Indonesian Journal of Hospital Administration
Vol.9, No.2, 2026: 143-166
Available *online* at http://ejournal.almaata.ac.id/index.php/IJHAA
DOI : http://dx.doi.org/10.21927/ijhaa.2026.9(2).143-166

# Gambaran Implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSU X Kota Tasikmalaya

Putri Sari Dewi[1*], Rudy Hidana[2], Fadil Ahmad Junaedi[1]

[1]Program Studi Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan, Universitas Bakti Tunas Husada, Tasikmalaya, Indonesia
[2]Program Studi Analis Kesehatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Universitas Bakti Tunas Husada, Tasikmalaya, Indonesia
Jalan Letjen Mashudi No.20, Setiaratu, Kecamatan Cibeureum, Kota Tasikmalaya, Jawa Barat, Indonesia

*Email: saridewip190@gmail.com

## Abstrak

**Latar Belakang:** Perpres No. 59 Tahun 2024 tentang perubahan ketiga atas peraturan No. 82 Tahun 2018 tentang jaminan kesehatan mewajibkan penerapan kelas rawat inap standar bagi peserta BPJS Kesehatan, namun implementasinya masih menghadapi berbagai tantangan yang rumit, baik dari sisi teknis maupun non teknis. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi implementasi kelas rawat inap standar berdasarkan empat faktor implementasi kebijakan yakni komunikasi, sumber daya, sikap pelaksana (disposisi) dan struktur birokrasi. **Metode:** Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif di rumah sakit X Kota Tasikmalaya pada April - Juni 2026. Informan penelitian berjumlah 5 informan yang terdiri dari informan kunci dan informan spesialis yang dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan menggunakan wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi, dengan uji keabsahan yang digunakan yakni triangulasi. Dianalisis melalui tahap reduksi data, penyajian data serta penarikan kesimpulan dan verifikasi. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi untuk kebijakan disampaikan melalui alur yang berjenjang mulai dari instansi pemerintah hingga ke pihak rumah sakit. Sumber daya meliputi tim KRIS, anggaran khusus, kewenangan melalui SK pembentukan tim, sarana dan prasarana. Sikap pelaksana di berbagai jenjang menunjukkan sikap positif. Struktur birokrasi disusun berdasarkan kompetensi yang dimiliki oleh setiap anggota namun tidak memiliki standar operasional prosedur (SOP) khusus untuk pelaksanaan kebijakan. **Kesimpulan:** Disimpulkan bahwa faktor komunikasi merupakan dasar terbentuknya komitmen dari para pelaksana, faktor sumber daya merupakan faktor yang mendukung keberhasilan, faktor disposisi merupakan faktor yang dominan untuk implementasi dan struktur birokrasi merupakan faktor yang mendukung keberhasilan walaupun tidak terdokumentasi dengan baik.

**Kata Kunci:** KRIS; implementasi kebijakan; BPJS kesehatan; rumah sakit

*Copyright © 2026 by Authors, published by Indonesian Journal of Hospital Administration. This is an open-access article distributed under the CC BY-SA 4.0 License. Visit http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/*

## *An Overview of the Implementation of Standard Inpatient Class Under the National Health Insurance Program at X General Hospital in Tasikmalaya City*


### *Abstract*

***Background:*** *Presidential Regulation No. 59 of 2024, the third amendment to Regulation No. 82 of 2018 on health insurance, requires the implementation of standard inpatient ward classes (KRIS) for BPJS Kesehatan participants. Homewer, its implementation still faces complex challenges, both technical and non-technical.* ***Objectives:*** *This study aims to identify the implementation of KRIS based on four policy implementation factors: communication, resources, implementers' attitudes (disposition), and bureaucratic structure.* ***Methods:*** *This was a qualitative study with a descriptive approach, conducted at Hospital X in Tasikmalaya City from April to June 2026. The study involved five informants, consisting of key informants and specialist informants, selected using purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews, observation, and documentation, with validity testing carried out using triangulation. Data were analyzed through data reduction, data display, and conclusion drawing and verification.* ***Results:*** *The results show that policy communication is delivered through a tiered channel, from government agencies down to the hospital. Resources include the KRIS team, a dedicated budget, authority granted through the decree establishing the team, and facilities and infrastructure. Implementers at various levels showed a positive attitude.* ***Conclusions:*** *The bureaucratic structure is arranged based on each member's competence, but there is no specific standard operating procedure (SOP) for implementing the policy. It is concluded that communication is the foundation of implementers' commitment, resources are a factor supporting success, disposition is the dominant factor in implementation, and bureaucratic structure supports success even though it is not well documented.*



