et al. Revenue and financing of patients with national health insurance by the social security organizing agency to improve health services.

Enferm Clin [Internet]. 2020;30:276–9. Available from: https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.06.063

6. Maulida ES, Djunawan A. Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. 2022;(February):374–9.
7. Septian ED. Kewajiban BPJS Kesehatan dalam Pemberian Pelayanan Telekonsultasi Klinis yang Dilakukan Antara Dokter dan Pasien BPJS. 2022;1(1):37–49.
8. Pratiwi PD, Fauzi A, Gumelar PP, Ramdhani R, Sasono A, Asmoroningtyas T. Program BPJS Ketenagakerjaan dalam Menjamin Keselamatan dan Kesehatan Karyawan (Literature Review). JIMT J Ilmu Manaj Terap [Internet]. 2023;4(6):768–77. Available from: https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
9. Sri Dharmayanti, Ardiansah, Bagio Kadaryanto. Pemenuhan Ketersediaan Kelas Rawat Inap Standar Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Dalam Perspektif Hak Asasi Manusia. Innov J Soc Sci Res [Internet]. 2020;3:1171–81. Available from: http://j-innovative.org/index.php/Innovative/article/view/6381%0Ahttps://j-innovative.org/index.php/Innovative/article/download/6381/4465
10. Tsamara R, Nurmiati Muchlis, Nurul Hikmah B. Faktor Yang Berhubungan Dengan Minat Masyarakat Dalam Penggunaan BPJS Di Puskesmas Lauleng

Bukit Harapan. Wind Public Heal J. 2023;4(3):401–10.

11. Nurul S, Anggraini AN, Ariagita AP, Hapsari MS, Anggraini SD. Kajian Kesiapan RSUD Kota Salatiga Dalam Menghadapi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) Policy (KRIS) Fakultas Ilmu Kesehatan Prodi Administrasi Rumah Sakit Universitas Kusuma Husasa Surakarta Fakultas Ilmu Kesehatan Prodi Administrasi Kesehatan. 2023;9(2):311–20.
12. Raafiana M, Andriani H, Indonesia U, Raafiana M, Andriani H. Syntax Literate : Jurnal Ilmiah Indonesia p – ISSN : 2541-0849 KESIAPAN RUMAH SAKIT DALAM IMPLEMENTASI KEBIJAKAN KELAS RAWAT INAP STANDAR (KRIS) JKN : LITERATURE REVIEW Pendahuluan Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia dan juga aset paling berharg. 2025;10(1):435–44.
13. Pahlawan U, Tambusai T, Defityanto H, Sary L. Jurnal Pendidikan dan Konseling. 2022;4(March):1575–81.
14. Songsongan KAEK. Humantech jurnal ilmiah multi disiplin indonesia. 2022;1(8):1121–8.
15. Afni D, Bachtiar A. Analisis Kesiapan Implementasi Kelas Rawat Inap Standar: Studi Kasus di RS Wilayah Kabupaten Tangerang (PP No 47 tahun 2021). Syntax Lit J Ilm Indones [Internet]. 2021;7(5):6635–54. Available from: https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v7i5.7224
16. Londo MB. Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS)

Program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit di Kota Palembang. 2024;

17. Tahun CM, Trianti R, Natsir P, Ahri RA, Rusydi AR. Implementasi Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Sarana Prasarana di RSUP dr . Tadjuddin. 2024;5(1):442–55.
18. Kurniawati Golda, Jaya Citra, Andikashwari Sekarnira, Hendrartini Yulita, Ardyanto Tonang Dwi, Iskandar Kasir, et al. Kesiapan Penerapan Pelayanan Kelas Standar Rawat Inap dan Persepsi Pemangku Kepentingan The Readiness of The Implementation of Standardized Classroom Services for Inpatient and The Stakeholder Perception. J Jaminan Kesehat Nas. 2021;1(1):33–43.
19. Mei S, Hunawa L, Amaliah TH, Wuryandini AR. Economics and Digital Business Review ISSN : 2774-2563 (Online) Implementasi Sistem Keuangan Pelayanan Rawat Inap (Studi Pada Rsud Otanaha Kota Gorontalo). 2024;5(2):665–79.
20. Muhammad Ilham Kurniawan. Kualitas Pelayanan Kesehatan Kepada Peserta Bpjs Kesehatan Kelas Ii Yang Berada Di Ruangan Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau. J Sumber Daya Mns Unggul. 2021;2(1):27–35.
21. Zubaidah R, Arwani M, Nurul Huda M. Analisis Persepsi Layanan Medis terhadap Minat Rawat Ulang Pasien. J Kesehat Arrhman. 2023;1(1):5–11.
22. Salima NIF, Zein ER. Analisis Faktor Penyebab Terjadinya Klaim Pending Pasien Rawat Inap Bpjs

Kesehatan Di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Tahun 2023. J Inf Kesehat Indones. 2020;9(2):1–23.

