

SKRIPSI

ANALISIS KESIAPAN RUMAH SAKIT DALAM IMPLEMENTASI KELAS RAWAT INAP STANDAR DI RUMAH SAKIT

Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO

Disusun untuk Memperoleh Gelar Sarjana kesehatan (S.Kes)

Pada Program Studi S-1 Administrasi Rumah Sakut

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala



Oleh :

Chintya Christien Cahya Nur Rama Rientha Putri

NIM : S1A2022.005

**PROGRAM STUDI SARJANA ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN PANTI KOSALA**

2026

@ 2026

Hak Cipta pada Penulis

HALAMAN PENGESAHAN

ANALISIS KESIAPAN RUMAH SAKIT DALAM IMPLEMENTASI KELAS RAWAT INAP STANDAR DI RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO

Oleh:

Nama : CHINTYA CHRISTIEN CAHYA NUR RAMA RIENTHA PUTRI
NIM : S1A2022.005

Skripsi ini telah diuji
Pada tanggal, 24 Januari 2026

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Diyono, S.Kep., Ns., M.Kes.

Anggota : Risa Setia Ismandani, S.Kep., Ns., M.H.P.M.

Anastasia Lina Dwi Nursanti, S.KG., M.H.Kes.

Mengetahui,

Pembantu Ketua
Bidang Akademik

Ketua Program Studi
S-1 Administrasi Rumah Sakit

Dr. Diyono, S.Kep., Ns., M.Kes.

Risa Setia Ismandani, S.Kep., Ns., M.H.P.M.

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PANTI KOSALA
KETUA,



Ratna Maharwati, A., M.Kes.

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Chintya Christien Cahya Nur Rama Rientha Putri
NIM : S1A2022.005
Program Studi : Sarjana Administrasi Rumah Sakit Perguruan
Tinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) Skripsi yang saya buat dengan judul “Analisis Kesiapan Rumah Sakit Dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo”, sesungguhnya merupakan hasil karya asli saya dan bukan merupakan hasil duplikasi atau plagiarisme karya orang lain. Skripsi ini belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar akademik baik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala maupun perguruan tinggi lain.

Seluruh data dan informasi yang digunakan sebagai acuan referensi pada penelitian ini telah dikutip dan sumbernya telah disebutkan secara jelas dalam daftar pustaka sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Saya bertanggung jawab atas akurasi dan keaslian penelitian ini.

Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, apabila dikemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan apa yang telah saya nyatakan, saya siap untuk menerima sanksi yang berlaku sebagaimana mestinya.

Sukoharjo, Maret 2026
Yang menyatakan

Chintya Christien Cahya
NIM. S1A2022.005

PERSEMBAHAN

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan penyertaan-Nya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Karya ini penulis persembahkan dengan penuh rasa hormat dan terima kasih kepada:

1. Ibunda tercinta, satu-satunya sosok yang menjadi sumber doa, kekuatan, dan kasih sayang tanpa batas dalam hidup penulis. Terima kasih atas setiap pengorbanan, kesabaran, dan dukungan yang selalu mengiringi langkah penulis hingga mampu menyelesaikan pendidikan ini. Setiap proses dan pencapaian dalam skripsi ini adalah wujud dari doa dan ketulusan Ibu.
2. Ibu Anastasia Lina Dwi N., S.KG., M.H.Kes., selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan arahan, bimbingan, serta motivasi dengan penuh kesabaran selama proses penyusunan skripsi ini.
3. Ibu Ratna Indriati, A., M.Kes., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas sehingga penulis dapat menempuh pendidikan dan menyelesaikan skripsi ini.
4. dr. Andi Wibawanto, MPH, selaku Direktur Utama Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo, beserta segenap jajaran direksi yang telah memberikan izin dan dukungan kepada penulis dalam pelaksanaan penelitian.
5. Kepada diri saya sendiri, Chintya Christien Cahya Nur Rama Rientha Putri, terima kasih telah bertahan dalam setiap proses, menghadapi setiap tantangan dengan keberanian, dan tidak menyerah ketika keadaan terasa berat. Terima kasih sudah terus belajar, berjuang, dan mempercayai kemampuan diri hingga mampu menyelesaikan skripsi ini. Setiap langkah yang telah dilalui adalah bukti bahwa ketekunan dan keyakinan mampu membawa sampai pada titik ini.

6. Teman-teman tercinta Jurusan S1 Administrasi Rumah Sakit (ARS) dan teman-teman lainnya yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terima kasih atas kebersamaan, dukungan, semangat, serta perjuangan yang telah kita lalui bersama selama masa perkuliahan. Setiap diskusi, tawa, dan kerja keras yang kita bagi menjadi bagian penting dalam perjalanan menyelesaikan skripsi ini.

Semoga segala kebaikan dan dukungan yang telah diberikan mendapatkan balasan yang berlipat ganda. Skripsi ini menjadi salah satu langkah awal dalam perjalanan pengabdian dan pengembangan diri penulis ke depan. Di balik setiap pencapaian, ada doa yang tak terdengar namun tak pernah berhenti dipanjatkan, ada tangan-tangan tulus yang menopang saat lelah, dan ada hati-hati baik yang menguatkan ketika langkah terasa berat. Skripsi ini bukan sekadar karya ilmiah, melainkan jejak perjalanan penuh proses, air mata, pembelajaran, dan harapan. Semoga setiap dukungan yang telah diberikan menjadi kebaikan yang kembali dalam bentuk kebahagiaan dan keberkahan. Perjalanan ini mungkin telah mencapai satu garis akhir, namun sesungguhnya ia adalah gerbang menuju langkah-langkah baru yang lebih besar di masa depan

MOTTO

"Strive not to be a success, but rather to be of value."

- Albert Einstein –

"Tidak masalah seberapa lambat kamu berjalan, selama kamu tidak berhenti."

- Confucius -

"Gantungkan cita-citamu setinggi langit. Bermimpilah setinggi langit, jika engkau jatuh, engkau akan jatuh di antara bintang-bintang."

- Ir. Soekarno -

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan berkat dan rahmatnya sehingga dapat terselesainya skripsi ini dengan judul “Analisis Kesiapan Rumah Sakit Dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo” sebagai salah satu syarat dalam memenuhi persyaratan melakukan penelitian dan sebagai bentuk memenuhi Tugas Akhir (TA) yang diberikan oleh institusi kepada mahasiswa Program Studi Sarjana Administrasi Rumah Sakit Semester VI. Skripsi ini dapat diselesaikan berkat bantuan dari berbagai pihak. Terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Ibu Ratna Indriati, A., M.Kes. selaku Ketua SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA.
2. dr. Andi Wibawanto, MPH, selaku Direktur Utama Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo, beserta segenap jajaran direksi.
3. Ibu Risa Setia Ismandani S.Kep., Ns., MHPM. selaku Kaprodi Program Studi Sarjana Administrasi Rumah Sakit SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA.
4. Ibu Anastasia Lina Dwi N., S.KG., M.H.Kes. selaku pembimbing skripsi yang telah memberikan arahan, bimbingan, dan motivasi yang berarti bagi penulis.
5. Segenap Bapak/Ibu dosen dan karyawan SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA.
6. Segenap karyawan, tenaga kesehatan dan tenaga penunjang umum di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo.
7. Orang tua terkasih dan teman-teman mahasiswa Program Studi Sarjana Administrasi Rumah Sakit angkatan ke- II Tahun 2022, yang telah memberikan dukungan, motivasi, dan perhatian bagi penulis.
8. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah membantu, mendoakan, dan memotivasi penulis dalam menyusun proposal skripsi.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, baik dari segi isi maupun penyajiannya. Karena itu, penulis sangat terbuka terhadap kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan ke depannya. Semoga skripsi ini bisa menambah wawasan pembaca dan menjadi referensi bermanfaat bagi mahasiswa di bidang administrasi rumah sakit dan ilmu terkait.

Sukoharjo, Januari 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iii
PERSEMBAHAN	iv
MOTTO	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
ABSTRAK	xiv
ABSTRACT	xv
BAB I : PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Manfaat Penelitian.....	10
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Kajian Teori	11
B. Penelitian Terdahulu.....	49
C. Kerangka Konseptual	56
D. Pertanyaan Penelitian	58
BAB III : METODE PENELITIAN	59
A. Kerangka Kerja Penelitian	59
B. Desain Penelitian.....	60
C. Subyek Penelitian.....	62

D. Fokus Penelitian	65
E. Ruang Lingkup	66
F. Instrumen Penelitian.....	67
G. Etika Penelitian.....	68
H. Teknik Pengumpulan Data.....	70
I. Teknik Analisis Data.....	73
J. Uji Keabsahan Data.....	78
K. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	83
BAB IV : PEMBAHASAN.....	85
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	85
B. Karakteristik Informan.....	86
C. Hasil Penelitian.....	88
D. Pembahasan	92
E. Implikasi Penelitian.....	98
BAB V : PENUTUP	100
A. Kesimpulan.....	100
B. Saran.....	103
C. Keterbatasan Penelitian.....	103
DAFTAR PUSTAKA	105
LAMPIRAN.....	114

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Konsep.....	57
Gambar 3.1 Kerangka Kerja Penelitian	60
Gambar 3.2 Tahapan Analisis Data	74

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu	49
Tabel 3.1 Informan Penelitian	64
Tabel 3.2 Dimensi Teoritis	66
Tabel 4.1 Karakteristik Informan	87

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Balasan Studi Pendahuluan	115
Lampiran 2 Surat Permohonan Menjadi Informan.....	116
Lampiran 3 Surat Persetujuan Menjadi Informan	117
Lampiran 4 Pedoman Wawancara.....	118
Lampiran 5 Pedoman Wawancara.....	121
Lampiran 6 Pedoman Wawancara.....	124
Lampiran 7 Lembar Observasi	126
Lampiran 8 Dokumentasi Ruang Perawatan Berdasarkan KRIS	127
Lampiran 9 Surat Pernyataan Menjadi Informan.....	128
Lampiran 10 Surat Pernyataan Menjadi Informan.....	130
Lampiran 11 Surat Pernyataan Menjadi Informan.....	132
Lampiran 12 Surat Pernyataan Menjadi Informan.....	134
Lampiran 13 Surat Pernyataan Menjadi Informan.....	136
Lampiran 14 Surat Pernyataan Menjadi Informan.....	138
Lampiran 15 Lembar <i>Ethical Clearance</i>	140
Lampiran 16 Lembar Uji <i>Expert</i>	141
Lampiran 17 Lembar Ijin Penelitian	142
Lampiran 18 Jawaban Lembar Observasi	143
Lampiran 19 Lembar Transkrip	144
Lampiran 20 Lembar Konsultasi	148

Analisis Kesiapan Rumah Sakit Dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar Di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo

Chintya Christien C¹, Anastasia Lina Dwi N², Diyono³, Risa Setia⁴

¹Program Studi Sarjana Administrasi Rumah Sakit
^{1,2,3,4}Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala

Korespondensi: chintyariantha18@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang, Pemerintah Indonesia mengimplementasikan Program Jaminan Kesehatan Nasional–Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) untuk memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat dan mencapai *Universal Health Coverage* (UHC). Salah satu targetnya adalah standarisasi manfaat medis dan nonmedis, termasuk kelas perawatan rawat inap. Namun, penerapan sistem BPJS tiga kelas masih menunjukkan perbedaan standar ruang rawat inap antar rumah sakit sehingga belum sepenuhnya seragam. Oleh karena itu, Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 mengatur peralihan menuju Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang menuntut kesiapan rumah sakit dalam menghadapi perubahan regulasi pelayanan kesehatan.

Tujuan Penelitian, Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam upaya implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan.

Desain Penelitian, Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif

Informan Penelitian, Informan dalam penelitian ini berjumlah 6 orang yang memiliki pemahaman dan keterlibatan langsung dalam implementasi KRIS di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo, yaitu Direktur Utama dan Direktur Medis dan Keperawatan sebagai informan kunci, Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Bagian Kerjasama BPJS, dan Kepala Unit Sarana dan Prasarana sebagai informan utama, serta satu perawat pelaksana sebagai informan pendukung.

Hasil Penelitian, Menunjukkan bahwa Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo berada pada kategori siap dalam mengimplementasikan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). Sebagian besar dari 12 kriteria KRIS telah terpenuhi, terutama pada aspek sarana prasarana seperti jumlah dan jarak tempat tidur, nurse call, ventilasi, pencahayaan, serta fasilitas keselamatan pasien dan pelayanan keperawatan. Meskipun demikian, beberapa komponen masih dalam tahap penyesuaian bertahap terkait pengadaan fasilitas tambahan dan kebutuhan pembiayaan. Secara keseluruhan, kesiapan sarana prasarana, sumber daya manusia, dan sistem manajemen yang adaptif membuat implementasi KRIS tetap berjalan tanpa mengganggu stabilitas pelayanan kesehatan meskipun masih terdapat tantangan teknis, administratif, dan ketidakjelasan regulasi lanjutan.

Kesimpulan, Rumah Sakit Dr. Oen Kandang Sapi Solo secara umum telah siap dalam mengimplementasikan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) dengan dukungan kesiapan sarana prasarana, sumber daya manusia, serta sistem manajemen yang adaptif. Implementasi KRIS berpotensi berjalan optimal apabila didukung kejelasan regulasi lanjutan dan penguatan aspek teknis serta administratif secara berkelanjutan.

Kata Kunci: Implementasi KRIS, Kebijakan Kesiapan, BPJS

Analysis of Hospital Readiness in the Implementation of Kelas Rawat Inap Standar at Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO Hospital

Chintya Christien C¹, Anastasia Lina Dwi N², Diyono³, Risa Setia⁴

¹Administrasi Rumah Sakit

^{1,2,3,4}Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala

Correspondence: chintyariantha18@gmail.com

ABSTRACT

Background: The Government of Indonesia implemented the National Health Insurance Program–Indonesia Health Card (JKN-KIS) to provide health coverage for all citizens and achieve Universal Health Coverage (UHC). One of its targets is the standardization of medical and non-medical benefits, including inpatient care classes. However, the implementation of the three-class BPJS system still shows variations in inpatient room standards across hospitals, resulting in a lack of uniformity. Therefore, Presidential Regulation No. 59 of 2024 introduces the transition toward Standard Inpatient Class (KRIS), requiring hospitals to be prepared for regulatory changes in healthcare services.

Research Objective: This study aimed to analyze the readiness of Dr. OEN Kandang Sapi Solo Hospital in implementing the Standard Inpatient Class (KRIS) policy introduced by BPJS Health.

Research Design: This study employed a qualitative research design with a descriptive approach.

Research Informants: The informants in this study consisted of six individuals who had direct understanding and involvement in the implementation of the Standard Inpatient Class (KRIS) at Dr. OEN Kandang Sapi Hospital, Surakarta. They included the President Director and the Medical and Nursing Director as key informants; the Head of Nursing Division, the Head of BPJS Cooperation Unit, and the Head of Facilities and Infrastructure Unit as main informants; and one staff nurse as a supporting informant.

Results: The findings indicate that Dr. OEN Kandang Sapi Solo Hospital is generally categorized as ready to implement the Standard Inpatient Class (KRIS). Most of the 12 KRIS criteria have been fulfilled, particularly in infrastructure aspects such as bed capacity and spacing, nurse call systems, ventilation, lighting, patient safety facilities, and basic nursing service support. Nevertheless, several components remain under gradual adjustment, particularly concerning additional facility procurement and financial requirements. Overall, the readiness of infrastructure, human resources, and adaptive management systems has enabled KRIS implementation without disrupting healthcare service stability, although technical, administrative, and regulatory challenges still exist.

Conclusion: Dr. OEN Kandang Sapi Solo Hospital is generally ready to implement the Standard Inpatient Class (KRIS), supported by adequate infrastructure, human resources, and adaptive management systems. Optimal implementation of KRIS is likely to be achieved with clearer follow-up regulations and continuous strengthening of technical and administrative aspects.

Keywords: KRIS Implementation, Policy Readiness, BPJS.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari SJSN yang bertujuan untuk memberikan layanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau untuk seluruh kalangan masyarakat dengan prinsip asuransi sosial dan *ekuitas*. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan nasional, yang bertanggung jawab untuk memastikan seluruh penduduk Indonesia mendapat perlindungan kesehatan yang layak.

Jaminan Kesehatan sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Peserta sebagaimana yang dimaksudkan ialah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan. Dalam Pasal 50 menjelaskan tentang pembagian kelas rawat inap berdasarkan

kemampuan ekonomi peserta, status kepegawaian, serta regulasi pemerintah. Pembayaran iuran BPJS Kesehatan merupakan kewajiban peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang disesuaikan berdasarkan kelompok kepesertaan. Iuran ini bersumber dari peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang dibayarkan oleh pemerintah, peserta mandiri dan Pekerja Penerima Upah (PPU) yang membayar sendiri atau melalui pemotongan gaji.

Pemerintah Indonesia mengimplementasikan Program Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang bertujuan memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Pemerintah menargetkan *Universal Health Coverage* (UHC) sudah dapat tercapai pada tahun 2019, yang mana salah satu sasarnya adalah paket manfaat medis dan non-medis (kelas perawatan) (Kurniawati Golda et al., 2021). Namun dalam penerapannya, hingga saat ini pelaksanaan sistem kelas 3 BPJS di ruang rawat inap masih belum berjalan secara optimal. Setiap rumah sakit menerapkan standar layanan yang berbeda-beda, sehingga belum ada keseragaman dalam implementasi kelas perawatan. Kelas standar yang ada juga belum sepenuhnya memenuhi kriteria yang seragam. Untuk itu, guna menyamakan standar pelayanan dan menjamin pemerataan fasilitas kesehatan yang adil, pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit (Kuraini et al., 2023).

Mengutip dari laman resmi Kemenkes, (2024), Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) adalah kebijakan yang diterapkan oleh pemerintah untuk menyetarakan layanan rawat inap bagi peserta JKN, yang akan menggantikan kelas perawatan 1, 2, dan 3. Tujuan utama penerapan KRIS adalah untuk mencapai prinsip *ekuitas* yakni keadilan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang setara tanpa diskriminasi berdasarkan kelas perawatan.

Penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) dengan jumlah kelas ruang rawat inap dapat dilakukan secara bertahap. Hal ini disebabkan karena adanya kebutuhan penyesuaian terhadap berbagai standar ruang rawat inap kelas tunggal. Untuk meningkatkan ketahanan sarana prasarana rumah sakit, diperlukan pencatatan dan pelaporan yang sistematis. Berdasarkan *roadmap* yang diusulkan oleh BPJS Kesehatan, penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) atau kelas tunggal mulai dilaksanakan secara bertahap sejak tahun 2022, diawali dengan uji coba kesiapan sarana prasarana di beberapa rumah sakit rujukan pemerintah, informasi ini dilandasi dengan adanya data rumah sakit tentang pengelolaan manajemen tempat tidur yang baik, pembagian ruang rawat inap berdasarkan kriteria SMF (Staf Medis Fungsional), Sumber pendanaan persiapan berasal dari APBD (20%), dana BLUD (80%), serta sumber cadangan lainnya. Selanjutnya pada tahun 2024-2025 akan diimplementasikan ke seluruh rumah sakit pemerintah dan beberapa rumah sakit swasta, dan dilakukan secara menyeluruh di

rumah sakit pemerintah dan swasta pada tahun 2025-2026. Dengan melakukan uji coba penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) pada tahun 2022-2023 dan penerapan secara bertahap menjadi dua kelas rawat inap pada tahun 2025-2026, dapat menjadi investasi awal dalam pencegahan dan menghasilkan penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang lebih efektif dan efisien (Candaika, 2022).

Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan, khususnya pada Pasal 18 dan Pasal 84 huruf B, mengatur bahwa rumah sakit wajib menyediakan tempat tidur untuk penerapan KRIS dengan ketentuan jumlah tempat tidur minimal 60% untuk rumah sakit pemerintah dan 40% untuk rumah sakit swasta. Ketentuan tersebut harus diterapkan paling lambat 1 Januari 2023. Selaras dengan itu, Kementerian Kesehatan juga menerbitkan Keputusan Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1811/2022 tentang Petunjuk Teknis Kesiapan Sarana Prasarana Rumah Sakit, yang juga dapat menjadi acuan teknis dalam memenuhi persyaratan implementasi KRIS secara bertahap dan terstandar.

Pemerintah menerbitkan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, membahas mengenai perubahan besaran iuran premi bagi peserta JKN sesuai dengan tingkatan kelas. Pada bulan Desember 2020 Pemerintahan bekerja sama dengan organisasi profesi, lembaga maupun perkumpulan

asosiasi lembaga kesehatan, menelaah dan merampungkan kajian terhadap JKN yang mengutamakan KRIS berasaskan pada Kebutuhan Dasar Manusia (KDM), dengan 12 kriteria yang menitikberatkan sarana prasarana medis maupun non medis. Secara bertahap akan tetap direalisasikan di seluruh RS hingga awal Januari 2023.

Dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, dalam perubahan ketiganya ini pada Pasal 46 Ayat 7 kembali menyinggung terkait peralihan KRIS yang tak kunjung terlaksana sesuai dengan harapan yang telah ditetapkan, dimana pada pasal selanjutnya yakni, Pasal 46 huruf A berisi tentang 12 kriteria fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap berdasarkan KRIS. 12 kriteria KRIS yang disebutkan antara lain (1) komponen bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi; (2) ventilasi udara; (3) pencahayaan ruangan; (4) kelengkapan tempat tidur; (5) nakas per tempat tidur; (6) temperatur ruangan; (7) ruang rawat dibagi berdasarkan jenis kelamin, anak atau dewasa, serta penyakit infeksi atau noninfeksi; (8) kepadatan ruang rawat dan kualitas tempat tidur; (9) tirai/partisi antar tempat tidur; (10) kamar mandi dalam ruangan rawat inap; (11) kamar mandi memenuhi standar aksesibilitas; (12) outlet oksigen. Terdapat kendala lain yang ditemukan yakni pada Pasal 46 huruf A

Ayat 3 yang menyebutkan bahwa untuk ketentuan lebih lanjut mengenai bentuk kriteria dan penerapan KRIS diatur dengan Peraturan Menteri namun, pada kenyataannya sampai dengan saat ini Kementerian Kesehatan tak kunjung mengeluarkan kebijakan lebih lanjut terkait KRIS.

Sebelum penerapan KRIS, ruang rawat inap di rumah sakit masih menggunakan sistem kelas dengan jumlah tempat tidur dalam satu kamar lebih dari empat tempat tidur sehingga belum sepenuhnya sesuai standar KRIS. Perubahan regulasi melalui Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 menegaskan kewajiban pemenuhan 12 kriteria KRIS dan penyesuaian kapasitas tempat tidur secara bertahap di seluruh rumah sakit. Kebijakan tersebut memiliki batas waktu implementasi paling lambat Juni 2025 sehingga menuntut kesiapan fasilitas, manajemen, dan sumber daya manusia secara segera. Oleh karena itu, penelitian mengenai kesiapan rumah sakit perlu dilakukan saat ini sebagai dasar evaluasi awal agar proses implementasi KRIS dapat berjalan tepat waktu, efektif, dan sesuai standar nasional pelayanan kesehatan.

Dari beberapa referensi jurnal penelitian sebelumnya, didapatkan bahwa masih banyak rumah sakit di Indonesia yang belum sepenuhnya siap untuk mengimplementasikan regulasi terkait KRIS, terutama dalam pemenuhan fasilitas rawat inap. Studi oleh Afni & Bachtiar, (2021) dengan hasil penelitian yang dilakukan pada

22 Rumah Sakit di Kabupaten Tangerang menunjukkan bahwa kurang dari 60% rumah sakit yang memenuhi kriteria kepadatan ruangan sesuai standar KRIS. Penelitian oleh Arisa (2023) di RSUD Dr. H. Moch Anshari Shaleh Banjarmasin dapat disimpulkan bahwa sebanyak 85% sedang disiapkan, meliputi ventilasi udara, pencahayaan ruangan, suhu kamar, kualitas tempat tidur dan kepadatan ruang rawat inap, serta kamar mandi dalam ruangan, beberapa kriteria dengan nilai kurang dari 30% belum optimal seperti kamar mandi yang belum memiliki simbol “*disable*” diluar pintu (0%), kamar mandi memiliki pegangan rambat (10%), serta *nurse call* yang terhubung di dalam ruang rawat inap (8%).

Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo merupakan rumah sakit swasta tipe B yang cukup terkemuka di kota Solo. Berdiri sejak tahun 1933 yang menerapkan prinsip “*Not for Profit*” dengan selalu menjaga kualitas mutu pelayanannya sehingga memperoleh banyak penghargaan yang cukup bergengsi, dalam kurun waktu 5 tahun terakhir rumah sakit telah mendapatkan penghargaan dari BPJS Kesehatan sebanyak 7 kali, salah satu penghargaan terbarunya ialah pada 27 Februari 2025 Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo menerima piagam penghargaan dari BPJS Kesehatan Cabang Surakarta sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) dengan Jumlah Rekrutmen Program Rujukan Balik (PRB) terbanyak tahun 2024.