***Keywords:*** *BPJS kesehatan; hospital; KRIS; policy implementation*

Artikel info :
diterima 01 September 2026; direvisi[1] 28 September 2026; direvisi[2] 05 Oktober 2026; disetujui 16 Oktober 2026, tersedia secara daring 20 Oktober 2026; dipublikasikan 31 Oktober 2026


---

## PENDAHULUAN

Dalam sistem pelayanan kesehatan, rumah sakit berperan sebagai fasilitas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna, mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, sampai paliatif baik melalui layanan rawat inap, rawat jalan maupun gawat darurat (1). Sebagai tempat pelayanan kesehatan, rumah sakit memiliki peran yang penting dalam memberikan layanan medis yang berkualitas, pelayanan yang diberikan tidak hanya tergantung pada kemampuan para tenaga kesehatan tetapi juga pada adanya fasilitas dan infrastruktur yang memadai, terkhusus untuk pelayanan kesehatan rawat inap. Dalam pelayanan rumah sakit, pelayanan rawat inap diselenggarakan untuk memenuhi kebutuhan pasien berupa tindakan medis, perawatan dan pengobatan (2). Pemerintah telah menerbitkan Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 59 Tahun 2024 tentang perubahan ketiga atas peraturan No. 82

Tahun 2018 tentang jaminan Kesehatan (3), dalam peraturan ini disebutkan bahwa peserta BPJS kesehatan yang menjalani rawat inap akan mendapatkan fasilitas ruang perawatan sesuai dengan standar kamar rawat inap.

Sesuai dengan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan No. HK.02.02/I/1811/2022 Tentang Petunjuk Teknis Kesiapan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit dalam Penerapan Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional (4), Jaminan kesehatan nasional sebagai program asuransi sosial yang dirancang dengan berbagai tujuan strategis guna mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan nasional (5). Manfaat program ini diberikan dalam bentuk pelayanan kesehatan perseorangan yang menyeluruh mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif*)* dan pemulihan (rehabilitatif) termasuk obat dan bahan medis dengan menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (*managed care*) (6) Kelas rawat inap standar dalam program JKN bertujuan untuk menjamin kesetaraan layanan medis dan non medis serta standar kenyamanan bagi peserta sesuai dengan pedoman regulasi yang berlaku. Berdasarkan hal tersebut, maka kelas rawat inap standar Jaminan Kesehatan Nasional (KRIS-JKN) merupakan standarisasi kelas layanan rawat inap minimum di rumah sakit yang ditanggung Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan dengan mewajibkan pemenuhan 12 kriteria. Selain itu dalam Perpres (3) menyatakan bahwa penerapan fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap berdasarkan kelas rawat inap standar dilaksanakan secara menyeluruh untuk rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan paling lambat tanggal 30 Juni tahun 2025.

Kriteria kelas rawat inap standar, mulai dari komponen bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi, ventilasi udara, pencahayaan ruangan, kelengkapan tempat tidur, nakas per tempat tidur, temperatur ruangan, ruang rawat dibagi berdasarkan jenis kelamin atau anak atau dewasa serta penyakit infeksi atau non infeksi, kepadatan ruang rawat dan kualitas tempat tidur, tirai atau partisi antar tempat tidur, kamar mandi dalam ruangan rawat inap, kamar mandi memenuhi standar aksesibilitas dan *outlet* oksigen. Berdasarkan peraturan pemerintah No. 47 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan bidang perumahsakitan (7) pasal 18 disebutkan bahwa jumlah tempat tidur rawat inap sebagaimana dimaksud dalam pasal 16 dan pasal 17 untuk pelayanan rawat inap kelas standar paling sedikit 60 % (enam puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk rumah sakit milik pemerintah pusat dan pemerintah daerah dan 40 % (empat puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk rumah sakit milik swasta. Meskipun kebijakan KRIS (3) sudah ditetapkan, tapi implementasinya masih menghadapi berbagai tantangan. Dari penelitian yang dilakukan oleh Raafiana (8), menyatakan bahwa setiap rumah