23. Oktoriani EN. Pengaruh Citra Rumah Sakit, Kualitas Layanan Terhadap Kepuasan dan Loyalitas Pasien BPJS Rawat Inap. J Manaj Inf Kesehat Indones. 2023;11(1):80–5.
24. Pratiwi, Priono H. Analisis Sistem Pengendalian Internal Terhadap Fungsi Penerimaan Kas Pada Rumah Sakit Orthopedi Dan Traumatologi Surabaya. J Ilm Komputerisasi Akunt [Internet]. 2021;14(1):142–53. Available from: http://journal.stekom.ac.id/index.php/kompak
25. Republik Indonesia. Undang-Undang Dasar 1945. 1945;4(1):1–12.
26. Lubis AS, Sabrina D, Br Ginting NG, Hutajulu SA, Gurning FP. Analisis Perkembangan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan pada Tahun 2022. HUMANTECH J Ilm Multi Disiplin Indones. 2022;1(9):1235–48.
27. Merek C. Sumber: Data Primer yang diolah, 2023. 2023;120–3.
28. Utomo MS, Wahyuningrum SH, Wijayanti. Logo TA , DAFT , UNDIP RUMAH SAKIT UMUM KELAS B DI KECAMATAN BUMIAYU. Juranl Poster Pirata Syandana. 2020;02(2):152.
29. Gunawan A, Purnomo Y, Andi UF. Perancangan Rumah Sakit Ibu Dan Anak Di Kabupaten Sintang. JMARS J Mosaik Arsit. 2022;10(1):146.
30. Azra AN. Penerapan healing architecture pada rumah

sakit tipe d. Semin Karya Pameran Arsit Indones. 2022;364–74.

31. Lelyana N. Analisis Dampak Inovasi Teknologi pada Strategi Manajemen Rumah Sakit. JISHUM J Ilmu Sos dan Hum. 2024;2(4):425–46.
32. Muttaqin AR, Wibawa AP, Nabila K. Inovasi Digital untuk Masyarakat yang Lebih Cerdas 5 . 0 : Analisis Tren Teknologi Informasi dan Prospek Masa Depan. 2021;1(12):880–6.
33. Pelayanan P, Pada K. Peqguruang: Conference Series. 2022;4.
34. Adimah N, Irsyad M, Oktriawan W. Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap kepuasan Nasabah dalam Perspektif Ekonomi Islam (Studi Kasus pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan kantor Cabang Purwakarta). Muttaqien; Indones J Multidiciplinary Islam Stud. 2022;3(2):177–94.
35. Religion J, Agama J, Religion J, Agama J, Volume B. Jurnal Religion: Jurnal Agama, Sosial, dan Budaya https://maryamsejahtera.com/index.php/Religion/index P - ISSN : 2962 - 6560 , E - ISSN : 2963 - 7139. 2023;1:487–501.
36. Astuti EK. Peran BPJS Kesehatan Dalam Mewujudkan Hak Atas Pelayanan Kesehatan Bagi Warga Negara Indonesia. JPeHI J Penelit Huk Indones [Internet]. 2020;01(01):55–65. Available from: https://core.ac.uk/download/pdf/322612246.pdf
37. Suci Prihatin P, Wahyudi A, Heriziana H. Analisis Pemanfaatan Puskesmas oleh Peserta BPJS di

Puskesmas Sukaraya Kabupaten Ogan Komering Ulu. J Kesehat Saelmakers PERDANA. 2022;5(2):281–7.

38. Ulum D, Fatimah FS. Studi Fenomenologi : Loyalitas Keikutsertaan Peserta PBPU BPJS Kesehatan di Kabupaten Bantul 2020 Phenomenological Study : The Loyalty of BPJS Kesehatan PBPU Participant in Bantul Regency 2020. Indones J Hosp Adm. 2020;3(2).
39. Yunita Peda Bili, Tedy Candra Lesmana S. PENGETAHUAN TENTANG SANKSI ADMINISTRATIF DENGAN KEPATUHAN MEMBAYAR IURAN BPJS KESEHATAN MANDIRI DI PEDUKUHAN TAMBAKBAYAN, CATURTUNGGAL, DEPOK SLEMAN. 2024;24(7):28–42.
40. Wulandari A, Syah NA, Ernawati T. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Peserta Mandiri Dalam Pembayaran Iuran Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Solok. J Kesehat Andalas. 2020;9(1):7.
41. Rumintjap FM. Implications Of Government Policy In Changing The Bpjs Health Class System To Standard Inpatient Class. Konf Nas Mitra FISIP. 2024;2(1):256–64.
42. Nismara R. Implementasi Perpres Nomor 59 Tahun 2024 : Kesiapan Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional (KRIS-JKN) di Rumah Sakit. 2024;(December).
43. Kris S, Mz MQ, Pane M, Hutajulu J, Tarigan FL, Studi P, et al. Medan Te Rhadap Pelaksanaan Kelas