Prestasi yang diraih Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo menjadi bukti nyata kesiapan dan potensi besar dalam mengimplementasikan KRIS. Penghargaan- penghargaan ini tidak hanya memperlihatkan kualitas layanan, tetapi juga menunjukkan kesiapan manajemen, fleksibilitas adaptasi terhadap regulasi baru, serta manajemen perubahan, yang semuanya merupakan aspek penting dalam keberhasilan implementasi KRIS di rumah sakit. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengetahui lebih dalam tentang “Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar”.

Penelitian ini penting dilakukan karena implementasi KRIS merupakan kebijakan strategis nasional dalam mewujudkan pemerataan layanan kesehatan. Meski regulasi telah diterbitkan, kesiapan rumah sakit masih sangat beragam. Banyak rumah sakit belum memenuhi 12 kriteria standar yang ditetapkan pemerintah. Penelitian ini dapat memberikan gambaran nyata kesiapan rumah sakit swasta tipe B dalam implementasi KRIS. Hasilnya diharapkan menjadi masukan bagi rumah sakit dan pemangku kebijakan. Dengan begitu, implementasi KRIS dapat berjalan lebih efektif dan merata di seluruh fasilitas kesehatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam upaya implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam upaya implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam memenuhi 12 kriteria KRIS.
- b. Menganalisa tantangan dan hambatan yang dihadapi Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam proses implementasi KRIS.
- c. Menganalisis strategi yang dilakukan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam upaya meningkatkan kesiapan pelaksanaan KRIS.

D. Manfaat Penelitian

1. Secara Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan berguna untuk menambah dan meningkatkan wawasan pengetahuan mengenai manajemen rumah sakit dalam implementasi kebijakan KRIS.

2. Secara Praktis

a. Rumah Sakit

Memperoleh data empiris mengenai tingkat kesiapan rumah sakit dalam implementasi KRIS, yang berguna dan bermanfaat sebagai bahan evaluasi dan perencanaan strategis untuk meningkatkan kualitas layanan rawat inap sesuai dengan kriteria KRIS.

b. Instansi Pendidikan

Menambah khazanah atau referensi akademik dibidang manajemen rumah sakit dan pelayanan kesehatan.

c. Mahasiswa

Sebagai tambahan bukti empiris yang dapat digunakan untuk menambah wawasan pengetahuan terkait kesiapan rumah sakit dalam menghadapi perubahan kebijakan pelayanan kesehatan

d. Penelitian selanjutnya

Sebagai landasan dalam melakukan penelitian selanjutnya terkait implementasi kebijakan KRIS di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Kesiapan

a. Definisi Kesiapan

Sebagaimana yang dijelaskan oleh Arikunto (2004) dalam Rusdiana & Nasihudin (2019), kesiapan adalah suatu kompetensi sehingga seseorang yang mempunyai kompetensi tersebut memiliki kesiapan yang cukup untuk berbuat sesuatu. Hal ini berarti kesiapan adalah suatu keadaan yang dialami seseorang dan orang tersebut telah siap untuk melaksanakan sesuatu.

Mulyasa (2008) dalam Rusdiana & Nasihudin (2019), juga mengatakan, kesiapan juga berarti suatu kemampuan untuk melaksanakan/mengimplementasikan tugas tertentu sesuai dengan tuntutan situasi yang dihadapi. Dalam hal ini berarti kesiapan merupakan suatu kemampuan yang dimiliki seseorang atau kelompok/organisasi untuk melakukan sesuatu sesuai dengan situasi kondisi yang ada. Kondisi yang dimiliki seseorang sangat berpengaruh terhadap adanya kesiapan dan respon yang akan diberikan oleh seseorang tersebut. "Kesiapan adalah keseluruhan kondisi yang membuatnya siap untuk memberi respon atau jawaban

di dalam cara tertentu terhadap suatu situasi. Penyesuaian kondisi pada suatu saat akan berpengaruh pada kecenderungan untuk memberi respon". Singkatnya bahwa kesiapan merupakan suatu keadaan siap untuk memberikan respon atau jawaban akan sesuatu dengan cara tertentu untuk menjawab atau merespon tergantung oleh situasi yang dihadapinya. Hasil respon atau jawaban tersebut dipengaruhi oleh keadaan yang sedang dialami seseorang tersebut.

Dari berbagai penjelasan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa kesiapan rumah sakit adalah kondisi di mana sebuah rumah sakit telah mempersiapkan segala aspek yang diperlukan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada pasien, baik dalam keadaan normal maupun dalam kondisi darurat atau bencana.

- b. Faktor yang Mempengaruhi Kesiapan Implementasi KRIS
- Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kesiapan di rumah sakit mencakup beberapa hal sebagai berikut:

1) Sumber Daya Manusia (SDM)

Kesiapan SDM mencakup ketersediaan tenaga medis dan non medis, kualitas kompetensi, serta kesiapan secara psikologis dan profesional menghadapi perubahan. SDM harus memahami kebijakan KRIS serta memiliki sikap positif terhadap transformasi sistem layanan.

Menurut Raafiana & Andriani (2025), kesiapan dari Sumber Daya Manusia (SDM) perlu diperhatikan dalam upaya pemenuhan tenaga medis yang kompeten, daerah yang kekurangan tenaga medis tentunya akan kesulitan dalam memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan. Pelatihan dan pengembangan SDM yang berkelanjutan sangat diperlukan untuk meningkatkan kompetensi tenaga pelaksana dalam menerapkan pelayanan yang bermutu.

2) Sarana Prasarana

Sebagaimana yang telah diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang perubahan ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang jaminan kesehatan. Fasilitas fisik atau sarana prasarana di rumah sakit harus memenuhi 12 kriteria KRIS, seperti rasio tempat tidur per ruang, sirkulasi udara, pencahayaan alami, kamar mandi didalam ruang rawat, jarak tempat tidur, dan beberapa kriteria lainnya. Rumah sakit perlu melakukan audit dan pemetaan terhadap fasilitas untuk memastikan kesesuaian dengan standar yang telah ditetapkan (BPK, 2018). Berikut 12 kriteria KRIS sesuai dengan peraturan yang ditetapkan BPJS kesehatan:

a) Komponen bangunan

Komponen bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. Objek komponen-komponen bangunan yang di cek, antara lain:

- (1) Lantai Permukaan lantai terbuat dari bahan yang kuat, halus, kedap air mudah dibersihkan, tidak licin, permukaan rata, tidak genangan air, bergelombang, dan tidak menimbulkan risiko atau bahaya lainnya.
- (2) Dinding, plafon/langit-langit, pintu, jendela tidak terdapat lekukan-lekukan (profil) dan tidak berpori yang berpotensi menyimpan debu, material/bahan pelapis dinding anti bakteri.

b) Ventilasi Udara

Pertukaran udara pada ruang perawatan biasa (non intensif) minimal 6x pergantian udara perjam dan untuk ventilasi alami harus lebih dari nilai tersebut serta ruang isolasi minimal 12x pergantian udara perjam. Untuk mengukur pertukaran udara dilakukan dengan menggunakan alat bantu *Velocitymeter/ Anemometer/ Vaneometer* dan dilakukan secara berkala. Ruangan perawatan pasien harus memiliki bukaan jendela yang aman untuk ventilasi alami dan

kebutuhan pencahayaan. Apabila menggunakan ventilasi alami, maka pada malam hari jendela dapat ditutup antara lain dengan tirai yang tidak berpori, bertekstur dan dapat mudah dibersihkan. Selain ventilasi alami, dapat dilakukan dengan ventilasi mekanik dan campuran (*hybrid*).

c) Pencahayaan Ruangan

Pencahayaan ruangan buatan harus mengikuti kriteria yang ditetapkan dengan standar 250 *lux* untuk penerangan 20 dan 50 *lux* untuk pencahayaan tidur. Pencahayaan diukur dengan *luxmeter* pada bidang kerja (tempat tidur).

d) Kelengkapan Tempat Tidur

Setiap tempat tidur di ruang rawat inap memiliki dua kotak kontak dan tidak boleh percabangan/sambungan langsung tanpa pengamanan arus serta, bel perawat (*nurse call*) yang terhubung dengan pos perawat (*nurse station*).

e) Nakas per Tempat Tidur

Setiap tempat tidur memiliki lemari kecil tempat penyimpanan barang pasien yang dilengkapi dengan kunci.

f) Suhu dan Kelembaban Pengaturan

Suhu dalam ruangan rawat inap harus berada pada rentang 20 °C hingga 26 °C (Suhu kamar). Pengaturan kelembaban ruangan adalah $\leq 60\%$. Pengukuran suhu dan kelembaban dilakukan menggunakan *thermometer* dan *hygrometer* ruangan secara berkala.

g) Ruang rawat

Ruang rawat dibagi berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Penyakit (infeksi, non infeksi, bersalin), dan ruang rawat gabung. Ruang rawat inap terpisah berdasarkan jenis kelamin, usia, jenis penyakit (infeksi, noninfeksi, bersalin).

h) Kepadatan Ruang Rawat (kamar) dan Kualitas Tempat Tidur (TT) Kepadatan ruang rawat inap dilihat dari:

- (1) Antar tepi tempat tidur minimal 1,5 m adalah jarak antara tepi tempat tidur ke tepi tempat tidur sebelahnya.
- (2) Jumlah maksimal tempat tidur per ruang rawat inap 4 tempat tidur.
- (3) Ukuran tempat tidur minimal P:200 cm L:90 cm T:50-80 cm. Pada ruang rawat inap anak, ukuran tempat tidur dapat disesuaikan dengan usia.

(4) Pengukuran tempat tidur dari titik luar ke titik luar tempat tidur. Tempat tidur menggunakan minimal 2 posisi yaitu elevasi area kepala dan area kaki (2 *crank*) dan menggunakan pengaman di sisi tempat tidur.

i) Tirai/Partisi Antar Tempat Tidur

Tirai atau partisi antar tempat tidur dapat diatur dengan rel yang dibenamkan atau menempel di plafon dengan jaminan bahan tidak berpori/tidak menyerap air.

j) Kamar Mandi dalam Ruangan Rawat Inap

Setiap ruang rawat inap memiliki minimal 1 kamar mandi. Arah bukaan pintu keluar (jika pasien jatuh dapat dibuka), kunci pintu dapat dibuka dari dua sisi dan memastikan adanya ventilasi (*exhaust fan* atau jendela *boven*).

k) Kamar Mandi Sesuai Dengan Standar *Aksesabilitas*

(1) Ada tulisan/ simbol "*disable*" pada bagian luar.

(2) Memiliki ruang gerak yang cukup untuk pengguna kursi roda.

(3) Dilengkapi pegangan rambat (*handrail*).

(4) Permukaan lantai tidak licin dan tidak boleh menyebabkan genangan.

(5) Bel perawat yang terhubung pada pos perawat

l) *Outlet* Oksigen

Setiap tempat tidur memiliki *outlet* oksigen yang dilengkapi dengan *flowmeter* yang berada pada dinding belakang tempat tidur pasien (*bedhead*).

3) Sistem Informasi

Kesiapan sistem informasi mencakup kemampuan rumah sakit dalam mengelola data dan informasi secara efektif untuk mendukung pelaporan, pengawasan mutu layanan, dan integrasi data dengan BPJS Kesehatan. Hal ini melibatkan keamanan data, kecepatan akses informasi, dan *interoperabilitas* sistem.

Dalam *website* resmi SIMRS Cendana menerbitkan Modul Integrasi BPJS (Cendana, 2024) terakit, data klaim, pembayaran, dan riwayat penggunaan layanan kesehatan peserta BPJS tersedia dalam SIMRS. Ini memungkinkan rumah sakit untuk melakukan analisis kinerja, pemantauan pembayaran, dan pelaporan yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan manajemen.

4) Manajerial

Aspek ini menyangkut kemampuan kepemimpinan rumah sakit dalam membuat perencanaan strategis, mengelola sumber daya, dan mengatur kebijakan internal yang mendukung implementasi KRIS. Tanpa kepemimpinan

yang kuat dan koordinasi lintas bagian, implementasi akan terhambat.

Menurut Tarukallo et al., (2025), keberhasilan pengelolaan rumah sakit sangat bergantung pada penerapan strategi yang efektif dan evaluasi yang berkelanjutan. Penting bagi manajemen untuk menetapkan tujuan yang jelas, melibatkan seluruh staf dalam proses implementasi, dan memastikan bahwa sumber daya yang cukup tersedia. Evaluasi rutin diperlukan untuk mengukur kinerja dan efektivitas strategi yang diterapkan, sehingga perbaikan dapat dilakukan sesuai kebutuhan. Selain itu, kolaborasi dengan pihak-pihak terkait seperti pemerintah, pasien, dan masyarakat sangat penting untuk mencapai tujuan manajemen rumah sakit yang optimal.

5) Regulasi dan administrasi internal

Hal ini didasarkan pada regulasi pemerintah yang mengatur terkait KRIS dimana kelengkapan dokumen pendukung seperti SOP layanan sesuai 12 kriteria KRIS, kebijakan direktur yang mendukung KRIS, serta digitalisasi rekam medis dan dokumen administratif harus menyesuaikan dengan kebijakan nasional. Rumah sakit juga harus mampu menyesuaikan dokumen hukum internal agar sejalan dengan regulasi pemerintah, khususnya terkait implementasi KRIS.

6) Finansial

Rumah sakit membutuhkan anggaran untuk melakukan renovasi ruang rawat inap, pembelian alat baru, pelatihan pegawai, serta biaya transisi sistem. Kesiapan finansial menentukan seberapa cepat dan efektif rumah sakit bisa menyesuaikan diri terhadap kebijakan KRIS.

Sebagaimana yang diungkapkan Leo (2014) dalam Sujito et al., (2022), terbatasnya anggaran yang tersedia menyebabkan kualitas pelayanan publik yang harus diberikan kepada masyarakat juga terbatas. Karena kurangnya insentif yang diberikan kepada pelaksana kebijakan dapat menyebabkan para pelaku kebijakan tidak dapat melaksanakan tugas dan fungsinya secara optimal. Terbatasnya insentif tersebut tidak akan mampu mengubah sikap dan perilaku (disposisi) para pelaku kebijakan. Oleh karena itu, agar para pelaku kebijakan memiliki disposisi (sikap dan perilaku) tinggi dalam melaksanakan kebijakan diperlukan insentif yang cukup. Besar kecilnya insentif tersebut dapat mempengaruhi sikap dan perilaku (disposisi) pelaku kebijakan.

c. Langkah Utama Persiapan Implementasi

Berdasar pandangan Tangkilisan (2003: 18) dalam Rusdiana & Nasihudin (2019), ada tiga langkah kegiatan utama yang

paling penting dalam mempersiapkan untuk implementasi keputusan/kebijakan, yaitu:

- 1) Penafsiran, yaitu merupakan kegiatan yang menterjemahkan makna program kedalam pengaturan yang dapat diterima dan dapat dijalankan; atau disebut juga interpretasi, yaitu aktivitas:
 - a) Respon terhadap Kebijakan;
 - b) Menafsirkan agar kebijakan menjadi program;
 - c) Menafsirkan program menjadi rencana kegiatan;
 - d) Pengarahan program Kegiatan yang tepat agar dapat diterima serta dapat dilaksanakan.
- 2) Organisasi, yaitu merupakan unit atau wadah untuk menempatkan program ke dalam tujuan kebijakan:
 - a) Desain organisasi dan struktur organisasi;
 - b) Pembagian pekerjaan dan desain pekerjaan;
 - c) Integrasi dan koordinasi;
 - d) Perekrutan dan penempatan sumber daya manusia;
 - e) Hak, wewenang dan kewajiban;
 - f) Pendelegasian (Sentralisasi dan Desentralisasi);
 - g) Pengembangan kapasitas organisasi dan kapasitas sumber daya manusia;
 - h) Budaya organisasi.

3) Aplikasi, berhubungan dengan:

- a) Perlengkapan rutin bagi pelayanan;
- b) Pembayaran atau lainnya yang disesuaikan dengan tujuan atau perlengkapan program;

2. Implementasi

a. Definisi Implementasi

Menurut Winarno (2002) dalam Kaendung et al., (2021), implementasi adalah tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang digariskan dalam keputusan kebijakan. Implementasi merupakan tindakan oleh individu, pejabat, kelompok badan pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam suatu keputusan tertentu. Badan-badan tersebut melaksanakan pekerjaan pemerintah yang membawa dampak pada warga negaranya. Sebagaimana yang dijelaskan oleh Rusdiana & Nasihudin (2019), Implementasi Kebijakan Menurut Para Ahli, diantaranya: Menurut Patton dan Sawicki (1993:199), bahwa implementasi berkaitan dengan berbagai kegiatan yang diarahkan untuk merealisasikan/melaksanakan program, dimana pada posisi ini eksekutif mengatur cara untuk mengorganisir, mengintegrasikan dan menerapkan kebijakan yang telah diseleksi. Sehingga dengan

mengorganisir, seorang eksekutif mampu mengatur secara efektif dan efisien sumber daya. Unit-unit dan teknik yang dapat mendukung pelaksanaan program, serta melakukan interpretasi terhadap perencanaan yang telah dibuat, dan petunjuk yang dapat diikuti dengan mudah bagi realisasi program yang dilaksanakan.

Implementasi merupakan tahap merealisasi tujuan dari sebuah program, yang sangat perlu diperhatikan adalah persiapan implementasi, yaitu memikirkan dan menghitung secara matang berbagai kemungkinan keberhasilan dan kegagalan, termasuk hambatan atau peluang-peluang yang ada dan kemampuan organisasi untuk melaksanakan program. Implementasi kebijakan merupakan pelaksanaan dari apa yang telah diputuskan legislatif atau para pengambil keputusan sehingga kurang berpengaruh. Dalam kenyataannya dapat dilihat sendiri bahwa betapa hebatnya suatu rencana program atau kegiatan apabila tidak direalisasikan dengan baik dan benar maka program atau kegiatan akan menjadi sia-sia. Implementasi membutuhkan para pelaksana yang benar-benar jujur, memiliki kompetensi yang sesuai, komitmen tinggi untuk menghasilkan apa yang menjadi tujuannya, dan benar-benar memperhatikan rambu-rambu peraturan pemerintah yang berlaku (Syahrudin, 2019).

b. Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan

Dalam buku yang ditulis oleh Pramono (2022), faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi, dikenal beberapa model implementasi George C. Edwards III dalam Agustino (2006) mengajukan empat variabel atau faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan, yaitu:

1) Komunikasi

Untuk menjamin keberhasilan implementasi kebijakan, pelaksana harus mengetahui apa yang harus dilakukan berkaitan dengan pelaksanaan kebijakan tersebut. Selain itu, kelompok sasaran kebijakan juga harus diinformasikan mengenai apa yang akan menjadi tujuan dan sasaran kebijakan. Hal ini penting untuk menghindari adanya resistensi dari kelompok sasaran.

2) Sumber Daya

Keberhasilan implementasi kebijakan selain ditentukan oleh kejelasan informasi, juga ditentukan oleh sumber daya yang dimiliki oleh *implementor*. Tanpa sumber daya yang memadai, tentu implementasi kebijakan tidak akan berjalan secara optimal. Sumber daya sebagai pendukung implementasi kebijakan dapat berwujud sumber daya manusia yakni kompetensi *implementator*, dan sumber daya finansial.

3) Disposisi

Disposisi yang dimaksud adalah menyangkut watak dan karakteristik oleh *implementator*, seperti; komitmen, kejujuran, sifat demokrasi dsb. Disposisi yang dimiliki oleh *implementor* menjadi salah satu variabel penting dalam implementasi kebijakan.

4) Struktur Birokrasi

Birokrasi merupakan struktur organisasi yang bertugas untuk mengimplementasikan kebijakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Untuk mendukung keberhasilan implementasi kebijakan diperlukan sebuah prosedur operasional yang standar (*Standard Operational Procedures* atau SOP). SOP diperlukan sebagai pedoman operasional bagi setiap *implementor* kebijakan.

Sedangkan menurut Mazmanian dan Sabatier dalam Suharno (2013) ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan, yakni:

1) Karakteristik masalah (*tractability of the problems*)

meliputi beberapa faktor sebagai berikut:

- a) Tingkat kesulitan teknis dari masalah yang bersangkutan.
- b) Tingkat kemajemukan dari kelompok sasaran.
- c) Proporsi kelompok sasaran terhadap total populasi.

d) Cakupan perubahan perilaku yang diharapkan

2) Karakteristik kebijakan (*ability of statute to structure implementation*) mencakup beberapa hal, yaitu:

- a) Kejelasan isi kebijakan.
- b) Seberapa jauh kebijakan tersebut memiliki dukungan teoritis.
- c) Besarnya alokasi sumber daya finansial terhadap kebijakan tersebut.
- d) Seberapa besar adanya keterpautan dan dukungan antar berbagai institusi pelaksana.
- e) Kejelasan dan konsistensi aturan yang ada pada badan pelaksana.
- f) Tingkat komitmen aparat terhadap tujuan kebijakan.
- g) Seberapa luas akses kelompok-kelompok luar untuk berpartisipasi dalam implementasi kebijakan.

3) Variabel lingkungan (*nonstatutory variables affecting implementation*), meliputi beberapa faktor, yaitu:

- a) Kondisi sosial ekonomi masyarakat dan tingkat kemajuan teknologi
- b) Dukungan publik terhadap sebuah kebijakan.
- c) Sikap dari kelompok pemilih (*constituency groups*).

Pemikiran Mazmanian dan Sabatier dalam Suharno (2013) ini menganggap bahwa suatu implementasi akan efektif apabila birokrasi pelaksanaannya mematuhi apa yang telah

digariskan oleh peraturan (petunjuk pelaksana, petunjuk teknis). Oleh karena itu model ini disebut *top down*.

Menurut Grindle (1980) dalam Subarsono (2005), implementasi ditentukan oleh isi kebijakan dalam konteks implementasi, dalam hal ini meliputi isi kebijakan mencakup:

- 1) Kepentingan yang terpengaruhi oleh kebijakan.
- 2) Jenis manfaat yang akan dihasilkan.
- 3) Derajat perubahan yang diinginkan.
- 4) Kedudukan pembuat kebijakan.
- 5) Siapa pelaksana program.
- 6) Sumber daya yang dikerahkan

Sementara itu konteks kebijakan, meliputi:

- 1) Kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat.
- 2) Karakteristik lembaga dan penguasa.
- 3) Kepatuhan serta daya tangkap pelaksana.

Kebijakan publik berbentuk apapun sebenarnya mengandung resiko untuk gagal. Model implementasi kebijakan yang berada pada model *Top Dwon* yang dikemukakan oleh Hogwood dan Gunn (1986) dalam (Solichin, 2012;128) telah membagi pengertian kegagalan kebijakan (*policy failure*) ini dalam dua kategori besar, yaitu: *Non-implementation* (tidak terimplementasikan), dan *Unsuccessful implementation* (implementasi yang tidak berhasil).

c. Faktor yang Mempengaruhi Kegagalan

Peters (1982) dalam (Tangkilisan, 2003:22) dikutip kembali dalam buku (Rusdiana & Nasihudin, 2019), menyatakan bahwa implementasi kebijakan yang gagal disebabkan beberapa faktor:

1) Informasi

Kekurangan informasi dengan mudah mengakibatkan adanya gambaran yang kurang tepat baik kepada obyek kebijakan maupun kepada para pelaksana dan isi kebijakan yang akan dilaksanakannya dan basil-basil dan kebijakan itu.

2) Isi Kebijakan

Implementasi kebijakan dapat gagal karena masih samarnya isi atau tujuan kebijakan atau ketidaktepatan atau ketidaktegasan intern ataupun ekstern atau kebijakan itu sendiri, menunjukkan adanya kekurangan yang sangat berarti atau adanya kekurangan yang menyangkut sumber daya pembantu.

3) Dukungan

Implementasi kebijakan publik akan sangat sulit bila pada pelaksanaannya tidak cukup dukungan untuk kebijakan tersebut.

4) Pembagian Potensi

Hal ini terkait dengan pembagian potensi diantaranya para aktor implementasi dan juga mengenai organisasi pelaksana dalam kaitannya dengan diferensiasi tugas dan wewenang.

d. Hambatan dalam Proses Implementasi

Menurut Nuryanto & Sugiyanto (2024), tantangan dalam implementasi kebijakan publik dapat menimbulkan hambatan besar yang menghambat keberhasilan pelaksanaan kebijakan. Tantangan-tantangan ini, yang sering disebut sebagai "hambatan implementasi", dapat berasal dari berbagai sumber, termasuk penolakan dari pemangku kepentingan utama. Desain kebijakan yang salah adalah tantangan umum lainnya yang dapat muncul karena kurangnya pemahaman terhadap masalah, kurangnya pengetahuan tentang konteks implementasi, atau ketidakselarasan dengan kebutuhan pemangku kepentingan. Kegiatan Pemantauan dan Evaluasi (M&E), meskipun penting untuk menilai efektivitas kebijakan, juga dapat menimbulkan tantangan, khususnya dalam menavigasi proses implementasi yang kompleks.