sakit menghadapi tantangan yang berbeda. Kriteria KRIS JKN yang masih belum memenuhi syarat antara lain jumlah tempat tidur yang lebih dari 4 tempat tidur per kamar, kamar mandi yang tidak memiliki aksesibilitas yang baik, tidak adanya *outlet* oksigen dan jarak antar tempat tidur yang terlalu sempit. Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Adelia (9), menyatakan bahwa penerapan kebijakan kelas rawat inap standar dalam program Jaminan Kesehatan Nasional menghadapi berbagai tantangan yang rumit, baik dari sisi teknis maupun non teknis, mulai dari keterbatasan infrastruktur, kurangnya kesiapan sumber daya manusia, hambatan regulasi hingga resistensi dari berbagai pihak terkait. Adapun penelitian yang dilakukan oleh Munadi (10) menyebutkan bahwa rumah sakit perlu melakukan pengecekan menyeluruh terhadap ruang rawat inap, membuat rencana untuk memperbaiki dan membeli peralatan pendukung serta mengalokasikan anggaran secara bertahap untuk mencapai target implementasi nasional pada tahun 2025, sebagaimana dijadwalkan oleh pemerintah pusat.

Penelitian Arbaatun (11) menggunakan teori George C.Edwards III untuk mengkaji implementasi kebijakan dari sudut pandang pihak pelaksana yakni pihak manajemen rumah sakit. Akan tetapi, penelitian yang mengkaji sudut pandang informan dari tingkat manajemen hingga pelaksana di ruangan masih jarang dilakukan, oleh karena itu masih perlu kajian lebih lanjut mengenai implementasi kebijakan kelas rawat inap standar di rumah sakit dari sudut pandang berbagai tingkatan informan yang lebih luas dan menyeluruh.

RSU X Kota Tasikmalaya dipilih sebagai tempat penelitian karena adanya kesenjangan antara data dan kondisi di lapangan yang menunjukkan bahwa implementasi KRIS di rumah sakit ini perlu dikaji lebih mendalam. Selain itu, proses penentuan implementasi kebijakan di tingkat manajemen rumah sakit tidak berlangsung secara sederhana dan melibatkan berbagai pertimbangan manajerial, sehingga menjadikan rumah sakit ini relevan untuk dikaji, khususnya untuk menelaah implementasi kelas rawat inap standar berdasarkan komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi menurut George C. Edwards III.

Implementasi kebijakan merupakan salah satu mata rantai dalam proses kebijakan, dalam hal ini berupa kegiatan yang dilakukan setelah suatu kebijakan telah dibuat. Tanpa implementasi, suatu kebijakan yang telah dibuat tidak memiliki arti sama sekali. Oleh karena itulah implementasi kebijakan memiliki peran yang sangat penting dalam proses kebijakan publik. Implementasi kebijakan publik bisa dilihat dari berbagai sudut pandang atau pendekatan. Salah satunya ialah *implementation problems approach* yang dikembangkan oleh Edwards III (12). Dalam hal ini mengajukan pendekatan dalam memecahkan masalah implementasi dengan terlebih dahulu mengemukakan dua hal utama yaitu faktor yang mendukung implementasi kebijakan dan faktor yang menghambat keberhasilan implementasi kebijakan. Berdasarkan kedua hal tersebut,

ditetapkan empat faktor yang menjadi syarat utama keberhasilan dalam proses implementasi yaitu komunikasi, sumber daya, sikap pelaksana dan struktur birokrasi. Komunikasi dalam suatu program hanya bisa berjalan dengan baik jika para pelaksana memahami dengan jelas. Hal ini berkaitan dengan cara penyampaian informasi, kejelasan informasi yang diberikan serta konsistensi dalam menyampaikan informasi tersebut. Sumber daya terdiri dari empat bagian yaitu staf yang cukup (jumlah dan kualitasnya), informasi yang diperlukan untuk pengambilan keputusan, kewenangan yang cukup untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab serta fasilitas yang dibutuhkan untuk penerapan kebijakan. Disposisi atau sikap pelaksana adalah komitmen yang dimiliki oleh pelaksana terhadap program tersebut. Struktur birokrasi didasarkan pada *standars operating procedure* yang mengatur alur pekerjaan dan penerapan kebijakan (12).