Rawat Inap. 2024;4:1893–911.
44. Martínez-García R, Sánchez de Rojas MI, Jagadesh P, López-Gayarre F, Morán-del-Pozo JM, Juan-Valdes A. Effect of pores on the mechanical and durability properties on high strength recycled fine aggregate mortar. Case Stud Constr Mater. 2022;16(March).
45. Noor Muhammad Abd Rahman, Lim Chin Haw and AF. A Literature Review of Naturally Ventilated Public Hospital Energy Saving Improvements. Energies. 2021;
46. Fiiki T, Zahro K. Evaluasi pencahayaan pada ruang rawat inap rumah sakit (studi kasus: rumah sakit gigi dan mulut soelastri surakarta). Semin Ilm Arsit III (SIAR III) [Internet]. 2022;(Prosiding (SIAR) Seminar Ilmiah Arsitektur):588–97. Available from: http://siar.ums.ac.id/
47. Nendissa AR, Pugesehan DJ, Ohman AA. Gambaran Kondisi Lingkungan Fisik Ruang Rawat Inap di RS SUMBER HIDUP – GPM Kota Ambon. Moluccas Heal J. 2022;4(1):29–36.
48. van Oel CJ, Mlihi M, Freeke A. Design Models for Single Patient Rooms Tested for Patient Preferences. Heal Environ Res Des J. 2021;14(1):31–46.
49. Aziza SN, Ayunina Q, Harsono RA. Analisis Perpres No . 59 Tahun 2024 tentang Pemberlakuan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) JKN. 2024;(59).
50. Aileen S, Jati SP, Purnami CT. Risiko Kelas Rawat Inap Standar di RS X. Media Kesehat Masy Indones. 2024;23(2):122–8.
51. Masyarakat B, Rw DI, Mojosongo K. Sosialisasi

Kebijakan Kelas Standar Bpjs Kesehatan. 2024;1(3):281–9.

52. Dwi Yanti S, Mayansara A, Liadin NA, Oktafiani V. Literature Review : Tantangan dan Tren Terkini dalam Manajemen Rumah Sakit. J Ris Sains dan Kesehat Indones. 2024;1(1):30–6.
53. Hasibuan ANR, Harahap JW, Agustina D, Hasibuan SR, Nurmairani A, Khairiah M. Analisis Strategi dalam Optimalisasi Pelayanan Kesehatan melalui Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS): Systematic Literature Review. J Kolaboratif Sains [Internet]. 2024;7(5):1813–21. Available from: https://jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/JKS
54. Biostatistik J, Kesehatan I, Supriyanti S, Kota K. Sistem Monitoring dan Evaluasi Serta Perkembangan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tuberkulosis di Dinas Kesehatan Kota Depok. J Biostat Kependudukan, dan Inform Kesehat. 2024;4(2).
55. Hulu SRK. Analisis Rencana Strategis Sumber Daya Manusia (SDM) Keperawatan Di Rumah Sakit Wilayah Jakarta. Indones J Nurs Sci. 2023;3(1):41–8.
56. Agrasadya A, Apriansyah M, Kencana PN. Perencanaan Sdm Rumah Sakit Dalam Pemenuhan Tenaga Kesehatan Pada Rumah Sakit Medika Bsd. EJOIN J Pengabdi Masy. 2023;1(5):344–8.
57. Hidayat L, Widijawati E. Analisis Investasi Pengembangan dalam Hubungannya dengan Tingkat

Pengembalian, Risiko, dan Sumber Pendanaan: Studi Kasus pada RS. Dr. H. Marzoeki …. J Ilm Ranggagad [Internet]. 2007;(June). Available from: https://garuda.kemdikbud.go.id/documents/detail/133024

58. Sunaryo D, Yoebrilianti A. Pengelolaan dan Efisiensi Sistem Rumah Sakit : Perspektif Strategi. 2025;(July).
59. Susanti Y, Syofyan S, Khairani K, Hermanto B. Hak Pasien dalam Menentukan Layanan Kesehatan dalam Hubungannya dengan Kelas Rawat Inap Standar BPJS Kesehatan. UNES Law Rev. 2024;6(4):12184–93.
60. Cai H, Fullam F, Macallister L, Fogg LF, Canar J, Press I, et al. Impact of inpatient unit design features on overall patient experience and perceived room-level call button response. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(18).
61. Yousofnejad Y, Afsari F, Es'haghi M. Dynamic risk assessment of hospital oxygen supply system by HAZOP and intuitionistic fuzzy. PLoS One [Internet]. 2023;18(2 February):1–23. Available from: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0280918
62. Jurnal H, Desria K, Novita A, Hendarwan H. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Evaluasi dalam Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap. 2025;(50):201–17.
63. Kakade S V., Suke SP, Patil D, Ali GS, Garud SK, Pandit PV. Health Policy Implementation in Developing Nations: Challenges and Solutions. South East Eur J Public Heal. 2023;21(Xxi):138–49.