Menurut Turner dan Hulme, (1997) dalam Keban (2008) didalam buku milik Syahrudin (2019) hambatan dari dalam dapat dilihat dari ketersediaan dan kualitas *input* yang

digunakan seperti Sumber Daya Manusia, dana, struktur organisasi, informasi, sarana dan fasilitas yang dimiliki, serta aturan, sistem dan prosedur yang harus digunakan. Dan hambatan dari luar dapat dibedakan atas semua kekuatan yang berpengaruh langsung ataupun tidak langsung kepada proses implementasi itu sendiri, seperti peraturan atau kebijakan pemerintah, kelompok sasaran, kecenderungan ekonomi, politik, kondisi sosial budaya.

3. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Sebagaimana yang dimaksud dalam Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, menggolongkan BPJS menjadi dua program Jaminan sosial yakni BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan, keduanya penting untuk melindungi warga negara Indonesia. BPJS kesehatan fokus pada jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat, sementara BPJS ketenagakerjaan memberikan perlindungan sosial bagi pekerja. Pemahaman lebih mendalam terkait BPJS Kesehatan yakni sebagai berikut.

a. Definisi BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan badan hukum publik yang dibentuk berdasarkan Undang - Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Sebagai institusi pelaksana Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), BPJS Kesehatan memiliki

mandat besar dalam menjamin akses pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas bagi seluruh rakyat Indonesia.

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2014), BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional. Program ini merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang bertujuan memberikan perlindungan sosial kepada seluruh penduduk agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup layak.

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Sasaran Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini adalah seluruh komponen mulai dari pemerintah (pusat dan daerah), BPJS, fasilitas kesehatan, peserta dan pemangku kepentingan lainnya sebagai acuan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Ruang lingkup pengaturan dalam Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini meliputi penyelenggaraan, peserta dan kepesertaan, pelayanan

kesehatan, pendanaan, badan penyelenggara dan hubungan antar lembaga, *monitoring* dan evaluasi, pengawasan, dan penanganan keluhan.

- b. Tugas, wewenang, hak dan kewajiban BPJS Kesehatan Dalam Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional (BPJS), menjelaskan tentang tugas, wewenang, hak, dan kewajiban dari BPJS.

Tugas BPJS Kesehatan sebagaimana yang telah diatur, yakni:

- 1) Melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
- 2) Memungut dan mengumpulkan iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
- 3) Menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah;
- 4) Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
- 5) Mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
- 6) Membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial dan memberikan informasi mengenai penyelenggaraan;
- 7) Program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

Wewenang BPJS Kesehatan, yaitu:

- 1) Menagih pembayaran iuran;
- 2) Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek *likuiditas*, *solvabilitas*, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- 3) Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- 4) Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- 5) Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- 6) Mengenaikan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- 7) Melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- 8) Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

BPJS Kesehatan berhak untuk:

- 1) Memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 2) Memperoleh hasil *monitoring* dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

Kewajiban BPJS Kesehatan seperti:

- 1) Memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta;
- 2) Mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta;
- 3) Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya;
- 4) Memberikan Manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan Undang - Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- 5) Memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku;

- 6) Memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya;
- 7) Memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- 8) Memberikan informasi kepada Peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- 9) Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuaria yang lazim dan berlaku umum;
- 10) Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial; dan
- 11) Melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk Kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

c. Alasan Pembentukan BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan dibentuk sebagai perwujudan amanat dari Undang - Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang - Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Latar belakang pembentukan lembaga ini adalah untuk menjamin bahwa setiap warga negara Indonesia memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang adil,

merata, dan terjangkau, tanpa memandang status ekonomi. Sebelum adanya BPJS Kesehatan, sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia bersifat fragmentaris dan tidak mencakup seluruh penduduk, sehingga menyebabkan ketimpangan pelayanan dan akses bagi kelompok miskin dan rentan (Fajriansyah, 2022).

BPJS Kesehatan bertujuan mengintegrasikan berbagai program jaminan kesehatan yang telah ada sebelumnya, seperti Askes dan Jamkesmas, ke dalam satu sistem nasional berbasis prinsip asuransi sosial. Sistem ini berlandaskan pada solidaritas dan gotong royong, di mana peserta yang mampu ikut menanggung beban peserta yang kurang mampu melalui sistem iuran. Hal ini juga merupakan bagian dari komitmen negara untuk memenuhi hak konstitusional warga negara atas pelayanan kesehatan, sebagaimana tertuang dalam Pasal 28 huruf H ayat (1) UUD 1945 (Wiasa, 2022). BPJS Kesehatan secara resmi mulai beroperasi pada 1 Januari 2014 dengan target mencakup seluruh penduduk Indonesia dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Selain sebagai upaya pemerataan akses kesehatan, BPJS Kesehatan dibentuk untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pembiayaan layanan kesehatan melalui sistem klaim berbasis *INA-CBG's (Indonesia Case-Based Groups)*.

Dengan sistem ini, pemerintah dapat mengendalikan biaya kesehatan secara lebih sistematis dan transparan. BPJS Kesehatan juga diharapkan menjadi instrumen penting dalam mencapai *Universal Health Coverage (UHC)* yang ditargetkan secara global oleh WHO. Menurut Alkayis (2024), pembentukan BPJS juga menjadi tonggak penting dalam transformasi sistem kesehatan nasional menuju layanan yang berbasis nilai (*value-based healthcare*).

- d. Pihak yang terlibat dalam BPJS Kesehatan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melibatkan berbagai pihak, tidak hanya BPJS sebagai penyelenggara utama tetapi juga masyarakat sebagai peserta, fasilitas kesehatan serta kementerian terkait. Berikut merupakan penjelasan mengenai beberapa pihak yang terlibat dalam BPJS:

1) Peserta BPJS Kesehatan

Peserta BPJS Kesehatan merupakan penerima manfaat utama yang terdiri dari Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan peserta mandiri (pekerja formal/informal). BPJS Kesehatan bertujuan memberikan perlindungan kesehatan menyeluruh bagi seluruh peserta melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) (BPK, 2011).

Berdasarkan laporan BPJS Kesehatan per 30 April 2025, jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah

mencapai 279.981.920 jiwa, yang mencakup sekitar 99% populasi Indonesia dan mendekati target *Universal Health Coverage* (UHC) 2025. Komposisi peserta didominasi oleh Penerima Bantuan Iuran (PBI) sebesar 41,1%, menunjukkan tingginya ketergantungan pada subsidi pemerintah, diikuti oleh Penduduk yang didaftarkan Pemerintah Daerah sebesar 21,1%, Pekerja Penerima Upah (PPU) Non Penyelenggara Negara 16,2%, Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) sebesar 12,1%, dan Pekerja Penerima Upah (PPU) Negara sebesar 7,1% yang relatif rendah (BPJS Kesehatan, 2025).

2) Fasilitas Kesehatan Mitra BPJS Kesehatan

Fasilitas kesehatan mitra BPJS meliputi puskesmas, klinik, dan rumah sakit yang telah terdaftar dan memenuhi standar pelayanan JKN. Fasilitas kesehatan ini berperan sebagai penyedia layanan kesehatan bagi peserta BPJS sesuai dengan ketentuan dan prosedur yang berlaku (BPK, 2014).

Berdasarkan laporan BPJS Kesehatan per 30 April 2025, terlihat perkembangan signifikan dalam infrastruktur pelayanan kesehatan di Indonesia. Jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) telah mencapai 23.460 unit, menunjukkan upaya perluasan akses layanan kesehatan dasar. Sementara itu, Fasilitas Kesehatan

Rujukan Tingkat Lanjutan terdiri dari 3.138 Rumah Sakit/Klinik Utama dan 5.725 Apotek/Optik, yang mencerminkan peningkatan kapasitas pelayanan rujukan (BPJS Kesehatan, 2025).

3) Pemerintah dan Regulator

Kementerian Kesehatan dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) berperan sebagai regulator yang menyusun kebijakan dan mengawasi pelaksanaan program JKN. Pemerintah juga bertanggung jawab dalam memberikan subsidi iuran bagi peserta PBI (BPK, 2018). Pemerintah Indonesia telah mengalokasikan anggaran kesehatan sebesar Rp217,3 triliun untuk tahun 2025, yang mencakup sekitar 6% dari total Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) 2025. Meskipun Undang - Undang Kesehatan No. 17 Tahun 2023 menghapus ketentuan *mandatory spending*, alokasi anggaran kesehatan tetap dijaga di atas 5% (Kemenkes, 2024).

e. Sejarah Pembentukan BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Undang - Undang ini merupakan bagian dari mandat pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional sebagaimana diamanatkan dalam Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

(SJSN). Dalam UU No. 24 Tahun 2011, dinyatakan bahwa BPJS terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Tujuan pembentukan BPJS adalah untuk memastikan terpenuhinya hak setiap warga negara atas jaminan sosial, termasuk jaminan kesehatan yang menyeluruh dan berkesinambungan.

Secara resmi, BPJS Kesehatan mulai beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014, menggantikan fungsi dan peran PT Askes (Persero) yang sebelumnya menjadi penyelenggara program asuransi kesehatan bagi PNS, pensiunan, dan kelompok tertentu lainnya. Dengan berlakunya UU BPJS, maka Askes secara hukum dikonversi menjadi BPJS Kesehatan dan mulai menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara nasional (Pertahanan, 2014).

f. Akses Layanan BPJS Kesehatan

Permenkes No. 5 Tahun 2018 menjelaskan bahwa BPJS Kesehatan dapat diakses pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang disingkat FKTP merupakan fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non *spesialistik* untuk keperluan observasi, *promotif*, *preventif*, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya. FKTP meliputi puskesmas,

klinik pratama, dokter praktik perorangan, dan rumah sakit kelas D yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang disingkat FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat *spesialistik* atau sub *spesialistik* yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus. FKRTL meliputi klinik utama, rumah sakit kelas B, C, dan A yang menjadi mitra BPJS Kesehatan.

Peserta BPJS Kesehatan juga memiliki kemudahan dalam mengakses layanan kesehatan di luar wilayah domisili yang terdaftar. Sesuai dengan ketentuan BPJS Kesehatan, peserta dapat mengunjungi FKTP di wilayah lain hingga tiga kali dalam satu bulan dengan menunjukkan kartu BPJS dan identitas diri. Kebijakan ini memberikan fleksibilitas bagi peserta yang sedang bepergian atau tinggal sementara di luar domisili, sehingga tidak kehilangan akses layanan kesehatan yang menjadi haknya.

- g. Sistem Kerja Pembiayaan dan Iuran BPJS Kesehatan
- Asuransi kesehatan merupakan salah satu cara alternatif dalam pembiayaan pelayanan kesehatan yang akan terus berkembang. Asuransi kesehatan dapat berperan sebagai salah satu instrumen pembiayaan yang hasilnya dapat meraih tujuan *Universal Health Coverage (UHC)*. *World*

Health Organization (WHO) mendorong negara-negara di dunia agar memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakatnya dalam bentuk asuransi komersial maupun sosial. Pada dasarnya asuransi kesehatan dapat didefinisikan sebagai memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa melihat keadaan ekonominya. sehingga ada pihak yang menjamin/penanggung (*insurer*) dan pihak yang dijamin/tertanggung (*insured*) (Yusrani et al., 2023).

Sistem kerja pembiayaan dan iuran dalam BPJS Kesehatan dirancang untuk mewujudkan prinsip keadilan sosial melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib. Tujuan utamanya adalah memastikan seluruh penduduk Indonesia memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas tanpa mengalami beban finansial yang berat. BPJS Kesehatan mengelola dana dari berbagai sumber, termasuk iuran peserta, subsidi pemerintah, dan dana kapitasi, untuk mendukung keberlanjutan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Indonesia AIDS Coalition).

Rumah sakit umum dan pusat layanan primer memiliki beban biaya operasional yang berbeda dibandingkan dengan klinik atau layanan darurat swasta. Sistem tarif INA-CBGs berusaha menyeimbangkan hal ini, namun tetap sulit mengakomodasi variasi kompleksitas kasus secara adil.

Penetapan tarif oleh pemerintah tidak selalu selaras dengan realita kebutuhan dan biaya operasional rumah sakit (Alayda et al., 2024).

4. Kelas Rawat Inap Standar (KRIS)

a. Definisi

Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional (KRIS JKN) merupakan kelas layanan rawat inap rumah sakit pada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang ditanggung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan menstandarisasi minimum Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional (KRIS JKN) melalui 12 kriteria yang harus dipenuhi oleh rumah sakit, menuju kelas tunggal, dengan mengutamakan keselamatan pasien dan standar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), serta dimungkinkan naik kelas bagi peserta selain Penerima Bantuan Iuran (PBI) atas pembiayaan sendiri, pemberi kerja atau asuransi kesehatan tambahan (Kemenkes, 2024).

b. Kriteria

Penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) dengan jumlah kelas ruang rawat inap dapat dilakukan secara bertahap. Berdasarkan *roadmap* yang diusulkan oleh BPJS Kesehatan, penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) atau kelas tunggal dimulai pada tahun 2022-2023 dengan menerapkan

Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang selanjutnya pada tahun 2024-2025 akan diimplementasikan ke seluruh rumah sakit pemerintah dan beberapa rumah sakit swasta, dan dilakukan secara menyeluruh di rumah sakit pemerintah dan swasta pada tahun 2025-2026. Dengan melakukan uji coba penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) pada tahun 2022-2023 dan penerapan pertahapan menjadi dua kelas rawat inap pada tahun 2025-2026, dapat menjadi investasi awal dalam pencegahan dan menghasilkan penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang lebih efektif dan efisien (Candaika, 2022).

Kelas rawat inap standar mempunyai 12 kriteria yang harus dipenuhi, antara lain:

1) Komponen bangunan

Komponen bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. Objek komponen-komponen bangunan yang di cek, antara lain:

- a) Lantai Permukaan lantai terbuat dari bahan yang kuat, halus, kedap air mudah dibersihkan, tidak licin, permukaan rata, tidak genangan air, bergelombang, dan tidak menimbulkan risiko atau bahaya lainnya.
- b) Dinding, plafon/langit-langit, pintu, jendela tidak terdapat lekukan-lekukan (profil) dan tidak berpori

yang berpotensi menyimpan debu, material/bahan pelapis dinding anti bakteri.

2) Ventilasi Udara

Pertukaran udara pada ruang perawatan biasa (non intensif) minimal 6x pergantian udara perjam dan untuk ventilasi alami harus lebih dari nilai tersebut serta ruang isolasi minimal 12x pergantian udara perjam. Untuk mengukur pertukaran udara dilakukan dengan menggunakan alat bantu *Velocitymeter/ Anemometer/ Vaneometer* dan dilakukan secara berkala. Ruangan perawatan pasien harus memiliki bukaan jendela yang aman untuk ventilasi alami dan kebutuhan pencahayaan. Apabila menggunakan ventilasi alami, maka pada malam hari jendela dapat ditutup antara lain dengan tirai yang tidak berpori, bertekstur dan dapat mudah dibersihkan. Selain ventilasi alami, dapat dilakukan dengan ventilasi mekanik dan campuran (*hybrid*).

3) Pencahayaan Ruangan

Pencahayaan ruangan buatan harus mengikuti kriteria yang ditetapkan dengan standar 250 *lux* untuk penerangan 20 dan 50 *lux* untuk pencahayaan tidur. Pencahayaan diukur dengan *luxmeter* pada bidang kerja (tempat tidur).

4) Kelengkapan Tempat Tidur

Setiap tempat tidur di ruang rawat inap memiliki 2 kotak kontak dan tidak boleh percabangan/sambungan langsung tanpa pengamanan arus serta bel perawat (*nurse call*) yang terhubung dengan pos perawat (*nurse station*).

5) Nakas per Tempat Tidur

Setiap tempat tidur memiliki lemari kecil tempat penyimpanan barang pasien yang dilengkapi dengan kunci.

6) Suhu dan Kelembapan Pengaturan

Suhu dalam ruangan rawat inap harus berada pada rentang 20 °C hingga 26 °C (Suhu kamar). Pengaturan kelembaban ruangan adalah $\leq 60\%$. Pengukuran suhu dan kelembaban dilakukan menggunakan *thermometer* dan *hygrometer* ruangan secara berkala.

7) Ruang rawat

Ruang rawat dibagi berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Penyakit (infeksi, non infeksi, bersalin), dan ruang rawat gabung. Ruang rawat inap terpisah berdasarkan jenis kelamin, usia, jenis penyakit (infeksi, noninfeksi, bersalin).

8) Kepadatan Ruang Rawat (kamar) dan Kualitas Tempat Tidur (TT) Kepadatan ruang rawat inap dilihat dari:

- a) Antar tepi tempat tidur minimal 1,5 m adalah jarak antara tepi tempat tidur ke tepi tempat tidur sebelahnya.
- b) Jumlah maksimal tempat tidur per ruang rawat inap 4 tempat tidur.
- c) Ukuran tempat tidur minimal P:200 cm L:90 cm T:50-80 cm. Pada ruang rawat inap anak, ukuran tempat tidur dapat disesuaikan dengan usia.
- d) Pengukuran tempat tidur dari titik luar ke titik luar tempat tidur. Tempat tidur menggunakan minimal 2 posisi yaitu elevasi area kepala dan area kaki (2 *crank*) dan menggunakan pengaman di sisi tempat tidur.

9) Tirai/Partisi Antar Tempat Tidur

Tirai atau partisi antar tempat tidur dapat diatur dengan rel yang dibenamkan atau menempel di plafon dengan jaminan bahan tidak berpori/ tidak menyerap air.

10) Kamar Mandi dalam Ruangan Rawat Inap

Setiap ruang rawat inap memiliki minimal 1 kamar mandi. Arah bukaan pintu keluar (jika pasien jatuh dapat dibuka), kunci pintu dapat dibuka dari dua sisi dan memastikan adanya ventilasi (*exhaust fan* atau jendela *boven*).

11) Kamar Mandi Sesuai Dengan Standar Aksesabilitas

- a) Ada tulisan/symbol "*disable*" pada bagian luar.
- b) Memiliki ruang gerak yang cukup untuk pengguna kursi roda.
- c) Dilengkapi pegangan rambat (*handrail*).
- d) Permukaan lantai tidak licin dan tidak boleh menyebabkan genangan.
- e) Bel perawat yang terhubung pada pos perawat.

12) *Outlet* Oksigen

Setiap tempat tidur memiliki *outlet* oksigen yang dilengkapi dengan *flowmeter* yang berada pada dinding belakang tempat tidur pasien (*bedhead*).

B. Penelitian Terdahulu

Berdasar penelusuran pustaka yang penulis lakukan, ada beberapa penelitian terdahulu yang relevan dengan penelitian ini, diantaranya :

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No	Judul	Penulis	Tahun	Desain	Hasil	Perbedaan
1	Analisis Kesiapan Implementasi Kelas Rawat Inap Standar: Studi Kasus Di Wilayah Kabupaten Tangerang (PP NO 47 TAHUN 2021)	Devi Afni, Adang Bachtiar (2022)	2022	Kuantitatif	Kesiapan RS di akhir tahun 2021, untuk KRIS masih kurang dari 60% RS yang baru memenuhi kriteria kepadatan ruangan (luas ruangan per TT, jarak antar TT minimal 1,5 m 2, jumlah maksimal TT per ruangan); untuk ruang intensif terpenuhi 23% RS; untuk ruang isolasi terpenuhi 36% RS; serta 15%-20% terpenuhi dokter spesialis purna waktu di RS swasta dan 100% di RS pemerintah (secara kuantitas bukan kualitas).	Penelitian Devi Afni dan Adang Bhatiar (2022) berfokus pada kesiapan rumah sakit di Kabupaten Tangerang dalam memenuhi kriteria fisik KRIS berdasarkan PP No. 47 Tahun 2021, terutama dari aspek kepadatan ruang dan fasilitas rawat inap. Sementara itu, penelitian ini mengacu pada Perpres No. 59 Tahun 2024 yang

							lebih mutakhir, dengan pendekatan kualitatif dan kerangka konsep yang lebih luas, mencakup kesiapan sarana prasarana, SDM, manajemen rumah sakit, kebijakan internal, serta sistem informasi dan komunikasi. Penelitian ini juga mendalami kesiapan manajerial Rumah Sakit Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO dalam menghadapi implementasi KRIS secara menyeluruh.
2	Analisis Rumah Sakit Bhayangkara TK II Medan Terhadap Pelaksanaan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS)	Kesiapan Rumah Sakit Bhayangkara TK II Medan Terhadap Pelaksanaan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS)	Miftahul Qurnaini Mz, Masdalina Pan, Johansen Hutajulu, Mido Ester J.	2023	Kualitatif	RS Bhayangkara TK II Medan siap dalam melaksanakan KRIS yang diusungkan oleh DJSN. Hal ini dapat dilihat dengan upaya RS Bhayangkara TK II Medan yang terus melakukan sosialisasi dan hubungan baik dengan pasien, pembenahan infrastruktur dan perluasan bangunan rawat inap	Penelitian Miftahul Qurnaini dkk. (2023) menganalisis kesiapan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat II Medan terhadap pelaksanaan KRIS dengan pendekatan kualitatif yang menekankan aspek sarana

			Sitorus, Daniel Ginting (2023)			prasarana, SDM, dan strategi implementasi menggunakan analisis SWOT. Sementara itu, penelitian saya menggunakan dasar regulasi yang lebih mutakhir, yaitu Perpres No. 59 Tahun 2024, dan fokus pada kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dari lima dimensi: sarana prasarana, SDM, manajemen rumah sakit, kebijakan internal, serta sistem informasi dan komunikasi. Penelitian ini lebih menekankan pada analisis manajerial dan institusional secara menyeluruh dalam menghadapi implementasi KRIS.
3	Kesiapan RSUD Dr. Azura Arisa, 2023 H. Moch Anshari Sri Purwanti,	Mixed Methods	Hasil penelitian didapatkan 85% RS telah mempersiapkan 12 kriteria KRIS JKN			Penelitian Azura Arisa, Sri Purwanti, dan Rima Dihati (2023)

Shaleh Banjarmasin Rima Diaty
Menghadapi Regulasi (2023)
PP No 47 2021
Tentang Implementasi
Kelas Rawat Inap
Standar (KRIS) JKN di
Tahun 2022

mengkaji kesiapan RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin dalam menghadapi implementasi KRIS berdasarkan PP No. 47 Tahun 2021, dengan fokus pada pemenuhan 12 kriteria ruang rawat inap seperti ventilasi, pencahayaan, dan fasilitas kamar mandi. Pendekatan yang digunakan bersifat deskriptif kuantitatif. Sementara itu, penelitian saya mengacu pada regulasi yang lebih baru, yaitu Perpres No. 59 Tahun 2024, dan menggunakan pendekatan kualitatif untuk menganalisis kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo secara menyeluruh, mencakup aspek sarana prasarana, SDM,

						manajemen, kebijakan internal, dan sistem informasi.
4	Analisis Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin Bandar Lampung dalam Mempersiapkan Kamar Rawat Inap Standar (Peraturan Pemerintah no. 47 tahun 2021)	Kesiapan Sakit	Hardwiko Defityanto, Samino, Lolita Sary, Riyanti (2022)	2022	Deskriptif	Hasil: Dari observasi dan pengukuran didapatkan bahan bangunan terpenuhi 30%. Ventilasi udara ada diseluruh ruangan namun tertutup oleh triplek atau <i>plastic fiber</i>. Pencahayaan ruangan rata-rata 72,3 lux. Suhu udara rata-rata 34 0C. Setiap tempat tidur sudah memiliki 1 kotak kontak, dan Pembagian ruangan sudah terbagi berdasarkan Indikator. Kepadatan ruangan rata-rata 7 tempat tidur dalam satu ruangan. Kamar mandi seluruhnya telah berada di dalam. Kelengkapan kamar mandi ditemukan 30% sudah memiliki tulisan simbol <i>disable</i>, 10 % sudah siap untuk akses kursi roda, 30% terpasang <i>handrail</i>, <i>nurse call</i> belum terpasang. <i>Outlet</i> oksigen rata-rata 2 dalam satu ruangan Penelitian Hardwiko, Devianto, Samino, Lolita, Sari, dan Rianti (2022) menganalisis kesiapan Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin (RSPBA) Bandar Lampung dalam mempersiapkan implementasi KRIS berdasarkan PP No. 47 Tahun 2021, dengan fokus utama pada evaluasi infrastruktur dan pemenuhan 12 kriteria KRIS secara fisik. Penelitian tersebut menitikberatkan pada kesiapan teknis sarana prasarana sebagai indikator utama. Sementara itu, penelitian saya mengacu pada Perpres No. 59 Tahun 2024 yang lebih mutakhir, dengan

								pendekatan kualitatif dan cakupan analisis yang lebih luas, meliputi kesiapan sarana prasarana, sumber daya manusia, manajemen, kebijakan internal, serta sistem informasi komunikasi di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo.
5	Kajian Kesiapan RSUD Kota Salatiga Dalam Menghadapi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS)	Sri Nurul Kur'aini, Anggi Napida Anggraini, Anggi Putri Ariagita, Mesaluna Sita Hapsari, Suci Dewi Anggraini (2023)	2023	Mixed Methods	Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Salatiga 80% lebih sudah sesuai standar namun terdapat beberapa sarana dan prasarana yang belum sesuai standar seperti kamar mandi yang tidak terdapat tanda atau simbol dan jarak anatara tempat tidur satu dengan tempat tidur lainnya masih sempit sehingga akses jalannya cukup kesulitan	Penelitian Sri Nurul Quraini, Anggi Nabida, Anggraini, Anggi Putri, Arya Gita, Mesalunasi Tahap Sehari, dan Suci Dewi Anggraini (2023) mengkaji kesiapan RSUD Kota Salatiga dalam menghadapi kebijakan KRIS dengan menitikberatkan pada pemenuhan standar fasilitas rawat inap dan keterbatasan sarana prasarana berdasarkan kebijakan yang		

berlaku saat itu. Pendekatannya bersifat deskriptif dengan fokus pada implementasi teknis di rumah sakit pemerintah. Sementara itu, penelitian saya mengacu pada Perpres No. 59 Tahun 2024 dan dilakukan di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo, rumah sakit swasta tipe B. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dan mencakup analisis lebih luas, tidak hanya kesiapan sarana, tetapi juga SDM, manajemen internal, kebijakan rumah sakit secara menyeluruh.