Kebijakan kelas rawat inap standar sejalan dengan prinsip keadilan atau ekuitas Jaminan Kesehatan Nasional (4). Namun, penerapannya di tingkat rumah sakit tidak hanya berkaitan dengan pemenuhan standar fisik ruangan, tetapi juga melibatkan kesiapan tenaga kerja, regulasi internal, dan koordinasi lintas sektor (9). Oleh karena itu, sangat penting untuk mengetahui sejauh mana penerapan kamar rawat inap standar telah berjalan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Temuan ini dapat menjadi acuan bagi pemerintah dalam mempertimbangkan berbagai faktor yang harus diperhatikan saat menerapkan kebijakan di masa depan khususnya untuk kebijakan yang berkaitan dengan rumah sakit agar kebijakan dapat berjalan dengan baik.

Berdasarkan permasalahan diatas, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi implementasi kelas rawat inap standar di RSU X Kota Tasikmalaya dengan empat faktor implementasi kebijakan yaitu komunikasi, sumber daya, sikap pelaksana (disposisi) dan struktur birokrasi. Teori dari George C. Edwards III (1980) dipilih karena memiliki kesesuaian dengan fokus penelitian yakni mengidentifikasi implementasi kebijakan dari sudut pandang aktor pelaksana kebijakan. Berbeda dengan model implementasi lain yang cenderung makro atau berfokus pada isi kebijakan saja, model George C. Edwards III secara spesifik membedah dinamika internal organisasi pelaksana melalui empat faktor utama yakni komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi. Keempat faktor ini dinilai paling operasional untuk menjelaskan kesiapan, sikap, kendala koordinasi dan pemahaman jajaran manajemen serta tenaga kesehatan di RSU X Kota Tasikmalaya dalam implementasi kebijakan kelas rawat inap standar secara nyata di lapangan.

## BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif untuk meneliti fenomena dan gejala secara menyeluruh (13). Bertujuan untuk mengidentifikasi implementasi kelas rawat inap standar dengan empat faktor implementasi kebijakan. Lokasi penelitian dilakukan

di RSU X Kota Tasikmalaya pada bulan April sampai Juni tahun 2026 dengan fokus pada unit manajemen, pelayanan rawat inap serta komite mutu rumah sakit. Informan penelitian dipilih secara *purposive sampling* teknik pengambilan sampel yang didasarkan atas pertimbangan tertentu (13). Dengan kriteria memiliki jabatan atau tanggung jawab terkait implementasi kebijakan kamar rawat inap standar, kedua terlibat dalam proses penyesuaian kebijakan dan infrastruktur untuk pemenuhan standar kamar rawat inap standar. Informan dalam penelitian ini dibedakan menjadi dua yakni informan kunci dan informan spesialis. Informan kunci (*key informants*) adalah orang yang memiliki kekuasaan, pengetahuan umum dan mau membukakan pintu kepada peneliti untuk bisa menjelajahi semua objek yang diteliti. Informan spesialis adalah informan yang memiliki kompetensi pada bidang tertentu pada objek yang diteliti (13).

**Tabel 1. Identitas informan**

| Kode informan | Jenis Kelamin | Jabatan/Posisi | Jenis Informan | Lama Bekerja |
|---|---|---|---|---|
| IN 1 | Laki -laki | Manajer umum dan SDM | Kunci | + 8 tahun |
| IN 2 | Perempuan | Staf K3RS/Anggota tim KRIS | Spesialis | 4,5 tahun |
| IN 3 | Laki-laki | Komite mutu sub bidang kredensialing keperawatan | Spesialis | 7-8 tahun |
| IN 4 | Laki-laki | Kepala ruangan unit rawat inap | Spesialis | 7-8 tahun |
| IN 5 | Laki-laki | Perawat pelaksana | Spesialis | 2,5 tahun |