C. Kerangka Konseptual

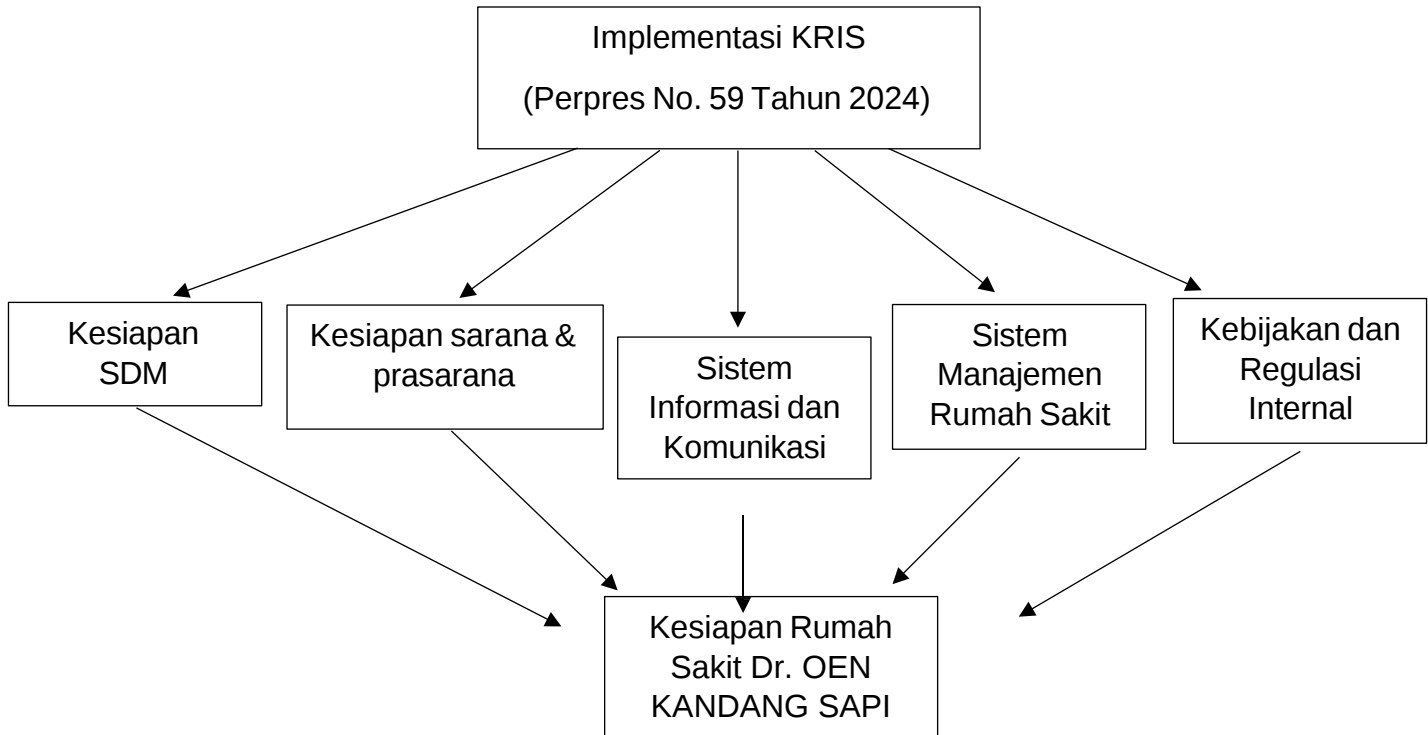
Kerangka konsep merupakan hasil identifikasi yang sistematis dan analisis yang kritis terhadap teori-teori yang ada di kaitkan dengan masalah penelitian yang diikat. Dengan demikian setiap penelitian dapat mengembangkan kerangka konsep dengan mengkombinasikan teori-teori yang berkaitan dengan tema penelitian atau lebih spesifik lagi sesuai dengan variabel-variabel yang ada dalam penelitian yang direncanakan (Sucipto, 2020).

Kesiapan rumah sakit dipengaruhi oleh beberapa faktor utama, antara lain:

1. Sarana dan prasarana (ketersediaan 12 kriteria standar KRIS)
2. Sumber daya manusia (kompetensi dan pengetahuan terkait kebijakan KRIS)
3. Manajemen rumah sakit (dukungan kebijakan internal, perencanaan dan strategi implementasi)
4. Kebijakan dan regulasi (Perpres Nomor 59 Tahun 2024)
5. Komunikasi dan koordinasi (antar unit pelayanan dan dengan pihak eksternal seperti BPJS kesehatan)

Kerangka konsep ini mengacu pada hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa kesiapan fasilitas dan dukungan kebijakan sangat menentukan keberhasilan implementasi KRIS.

Kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada Gambar 2.1 menggambarkan hubungan antara implementasi KRIS berdasarkan Perpres No. 59 Tahun 2024 dengan berbagai aspek kesiapan rumah sakit. Implementasi KRIS dipengaruhi oleh lima faktor utama, yaitu kesiapan sumber daya manusia (SDM), kesiapan sarana dan prasarana, sistem informasi dan komunikasi, sistem manajemen rumah sakit, serta kebijakan dan regulasi internal. Setiap faktor tersebut berperan penting dalam mendukung kesiapan rumah sakit dalam menghadapi penerapan KRIS. Seluruh komponen saling berkaitan dan berkontribusi terhadap keberhasilan implementasi

KRIS secara menyeluruh. Dengan demikian, kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam melaksanakan KRIS sangat dipengaruhi oleh sinergi kelima aspek tersebut.

D. Pertanyaan Penelitian

Hipotesis dalam penelitian kualitatif bukanlah rumusan yang diuji secara statistik, melainkan berupa dugaan awal atau asumsi sementara yang menjadi panduan eksplorasi terhadap suatu fenomena. Hipotesis ini bersifat fleksibel dan dapat berkembang seiring proses pengumpulan dan analisis data di lapangan. Menurut Creswell & Poth (2021), dalam pendekatan kualitatif, peneliti umumnya tidak merumuskan hipotesis formal, melainkan menyusun pertanyaan terbuka untuk menggali makna dari perspektif partisipan secara mendalam. Hipotesa dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pertanyaan 1: Bagaimanakah tingkat kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam memenuhi 12 kriteria fasilitas rawat inap standar berdasarkan regulasi KRIS?
2. Pertanyaan 2: Apakah kendala utama dalam implementasi KRIS di rumah sakit berkaitan dengan keterbatasan infrastruktur dan ketidaksesuaian regulasi teknis yang belum final?
3. Pertanyaan 3: Sejauhmana strategi manajerial dan kebijakan internal yang adaptif berperan penting dalam mempercepat kesiapan rumah sakit terhadap penerapan KRIS?

BAB III

METODE PENELITIAN

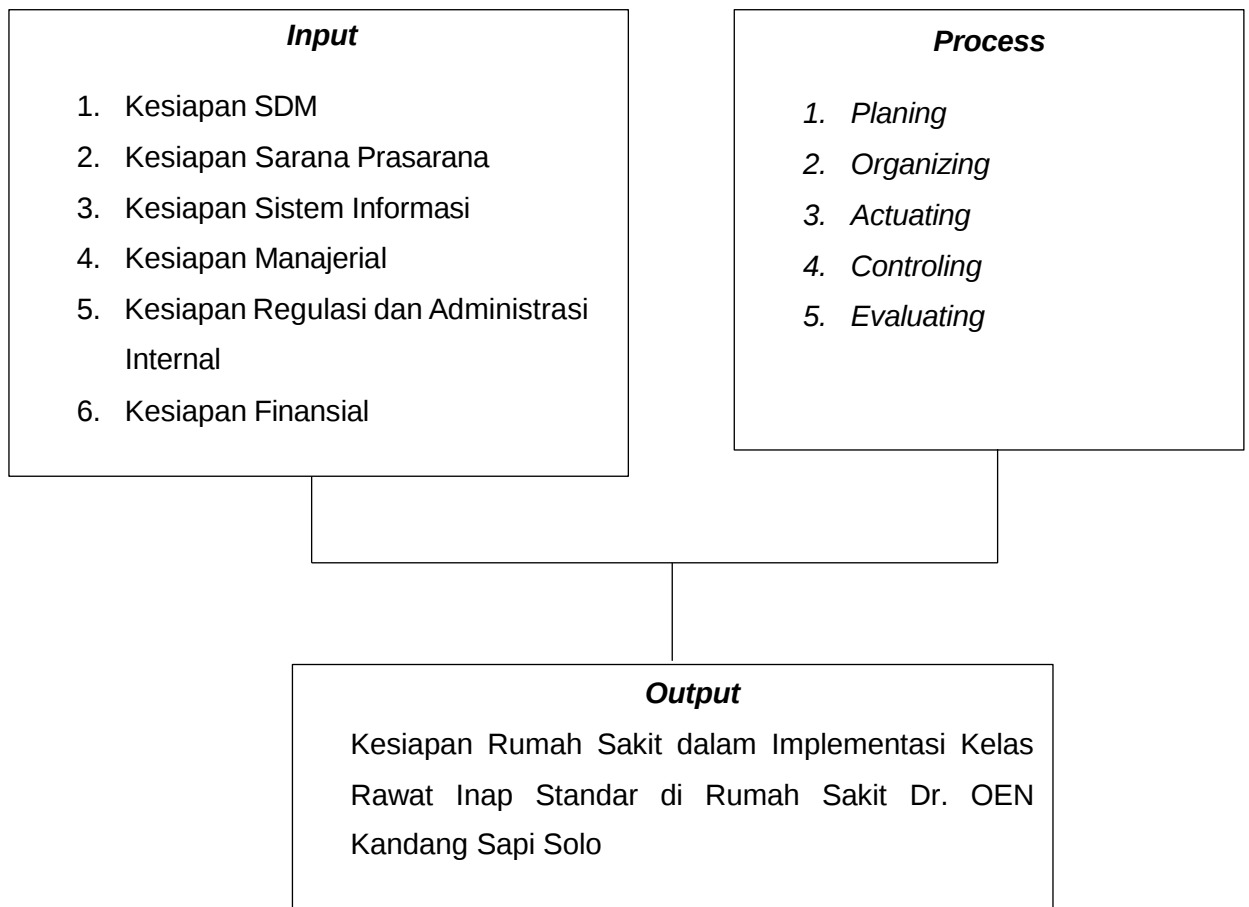
Bab ini menguraikan kerangka kerja penelitian, fokus penelitian, desain penelitian, subjek penelitian, lokasi, waktu, etika penelitian, instrumen, serta pengolahan dan analisa data yang menjadi pedoman dalam pelaksanaan penelitian.

A. Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja dalam penelitian sangat penting karena memberikan landasan yang kokoh untuk menyusun, melaksanakan, dan mengevaluasi sebuah penelitian. Ini membantu dalam mengarahkan pendekatan yang tepat, memperjelas tujuan, serta mengidentifikasi metodologi yang sesuai untuk mencapai tujuan penelitian tersebut (Riswanto, et al., 2023).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kesiapan rumah sakit dalam mengimplementasikan kelas rawat inap standar, dengan harapan dapat memberikan rekomendasi yang tepat guna mendukung proses transformasi tersebut. Kerangka kerja penelitian ini disusun untuk menguraikan variabel-variabel utama dan hubungan antara faktor-faktor yang memengaruhi kesiapan rumah sakit dalam menjalankan program ini secara efektif dan efisien.

Kerangka kerja penelitian adalah rangkaian langkah-langkah sistematis yang digunakan dalam penelitian untuk mencapai tujuan penelitian, berikut kerangka kerja dalam penelitian ini :



Gambar 3.1 Kerangka Kerja Penelitian

B. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah satu rangkaian yang terencana dan sistematis untuk melakukan kegiatan investigasi untuk memperoleh data-data yang dibutuhkan dari berbagai sumber dan mengkaji secara mendalam fakta-fakta baru yang ditemukan kemudian, menarik kesimpulan. Sebuah rancangan/desain penelitian akan menjadi acuan dan patokan dalam melakukan aktivitas riset. Hal itu memberikan runtutan prosedur, proses, dan sistematika dalam pengambilan suatu keputusan (Khulaifiyah et al., 2022).

Menurut Bogdan dan Biklen dalam Sugiyono (2020) metode penelitian kualitatif deskriptif adalah pengumpulan data yang berbentuk kata-kata atau gambar-gambar, sehingga tidak menekankan pada angka. Data yang terkumpul setelah dianalisis selanjutnya dideskripsikan sehingga mudah dipahami oleh orang lain.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus Ilhami et al., (2024) mengemukakan, *case study* ialah suatu serangkaian kegiatan ilmiah yang dilakukan secara intensif, terinci dan mendalam tentang suatu program, peristiwa, dan aktivitas, baik pada tingkat perorangan, sekelompok orang, lembaga, atau organisasi untuk memperoleh pengetahuan mendalam tentang peristiwa tersebut. Pada umumnya target penelitian studi kasus adalah hal yang aktual (*Real-Life*) dan unik. Bukan sesuatu yang sudah terlewati atau masa lampau.

Pemilihan desain ini didasarkan pada tujuan utama penelitian, yaitu untuk memahami secara mendalam kesiapan institusi rumah sakit dalam menghadapi implementasi kebijakan baru yang bersifat *struktural* dan multidimensional, yakni Peraturan Presiden No. 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Studi kasus kualitatif memungkinkan peneliti menggali secara kontekstual dan komprehensif berbagai aspek kesiapan rumah sakit, mulai dari kesiapan sumber daya manusia, sarana dan

prasarana sistem informasi, hingga regulasi internal yang berkaitan dengan standar pelayanan rawat inap. Selain itu, desain ini mendukung penggunaan teknik pengumpulan data seperti wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen, yang sangat relevan untuk memahami fenomena yang kompleks di dalam lingkungan institusi kesehatan. Menurut Yin (2018), studi kasus sangat efektif untuk menjawab pertanyaan "bagaimana" dan "mengapa", serta ketika peneliti tidak dapat mengontrol peristiwa yang sedang diteliti. Oleh karena itu, pendekatan ini memberikan kerangka yang tepat untuk menghasilkan temuan yang mendalam, bermakna, dan relevan bagi pengembangan kebijakan maupun praktik manajerial rumah sakit di masa transisi menuju sistem KRIS.

C. Subjek Penelitian

Subjek penelitian adalah individu yang dianggap memiliki pemahaman mendalam tentang isu yang sedang diteliti dan bersedia memberikan informasi kepada peneliti. Peran informan sangat penting dalam penelitian kualitatif karena mereka berfungsi sebagai pengumpulan pusat data untuk menentukan masalah penelitian. Informan merupakan sumber data utama yang memberikan informasi dan gambaran mengenai pola perilaku kelompok masyarakat yang diteliti.

Penentuan informan dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode *purposive sampling*. Menurut Sugiyono

(2017), *Purposive sampling* adalah Teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Dalam pemilihan informan yang berhubungan tentang Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo peneliti perlu menerapkan kriteria sampel. Kriteria sampel dibedakan menjadi dua yaitu kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi:

- a. Individu yang memiliki jabatan struktural atau fungsional yang relevan dengan implementasi KRIS (misalnya direktur, kepala bidang, kepala unit).
- b. Telah bekerja di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo minimal 1 tahun.
- c. Memahami kebijakan dan prosedur internal rumah sakit terkait pelayanan rawat inap dan program JKN-BPJS.
- d. Bersedia menjadi informan dan memberikan data atau informasi secara jujur dan terbuka.
- e. Dapat berkomunikasi dengan baik secara lisan dan tertulis.

2. Kriteria Eksklusi

- a. Individu yang sedang menjalani cuti panjang (misalnya cuti hamil, cuti studi, atau cuti sakit).
- b. Informan yang menolak memberikan persetujuan menjadi partisipan dalam penelitian (tidak bersedia diwawancarai).

- c. Tidak memiliki kewenangan atau pengetahuan yang memadai terkait pelaksanaan KRIS di rumah sakit.
- d. Telah berpindah tugas ke unit lain yang tidak relevan dengan topik penelitian.

Tabel 3.1 Informan Penelitian

No	Jabatan	Jenis Informan	Kode
1	Direktur Utama	Kunci	N1
2	Direktur Medis dan Keperawatan	Kunci	N2
3	Kepala Bidang Keperawatan	Utama	N3
4	Kepala Bagian Kerjasama BPJS	Utama	N4
5	Kepala Unit Sarpras	Utama	N5
6	Perawat	Pendukung	N6

Pemilihan informan dalam penelitian ini didasarkan pada peran strategis masing-masing jabatan yang memiliki keterkaitan langsung dengan kesiapan implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo. Direktur Utama dan Direktur Medis dan Keperawatan dipilih karena memiliki kewenangan dalam pengambilan kebijakan, perencanaan strategis, serta pengawasan pelaksanaan program KRIS secara menyeluruh. Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Bagian Kerjasama BPJS berperan dalam pengelolaan pelayanan, koordinasi operasional, serta penyesuaian kebijakan dengan regulasi BPJS Kesehatan.

Kepala Unit Sarana dan Prasarana dipilih karena bertanggung jawab terhadap kesiapan fasilitas fisik dan pemenuhan standar sarana prasarana sesuai 12 kriteria KRIS. Sementara itu, perawat dipilih sebagai informan pendukung karena memiliki pengalaman langsung dalam pelaksanaan pelayanan rawat inap sehingga dapat memberikan gambaran nyata mengenai kesiapan operasional di lapangan.

D. Fokus Penelitian

Fokus penelitian ini adalah menganalisis kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam mengimplementasikan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024. Penelitian menyoroti aspek kesiapan sarana prasarana, sumber daya manusia, sistem pelayanan, serta regulasi internal rumah sakit. Selain itu, penelitian juga mengidentifikasi hambatan yang dihadapi dan strategi manajerial yang diterapkan dalam memenuhi 12 kriteria KRIS yang ditetapkan pemerintah.

Tabel 3.2 Dimensi Teoritis

No	Variabel Penelitian	Dimensi Teoritis	Metode Pengumpulan Data
1.	Kesiapan	Kesiapan adalah suatu kompetensi sehingga seseorang yang mempunyai kompetensi tersebut memiliki kesiapan yang cukup untuk berbuat sesuatu. Hal ini berarti kesiapan adalah suatu keadaan yang dialami seseorang dan orang tersebut telah siap untuk melaksanakan sesuatu Implementasi KRIS (Kelas Rawat	Wawancara mendalam Observasi
2.	Implementasi KRIS	Inap Standar) adalah penerapan sistem pelayanan rawat inap yang memberikan standar minimal kepada semua peserta BPJS Kesehatan. Tujuannya adalah untuk memastikan semua peserta mendapatkan layanan kesehatan yang sama, tanpa diskriminasi berdasarkan kelas atau besaran iuran yang dibayarkan	Wawancara Mendalam Observasi

E. Ruang Lingkup

Penelitian ini berfokus pada analisis kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam menghadapi implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Ruang lingkup penelitian mencakup aspek

sarana dan prasarana sesuai dengan 12 kriteria standar KRIS, kesiapan sumber daya manusia, dukungan kebijakan internal rumah sakit, serta potensi tantangan dalam pelaksanaan kebijakan tersebut. Penelitian ini dilakukan dalam konteks manajemen rumah sakit dan kebijakan pelayanan kesehatan, dengan lokasi penelitian terbatas pada satu institusi, yakni Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo.

F. Instrumen Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dimana dalam mengumpulkan data melalui tahapan observasi dan wawancara. Instrumen penelitian ini menggunakan lembar observasi dan wawancara. Lembar observasi dan wawancara yang digunakan dalam penelitian ini mencakup data lengkap responden. Format data demografi yang harus dilengkapi mencakup informasi mengenai umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan.

Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini ada 2 pedoman yaitu:

1. Observasi

Pedoman Observasi dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui, melihat, dan mencatat kesiapan implementasi kelas rawat inap standar di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo.

2. Wawancara.

Pedoman Instrumen yang digunakan dalam wawancara tersebut berisi pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab oleh sumber data secara lisan, yang bertujuan untuk mendapatkan data yang sesuai dengan tujuan penelitian yang dilakukan.

Lembar wawancara berisi pertanyaan yang akan ditanyakan pada informan dalam penelitian ini. Pertanyaan tersebut berkaitan dengan Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo. Pertanyaan pada lembar observasi mencakup beberapa hal seperti Sumber daya manusia (kompetensi dan pengetahuan terkait kebijakan KRIS), Sarana dan prasarana (ketersediaan 12 kriteria standar KRIS), Manajemen rumah sakit (dukungan kebijakan internal, perencanaan dan strategi implementasi), Komunikasi dan koordinasi (antar unit pelayanan dan dengan pihak eksternal seperti BPJS kesehatan), Regulasi dan kebijakan (Perpres Nomor 59 Tahun 2024).

G. Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan mengedepankan prinsip-prinsip etika yang bertujuan untuk melindungi hak dan martabat partisipan serta menjamin integritas ilmiah proses penelitian. Terdapat tiga prinsip utama yang diterapkan dalam penelitian ini, yaitu:

1. Persetujuan Etik (*Ethical Clearance*)

Penelitian dilaksanakan setelah memperoleh persetujuan kelayakan etik (*ethical clearance*) dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Rumah Sakit Dr. Moewardi dengan nomor surat *Ethical clearance* 1.876/VII/HREC/2025 . *Ethical clearance* memastikan bahwa penelitian memenuhi prinsip etis seperti keadilan, *non-maleficence* (tidak membahayakan), dan *informed consent* sebagaimana disarankan oleh WHO dan dinyatakan dalam pedoman *Good Clinical Practice* (GCP) yang juga berlaku untuk studi non-klinik (WHO, 2021).

2. Izin Penelitian dari Institusi

Setelah *ethical clearance* diperoleh, peneliti mengajukan surat permohonan izin pelaksanaan penelitian ke bagian pendidikan dan pelatihan (Diklat) Rumah Sakit Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO sebagai tempat pelaksanaan penelitian. Pneliti mendapatkan suarat ijin penelitian dengana nomor surat 336/RSDOI/DIKLIT/IV/2025. Langkah ini penting agar pelaksanaan pengambilan data di lapangan berlangsung sesuai dengan prosedur administratif yang berlaku.

3. Persetujuan Informan (*Informed Consent*)

Sebelum pengumpulan data dilakukan, peneliti akan menyampaikan informasi secara jelas kepada calon informan mengenai tujuan, manfaat, risiko, dan bentuk partisipasi mereka dalam penelitian. Informan hanya akan diwawancarai setelah memberikan persetujuan tertulis melalui *informed consent*, yang

menegaskan bahwa keterlibatan mereka bersifat sukarela dan dapat dihentikan kapan saja tanpa konsekuensi negatif. Hal ini sesuai dengan pernyataan Creswell & Poth (2021) bahwa informed consent merupakan dasar penghormatan terhadap hak partisipan dan menjamin keterlibatan yang etis dalam studi kualitatif.