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi. Wawancara dilakukan oleh peneliti utama, seluruh proses wawancara dilakukan oleh orang yang sama untuk menjaga konsistensi dalam penggalian informasi dan data penelitian. Peneliti sudah menyiapkan pedoman wawancara untuk setiap informan kunci dan spesialis dengan menyesuaikan kompetensi masing-masing bidang informan. Sebelum wawancara dilakukan, peneliti terlebih dahulu membangun kepercayaan agar informan merasa nyaman dan aman terlibat dalam penelitian. Pada tahap ini, peneliti melakukan perkenalan, kemudian mengawali pembicaraan dengan menjelaskan tujuan, manfaat dan prosedur penelitian sesuai etika penelitian. Peneliti juga meyakinkan informan bahwa data penelitian terjaga kerahasiannya. Informan yang setuju untuk ikut serta diminta menadatangani *informed consent*, selanjutnya peneliti membuat kontrak waktu dan tempat untuk pelaksanaan wawancara. Peneliti menyiapkan buku catatan dan handphone untuk merekam seluruh pembicaraan dengan informan. observasi digunakan untuk merekam berbagai fenomena yang terjadi (14). Dan dokumentasi berupa pengumpulan dokumen – dokumen penting yang relevan dengan topik penelitian. Selain itu dokumentasi juga bisa dilakukan dengan mengambil gambar atau foto dan video yang masih ada kaitannya dengan kajian atau topik penelitian.

Instrumen penelitian yang digunakan meliputi pedoman wawancara untuk masing-masing informan, *informed consent*, lembar checklist 12 kriteria KRIS JKN untuk observasi, dan dokumentasi rumah sakit seperti surat keputusan direktur tim akselerasi penerapan kelas rawat inap standar (KRIS) di RSU X tahun 2026, catatan evaluasi, dan notulensi rapat rutin. Analisis data dilakukan dengan reduksi data menggunakan micosoft office dan pewarnaan pada informasi-informasi yang dianggap penting kemudian penyajian data dari wawancara, observasi dan dokumentasi setelahnya penarikan kesimpulan untuk masing-masing faktor dan verifikasi menggunakan triangulasi teknik dan sumber. *Triangulasi* sumber dilakukan dengan membandingkan informasi dari manajer umum, tim KRIS, komite mutu, kepala ruangan rawat inap dan perawat pelaksana di ruangan rawat inap.

*Triangulasi* teknik dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara, observasi langsung kondisi kamar rawat inap serta dokumentasi terkait implementasi kamar rawat inap standar di RSU X Kota Tasikmalaya. Penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan persetujuan dari komite mutu RSU X Kota Tasikmalaya. Penelitian ini menggunakan *informed consent* untuk pernyataan ketersediaan informan sebagai narasumber, i*nformed consent* (lembar persetujuan) berisi penjelasan mengenai penelitian yang akan dilakuan, tujuan penelitian, tata cara penelitian, manfaat yang diperoleh informan dan resiko yang mungkin terjadi. Pernyataan dalam lembar persetujuan jelas dan mudah dipahami sehingga informan tahu bagaimana penelitian ini dijalankan, untuk informan yang bersedia maka mengisi dan menandatangani lembar persetujuan secara sukarela. Selain itu penelitian ini juga telah mendapatkan keterangan layak etik dari komite etik penelitian kesehatan Universitas Bakti Tunas Husada Tasikmalaya dengan No. 350-01/E.01/KEPK-BTH/VII/2026.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Faktor Komunikasi

*Transmisi dari pemerintah ke rumah sakit*

Berdasarkan hasil wawancara, informasi mengenai kebijakan kelas rawat inap standar disampaikan pertama kali oleh Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya melalui penyelenggaran sosialisasi kebijakan kelas rawat inap standar dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui rapat daring yang dilakukan kepada pihak manajemen rumah sakit. Sebagaimana disampaikan oleh informan sebagai berikut :

*”Pertama kali mengetahui itu ada undangan dari Dinas Kesehatan sosialisasi terkait dengan KRIS itu”. (IN 1).*

*”Biasanya kalau dari direksi setelah ada rapat bareng sama KEMENKES baru disosialisasikan lagi ke manajer umum”. (IN 2).*