H. Teknik Pengumpulan Data

Menurut Masriadi et al. (2021), teknik pengumpulan data adalah proses memperoleh data empiris melalui metode tertentu yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi yang relevan dengan kebutuhan penelitian. Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data yang digunakan terdiri atas dua jenis sumber data, yaitu:

1. Data Primer

Data primer diperoleh secara langsung dari informan melalui wawancara mendalam. Wawancara dilakukan terhadap beberapa informan kunci dan utama yang memiliki pemahaman tentang implementasi KRIS di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo. Data ini mencakup pendapat, pengalaman, dan strategi rumah sakit dalam menghadapi implementasi KRIS. Menurut Dedi (2021), wawancara adalah metode untuk memperoleh data secara lisan melalui komunikasi langsung antara peneliti dan informan. Wawancara dilakukan secara

semi-terstruktur, yang memungkinkan fleksibilitas peneliti untuk menggali informasi lebih dalam sesuai arah pembicaraan.

Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui wawancara mendalam (in-depth interview) kepada enam informan yang terdiri atas dua informan kunci, tiga informan utama, dan satu informan pendukung yang terlibat langsung dalam implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo. Wawancara dilakukan secara semi-terstruktur dengan menggunakan pedoman pertanyaan namun tetap memberi keleluasaan bagi informan untuk mengembangkan jawaban sesuai pengalaman dan pandangannya. Informan kunci meliputi Direktur Utama (N1) dan Direktur Medis dan Keperawatan (N2), informan utama meliputi Kepala Bidang Keperawatan (N3), Kepala Bagian Kerjasama BPJS (N4), dan Kepala Unit Sarana dan Prasarana (N5), serta informan pendukung yaitu Perawat (N6). Pelaksanaan wawancara dilakukan pada bulan November 2025 dengan durasi rata-rata 45–60 menit, di mana informan kunci diwawancarai selama ± 60 menit, informan utama 45–60 menit, dan informan pendukung ± 45 menit. Seluruh wawancara dilaksanakan secara tatap muka di lingkungan rumah sakit dengan persetujuan informan dan tetap memperhatikan kondisi yang kondusif tanpa mengganggu pelayanan

2. Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari berbagai dokumen resmi dan sumber tertulis yang berkaitan dengan implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). Sumber data sekunder meliputi: (1) laporan tahunan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo tahun 2024–2025, (2) dokumen Rencana Strategis (Renstra) rumah sakit, (3) standar operasional prosedur (SOP) pelayanan rawat inap, (4) data jumlah tempat tidur dan denah ruang rawat inap, (5) dokumen kerja sama rumah sakit dengan BPJS Kesehatan, (6) Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, (7) Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur standar KRIS, serta (8) literatur ilmiah berupa buku dan jurnal terkait kebijakan

pembiayaan kesehatan dan standar pelayanan rumah sakit. Pengumpulan data sekunder dilakukan melalui studi dokumentasi dengan cara menelaah, mencatat, dan mengkaji isi dokumen yang relevan dengan fokus penelitian. Dokumen internal rumah sakit diperoleh melalui izin resmi dari pihak manajemen, sedangkan peraturan dan literatur ilmiah diperoleh melalui situs resmi pemerintah dan database jurnal ilmiah. Data sekunder ini digunakan untuk memperkuat hasil wawancara, khususnya dalam mengidentifikasi kesiapan sarana prasarana, kebijakan internal, serta kesesuaian implementasi KRIS dengan regulasi yang berlaku.

Adapun tahapan pengelolaan data sekunder dalam penelitian ini meliputi:

1. Identifikasi dokumen yang relevan dengan implementasi KRIS;
2. Seleksi dan klasifikasi dokumen berdasarkan jenisnya (regulasi, kebijakan internal, laporan kinerja, dan literatur ilmiah);
3. Telaah isi dokumen untuk menemukan informasi yang mendukung fokus penelitian;
4. Pencatatan dan pengkodean data yang relevan;
5. Triangulasi dengan data hasil wawancara untuk memastikan konsistensi informasi;
6. Penyusunan hasil telaah dokumen dalam bentuk uraian deskriptif sebagai bagian dari temuan penelitian.

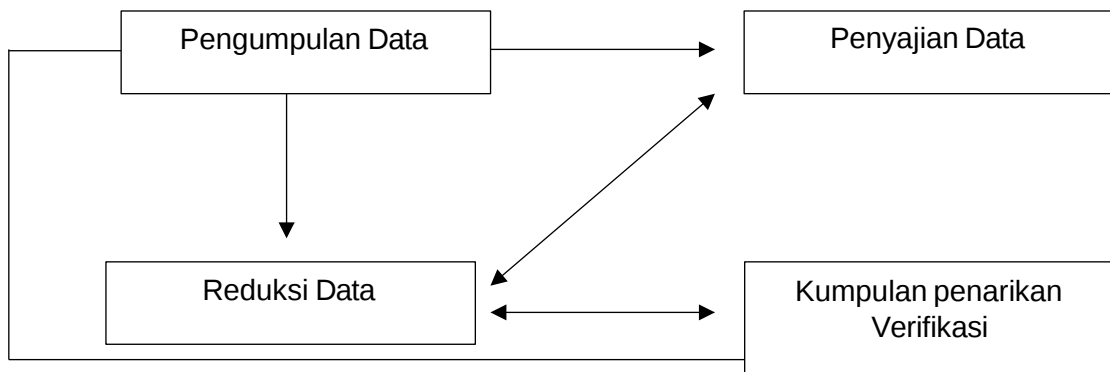
Dengan penggunaan data sekunder yang sistematis dan terstruktur, penelitian ini memperoleh gambaran yang lebih komprehensif mengenai kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam menghadapi implementasi KRIS, baik dari aspek kebijakan, administratif, maupun teknis pelayanan.

I. Teknik Analisis Data

Analisis data adalah proses mencari dan menyusun data yang diperoleh dari wawancara, observasi dan sumber lainnya secara sistematis, sehingga mudah dipahami dan hasilnya dapat diinformasikan kepada orang lain, sehingga mudah dipahami dan

hasilnya dapat diinformasikan kepada orang lain. Analisis berarti penelusuran atau pemeriksaan yang teliti, secara sederhana, analisis dapat dipahami sebagai upaya menganalisis atau memeriksa sesuai dengan cermat.

Dalam penelitian ini, analisis data menggunakan metode model Miles dan Huberman. Menurut Miles dan Huberman (1994) dalam Rosyada (2020), proses pengumpulan data meliputi tiga kegiatan penting, yaitu Reduksi data (*Data Reduction*), Penyajiandata (*Data Display*) dan Verifikasi (*Verifcation*). Berikut adalah gambar dari proses tersebut:



Gambar 3.2 Tahapan Analisis Data

Berdasarkan gambar diatas bahwa proses penelitian ini dilakukan secara berulang terus-menerus dan saling berkaitan satu sama lain baik sebelum saat dilapangan bahkan sampai selesainya penelitian. Komponen alur dijelaskan dengan tahapan-tahapan sebagai berikut:

1. Pengumpulan Data (*Data Collection*)

Pada tahap pengumpulan data, peneliti melakukan observasi, wawancara mendalam, dan studi dokumentasi secara triangulasi di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo.

Observasi dilakukan dengan mengamati secara langsung kondisi ruang rawat inap, jumlah tempat tidur per kamar, ventilasi, pencahayaan, kamar mandi dalam, serta kesesuaian sarana prasarana dengan standar KRIS. Data yang diperoleh berupa catatan lapangan mengenai kondisi fisik ruangan, kesiapan fasilitas, dan aktivitas pelayanan.

Wawancara mendalam dilakukan kepada:

- a. Direktur Utama (N1): ditanyakan mengenai kebijakan strategis rumah sakit dalam menyikapi kebijakan KRIS, rencana penyesuaian kelas rawat inap, dan kesiapan anggaran. Data yang diperoleh berupa kebijakan internal dan arah strategi manajemen.
- b. Direktur Medis dan Keperawatan (N2): ditanyakan tentang kesiapan pelayanan medis, standar mutu, serta penyesuaian tenaga kesehatan. Data berupa informasi teknis pelayanan dan standar klinis.
- c. Kepala Bidang Keperawatan (N3): ditanyakan tentang kesiapan SDM keperawatan, pembagian tugas, serta kendala di lapangan. Data berupa kesiapan tenaga dan kebutuhan pelatihan.

- d. Kepala Bagian Kerjasama BPJS (N4): ditanyakan mengenai koordinasi dengan BPJS Kesehatan, mekanisme klaim, dan dampak pembiayaan KRIS. Data berupa informasi administratif dan sistem pembiayaan.
- e. Kepala Unit Sarana dan Prasarana (N5): ditanyakan tentang kesiapan fasilitas fisik, renovasi ruang, serta estimasi kebutuhan sarana. Data berupa kondisi infrastruktur dan perencanaan pengadaan.
- f. Perawat (N6): ditanyakan mengenai pengalaman pelayanan langsung, perubahan sistem kelas, serta persepsi terhadap kesiapan implementasi KRIS. Data berupa pengalaman praktis di lapangan.

Dokumentasi meliputi laporan tahunan rumah sakit, SOP rawat inap, data jumlah tempat tidur, denah ruang perawatan, serta regulasi terkait KRIS. Data yang diperoleh berupa dokumen tertulis yang mendukung hasil wawancara dan observasi.

2. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Pada tahap ini, peneliti menyeleksi dan merangkum data yang relevan dengan fokus penelitian, yaitu kesiapan implementasi KRIS. Misalnya, dari wawancara Direktur diperoleh berbagai informasi tentang kebijakan umum, namun yang dipilih adalah bagian yang berkaitan langsung dengan strategi dan kesiapan anggaran. Dari Kepala Sarpras dipilih data mengenai jumlah tempat tidur dan kondisi ruang yang sesuai standar KRIS.

Data kemudian dikelompokkan ke dalam tema seperti: kebijakan manajemen, kesiapan SDM, kesiapan sarana prasarana, sistem pembiayaan, dan kendala implementasi.

3. Penyajian Data (*Data Display*)

Data yang telah direduksi kemudian disusun dalam bentuk narasi deskriptif berdasarkan tema. Misalnya, pada tema kesiapan sarana prasarana ditampilkan hasil observasi ruang rawat inap dan kutipan wawancara Kepala Sarpras. Pada tema kesiapan SDM ditampilkan hasil wawancara Kepala Bidang Keperawatan dan Perawat. Penyajian data juga mengintegrasikan dokumen resmi untuk memperkuat temuan lapangan, sehingga tergambar kondisi riil rumah sakit dalam menghadapi implementasi KRIS.

4. Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi (*Conclusion Drawing/Verification*)

Pada tahap akhir, peneliti menarik kesimpulan berdasarkan pola dan hubungan antar data yang ditemukan. Misalnya, apabila manajemen menyatakan siap secara kebijakan namun masih terdapat kendala sarana prasarana, maka disimpulkan bahwa kesiapan bersifat parsial. Kesimpulan ini diverifikasi kembali melalui triangulasi antara hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi, serta dilakukan konfirmasi ulang (member check) kepada beberapa informan untuk memastikan kesesuaian interpretasi peneliti dengan kondisi yang sebenarnya.

J. Uji Keabsahan Data

Validasi data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik triangulasi. Menurut Sugiyono (2020) peneliti yang melakukan pengumpulan data dengan triangulasi, maka sebenarnya peneliti mengumpulkan data yang sekaligus menguji kredibilitas data, yaitu mengecek kredibilitas data dengan berbagai teknik pengumpulan data dan berbagai sumber data.

Uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi uji *credibility* (validitas interbal), *transferability* (validitas eksternal), *depenability*, *konfirmability* (obyektivitas) (Sugiyono, 2015).

1. Uji Kredibilitas

Uji kredibilitas data atau kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif antara lain dilakukan perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dalam penelitian, triangulasi, diskusi, analisis kasus negatif, dan *membercheck*.

a. Perpanjangan pengamatan

Pada proses ini peneliti akan melakukan perpanjangan pengamatan dengan kembali ke lapangan, melakukan pengamatan, dan wawancara lagi dengan sumber data yang pernah ditemui maupun maupun yang baru.

b. Meningkatkan ketekunan

Pada proses ini peneliti akan melakukan pengamatan secara lebih cermat dan berkesinambungan. Sebagai bekal peneliti untuk meningkatkan ketekunan adalah dengan membaca berbagai referensi buku maupun hasil penelitian atau dokumentasi yang terkait dengan temuan yang diteliti.

c. Triangulasi

Pada proses ini, peneliti melakukan pengecekan data dari berbagai sumber. Triangulasi dilakukan dengan mengecek data dari berbagai sumber untuk meningkatkan validitas dan keakuratan temuan penelitian. Peneliti membandingkan hasil wawancara informan dengan observasi langsung di bangsal rawat inap terkait kesiapan sarana prasarana sesuai 12 kriteria KRIS. Selain itu, data juga diverifikasi melalui dokumen internal rumah sakit agar temuan penelitian didukung oleh kondisi nyata di lapangan dan memiliki kredibilitas yang kuat.. Triangulasi terdiri dari beberapa jenis yaitu:

- 1) Triangulasi sumber, Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan informasi yang diperoleh dari berbagai informan mengenai implementasi KRIS. Misalnya, pernyataan Direktur Utama (N1) terkait kesiapan kebijakan rumah sakit dibandingkan dengan keterangan Direktur Medis dan Keperawatan (N2) mengenai kesiapan pelayanan medis. Selanjutnya, informasi tersebut dicocokkan dengan pendapat Kepala Bidang Keperawatan (N3) dan Perawat (N6) terkait pelaksanaan di lapangan. Selain itu, data dari wawancara juga dibandingkan dengan dokumen resmi seperti SOP rawat inap, laporan tahunan, dan regulasi KRIS untuk memastikan kesesuaian antara kebijakan tertulis dan praktik nyata di rumah sakit.

- 2) Triangulasi teknik, Triangulasi teknik dilakukan dengan menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda terhadap sumber yang sama. Sebagai contoh, informasi dari Kepala Unit Sarana dan Prasarana (N5) mengenai kesiapan ruang rawat inap tidak hanya diperoleh melalui wawancara, tetapi juga diverifikasi melalui observasi langsung terhadap kondisi fisik ruangan, jumlah tempat tidur, ventilasi, pencahayaan, dan fasilitas kamar mandi. Selain itu, data hasil wawancara dengan Kepala Bagian Kerjasama BPJS (N4) terkait mekanisme klaim dan pembiayaan KRIS juga diperiksa melalui telaah dokumen kerja sama dengan BPJS. Dengan cara ini, data tidak hanya bergantung pada pernyataan lisan, tetapi diperkuat oleh bukti lapangan dan dokumen tertulis.
- 3) Triangulasi waktu, Triangulasi waktu dilakukan dengan menyesuaikan jadwal wawancara berdasarkan ketersediaan informan dan situasi pelayanan rumah sakit. Beberapa wawancara dilakukan pada jam kerja, sementara konfirmasi lanjutan dilakukan pada waktu berbeda untuk memastikan konsistensi jawaban. Misalnya, setelah wawancara awal dengan Perawat (N6) mengenai kendala implementasi KRIS, peneliti melakukan pengecekan ulang pada hari berbeda untuk memastikan tidak ada perubahan informasi.

Selain itu, observasi ruang rawat inap juga dilakukan lebih dari satu kali untuk melihat konsistensi kondisi fasilitas. Dengan melakukan pengecekan pada waktu dan situasi yang berbeda, peneliti memperoleh data yang lebih lengkap, stabil, dan valid.

d. Menggunakan bahan referensi

Terdapat bukti atau pendukung untuk membuktikan data yang ditemukan, misalnya hasil wawancara didukung dengan adanya rekaman wawancara, dan dokumentasi saat melakukan wawancara.

2. Uji *Transferability*

Uji *transferability* merupakan validitas eksternal yang menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diterapkannya hasil penelitian ke populasi dimana sampel tersebut diambil. Nilai transfer ini berkenaan dengan pertanyaan, hingga hasil penelitian dapat diterapkan atau digunakan dalam situasi lain. Oleh karena itu, supaya orang lain dapat memahami hasil penelitian kualitatif sehingga ada kemungkinan untuk menerapkan hasil penelitian tersebut, maka peneliti dalam menyusun laporannya harus memberikan uraian yang lebih rinci, jelas, sistematis, dan dapat dipercaya. Dengan demikian maka pembaca menjadi jelas atas hasil penelitian tersebut.

3. Uji *Depenability*

Uji *dependability* dilakukan dengan melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian. Pengujian dilakukan oleh *auditor* yang *independent* atau pembimbing untuk mengaudit keseluruhan aktivitas peneliti dalam melakukan penelitian mulai dari menentukan masalah, memasuki lapangan, menentukan sumber data, melakukan analisis data, melakukan uji keabsahan data, sampai membuat kesimpulan harus dapat ditunjukkan oleh peneliti.

4. Uji *Konfirmability*

Menguji *konfirmability* berarti menguji hasil penelitian, dikaitkan dengan proses yang dilakukan. Bila hasil penelitian merupakan fungsi dari proses penelitian yang dilakukan, maka penelitian tersebut telah memenuhi standar *konfirmability*. Dalam penelitian ini, jangan sampai proses ada tetapi hasilnya tidak ada.

5. Member Check

Proses pengecekan data yang diperoleh peneliti kepada pemberi data yang bertujuan untuk mengetahui seberapa jauh data yang diperoleh sesuai dengan apa yang telah diberikan.

Uji keabsahan data dalam penelitian ini direncanakan akan dilakukan di Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta sebagai bentuk triangulasi sumber data. Pemilihan rumah sakit ini didasarkan pada

pertimbangan bahwa Rumah Sakit Kasih Ibu merupakan salah satu rumah sakit swasta di Kota Surakarta yang memiliki karakteristik pelayanan serupa serta berada dalam wilayah yang sama dengan objek utama penelitian, yaitu Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo.

Melalui triangulasi sumber ini, peneliti dapat memperoleh perbandingan perspektif dan informasi yang lebih luas serta objektif mengenai kesiapan institusi kesehatan dalam mengimplementasikan kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) berdasarkan Perpres No. 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Menurut Patton (2015), triangulasi sumber merupakan strategi validasi yang penting dalam penelitian kualitatif untuk mengonfirmasi keandalan temuan dengan membandingkan data dari informan atau institusi yang relevan. Dengan demikian, uji keabsahan di Rumah Sakit Kasih Ibu tidak hanya memperkuat validitas data, tetapi juga memberikan dimensi kontekstual tambahan terhadap hasil penelitian

K. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo yang beralamat di Jl. Brigjend Katamso No. 55 Tegalharjo, Kec. Jebres, Kota Surakarta, Jawa Tengah.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan oleh peneliti pada bulan Agustus 2025 hingga bulan November 2025.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RUMAH SAKIT Dr. OEN Kandang Sapi Solo yang merupakan rumah sakit swasta tipe B di Kota Surakarta. Rumah sakit ini telah berdiri sejak tahun 1933 dan dikenal sebagai rumah sakit yang menerapkan prinsip not for profit dalam pelayanannya. Rumah sakit ini memberikan pelayanan kesehatan yang mencakup rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, serta pelayanan penunjang medis dan nonmedis. Dalam operasionalnya, rumah sakit melayani pasien umum maupun pasien peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, rumah sakit ini memiliki peran penting dalam sistem rujukan pelayanan kesehatan di wilayah Surakarta dan sekitarnya.

RUMAH SAKIT Dr. OEN Kandang Sapi Solo telah menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Kerja sama ini memungkinkan rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan lanjutan kepada peserta JKN sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Dalam beberapa tahun terakhir, rumah sakit ini juga memperoleh berbagai penghargaan dari BPJS Kesehatan atas kinerja pelayanan yang baik. Hal ini menunjukkan komitmen rumah sakit dalam menjaga mutu dan kualitas pelayanan kesehatan kepada

masyarakat. Kepercayaan dari BPJS Kesehatan menjadi salah satu indikator kesiapan rumah sakit dalam menghadapi berbagai kebijakan baru, termasuk implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS).

Dalam rangka mendukung implementasi KRIS, RUMAH SAKIT Dr. OEN Kandang Sapi Solo telah melakukan berbagai pembenahan sarana dan prasarana sejak beberapa tahun sebelumnya. Renovasi besar telah dilakukan pada periode 2015–2017 sehingga sebagian besar fasilitas rawat inap telah memenuhi standar pelayanan. Penyesuaian yang dilakukan lebih bersifat teknis, seperti pengaturan jumlah tempat tidur dalam satu kamar serta penyesuaian fasilitas pendukung lainnya. Rumah sakit juga secara aktif mengikuti sosialisasi dan evaluasi dari BPJS Kesehatan terkait kesiapan KRIS. Dengan kondisi tersebut, rumah sakit dinilai memiliki kesiapan yang cukup baik dalam menghadapi kebijakan implementasi Kelas Rawat Inap Standar.

B. Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini dipilih menggunakan teknik purposive sampling, yaitu pemilihan informan berdasarkan pertimbangan tertentu yang relevan dengan tujuan penelitian. Informan merupakan individu yang memiliki keterlibatan langsung dalam perencanaan, pelaksanaan, serta pengawasan implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di rumah sakit. Pemilihan informan secara purposive dinilai tepat dalam penelitian kualitatif karena

mampu memberikan data yang mendalam dan sesuai kebutuhan penelitian (Sugiyono, 2020). Seluruh informan dianggap memahami kebijakan KRIS serta proses kesiapan rumah sakit dalam menghadapi regulasi baru. Dengan demikian, data yang diperoleh dari informan diharapkan dapat memberikan gambaran yang komprehensif mengenai kesiapan implementasi KRIS.

Tabel 4.1 Karakteristik Informan

No	Kategori	<i>f</i>	%	Keterangan
1	Kunci	2	40%	Direktur Utama (N1), Direktur Medis dan Keperawatan (N2)
2	Utama	3	60%	Kepala Bidang Keperawatan (N3), Kepala Bagian Kerjasama BPJS (N4), Kepala Unit Sarpras (N5)
3	Pendukung	1	20%	Perawat (N6)

Karakteristik informan dalam penelitian ini terdiri dari unsur manajerial dan tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam pelayanan rawat inap. Informan dari unsur manajemen memiliki peran dalam pengambilan keputusan, penyusunan kebijakan internal, serta koordinasi lintas unit terkait implementasi KRIS. Sementara itu, informan dari unsur tenaga kesehatan berperan dalam pelaksanaan teknis pelayanan dan penyesuaian standar pelayanan di ruang rawat inap. Keterlibatan kedua unsur ini penting untuk memperoleh data dari sisi kebijakan dan praktik pelayanan secara langsung (Rijali, 2020). Kombinasi kedua kelompok informan tersebut diharapkan dapat memberikan sudut pandang yang seimbang antara aspek manajerial dan operasional.

Informan dalam penelitian ini juga memiliki pengalaman kerja yang cukup lama sehingga dianggap memiliki pemahaman yang baik terhadap kondisi rumah sakit. Pengalaman kerja menjadi faktor penting dalam menggambarkan kemampuan individu dalam memahami perubahan kebijakan dan adaptasi organisasi (Nurdin & Hartati, 2020). Selain itu, seluruh informan telah mengikuti sosialisasi dan pembahasan internal terkait kebijakan KRIS yang dilakukan secara berkala. Hal ini membuat informan mempunyai wawasan yang cukup tentang kesiapan sarana prasarana, sumber daya manusia, serta alur pelayanan di rumah sakit. Dengan karakteristik tersebut, informan dinilai layak dan kompeten untuk memberikan informasi yang valid dan dapat dipercaya dalam penelitian ini.