Hal ini menunjukkan bahwa instansi pemerintah yang terlibat dalam penyampaian informasi mengenai kebijakan kamar rawat inap standar yakni Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. Keterlibatan kedua instansi dalam penyampaian informasi memiliki dasar kewenangan yang jelas dalam peraturan perundang – undangan. Peraturan pemerintah nomor 47 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan bidang perumah sakitan menempatkan kebijakan kelas rawat inap standar sebagai bagian dari pengaturan standar fasilitas dan mutu pelayanan rumah sakit yang secara teknis berada dalam ranah pembinaan Kemenkes dan dinas kesehatan di tingkat daerah (7). Hal ini dipertegas oleh Perpres No. 59 Tahun 2024 (3) tentang jaminan kesehatan yang mewajibkan penerapan kelas rawat inap standar bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional dengan pengaturan teknisnya melalui Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan (4). Pada tingkat kota tasikmalaya, kewenangan ini diuraikan secara lebih rinci dalam peraturan wali kota Tasikmalaya Nomor 57 Tahun 2021 Tentang tugas pokok dan rincian tugas unit dinas kesehatan kota tasikmalaya (15). Berdasarkan pasal 10 Perwalkot bidang pelayanan kesehatan memiliki tugas pokok untuk mengkoordinasikan penyusunan kebijakan, pelaksanaan dan pembinaan atas kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan primer, kesehatan rujukan dan kesehatan tradisional termasuk menjalankan pembinaan dan bimbingan terhdap penyelenggaraan pelayanan kesehatan rujukan pada fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit yang berada di wilayah kota Tasikmalaya. Selain itu penyampaian informasi dilakukan melalui rapat koordinasi secara daring dan sosialisasi luring yang dilaksanakan di dinas terkait.

Temuan ini selaras dengan konsep komunikasi menurut George Edwards III dikutip dalam *ebook* Jumroh dan Pratama (2021) yang menyatakan bahwa komunikasi dalam implementasi kebijakan sebagai proses pernyataan pesan antar manusia dalam bentuk isi pikiran, ide, pendapat dan atau perasaan seseorang kepada orang lain dengan menggunakan bahasa sebagai alat penyampaian pesan dan berkaitan dengan interaksi antara aktor perumusan kebijakan dengan aktor pelaksana kebijakan melalui tiga indikator komunikasi yaitu penyampaian, kejelasan dan konsistensi. Pandangan ini diperkuat dengan komunikasi yang diklasifikasikan sebagai faktor internal implementasi kebijakan, yang berarti kemampuan aparat pelaksana untuk memahami dan menyampaikan setiap aturan serta petunjuk pelaksanaan pekerjaan, kepada seluruh aparat pelaksana di tingkat bawah, sehingga diperlukan kerjasama dan koordinasi dalam setiap tahapan program yang dilaksanakan (Igirisa, 2022). Dengan adanya komunikasi yang berjalan dengan baik, memungkinkan para pelaksana untuk memahami secara mendalam tujuan dan ketentuan kebijakan, sehingga proses implementasi di rumah sakit dapat terlaksana sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

*Transmisi dari rumah sakit ke pihak internal*

Berdasarkan hasil wawancara, informasi yang diterima oleh pihak manajemen dari instansi pemerintah tersebut disampaikan kepada perwakilan semua unit dan tim KRIS di rapat rutin yang dilaksanakan oleh rumah sakit. Sebagaimana disampaikan oleh informan sebagai berikut :

*"Biasa kita lakukan di rapat rutin karena kita suka ada rapat rutin mingguan ya jadi rapat mingguan itu kita menyampaikan mulai dari regulasi yang terkait dengan kris kemudian standar standar kris dan penunjukkan tim yang untuk menindaklajuti penyesuaian kamar rawat inap untuk kris". (IN 1).*

*"Kalau rapat mingguan atau rapat bulanan biasanya disampaikan terkait oleh kris". (IN 2).*

*"Kalau saya dari atasan dari pihak manajemen itu disampaikan itu dalam rapat mingguan atau bulanan. Itu rutin sih tiap hari rabu". (IN 4).*

Pernyataan ini diperkuat oleh notulensi rapat rutin pada tanggal 08 April 2026 yang memuat evaluasi ruangan dan pemenuhan kriteria menyeluruh untuk kesiapan ruang rawat inap. Hal ini menunjukkan bahwa adanya forum rutin yang terjadwal dan terstruktur dalam penyampaian informasi kepada seluruh unit untuk menjaga konsistensi informasi yang diberikan dan membangun komitmen antar unit dalam proses implementasi kebijakan yang dilakukan. Selain melalui rapat rutin, ada beberapa informasi yang langsung disampaikan oleh pihak manajemen kepada tim KRIS. Sebagaimana disampaikan oleh informan sebagai berikut :