C. Hasil Penelitian

1. Kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam Memenuhi 12 Kriteria KRIS

Menurut beberapa informan Kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam Memenuhi 12 Kriteria KRIS sebagai berikut :

“Kami telah melakukan penyesuaian jumlah tempat tidur sesuai ketentuan KRIS, yaitu maksimal empat tempat tidur dalam satu kamar, khususnya pada ruang kelas III. Beberapa kamar juga kami konversi, misalnya dari VIP menjadi kelas I, agar kapasitas tetap terpenuhi tanpa mengurangi akses pelayanan pasien.” (N1)

“Sejak awal implementasi KRIS, kami sudah memahami standar sarana dan prasarana seperti jumlah tempat tidur, jarak antar tempat tidur, pencahayaan, dan ventilasi. Perubahan yang terjadi lebih pada penyesuaian jumlah tempat tidur dan distribusi pasien, tanpa mengganggu alur pelayanan secara signifikan.”
(N2)

“Fasilitas dasar pelayanan seperti nurse call, pencahayaan, dan jarak antar tempat tidur sudah sesuai standar KRIS sehingga tidak diperlukan renovasi besar. Kami memastikan pelayanan keperawatan tetap berjalan optimal sesuai standar yang ditetapkan.”(N3)

“Penyesuaian fasilitas dilakukan bertahap agar tetap memenuhi 12 kriteria KRIS, termasuk kenyamanan dan keselamatan pasien di ruang rawat inap. Kami juga memastikan setiap tempat tidur memiliki fasilitas pendukung yang memadai.”(N4)

“Selain pengurangan jumlah tempat tidur, kami mengganti gorden dengan bahan waterproof serta menyesuaikan fasilitas kamar sesuai standar KRIS. Ventilasi, pencahayaan, kamar mandi dalam, serta instalasi listrik juga kami pastikan memenuhi ketentuan.”(N5)

“Rasio pasien dan perawat tetap kami jaga agar pelayanan tetap stabil. Dengan adanya penyesuaian jumlah tempat tidur, pelayanan tetap berjalan lancar dan tidak ada kendala berarti dalam praktik sehari-hari.”(N6)

2. Tantangan dan Hambatan Implementasi KRIS

Menurut beberapa Informan tantangan dan hambatan implementasi KRIS adalah sebagai berikut :

“Tantangan utama dalam implementasi KRIS ini adalah pengurangan jumlah tempat tidur menjadi maksimal empat per kamar dan penyesuaian penggunaan gorden waterproof. Pengurangan tempat tidur juga berdampak pada kapasitas layanan dan potensi penurunan BOR, sehingga kami harus menyusun strategi konversi ruang agar operasional tetap stabil.”
(N1)

“Secara umum hambatan implementasi tidak terlalu besar dan lebih bersifat teknis. Dari sisi pelayanan, kami hanya melakukan penyesuaian distribusi pasien dan memastikan mutu layanan tetap terjaga sesuai standar KRIS.” (N2)

“Pada awal sosialisasi memang sempat terjadi kebingungan di kalangan staf terkait konsep KRIS. Namun melalui rapat rutin dan briefing internal, pemahaman tenaga kesehatan meningkat dan proses adaptasi berjalan bertahap.” (N3)

“Awalnya terdapat perbedaan persepsi antara rumah sakit dan BPJS terkait interpretasi regulasi KRIS, khususnya mengenai mekanisme pembiayaan dan klaim pelayanan. Kami menyelesaikannya melalui komunikasi dan pertemuan langsung, meskipun hingga kini regulasi lanjutan terkait pembiayaan masih belum sepenuhnya jelas.” (N4)

“Kendala terbesar ada pada kebutuhan biaya pengadaan sarana seperti tempat tidur minimal dua crank, gorden waterproof, dan fasilitas pendukung lainnya yang harus dilakukan bertahap. Selain itu, sistem pelaporan pemerintah kadang mengalami gangguan sehingga data yang sudah diunggah belum langsung muncul di sistem.” (N5)

“Di awal penerapan KRIS kami masih menyesuaikan diri dengan perubahan standar, terutama terkait jumlah pasien dalam satu ruangan. Namun seiring sosialisasi yang dilakukan manajemen, kami semakin memahami alur dan tetap menjaga kualitas pelayanan kepada pasien.”(N6)

3. Strategi Rumah Sakit dalam Meningkatkan Kesiapan KRIS

Menurut beberapa informan strategi rumah sakit dalam meningkatkan kesiapan KRIS adalah sebagai berikut :

“Kami berkomitmen mendukung implementasi KRIS secara menyeluruh dan memperbolehkan observasi selama tetap menjaga kerahasiaan identitas pasien. Transparansi dan peningkatan mutu pelayanan menjadi bagian dari strategi kami dalam memenuhi standar KRIS.” (N1)

“Kami melakukan audit internal dan komunikasi rutin dengan BPJS sebagai bagian dari pengawasan implementasi KRIS. Evaluasi dilakukan secara berkala untuk memastikan seluruh elemen standar tetap terpenuhi.” (N2)

“Monitoring implementasi KRIS dilakukan melalui rapat bulanan dan evaluasi progres pemenuhan 12 elemen. Kami memastikan setiap unit memahami tanggung jawabnya dalam menjaga kesiapan layanan. (N3)

“Implementasi KRIS menjadi tanggung jawab bersama seluruh jajaran manajemen tanpa perlu membentuk tim khusus karena perubahan yang dilakukan tidak terlalu besar. Rekredensial BPJS juga menjadi salah satu bentuk evaluasi eksternal untuk memastikan kesiapan rumah sakit.” (N4)

“Koordinasi dilakukan melalui rapat struktural rutin yang melibatkan direktur, kepala bidang, kepala seksi, dan kepala unit. Kami memantau progres penyesuaian sarana prasarana secara bertahap sesuai standar KRIS.” (N5)

“Dalam aspek SDM, kami menerapkan sistem perbantuan antar unit tanpa pemindahan permanen tenaga kesehatan. Sistem ini fleksibel dan menyesuaikan kebutuhan pelayanan agar beban kerja tetap seimbang.” (N6)

D. Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa RUMAH SAKIT Dr. OEN Kandang Sapi Solo secara umum berada pada kondisi siap dalam mengimplementasikan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). Kesiapan ini terlihat dari pemahaman regulasi, kesiapan fasilitas, serta langkah penyesuaian yang telah dilakukan oleh manajemen rumah sakit. Kebijakan KRIS merupakan bagian dari reformasi sistem pelayanan

kesehatan nasional sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024. Salah satu inform menyampaikan bahwa rumah sakit telah mempersiapkan implementasi KRIS sejak awal tahun 2024. Informan 4 menegaskan bahwa *“rumah sakit sudah siap sejak awal dan tinggal menunggu kebijakan lanjutan dari pemerintah” (N4)*.

Kondisi ini menunjukkan adanya kesiapan organisasi dalam menghadapi perubahan kebijakan. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022), kesiapan fasilitas kesehatan menjadi faktor penting dalam keberhasilan kebijakan pelayanan berbasis standar.

Dari aspek regulasi, rumah sakit telah memahami kebijakan KRIS melalui sosialisasi pemerintah dan BPJS Kesehatan. Pemahaman tersebut diperoleh melalui surat resmi, sosialisasi daring, dan rapat internal rumah sakit. Informan 2 menyampaikan bahwa *“standar sarana prasarana seperti jumlah bed, jarak antar bed, dan pencahayaan sudah dipahami sejak awal” (N2)*.

Pemahaman regulasi menjadi kunci penting agar kebijakan dapat diterjemahkan dengan tepat di tingkat pelaksana. Nugroho (2021) menyatakan bahwa pemahaman aktor pelaksana terhadap kebijakan publik sangat menentukan efektivitas implementasi. Kepatuhan rumah sakit terhadap regulasi KRIS terlihat dari penyesuaian fasilitas yang dilakukan. Hal ini menunjukkan keselarasan antara kebijakan pemerintah dan praktik organisasi.

Penyesuaian fasilitas yang paling nyata dalam implementasi KRIS adalah pengurangan jumlah tempat tidur dalam satu kamar rawat inap. Kamar kelas III yang sebelumnya berisi enam tempat tidur disesuaikan menjadi maksimal empat tempat tidur. Informan 1 menegaskan bahwa *“bed kelas 3 harus dikurangi dari 6 menjadi 4 per kamar” (N1)*. Penyesuaian ini merupakan bentuk kepatuhan terhadap standar KRIS yang bertujuan meningkatkan kenyamanan dan keselamatan pasien.

Menurut World Health Organization (2020), kepadatan ruang rawat inap berhubungan dengan risiko infeksi dan kualitas pelayanan. Oleh karena itu, pengurangan jumlah tempat tidur menjadi langkah strategis dalam peningkatan mutu layanan. Kebijakan ini juga menunjukkan kesiapan struktural rumah sakit.

Pengurangan jumlah tempat tidur dari enam menjadi empat per kamar tidak serta-merta membuat beban kerja perawat menjadi lebih ringan. Meskipun jumlah pasien berkurang, perawat tetap dituntut memenuhi standar pelayanan KRIS yang menekankan kualitas asuhan, keselamatan pasien, dan pemantauan yang lebih intensif. Kondisi ini justru menggeser fokus beban kerja dari kuantitas pasien ke kualitas pelayanan yang diberikan. Tindak lanjut yang dilakukan rumah sakit adalah dengan menyesuaikan pola kerja melalui sistem perbantuan antar ruangan apabila diperlukan. Strategi ini bertujuan menjaga keseimbangan beban kerja perawat tanpa mengurangi mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

Temuan penelitian ini sejalan dengan teori kesiapan organisasi atau *organizational readiness*. Weiner (2020) menyebutkan bahwa kesiapan organisasi dipengaruhi oleh kesiapan struktural, sumber daya, dan komitmen manajemen. Rumah sakit telah memiliki sarana dan prasarana yang memadai sejak sebelum kebijakan KRIS diberlakukan.

Informan 5 menyampaikan bahwa *“dari sarana prasarana sebenarnya sudah siap semua, hanya perlu penyesuaian” (N5)*. Kondisi ini membuat rumah sakit tidak memerlukan renovasi besar dalam implementasi KRIS.

Kesiapan awal tersebut menjadi modal penting dalam menghadapi perubahan kebijakan. Dengan demikian, implementasi KRIS dapat berjalan lebih efisien. Selain sarana prasarana, komunikasi menjadi faktor penting dalam kesiapan dan implementasi kebijakan KRIS. Komunikasi dilakukan secara berjenjang dari pemerintah kepada direksi, kemudian diteruskan ke unit-unit terkait. Informan 1 menyampaikan bahwa *“informasi dari pemerintah dan BPJS disampaikan ke direksi lalu diteruskan ke unit-unit” (N1)*.

Pola komunikasi ini membantu seluruh unit memahami tujuan dan mekanisme KRIS. Edwards III dalam teori implementasi kebijakan menekankan bahwa komunikasi yang jelas dan konsisten menjadi kunci keberhasilan implementasi (Edward, 2020). Sosialisasi yang dilakukan secara berulang juga meningkatkan pemahaman staf. Hal ini terlihat dari semakin berkurangnya kebingungan staf dalam memahami konsep KRIS.

Dari sisi sumber daya, rumah sakit dinilai telah memiliki sarana dan prasarana yang mendukung implementasi KRIS. Fasilitas seperti nurse call, pencahayaan, ventilasi, dan jarak antar tempat tidur telah disesuaikan dengan standar.

Informan 3 menyatakan bahwa *“fasilitas dasar seperti nurse call, lampu, dan jarak antar bed sudah disesuaikan dengan standar KRIS” (N3)*. Selain itu, pengelolaan sumber daya manusia juga dilakukan dengan baik.

Robbins dan Judge (2021) menyebutkan bahwa kesiapan SDM berperan penting dalam menjaga stabilitas organisasi saat terjadi perubahan. Hal ini tercermin dari tetap terjaganya kualitas pelayanan. Dengan demikian, sumber daya menjadi faktor pendukung utama implementasi KRIS.

Meskipun secara umum siap, penelitian ini menemukan adanya hambatan yang bersifat minimal. Hambatan tersebut terutama berkaitan dengan kebutuhan pembiayaan untuk penyesuaian sarana prasarana. Informan 5 menyampaikan bahwa *“penggantian gorden waterproof dan bed standar membutuhkan biaya yang cukup besar” (N5)*. Selain itu, ketidakjelasan regulasi lanjutan terkait tarif KRIS juga menjadi perhatian rumah sakit. Hill dan Hupe (2021) menyatakan bahwa ketidakjelasan kebijakan turunan sering menjadi penghambat implementasi. Kondisi ini menunjukkan bahwa kesiapan internal perlu diimbangi dengan dukungan kebijakan eksternal.

Kejelasan regulasi lanjutan sangat dibutuhkan agar implementasi KRIS berjalan optimal.

Dari sisi alur kerja, implementasi KRIS tidak memberikan dampak signifikan terhadap pelayanan. Penyesuaian yang terjadi lebih bersifat teknis, seperti pengaturan ulang jumlah tempat tidur dan lokasi pasien. Informan 2 menyampaikan bahwa *“alur kerja tidak terganggu secara signifikan, hanya ada penyesuaian jumlah tempat tidur” (N2)*.

Hal ini diperkuat oleh Informan 5 yang menyatakan bahwa *“dari sisi perawat tidak ada masalah berarti” (N5)*. Marquis dan Huston (2021) menjelaskan bahwa perubahan kebijakan tidak selalu berdampak negatif jika disertai perencanaan yang baik. Rumah sakit mampu mengantisipasi perubahan melalui pengaturan tim kerja. Dengan demikian, stabilitas pelayanan tetap terjaga.

Strategi rumah sakit dalam meningkatkan kesiapan KRIS dilakukan melalui mekanisme rapat rutin dan pemantauan progres. Rumah sakit tidak membentuk tim khusus, tetapi menjadikan implementasi KRIS sebagai tanggung jawab bersama. Informan 4 menyatakan bahwa *“tidak ada tim khusus KRIS karena perubahan yang dilakukan tidak terlalu besar” (N4)*. Informan 5 menambahkan bahwa setiap rapat selalu memantau progres kesiapan KRIS. Mintzberg (2020) menyebutkan bahwa pendekatan kolektif dalam manajemen perubahan meningkatkan efektivitas organisasi. Pemantauan rutin membantu memastikan kesiapan tetap terjaga. Strategi ini menunjukkan kesiapan manajerial yang baik.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo telah siap dalam implementasi KRIS. Kesiapan tersebut meliputi aspek regulasi, fasilitas, komunikasi, sumber daya manusia, dan manajemen. Informan 5 menyimpulkan bahwa *“pada prinsipnya rumah sakit sudah sangat siap, tinggal menunggu kebijakan tarif dari pemerintah”* (N5). Temuan ini sejalan dengan teori kesiapan organisasi dan teori implementasi kebijakan Edwards III.

Namun, keberhasilan implementasi KRIS secara berkelanjutan masih sangat bergantung pada kejelasan kebijakan teknis. Dukungan regulasi lanjutan menjadi faktor penentu keberlanjutan kebijakan. Oleh karena itu, sinergi antara pemerintah, BPJS, dan rumah sakit sangat diperlukan.

E. Implikasi Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi untuk mempertahankan kesiapan fasilitas serta meningkatkan sistem monitoring implementasi KRIS secara berkelanjutan.

2. Bagi BPJS Kesehatan dan Pemerintah

Penelitian ini dapat menjadi masukan bahwa rumah sakit pada dasarnya telah siap dari sisi fasilitas, namun masih membutuhkan kejelasan regulasi lanjutan khususnya terkait pembiayaan.

3. Bagi Institusi Pendidikan dan Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi referensi empiris dalam pengembangan kajian mengenai implementasi KRIS di rumah sakit swasta tipe B.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo secara umum sudah siap dalam mengimplementasikan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) sebagaimana diamanatkan dalam Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024. Kesiapan tersebut terlihat pada komponen sarana dan prasarana, antara lain pengaturan jumlah tempat tidur maksimal empat per kamar, jarak antar tempat tidur, ventilasi dan pencahayaan ruangan, ketersediaan nurse call, fasilitas keselamatan pasien, kamar mandi dalam ruang rawat inap, serta instalasi listrik yang aman. Dari aspek sumber daya manusia, rumah sakit juga dinilai siap karena tidak terjadi peningkatan beban kerja yang signifikan dan distribusi tenaga kesehatan tetap terjaga. Sistem koordinasi internal serta manajemen pelayanan juga telah berjalan secara terstruktur. Namun demikian, komponen yang dirasakan belum sepenuhnya siap adalah aspek administratif dan regulatif, khususnya terkait kejelasan teknis sistem pembiayaan dan pelaporan KRIS.

2. Tantangan yang dihadapi oleh Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam implementasi KRIS terutama bersifat teknis dan manajerial. Tantangan tersebut meliputi penyesuaian jumlah tempat tidur yang berdampak pada kapasitas layanan serta kebutuhan pengadaan fasilitas sesuai standar, seperti tempat tidur minimal dua crank dan tirai pembatas berbahan waterproof. Kebutuhan pembiayaan untuk renovasi dan pengadaan sarana juga menjadi pertimbangan dalam pelaksanaan bertahap. Selain itu, pada tahap awal implementasi terdapat tantangan dalam penyamaan persepsi dan pemahaman tenaga kesehatan terkait konsep KRIS. Meskipun demikian, tantangan tersebut dapat dikelola melalui sosialisasi, koordinasi, dan evaluasi internal secara rutin.
3. Hambatan yang masih dirasakan oleh Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam pelaksanaan KRIS adalah belum jelasnya regulasi lanjutan terkait mekanisme pembiayaan dan petunjuk teknis operasional. Perbedaan interpretasi kebijakan antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan juga menjadi kendala administratif yang memerlukan penyesuaian komunikasi. Selain itu, kendala teknis pada sistem pelaporan pemerintah turut mempengaruhi kelancaran administrasi implementasi KRIS. Ketidakpastian kebijakan tersebut berpotensi memengaruhi stabilitas perencanaan jangka panjang rumah sakit. Namun secara keseluruhan, kesiapan internal organisasi mampu menjadi faktor pendukung dalam menjaga mutu pelayanan selama masa transisi kebijakan KRIS.

B. Saran

1. Bagi Manajemen Rumah Sakit

Manajemen rumah sakit disarankan untuk menyusun pedoman internal khusus terkait implementasi KRIS agar pelaksanaan kebijakan lebih terarah. Penyusunan standar operasional prosedur (SOP) KRIS dapat memperkuat konsistensi pelayanan di seluruh unit. Selain itu, evaluasi berkala terhadap kesiapan sarana, SDM, dan alur pelayanan perlu terus dilakukan. Langkah ini penting untuk menjaga mutu pelayanan selama masa transisi kebijakan

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan diharapkan terus meningkatkan pemahaman terhadap kebijakan KRIS melalui partisipasi aktif dalam kegiatan sosialisasi. Adaptasi terhadap perubahan standar pelayanan perlu disikapi secara profesional. Komunikasi yang efektif antar tenaga kesehatan juga perlu diperkuat untuk mencegah kesalahpahaman dalam implementasi. Dengan demikian, pelayanan kepada pasien tetap berjalan optimal

3. Bagi BPJS Kesehatan dan Pembuat Kebijakan

BPJS Kesehatan dan pemerintah disarankan untuk memberikan kejelasan regulasi lanjutan terkait sistem pembiayaan KRIS. Kejelasan kebijakan akan membantu rumah sakit dalam perencanaan dan penganggaran layanan. Selain itu, pendampingan teknis kepada rumah sakit perlu ditingkatkan.

Hal ini bertujuan untuk memastikan implementasi KRIS berjalan seragam di seluruh fasilitas kesehatan.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya disarankan untuk mengkaji implementasi KRIS dari perspektif kepuasan pasien. Penelitian dengan pendekatan kuantitatif atau mixed methods dapat memberikan gambaran yang lebih komprehensif. Selain itu, studi komparatif antar rumah sakit juga perlu dilakukan. Hasil penelitian tersebut diharapkan dapat memperkaya kajian kebijakan KRIS di Indonesia

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian mengenai implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan dalam menafsirkan hasil penelitian.

1. Pertama, penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jumlah informan terbatas pada pihak manajemen dan tenaga kesehatan internal rumah sakit, sehingga hasil penelitian lebih menggambarkan perspektif internal organisasi dan belum sepenuhnya mewakili sudut pandang pasien maupun pemangku kepentingan eksternal lainnya.
2. Kedua, penelitian dilakukan pada periode implementasi KRIS yang masih berlangsung, sehingga beberapa kebijakan dan penyesuaian fasilitas masih dalam tahap proses dan belum dapat dievaluasi secara menyeluruh.

3. Ketiga, keterbatasan akses observasi lapangan menjadi salah satu kendala penelitian karena adanya pembatasan dokumentasi yang berkaitan dengan kerahasiaan identitas pasien dan regulasi etika pelayanan kesehatan. Kondisi ini menyebabkan data observasi lebih banyak bersifat deskriptif dan tidak didukung dokumentasi visual secara lengkap.
4. Keempat, penelitian ini bergantung pada hasil wawancara dan laporan internal rumah sakit sehingga terdapat kemungkinan bias persepsi informan terhadap kesiapan implementasi KRIS.
- Kelima, perubahan regulasi KRIS yang masih berkembang, khususnya terkait sistem pembiayaan dan teknis pelaksanaan, membuat hasil penelitian bersifat kontekstual sesuai kondisi saat penelitian dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afni, D., & Bachtiar, A. (2021). Analisis Kesiapan Implementasi Kelas Rawat Inap Standar: Studi Kasus di RS Wilayah Kabupaten Tangerang (PP No 47 tahun 2021). *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(5), 6635–6654. <https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v7i5.7224>
- Alayda, N. F., Aulia, C. M., Ritonga, E. R., & Purba, S. H. (2024). *Literature Review : Analisis Dampak Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Terhadap Akses dan Kualitas Pelayanan Kesehatan*. 7(7), 2616–2626. <https://doi.org/10.56338/jks.v7i7.5573>
- BPJS Kesehatan. (2025). *Transformasi Mutu Layanan Mudah, Cepat dan Setara*. Bpjs Kesehatan. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/#/>
- BPK. (2011). *Undang-undang (UU) No. 24 Tahun 2011*.
- BPK. (2014). *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014*.
- BPK. (2018). *Peraturan Presiden (PERPRES) Nomor 82 Tahun 2018*.
- Candaika, P. (2022). Gambaran kesiapan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) menghadapi kebijakan kelas rawat inap standar (KRIS) tahun 2022. *Jurnal Kesehatan*.
- Cendana, S. (2024). *Modul Integrasi BPJS dalam SIMRS*. SIMRS Cendana. <https://simrscendana.id/modul-integrasi-bpjs-dalam-simrs/>
- Fajriansyah, M. (2022). Implementasi Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. *Jurnal Unisma*.
- Ilhami, M. W., Vera Nurfajriani, W., Mahendra, A., Sirodj, R. A., & Afgani, W. (2024). Penerapan Metode Studi Kasus Dalam Penelitian Kualitatif. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 10(9), 462–469. <https://doi.org/10.5281/zenodo.11180129>
- Kaendung, E., Pangemanan, F., & Undap, G. (2021). Implementasi Kebijakan Tentang Rencana Induk Teknologi Informasi dan Komunikasi di Kota Manado. *Jurusan Ilmu Pemerintahan FISPOL Unsrat*, 1(2), 1–11.
- Kemkes. (2024). *Kelas Rawat Inap Standar Jamin Pelayanan Pasien tak Dibeda-bedakan*. Sehat Negeriku. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20240516/2045505/kelas-rawat-inap-standar-jamin-pelayanan-pasien-tak-dibeda-bedakan/>
- Khoirunnisa Ghelifira Yusrani, Cahya Arbitera, Putri Andini Novianti, Rossa Shafira Nur Sabrina, Syalisa Syabil, & Umami Rahma. (2023). Studi Literatur : Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keputusan Masyarakat dalam Memilih Asuransi Kesehatan. *Jurnal Medika Husada*, 3(1), 37–

50. <https://doi.org/10.59744/jumeha.v3i1.39>

Khulaifiyah, Rachmawati, D. W., Musni, Serdianus, Bahri, Indarwati, & Sam, K. L. N. (2022). *Metode Penelitian* (A. Purnamasari (ed.); I). Cendekia Publisher.

Kuraini, S. N., Anggraini, A. N., Ariagita, A. P., Hapsari, M. S., & Anggraini, S. D. (2023). Kajian Kesiapan RSUD Kota Salatiga Dalam Menghadapi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*, 9(2), 311. <https://doi.org/10.29241/jmk.v9i2.1552>

Kurniawati Golda, Jaya Citra, Andikashwari Sekarnira, Hendrartini Yulita, Ardyanto Tonang Dwi, Iskandar Kasir, Muttaqien, Hidayat Syamsu, Tsalatshita Risky, & Bismantara Haryo. (2021). Kesiapan Penerapan Pelayanan Kelas Standar Rawat Inap dan Persepsi Pemangku Kepentingan. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 1(1), 33–43.

Masriadi, Baharuddin, A., & Samsualam. (2021). *Metode Penelitian Kesehatan, Kedokteran, dan Keperawatan* (Pertama). CV. Trans Info Media.

Nuryanto, & Sugiyanto. (2024). *Implementasi Kebijakan Pembangunan Masyarakat Berbasis RW* (Annisa Nur Hidayah (ed.)). CV Budi Utama. <https://books.google.co.id/books?id=dlszEQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false>

Pertahanan, K. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. In *Implementation Science* (Vol. 39, Issue1).<http://dx.doi.org/10.1016/j.biochi.2015.03.025><http://dx.doi.org/10.1038/nature10402><http://dx.doi.org/10.1038/nature21059><http://journal.stainkudus.ac.id/index.php/equilibrium/article/view/1268/1127><http://dx.doi.org/10.1038/nrmicro2577><http://>

Pramono, J. (2022). *Kajian Kebijakan Publik: Analisis Implementasi dan Evaluasinya di Indonesia* (A. D. Murdani (ed.); I). UNISRI Press.

Raafiana, M., & Andriani, H. (2025). Kesiapan Rumah Sakit Dalam Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) Jkn : Literature Review. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 10(1), 435–444.

Rusdiana, & Nasihudin. (2019). *Kesiapan Manajemen Akreditasi Institusi Perguruan Tinggi* (1st ed.). Uin Sgd Bandung.

Sucipto, C. (2020). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (1st ed.). Gosyen Publishing.

Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D* (22nd ed.). ALFABETA.

Sujito, Hasnita, E., & Nurhayati. (2022). Analisis Kesiapan Menghadapi Akreditasi Berdasarkan Standar Akreditasi Versi Snars 1 Di Rsud

Sungai Rumbai. *Human Care Journal*, 7(2), 344–346.
https://www.researchgate.net/publication/368668292_Analisis_Kesiapan_Menghadapi_Akreditasi_Berdasarkan_Standar_Akreditasi_Versi_Snars_1_Di_Rsud_Sungai_Rumbai

Syahrudin. (2019). *Implementasi Kebijakan Publik: Konsep, Teori dan Studi Kasus (II)*. Cv. Hikam Media Utama.
<https://books.google.co.id/books?id=agNUEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false>

Tarukallo, N. M. samban, Caroline, M., Marlinda, R., & Mentari, P. (2025). Implementasi dan Evaluasi Strategi dalam Manajemen Rumah Sakit. *JUSINDO*, 7(1), 392–402.

Wiasa, I. N. D. (2022). *Jaminan Kesehatan Nasional Yang Berkeadilan Menuju Kesejahteraan Sosial* (A. Leonardo (ed.); I).

LEMBAR PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN

BAGI RESPONDEN (PSP)

Identitas Peneliti

Nama : Chintya Christien Cahya Nur Rama Rientha Putri
NIM : S1A2022.005
Program Studi : Sarjana Administrasi Rumah Sakit
Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala

Judul Penelitian : Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo.

Tujuan Penelitian : Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui sejauhmana kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam upaya implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang diterapkan oleh BPJS.

Perlakuan yang akan diterapkan

1. Memberikan lembar permohonan responden kepada pihak yang bersangkutan apakah bersedia untuk menjadi responden
2. Memberikan lembar pedoman wawancara
3. Memberikan lembar pedoman wawancara kepada responden yang memenuhi kriteria sebagai berikut:
 - a. Kriteria Inklusi
 - 1) Individu yang memiliki jabatan struktural atau fungsional yang relevan dengan implementasi KRIS (misalnya direktur, kepala bidang, kepala unit).
 - 2) Telah bekerja di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo minimal 1 tahun.
 - 3) Memahami kebijakan dan prosedur internal rumah sakit terkait pelayanan rawat inap dan program JKN-BPJ

4) Bersedia menjadi informan dan memberikan data atau informasi secara jujur dan terbuka.

5) Dapat berkomunikasi dengan baik secara lisan dan tertulis.

b. Kriteria Ekslusi

1) Individu yang sedang menjalani cuti panjang (misalnya cuti hamil, cuti studi, atau cuti sakit).

2) Informan yang menolak memberikan persetujuan menjadi partisipan dalam penelitian (tidak bersedia diwawancarai).

3) Tidak memiliki kewenangan atau pengetahuan yang memadai terkait pelaksanaan KRIS di rumah sakit.

4) Telah berpindah tugas ke unit lain yang tidak relevan dengan topik penelitian.

Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Responden

Dapat mengetahui sejauhmana kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam upaya implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang diterapkan oleh BPJS.

2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Menambah khazanah atau referensi akademik dibidang manajemen rumah sakit dan pelayanan kesehatan.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Sebagai tambahan bukti empiris yang dapat digunakan untuk menambah wawasan pengetahuan terkait kesiapan rumah sakit dalam menghadapi perubahan kebijakan pelayanan kesehatan.

Keuntungan Bagi Subyek Penerapan

Keuntungan yang diperoleh responden dalam keikutsertaan pada penelitian ini yakni dapat mengetahui sejauhmana kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam upaya implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang diterapkan oleh BPJS.

Bahaya Bila Terjadi Kecelakaan

Apabila terjadi suatu kecelakaan dalam penelitian yang dilakukan oleh pebeliti, maka peneliti akan bertanggung jawab penuh kepada responden.

Kerahasiaan Data

Data yang diambil akan dipublikasikan secara terbatas dengan tidak mencantumkan nama, alamat, nomor telepon atau identitas penting lainnya selama penelitian ini berlangsung. Oleh karena itu, kerahasiaan responden akan dijaga dalam proses penelitian ini.

Hak untuk Undur Diri

Partisipasi responden bersifat sukarela, tidak ada unsur paksaan dan responden bisa sewaktu-waktu mengundurkan diri dari penelitian yang dilakukan.

Jenis Insentif

Penelitian ini bersifat sukarela, bagi responden dan akan diberikan kuesioner yang diberikan oleh peneliti sewaktu penelitian berlangsung dan setelah pengisian kuesioner, kuesioner tersebut diberikan kepada peneliti

Demikian penjelasan penelitian ini disampaikan dengan sebenarnya. Peneliti sangat menghargai ketersediaan dan kerjasama responden untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Apabila terjadi hal-hal yang membutuhkan penjelasan lebih lanjut, diperkenankan menghubungi peneliti Chintya Christien melalui nomor telepon 085800207744. Terimakasih .

Surakarta, Agustus 2025

(Chintya Christien)

NIM.S1A2022.00

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Chintya Christien Cahya Nur Rama Rientha Putri

NIM : S1A2022.005

Bermaksud melakukan penelitian :

Judul Penelitian : Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo.

Tujuan Penelitian : Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui sejauhmana kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam upaya implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang diterapkan oleh BPJS.

Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Responden

Dapat mengetahui sejauhmana kesiapan Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam upaya implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang diterapkan oleh BPJS.

2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Menambah khazanah atau referensi akademik dibidang manajemen rumah sakit dan pelayanan kesehatan.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Sebagai tambahan bukti empiris yang dapat digunakan untuk menambah wawasan pengetahuan terkait kesiapan rumah sakit dalam menghadapi perubahan kebijakan pelayanan kesehatan.

Keuntungan yang diperoleh responden dalam keikutsertaan pada penelitian ini yakni, dapat mengetahui sejauhmana kesiapan Rumah Sakit

Dr. OEN Kandang Sapi Solo dalam upaya implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang diterapkan oleh BPJS.

Kerugian yang dapat ditimbulkan dari penelitian ini akan menjadi tanggung jawab peneliti dan responden berhak menolak berpartisipasi dalam penelitian tanpa biaya penalty.

Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya memohon ketersediaan Anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya mengucapkan terima kasih atas ketersediaan dan kerja sama Anda.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Usia :

Menyatakan bahwa,

Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian “Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo”.

1. Telah memahami tentang prosedur penelitian yang akan dilakukan, serta tujuan dan manfaat penelitian.
2. Telah diberikan waktu untuk bertanya dan berdiskusi oleh peneliti.

Dengan pertimbangan di atas, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Saya menyatakan

BERSEDIA / TIDAK BERSEDIA*

Untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian. Demikian pertanyaan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surakarta, Agustus 2025

Peneliti

Responden

(Chintya Christien)

(... ..)

*) Coret salah satu

LAMPIRAN

Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Penelitian												
		2025												2026
		Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	
1	Pengajuan Judul Proposal Skripsi													
2	Menyusun Proposal Skripsi													
3	Dengan Seminar Proposal Skripsi													
4	Memperbaiki Hasil Ujian Seminar Proposal Skripsi													
5	Pengurusan Ethical Clearance													
6	Pengambilan Data Penelitian													
7	Analisis Data Penelitian													
8	Penyusunan Hasil Penelitian													
9	Dengan Sidang Seminar Hasil													
10	Memperbaiki Hasil Ujian Seminar Hasil													
11	Publikasi Skripsi													

SURAT BALASAN STUPEN



RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO
 Jl. Brigjen Katamso No. 55 Surakarta 57128
 Telp. (0271) 643139 Fax. (0271) 642026 info@droenska.com



No : 336/RSDOI/DIKLIT/IV/2025
 Lamp : -
 Hal : **Balasan Permohonan Izin Studi Pendahuluan**

Yth.
 Ibu Ratna Indriati, A., M.Kes
 Ketua STIKes Panti Kosala

Dengan hormat,
 Pertama - tama perkenalkan kami mengucapkan terima kasih atas kepercayaan, kerja sama dan hubungan yang terjalin dengan baik selama ini.

RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO yang merupakan rumah sakit milik YAYASAN KESEHATAN PANTI KOSALA (YKPK) dengan prinsip NOT FOR PROFIT, artinya semua sisa hasil usaha tidak dibagikan kepada Pengurus YKPK tetapi untuk peningkatan pelayanan berupa pengembangan sarana dan prasarana, pengadaan peralatan medis dan umum, serta peningkatan sumber daya manusia. Kami berkomitmen untuk terus memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik kepada masyarakat.

Kami telah menerima surat dengan No: 155/STIKESPK/PEND/III/2025, tertanggal 04 Maret 2025 tentang permohonan izin studi pendahuluan bagi Mahasiswa Program Studi Sarjana Administrasi Rumah Sakit STIKES Panti Kosala di RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO. Melalui surat ini kami sampaikan bahwa kami menerima permohonan ijin tersebut bagi mahasiswa, atas nama:

Nama	: Chintya Christien Cahya Nur Rahma R.P
NIM	: S1A2022.005
Judul Skripsi	: Analisis Keselapan Rumah Sakit Dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar BPJS di RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO.

Mengenal jadwal pelaksanaan dapat dikoordinasikan dengan **Ratna Puspita Sari (08112671333)**. Demikian pemberitahuan ini, atas perhatian dan kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.

14 April 2025
 Direktur Utama


dr. Andi Wibawanto, MPH

www.droenska.com | [f](#) [@](#) [@rs.droenska](#)



Surat Permohonan Menjadi Informan

Kepada Yth.

Calon Informan Penelitian

Dengan Hormat,

Dengan ini memohon bantuan Bapak/Ibu untuk menjadi informan dalam penelitian yang dilaksanakan oleh:

Nama : Chintya Christien C. N. R. R. P.

Institusi : STIKES PANTI KOSALA

Judul Penelitian : Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi
Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. OEN
Kandang Sapi Solo

Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian.

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu sebagai informan, saya ucapkan terima kasih.

Hormat Kami

Peneliti

Surat Persetujuan Menjadi Informan

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jenis Kelamin :

Umur :

Jabatan :

Asal Instalasi/Unit :

Setelah saya mendapatkan penjelasan mengenai maksud dan tujuan tentang penelitian yang berjudul “Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. OEN Kandang Sapi Solo” ini, dengan sadar saya menyatakan bersedia menjadi informan dalam penelitian.

Tanda tangan yang saya berikan sebagai bukti kesediaan saya menjadi informan. Demikian pernyataan yang saya buat tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Sukoharjo,2025

Responden

(.....)

PEDOMAN WAWANCARA

ANALISIS KESIAPAN RUMAH SAKIT DALAM IMPLEMENTASI KELAS RAWAT INAP STANDAR DI RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO

Diadaptasi dari (Pradini, 2018) dalam (Putra, 2021).

A. Karakteristik Informan Kode Informan Kode

Informan	: Informan Kunci
Nama	:
Jenis Kelamin	:
Umur	:
Jabatan	:
Pendidikan	:
Waktu Pelaksana	:

B. Kesiapan Implementasi Kebijakan berdasarkan Indikator Sarana Prasarana, Sumber Daya, Manajemen Rumah Sakit, Kebijakan dan Regulasi, serta Sistem Informasi dan Komunikasi dalam Mendukung Penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) Sesuai Perpres No. 59 Tahun 2024 di rumah sakit.

1. Apa langkah-langkah yang telah dilakukan rumah sakit dalam persiapan KRIS sejak terbitnya Perpres No. 59 Tahun 2024
 - a. Bisakah Bapak/Ibu jelaskan detail timeline dan tahapan persiapan yang sudah berjalan?

- b. Apa saja tim atau struktur yang dibentuk untuk mengawal persiapan ini?
 - c. Bagaimana proses pengambilan keputusan terkait persiapan KRIS di tingkat manajemen puncak?
- 2. Apa saja kendala yang dihadapi rumah sakit dalam proses Implementasi KRIS dan solusi apa saja yang diterapkan untuk mengatasi?
 - a. Dari aspek sarana prasarana, apa kendala terbesar yang dihadapi dan bagaimana solusinya?
 - b. Terkait SDM, apakah ada tantangan dalam pemenuhan jumlah atau kompetensi?
 - c. Bagaimana dengan tantangan finansial? Apakah ada alokasi anggaran khusus?
 - d. Apakah kendala ini bersifat internal atau eksternal? Bisakah Anda berikan contoh spesifik?
- 3. Bagaimana strategi rumah sakit dalam mengimplementasikan KRIS?
 - a. Strategi jangka pendek dan jangka panjang apa yang sudah disusun?
 - b. Apakah ada prioritas tertentu dalam implementasi KRIS?
 - c. Bagaimana rumah sakit memastikan strategi ini diketahui dan dijalankan di semua lini?
- 4. Bagaimana rumah sakit mengkomunikasikan pengimplementasian kebijakan terkait kriteria KRIS kepada staf?
 - a. Melalui media apa saja komunikasi ini dilakukan?
 - b. Apakah ada sesi sosialisasi atau pelatihan khusus?
 - c. Bagaimana cara memastikan pesan komunikasi diterima dan dipahami oleh seluruh staf?
- 5. Bagaimana pemahaman staf medis dan keperawatan terhadap konsep KRIS?

- a. Menurut Bapak/Ibu, apakah staf sudah memahami tujuan utama dan dampak KRIS?
 - b. Apakah ada umpan balik dari staf mengenai pemahaman mereka?
- 6. Berapa jumlah tenaga medis dan non-medis yang diperlukan untuk Implementasi KRIS, dan apakah rumah sakit memenuhi kebutuhan ini?
 - a. Apakah sudah ada analisis kebutuhan SDM terkait KRIS?
 - b. Jika ada kekurangan, bagaimana strategi rekrutmen atau pengembangannya?
- 7. Apakah sudah ada pelatihan atau perubahan SOP yang mendukung KRIS?
 - a. Pelatihan apa saja yang sudah/akan diberikan dan siapa sasarannya?
 - b. SOP apa saja yang telah/akan direvisi atau dibuat baru untuk mengakomodasi KRIS?
- 8. Apakah ada rencana dilakukannya audit terkait KRIS?
 - a. Audit jenis apa yang direncanakan (misal: audit fasilitas, audit kepatuhan, audit sistem)?
 - b. Siapa yang bertanggung jawab melakukan audit ini dan bagaimana tindak lanjutnya?
- 9. Bagaimana mekanisme kerja sama rumah sakit dan BPJS Kesehatan dalam penerapan KRIS?
 - a. Apakah ada pertemuan rutin atau forum komunikasi dengan pihak BPJS Kesehatan terkait KRIS?
 - b. Apakah ada dukungan atau arahan khusus dari BPJS Kesehatan?

PEDOMAN WAWANCARA

ANALISIS KESIAPAN RUMAH SAKIT DALAM IMPLEMENTASI KELAS RAWAT INAP STANDAR DI RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO

Diadaptasi dari (Pradini, 2018) dalam (Putra, 2021).

A. Karakteristik Informan Kode Informan

Kode Informan	: Informan Utama
Nama	:
Jenis Kelamin	:
Umur	:
Jabatan	:
Pendidikan	:
Waktu Pelaksana	:

B. Kesiapan Implementasi Kebijakan berdasarkan Indikator Sarana Prasarana, Sumber Daya, Manajemen Rumah Sakit, Kebijakan dan Regulasi, serta Sistem Informasi dan Komunikasi dalam Mendukung Penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) Sesuai Perpres No. 59 Tahun 2024 di rumah sakit.

1. Bagaimana rumah sakit mengkomunikasikan pengimplementasian kebijakan terkait kriteria KRIS?
 - a. Sebagai Kepala Bidang/Bagian, bagaimana Anda menerima informasi tentang KRIS?
 - b. Apakah informasi tersebut jelas dan mudah dipahami?
 - c. Saluran komunikasi apa yang paling efektif?

2. Fasilitas fisik apa saja yang telah diperbarui atau direnovasi untuk memenuhi standar KRIS dan bagaimana proses penilaian dilakukan?
 - a. Bisakah dijelaskan kriteria KRIS mana saja yang menjadi prioritas renovasi?
 - b. Bagaimana proses audit dan pemetaan fasilitas dilakukan untuk KRIS?
 - c. Apa tantangan utama dalam memenuhi 12 kriteria KRIS terkait sarana prasarana?
3. Bagaimana jumlah tempat tidur dikelola dalam setiap ruangan untuk memenuhi standar KRIS terutama jumlah tempat tidur sebelum dilakukan perubahan?
 - a. Apakah ada ruangan yang perlu diubah kapasitasnya? Bagaimana dampaknya terhadap okupansi?
 - b. Bagaimana proses transisi pengelolaan tempat tidur saat perubahan ke KRIS?
4. Bagaimana alur komunikasi antara rumah sakit dan BPJS terkait kesiapan implementasi KRIS?
 - a. Seberapa sering komunikasi ini terjadi?
 - b. Masukan atau tantangan apa yang sering muncul dari komunikasi dengan BPJS?
5. Apakah ada tantangan administratif dan pelayanan keperawatan dalam peralihan ke sistem KRIS?
 - a. Bagaimana Bapak/ Ibu jelaskan secara spesifik untuk tantangan administratif terkait dokumentasi, klaim, atau sistem IT?
 - b. Bagaimana tantangan ini memengaruhi alur kerja sehari-hari?
6. Bagaimana KRIS berdampak pada pola kerja, penempatan, dan beban kerja perawat?
 - a. Bagaimana penyesuaian rasio perawat-pasien dilakukan?

- b. Apakah ada peningkatan beban kerja yang signifikan?
Bagaimana diatasi?
- 7. Jenis pelatihan apa yang diberikan dan seberapa efektif pelatihan tersebut?

PEDOMAN WAWANCARA

ANALISIS KESIAPAN RUMAH SAKIT DALAM IMPLEMENTASI KELAS RAWAT INAP STANDAR DI RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO

Diadaptasi dari (Pradini, 2018) dalam (Putra, 2021).

A. Karakteristik Informan Kode Informan

Kode Informan	: Informan Pendukung
Nama	:
Jenis Kelamin	:
Umur	:
Jabatan	:
Pendidikan	:
Waktu Pelaksana	:

B. Kesiapan Implementasi Kebijakan berdasarkan Indikator Sarana Prasarana, Sumber Daya, Manajemen Rumah Sakit, Kebijakan dan Regulasi, serta Sistem Informasi dan Komunikasi dalam Mendukung Penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) Sesuai Perpres No. 59 Tahun 2024 di rumah sakit.

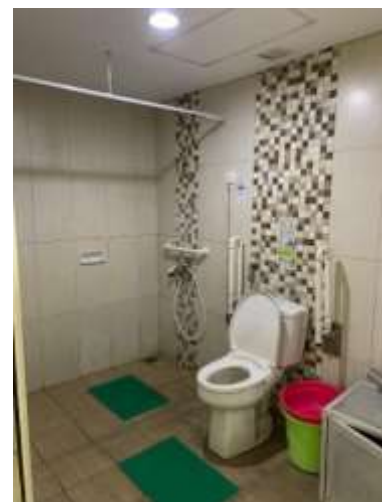
1. Bagaimana pihak manajemen mengkomunikasikan kriteria KRIS kepada seluruh karyawan?
 - a. Bagaimana Anda sebagai perawat menerima informasi tentang KRIS?
 - b. Apakah informasi tersebut jelas dan lengkap?
 - c. Apakah ada forum untuk bertanya atau memberikan umpan balik?

2. Bagaimana sistem informasi digunakan untuk mendukung dokumentasi yang sesuai dengan standar KRIS?
 - a. Apakah ada perubahan dalam sistem dokumentasi rekam medis terkait KRIS?
 - b. Apakah sistem IT sudah memadai untuk mendukung perubahan ini?
 - c. Apakah Anda mendapatkan pelatihan untuk menggunakan sistem baru?
3. Siapa yang bertanggung jawab dalam melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan KRIS?
 - a. Apakah ada tim khusus yang melakukan monitoring di lapangan?
 - b. Bagaimana prosedur pelaporan jika ada ketidaksesuaian dengan standar KRIS?
4. Bagaimana karyawan menghadapi perubahan kebijakan sebelum diterapkan kebijakan KRIS dan sesudah diterapkannya kebijakan KRIS?
 - a. Bagaimana Anda dan rekan kerja merasakan dampak perubahan ini?
 - b. Apa tantangan terbesar bagi Anda secara personal dalam menyesuaikan diri dengan KRIS?
 - c. Apakah ada dukungan dari manajemen atau tim internal untuk membantu penyesuaian ini?

Lembar Observasi

No	Kriteria KRIS	Siap	Tidak Siap
1	Komponen bangunan (lantai, dinding, plafon, pintu, jendela) tidak berpori, mudah dibersihkan, aman.		
2	Ventilasi udara: minimal 6x pergantian/jam (non intensif), 12x (isolasi).		
3	Pencahayaan ruangan: standar 250 lux untuk penerangan, 50 lux untuk tidur.		
4	Kelengkapan tempat tidur: 2 kotak kontak, nurse call terhubung ke pos perawat.		
5	Nakas per tempat tidur dilengkapi kunci.		
6	Suhu 20–26°C dan kelembapan $\leq 60\%$.		
7	Pembagian ruang rawat berdasarkan jenis kelamin, usia, penyakit.		
8	Kepadatan ruang: jarak TT $\geq 1,5$ m, maks 4 TT/ruang, ukuran standar TT.		
9	Tirai/partisi antar tempat tidur berbahan tidak berpori.		
10	Kamar mandi di dalam ruang rawat, pintu aman, ventilasi cukup.		
11	Kamar mandi memenuhi standar aksesibilitas: simbol disable, ruang kursi roda, handrail, lantai tidak licin, nurse call.		
12	Outlet oksigen di setiap tempat tidur, dilengkapi flowmeter.		

Ruang Perawatan Berdasarkan KRIS



SURAT PERNYTAAN MENJADI INFORMAN

Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO dalam upaya implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang diterapkan oleh BPJS.

Kerugian yang dapat ditimbulkan dari penelitian ini akan menjadi tanggung jawab peneliti dan responden berhak menolak berpartisipasi dalam penelitian tanpa biaya penalty.

Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya memohon ketersediaan Anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya mengucapkan terima kasih atas ketersediaan dan kerja sama Anda.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ibnu Nugroho S.T

Usia : 42 tahun

Menyatakan bahwa,

Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian "Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO".

1. Telah memahami tentang prosedur penelitian yang akan dilakukan, serta tujuan dan manfaat penelitian.
2. Telah diberikan waktu untuk bertanya dan berdiskusi oleh peneliti.

Dengan pertimbangan di atas, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Saya menyatakan

BERSEDIA / ~~TIDAK~~BERSEDIA*

Untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian. Demikian pertanyaan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

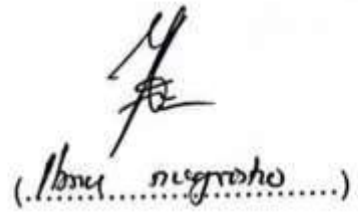
Surakarta, 5 Agustus 2025

Peneliti



(Chintya Christien)

Responden



(~~Hana Nugroho~~)

*) Coret salah satu

SURAT PERNYTAAN MENJADI INFORMAN

Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO dalam upaya implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang diterapkan oleh BPJS.

Kerugian yang dapat ditimbulkan dari penelitian ini akan menjadi tanggung jawab peneliti dan responden berhak menolak berpartisipasi dalam penelitian tanpa biaya penalty.

Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya memohon ketersediaan Anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya mengucapkan terima kasih atas ketersediaan dan kerja sama Anda.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : *Dr. Andi Wibawanto, MPH*

Usia : *47 tahun*

Menyatakan bahwa,

Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian "Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO".

1. Telah memahami tentang prosedur penelitian yang akan dilakukan, serta tujuan dan manfaat penelitian.
2. Telah diberikan waktu untuk bertanya dan berdiskusi oleh peneliti.

Dengan pertimbangan di atas, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Saya menyatakan

BERSEDIA / ~~TIDAK BERSEDIA~~*

Untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian. Demikian pertanyaan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surakarta, 5 Agustus 2025

Peneliti

Responden



(Chintya Christien)



(dr. Andi W. MPH.)

*) Coret salah satu

SURAT PERNYTAAN MENJADI INFORMAN

Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO dalam upaya implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang diterapkan oleh BPJS.

Kerugian yang dapat ditimbulkan dari penelitian ini akan menjadi tanggung jawab peneliti dan responden berhak menolak berpartisipasi dalam penelitian tanpa biaya penalty.

Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya memohon ketersediaan Anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya mengucapkan terima kasih atas ketersediaan dan kerja sama Anda.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : INGE LUSIANA PEKERTO

Usia : 42 th

Menyatakan bahwa,

Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian "Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO".