*"Ada by verbal kalau ada regulasi baru yang belum muncul ke publik tapi cuma diketahui direksi nah itu biasanya verbal dulu baru kedepannya ada sosialisasi, cuma ngasih tau ini ada updater kris kemarin baru ada rapat barengan kemenkes yang diupdate ini ini ini". (IN 2).*

Hal ini menunjukkan bahwa adanya alur komunikasi yang formal dan informal dalam mendukung pelaksanaan implementasi kelas rawat inap standar di rumah sakit. Komunikasi untuk penyampaian informasi dilakukan secara berkesinambungan, sehingga setiap perubahan kebijakan dapat tersampaikan secara tepat waktu kepada perwakilan unit dan tim KRIS di rumah sakit. Aspek penyampaian yang terstruktur, kejelasan instruksi, serta konsistensi informasi berperan sebagai faktor dasar yang mendukung keberhasilan implementasi kebijakan di rumah sakit.

Komunikasi informal merupakan komunikasi yang berlangsung di luar jalur formal organisasi dan tidak terikat oleh hierarki maupun struktur organisasi yang berlaku. Komunikasi ini muncul sebagai hasil interaksi sosial antaranggota organisasi untuk mendukung pelaksanaan pekerjaan dan koordinasi yang bersifat dinamis. Selain itu, komunikasi informal berfungsi untuk melengkapi informasi yang telah diterima melalui jalur formal, memberikan konfirmasi, memperjelas pesan serta memperluas penyebaran informasi di dalam organisasi (16).

Temuan ini sejalan dengan konsep komunikasi menurut George Edwards III dikutip dalam ebook Jumroh dan Pratama (2021) yang menyatakan bahwa komunikasi dalam implementasi kebijakan sebagai proses pernyataan pesan antar manusia dalam bentuk isi pikiran, ide, pendapat dan atau perasaan seseorang kepada orang lain dengan menggunakan bahasa sebagai alat penyampaian pesan dan berkaitan dengan interaksi antara aktor perumusan kebijakan dengan aktor pelaksana kebijakan melalui tiga indikator komunikasi yaitu penyampaian, kejelasan dan konsistensi. Pandangan ini diperkuat dengan komunikasi yang diklasifikasikan sebagai faktor internal implementasi kebijakan, yang berarti kemampuan aparat pelaksana untuk memahami dan menyampaikan setiap aturan serta petunjuk pelaksanaan pekerjaan, kepada seluruh aparat pelaksana di tingkat bawah, sehingga diperlukan kerjasama dan koordinasi dalam setiap tahapan program yang dilaksanakan (Igirisa, 2022). Dengan adanya komunikasi yang berjalan dengan baik, memungkinkan para pelaksana untuk memahami secara mendalam tujuan dan ketentuan kebijakan, sehingga proses implementasi di rumah sakit dapat terlaksana sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

Hasil wawancara ini juga selaras dengan notulen rapat rutin yang diselenggarakan oleh internal rumah sakit yang menunjukkan bahwa pembahasan tentang implementasi kamar rawat inap standar di rumah sakit dihadiri oleh semua perwakilan unit di rumah sakit. Keterlibatan empat puluh pewakilan dari berbagai unit memastikan penyampaian informasi yang baik, sehingga pemahaman mengenai kriteria KRIS dapat tersampaikan secara merata hingga ke tingkat operasional, tidak terbatas pada jajaran manajemen saja.

**Faktor Sumber Daya Sumber Daya Manusia**

Berdasarkan hasil wawancara, dalam impelementasi kebijakan yang lebih dominan terlibat adalah staf bagian umum dan manajemen untuk penyesuaian kriteria kelas rawat inap standar di rumah sakit. Pelaksana kebijakan di rumah sakit adalah tim kris yang dibawahi oleh manajer umum, pemilihan anggota tim KRIS disesuaikan dengan jabatan, tugas dan tanggung jawab yang dijalankan. Selain itu, terdapat surat keputusan untuk pengesahan tim KRIS dalam menindaklanjuti implementasi kebijakan di rumah sakit. Sebagaimana disampaikan oleh informan sebagai berikut :