1. Telah memahami tentang prosedur penelitian yang akan dilakukan, serta tujuan dan manfaat penelitian.
2. Telah diberikan waktu untuk bertanya dan berdiskusi oleh peneliti.

Dengan pertimbangan di atas, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Saya menyatakan

BERSEDIA / TIDAK BERSEDIA*

Untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian. Demikian pertanyaan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

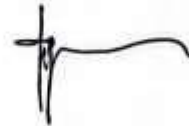
Surakarta, 07 Agustus 2025

Peneliti



(Chintya Christien)

Responden



(Ingo Wiliano,
.....)

*) Coret salah satu

SURAT PERNYTAAN MENJADI INFORMAN

Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO dalam upaya implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang diterapkan oleh BPJS.

Kerugian yang dapat ditimbulkan dari penelitian ini akan menjadi tanggung jawab peneliti dan responden berhak menolak berpartisipasi dalam penelitian tanpa biaya penalty.

Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya memohon ketersediaan Anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya mengucapkan terima kasih atas ketersediaan dan kerja sama Anda.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : *dr Yusup Tjandra Rayon, MPH*

Usia : *47 th*

Menyatakan bahwa,

Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian "Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO".

1. Telah memahami tentang prosedur penelitian yang akan dilakukan, serta tujuan dan manfaat penelitian.
2. Telah diberikan waktu untuk bertanya dan berdiskusi oleh peneliti.

Dengan pertimbangan di atas, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Saya menyatakan

BERSEDIA / ~~TIDAK BERSEDIA~~*

Untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian. Demikian pertanyaan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surakarta, 5 Agustus 2025

Peneliti



(Chintya Christien)

Responden



(dr. Ir. H. J. R. M. H.)

*) Coret salah satu

SURAT PERNYTAAN MENJADI INFORMAN

Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO dalam upaya implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang diterapkan oleh BPJS.

Kerugian yang dapat ditimbulkan dari penelitian ini akan menjadi tanggung jawab peneliti dan responden berhak menolak berpartisipasi dalam penelitian tanpa biaya penalty.

Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya memohon ketersediaan Anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya mengucapkan terima kasih atas ketersediaan dan kerja sama Anda.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ana

Usia : 39 th

Menyatakan bahwa,

Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian "Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO".

1. Telah memahami tentang prosedur penelitian yang akan dilakukan, serta tujuan dan manfaat penelitian.
2. Telah diberikan waktu untuk bertanya dan berdiskusi oleh peneliti.

Dengan pertimbangan di atas, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Saya menyatakan

BERSEDIA / ~~TIDAK~~BERSEDIA*

Untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian. Demikian pertanyaan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surakarta, 15 Agustus 2025

Peneliti



(Chintya Christien)

Responden



(*An n.*
.....)

*) Coret salah satu

SURAT PERNYTAAN MENJADI INFORMAN

Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO dalam upaya implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang diterapkan oleh BPJS.

Kerugian yang dapat ditimbulkan dari penelitian ini akan menjadi tanggung jawab peneliti dan responden berhak menolak berpartisipasi dalam penelitian tanpa biaya penalty.

Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya memohon ketersediaan Anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya mengucapkan terima kasih atas ketersediaan dan kerja sama Anda.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dewi Kristiana, S.Kep., Ns.

Usia : 51 tahun.

Menyatakan bahwa,

Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian "Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO".

1. Telah memahami tentang prosedur penelitian yang akan dilakukan, serta tujuan dan manfaat penelitian.
2. Telah diberikan waktu untuk bertanya dan berdiskusi oleh peneliti.

Dengan pertimbangan di atas, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Saya menyatakan

BERSEDIA / ~~TIDAK BERSEDIA~~*

Untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian. Demikian pertanyaan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surakarta, 15 Agustus 2025

Peneliti

Responden



(Chintya Christien)



(Dewi Kristiana, S.Kep.Nr.)
(.....)

*) Coret salah satu

LEMBAR UJI EXPERT



**HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN**

Dr. Moewardi General Hospital
RSUD Dr. Moewardi

ETHICAL CLEARANCE
KELAIKAN ETIK

Nomor : 1.876 / VIII / HREC / 2025

The Health Research Ethics Committee Dr. Moewardi
Komisi Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Moewardi

after reviewing the proposal design, herewith to certify
setelah menilai rancangan penelitian yang diusulkan, dengan ini menyatakan

That the research proposal with topic :
Bahwa usulan penelitian dengan judul

**Analisis Kesiapan Rumah Sakit Dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Dr. Oen KANDANG SAPI
SOLO**

Principal investigator : Chintya Christien Cahya Nur Rama Rientha Putri
Peneliti Utama S1A2022.005

Location of research : Dr. Oen kandang sapi solo
Lokasi Tempat Penelitian

Is ethically approved
Dinyatakan layak etik



LEMBAR UJI EXPERT



PT. Kondangsehat Kasihibu
RUMAH SAKIT KASIH IBU
Jl. Brigjen Slamet Riyadi No. 404 Surakarta 57142
Telp. (0271) 714422 (10 lines), Fax (0271) 717722

SURAT KETERANGAN

NO. 522/KI.11/Suket/X/25

Sehubungan dengan Surat dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala, Nomor :
No.605/STIKESPK/PEND/IX/2025, tanggal 15 September 2025 perihal Permohonan Izin Uji
Keabsahan Data (Uji Validitas-Expert), menerangkan bahwa:

Nama : Chintya Christien Cahya Nur Rama Rientha Putri
NIM : S1A2022.005
Judul Penelitian : "Analisis Kesiapan Rumah Sakit Dalam Implementasi
Kelas Rawat Inap Standar di RUMAH SAKIT Dr. OEN
KANDANG SAPI SOLO"

Nama tersebut diatas benar sudah melakukan Uji Keabsahan Data (Uji Validitas-Expert).

Demikian surat ini kami berikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surakarta, 22 Juli 2025


RS. KASIH IBU
Dr. Mardhatillah MPH
Manager Personalia

LEMBAR IZIN PENELITIAN



RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO
 Jl. Brigjen Katamso No. 55 Surakarta 57128
 Telp. (0271) 643139 Fax. (0271) 642026 info@droenska.com



No : 974/RSDOI/DIKLIT/X/2025
 Lamp : -
 Hal : **Balasan Permohonan Izin Pengambilan Data**

Yth.
 Ibu Ratna Indriati, A., M.Kes
 Ketua STIKes Pantl Kosala

Dengan hormat,

Pertama - tama perkenankan kami mengucapkan terima kasih atas kepercayaan, kerja sama dan hubungan yang terjalin dengan baik selama ini.

RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO adalah institusi nirlaba milik YAYASAN KESEHATAN PANTI KOSALA (YKPK) yang senantiasa berkomitmen untuk memberikan pelayanan kesehatan paripurna yang tidak berorientasi pada keuntungan (*not for profit*). Seluruh pendapatan kami dialokasikan kembali untuk peningkatan fasilitas, pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia, guna pemberian layanan medis yang profesional, berempati, dan dapat dijangkau oleh semua kalangan.

Kami telah menerima surat dengan No: 653/STIKESPK/PEND/X/2025, tertanggal 03 Oktober 2025 tentang permohonan izin pengambilan data penelitian bagi Mahasiswa Program Studi Sarjana Administrasi Rumah Sakit STIKES Pantl Kosala di RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO. Melalui surat ini kami sampaikan bahwa kami menerima permohonan ijin tersebut bagi mahasiswa, atas nama:

Nama	: Chintya Christien Cahya Nur Rahma R.P
NIM	: S1A2022.005
Judul Skripsi	: Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar BPJS di RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO.

Mengenai jadwal pelaksanaan dapat dikoordinasikan dengan **Ratna Puspita Sari (08112671333)**. Demikian pemberitahuan ini, atas perhatian dan kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.


Dr. Andi Wibawanto, MPH

www.droenska.com |
 [f](#)
[@](#)
[@rs.droenska](#)

GEMATI

LEMBAR OBSERVASI

Lembar Observasi

No	Kriteria KRIS	Siap	Tidak Siap
1	Komponen bangunan (lantai, dinding, plafon, pintu, jendela) tidak berpori, mudah dibersihkan, aman.	✓	
2	Ventilasi udara: minimal 6x pergantian/jam (non intensif), 12x (isolasi).	✓	
3	Pencahayaan ruangan: standar 250 lux untuk penerangan, 50 lux untuk tidur.	✓	
4	Kelengkapan tempat tidur: 2 kotak kontak, nurse call terhubung ke pos perawat.	✓	
5	Nakas per tempat tidur dilengkapi kunci.	✓	
6	Suhu 20–26°C dan kelembapan ≤60%.	✓	
7	Pembagian ruang rawat berdasarkan jenis kelamin, usia, penyakit.	✓	
8	Kepadatan ruang: jarak TT ≥1,5 m, maks 4 TT/ruang, ukuran standar TT.	✓	
9	Tirai/partisi antar tempat tidur berbahan tidak berpori.	✓	
10	Kamar mandi di dalam ruang rawat, pintu aman, ventilasi cukup.	✓	
11	Kamar mandi memenuhi standar aksesibilitas: simbol disable, ruang kursi roda, handrail, lantai tidak licin, nurse call.	✓	
12	Outlet oksigen di setiap tempat tidur, dilengkapi flowmeter.	✓	

LEMBAR TRANSKRIP

No	Pertanyaan	Hasil Wawancara	Kesimpulan
1	Bagaimana dokter menerima informasi awal tentang KRIS?	Informasi diperoleh dari regulasi sejak tahun sebelumnya dan melalui Zoom dari Kemenkes. Rumah sakit memahami standar sarana-prasarana seperti jumlah bed, jarak antar bed, dan pencahayaan.	Informasi awal KRIS diterima melalui regulasi dan sosialisasi daring.
2	Apakah regulasi KRIS dari BPJS sudah jelas?	Regulasi sarana-prasarana sudah jelas, namun pembiayaan belum jelas karena belum ada angka resmi.	Pemahaman sarana-prasarana jelas, pembiayaan belum.
3	Apakah komunikasi dengan BPJS rutin dilakukan?	Komunikasi dan audit rutin dilakukan bulanan, triwulanan, dan tahunan.	Komunikasi intens dan rutin.
4	Apakah ada kunjungan BPJS terkait kesiapan KRIS?	Ada, terakhir sekitar 28 Oktober saat rekredensial tahunan.	BPJS rutin cek kesiapan melalui rekredensial.
5	Tantangan komunikasi dengan BPJS?	Ada perbedaan persepsi regulasi dan interpretasi kebijakan.	Tantangan utama adalah penyamaan persepsi.
6	Bagaimana cara mengatasi perbedaan persepsi?	Dilakukan pertemuan dan negosiasi.	Diselesaikan melalui komunikasi langsung.
7	Penyampaian informasi kepada staf?	Melalui grup koordinasi, panduan, dan rapat jika mendesak.	Informasi disampaikan fleksibel sesuai kebutuhan.
8	Apakah KRIS mengganggu alur kerja?	Tidak signifikan, hanya penyesuaian TT dari 6 menjadi 4.	Tidak ada gangguan besar.
9	Perubahan kebijakan atau SOP?	Belum ada karena regulasi lengkap belum keluar.	SOP belum berubah.
10	Pelatihan khusus tentang KRIS?	Tidak ada pelatihan khusus, hanya sosialisasi saat rakor.	Pembekalan melalui rakor saja.
11	Perubahan beban kerja perawat?	Tidak ada perubahan signifikan, hanya persebaran lokasi TT.	Beban kerja stabil.
12	Tantangan utama pemenuhan 12 kriteria?	Tidak signifikan karena fasilitas sudah sesuai.	Tantangan minimal.
13	Penyesuaian kapasitas kamar?	Beberapa kamar dari 6 TT jadi 4 TT, penataan sesuai BOR.	Penyesuaian dilakukan strategis.
14	Komunikasi dengan perusahaan asuransi?	Tidak ada komunikasi khusus, standar asuransi berbeda.	KRIS tidak berdampak pada layanan asuransi.
15	Frekuensi komunikasi layanan BPJS?	Kunjungan rutin bulanan untuk pelayanan BPJS, tidak khusus untuk KRIS.	Komunikasi rutin tetap berjalan.

No	Pertanyaan	Hasil Wawancara	Kesimpulan
1	Komunikasi implementasi KRIS	Disampaikan melalui meeting bulanan, briefing pagi, dan WA Group secara berulang.	Komunikasi internal jelas dan rutin.
2	Kejelasan informasi bagi karyawan	Informasi dianggap jelas.	Informasi dipahami oleh karyawan.
3	Kriteria prioritas renovasi	Standar: bed 2-3 crank, gordyn waterproof, lampu terang, jarak bed 1,5 m, nakas non-korosif.	Renovasi fokus pada standar fasilitas.
4	Kesiapan nurse call	Sudah tersedia di setiap bed dan berfungsi baik.	Memenuhi standar KRIS.
5	Audit rutin	Ada pengecekan harian (PAQ) dan audit BPJS.	Audit internal dan eksternal berjalan.
6	Tantangan penerapan KRIS	Kesulitan komunikasi kepada pasien/keluarga terkait penempatan dan fasilitas.	Butuh edukasi intensif.
7	Kesiapan SOP dan alur pasien	Alur penempatan pasien belum disepakati, perlu SOP baru.	SOP perlu disusun.
8	Pembagian pasien	Saat ini bercampur karena transisi KRIS, harapannya nanti kembali dipilah.	Grouping belum optimal.
9	Perubahan kapasitas ruangan	Kapasitas naik dari 32 ke 39 bed.	Penyesuaian kapasitas dilakukan.
10	Dampak pada beban kerja perawat	Beban meningkat; SDM ditambah dari 27 menjadi 30.	Beban kerja naik namun ditambah SDM.
11	Subsidi silang SDM	Ada tenaga dari ruangan lain dialihkan.	SDM disesuaikan antar ruangan.
12	Tantangan administratif BPJS	Dokumen lebih banyak dan detail diperlukan.	Administrasi lebih kompleks.
13	Dampak administrasi pada alur kerja	Tambahan dokumentasi pasien diperlukan.	Alur sama, dokumentasi bertambah.
14	Perubahan SPO	SPO baru akan dibuat untuk penempatan pasien.	SPO perlu diperbarui.
15	Pelatihan atau sosialisasi	Tidak ada pelatihan khusus; hanya sosialisasi melalui meeting dan coaching.	Edukasi informal dilakukan.
16	Monitoring BPJS	Ada audit kredensial dan pantauan eksternal.	BPJS turut memonitor.
17	Strategi mitigasi risiko	Edukasi pasien dan keluarga terkait perubahan kelas.	Edukasi menjadi kunci.
18	Tantangan lain	Pemahaman masyarakat tentang sistem KRIS masih rendah.	Tantangan komunikasi publik.

No	Pertanyaan	Hasil Wawancara	Kesimpulan
1	Bagaimana rumah sakit mengkomunikasikan implementasi kebijakan KRIS?	Informasi dari BPJS dan Kementerian Kesehatan disampaikan melalui surat resmi kepada direksi, kemudian diteruskan ke unit-unit terkait. Selain itu ada sosialisasi melalui Zoom dan pertemuan nasional/provinsi.	Alur komunikasi dilakukan secara berjenjang melalui surat resmi dan sosialisasi daring dari Kemenkes.
2	Bagaimana rapat internal membahas implementasi KRIS?	Pembahasan dilakukan pada rapat KSI bulanan dan rapat bersama kepala unit (KSUPSI). Direksi selalu menyampaikan perkembangan 12 elemen KRIS, rencana sosialisasi, dan target pencapaian.	Proses koordinasi internal berjalan rutin melalui rapat struktural bulanan.
3	Apa saja tantangan dalam penerapan KRIS di rumah sakit?	Secara keseluruhan tidak banyak tantangan karena sebagian besar persyaratan sudah terpenuhi. Tantangan kecil terutama terkait penggunaan gorden waterproof dan pengurangan jumlah bed.	Tantangan utama bersifat teknis kecil karena infrastruktur pada dasarnya sudah sesuai standar.
4	Apakah renovasi tambahan diperlukan untuk penerapan KRIS?	Rumah sakit tidak melakukan renovasi besar khusus untuk KRIS karena sebagian besar infrastruktur sudah memenuhi syarat sejak renovasi besar periode 2015-2017.	Rumah sakit tidak memerlukan renovasi signifikan karena standar fasilitas sudah memadai.
5	Bagaimana penyesuaian jumlah tempat tidur (bed)?	Bed kelas 3 harus dikurangi dari 6 menjadi 4 per kamar. Untuk menjaga total bed rumah sakit tidak berkurang, kamar VIP di blok 8 Utara diubah menjadi kelas 1 sehingga kuota bed tetap terpenuhi.	Penyesuaian dilakukan dengan mengonversi kamar VIP menjadi kelas 1 sehingga total bed tetap sesuai ketentuan KRIS.
6	Apakah ada tim khusus yang menangani implementasi KRIS?	Tidak ada tim khusus. Pembahasan dilakukan melalui rapat rutin karena kebutuhan perubahan tidak terlalu besar.	Implementasi KRIS tidak memerlukan tim khusus.
7	Seberapa sering dilakukan audit atau evaluasi implementasi KRIS?	Laporan progres 12 elemen KRIS disampaikan setiap bulan dalam rapat struktural.	Evaluasi dilakukan secara rutin setiap bulan.
8	Apakah peneliti diperbolehkan observasi langsung ke ruangan?	Narasumber mengizinkan observasi dengan catatan izin kepala ruangan diperlukan dan dokumentasi tidak boleh menampilkan wajah pasien.	Observasi diperbolehkan sesuai prosedur dan etika dokumentasi.

No	Fokus Temuan	Kutipan In Vivo (Hasil Wawancara)	Informan
1	Kesiapan fasilitas ruang rawat inap	"Sebagian besar ruang rawat inap sudah disesuaikan dengan standar KRIS, meskipun masih ada beberapa ruangan lama yang perlu penyesuaian."	Informan 1
2	Penataan jumlah tempat tidur	"Jumlah tempat tidur sudah dikurangi supaya sesuai dengan ketentuan maksimal empat tempat tidur dalam satu ruangan."	Informan 1
3	Kenyamanan dan privasi pasien	"Dengan adanya pengaturan jarak dan tirai, pasien merasa lebih nyaman saat dirawat."	Informan 2
4	Kesiapan tenaga kesehatan	"Tenaga kesehatan sebenarnya cukup, tapi kami harus lebih disiplin karena standar pelayanan sekarang sama."	Informan 3
5	Beban kerja tenaga kesehatan	"Pelayanan lebih merata, jadi kami harus lebih sigap menangani pasien tanpa membedakan kelas."	Informan 2
6	Mutu pelayanan	"KRIS membuat mutu pelayanan lebih terstandar dan lebih adil untuk semua pasien."	Informan 1
7	Penyesuaian alur pelayanan	"Kami masih menyesuaikan alur pelayanan agar tetap lancar dengan penerapan KRIS."	Informan 3
8	Aksesibilitas fasilitas	"Untuk akses disabilitas memang belum semuanya optimal, masih bertahap diperbaiki."	Informan 2
9	Sarana pendukung pasien	"Fasilitas dasar seperti kamar mandi dan listrik sudah sesuai, hanya penyimpanan barang yang terbatas."	Informan 3
10	Evaluasi dan pengembangan	"KRIS ini kami jadikan evaluasi untuk terus memperbaiki fasilitas dan pelayanan ke depan."	Informan 1

LEMBAR KONSULTASI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA SUKOHARJO

Proposal Skripsi

Nama : Chintya Christien Cahya Nur Rama Rlentha Putri
 NIM : S1A2022.005
 Judul Skripsi : Analisis Keselapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar
 Pembimbing : Anastasia Lina, S.Kg., M.HKes

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Paraf
	24 Maret 2025	Bab I • Tambah alasan pemilihan tempat penelitian • Tambah hasil Stupen	
	30 April 2025	Bab I Revisi Latar Belakang	
	03 Mei 2025	Bab I ACC	
	13 Mei 2025	Bab II Kerangka Konsep	
	07 Juni 2025	Bab II dan Bab III Revisi isi dan penulisan	
	14 Juni 2025	Bab II dan Bab III • Revisi isi dan penulisan • Pemahaman terkait metode kualitatif	
	17 Juni 2025	Bab II dan III • Revisi isi dan penulisan • Sistem penamaan pada metode kualitatif	
	23 Juni 2025	Bab II dan Bab III Revisi isi dan penulisan	
	25 Juni 2025	ACC dan Pengajuan Sidang	

Proposal Skripsi

Naitna

: Chintya Christien Cahya Nur Rama Rientha Putri

NINE

: S1A2022.005

Judul Skripsi

Analisis Keseluruhan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar

pembimbing

: Anatasia Lina, S.Kg., M.HKes

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Paraf
----	---------	-------------------	-------

LEMBAR KONSULTASI

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA SUKOHARJO

Proposal Skripsi

Nama : Chintya Christien Cahya Nur Rama Rientha Putri
NIM : S1A2022.005
Judul Skripsi : Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar
Pembimbing : Anatasia Lina Dwi N., S.Kg., M.H.Kes.

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Paraf
	10 Desember 2025	Revisi Bab IV Perbaiki penulisan nama RS --> RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO dan penulisan tanggal, bulan, tahun	
	20 Desember 2025	Revisi 1. Hal 85, Cek konsistensi penyebutan informan, Jika mengacu nama jabatan tulis semua berdasarkan nama jabatan.. jadi tidak ada bu dewi (sebut jabatannya). 2. Hal 89: ... tidak bersifat besar.. " --> sebaiknya cukup tuliskan tidak besar atau ganti kalimatnya. 3. Hal 92 paragraf pertama: ada tidak perhitungan analisis beban kerja karyawan yg mengalami perubahan sebelum menerapkan kris dan sesudah? 4. Hal 96 : karena jumlah bed dari 6 menjadi 4 maka beban kerja perawat apakah semakin ringan? Bagaimana menindaklanjuti itu?	
	24 Desember 2025	ACC Bab IV	
	11 Januari 2025	ACC Bab V	

LEMBAR KONSULTASI
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA SUKOHARJO

Nama : Chintya Christien Cahya Nur Rama Rientha Putri
 NIM : S1A2022.005
 Judul Proposal : Analisis Kesiapan Rumah Sakit Dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar Di Rumah Sakit Dr. Oen Kandang Sapi Solo
 Pembimbing : 1. Anastasia Lina D. N., S.KG., M.H.Kes.
 2. Dr. Diyono, S.Kep., Ns., M.Kes.
 3. Risa Setia I., S.Kep., Ns., MHPM.

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Paraf
	10 Februari 2026	Anastasia Lina D. N., S.KG., M.H.Kes. 1. Pada abstrak bisa diperjelas dibagian desain penelitian: penelitian kualitatif dgn pendekatan deskriptif. → supaya lebih clear ya. 2. Di abstrak bagian hasil buat secars ringkas temuan 12 kriteria kris, yg mana yg sudsh terpenuhi yg mana yg belum(misal terkait luas ruang atau sarana prasaran tertentu) 3. Kata kunci abstrak jg tambahkan jkn atau bpjs. 4. Dipendahuluan bagian latar belakang: bs ditambahkan data awal jumlah tt sbilm diubah kris dan penekanan pada urgensi waktu harus dilakukan penelitian ini skrg km berdasarkan pepres 59/2024 implementasi kris harus selesai paling lambat juni 2025 5. Bab II : cek lagi rujukan regulasinya ya.. pergunakan regulasi yg terbaru pepres no 59 tahun 2024 6. Bab III: bisakah diperjelas alasan pemilihan informan penelitian, kenapa	

		kepala bid keperawatan dan kepala sarpras yg dipilih sbg informan 7. Bab III triangulasi data: ditambahkan penjelasan bagaimana melakukan triangulasi data (misal: membandingkan hasil wawancara dengan observasi langsung dibangsal rawat inap) 8. Bab IV: analisis dampak KRIS thd pengurangan jumlah tt (bed reduction) apakah chintya bisa mempertajam potensi kerugian disini? 9. Bab V : bagian kesimpulan coba ditambahkan persentase kesiapan rs bisa gak chinya yg diparagraf akhir (halaman 100) → kalimat diperluas supaya dpt menjawab rumusan masalah	
--	--	--	--

14 Februari 2026	ACC	
	Dr. Diyono, S.Kep., Ns., M.Kes.	f
18 Februari 2026	Perbaiki penulisan hasil	g
23 Februari 2026	Cek kerapian dan keseragaman penulisan	h
28 Februari 2026	ACC	i
	Risa Setia I., S.Kep., Ns., MHPM.	
24 Februari 2026	- perbaiki bab 3 penulisan lebih di perjelas dan hapus kata "akan" - perbaiki penulisan dan kerapian - tambahkan transkrip wawancara pada lampiran	
28 Februari 2026	ACC	