*”Biasa kita lakukan di rapat mingguan jadi di rapat mingguan itu kita menyampaikan mulai dari regulasi kemudian standar-standar kris dan penunjukkan tim yang nantinya menindaklajuti penyesuaian. Memang disesuaikan dengan jenis jabatan dan pekerjaan yang selalu dijalankan. Karena memang perubahan ini lebih dominan ini harus di tingkatkan oleh orang umum sebenernya sama kesling sebenernya orang umum”. (IN 1).*

*"Ya sesuai sama di SK kemarin, kalau IPSRS tugasnya lebih ke bangunan jadi dia mengutamakan bangunan atau ga berkoordinasi sama tukang buat pengerjaan abc terkait bangunan misalnya pengadaan stok colokan penambahan kunci di nakas atau pergantian pintu kayak gitu gitu sama bangunan sama teknisi membawahi teknisi juga. Kalau K3RS dan Kesling sama PPI itu lebih ke suhu kalau kita lebih ke lingkungannya apakah suhu sudah memenuhi standar kalau misalnya belum development alatnya kayak gimana terus pengukuran ach nya kayak gimana gitu kalau untuk teknis lapangannya itu lebih ke IPSRS". (IN 2).*

Hal ini menunjukkan bahwa dalam aspek sumber daya manusia, pembentukan tim KRIS dilandaskan pada jenis jabatan, unit kerja dan pekerjaan yang dilakukan. Keterlibatan unit kerja yang disesuaikan dengan kriteria kebijakan, menjadikan pembagian tugas dan peran masing-masing anggota menjadi jelas, unit kerja yang terlibat dalam tim KRIS yakni instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSRS) yang bertugas memastikan sarana dan prasarana ruang rawat inap memenuhi standar kamar rawat inap, kesehatan dan keselamatan kerja rumah sakit (K3RS) yang bertugas memastikan implementasi keselamatan kerja pada area rawat inap standar serta kesehatan lingkungan (Kesling) yang bertugas memastikan kualitas lingkungan rawat inap sesuai kriteria kamar rawat inap standar. Tim KRIS juga bertanggungjawab membuat perencanaan strategis serta memastikan pelaksanaan implementasi berjalan lancar dengan adanya monitoring yang rutin dilakukan.

Temuan ini selaras dengan teori George Edwards III yang menyatakan bahwa sumber daya manusia yang terdiri dari jumlah dan kualitas staf merupakan unsur pendukung yang diperlukan oleh pelaksana kebijakan untuk mewujudkan tujuan kebijakan. Dari penelitian yang telah dilakukan oleh Darmawan (17) menyatakan bahwa implikasi dari pengelolaan sumber daya manusia yang efektif adalah terciptanya proyek konstruksi yang lebih produktif, aman dan berkelanjutan. Produktivitas yang stabil memungkingkan proyek diselesaikan tepat waktu dengan kualitas yang konsisten.

**Kewenangan**

Berdasarkan hasil wawancara disamping sumber daya manusia, kewenangan yang jelas juga diperlukan untuk pengambilan keputusan yang tepat dalam implementasi kelas rawat inap standar. Pada proses penyesuaian rumah sakit dengan kebijakan, manajer umum sebagai penanggungjawab dari tim KRIS di rumah sakit merupakan penghubung infomasi dari direksi kepada tim KRIS, dalam hal pengajuan rencana anggaran biaya untuk kebutuhan kelas rawat inap standar, juga perlu melalui persetujuan dari manajer umum. Sebagaimana disampaikan oleh informan sebagai berikut :

*”Penyampaian informasi lebih banyak dari wadir ke manajer umum karena tim kris itu dibawahi oleh manajer umum jadi informasinya dari wadir operasional manajer umum baru ke tim kris nya. Biasanya kalau dari direksi setelah ada rapat bareng sama kemenkes baru disosialisasikan lagi ke manajer umum”. (IN 2).*

Selain manajer umum, komite mutu juga bertindak sebagai badan legislatif untuk implementasi kelas rawat inap standar di rumah sakit serta menetapkan indikator mutu prioritas dan memberikan rekomendasi kepada tim kris untuk penetapan prioritas pemenuhan kriteria berdasarkan perhitungan indikator mutu yang telah ditetapkan. Sebagaimana disampaikan informan sebagai berikut :

*”Ya jadi memang ada kita angkat beberapa indikator mutu yang mana kita pakai untuk mengevaluasi sejauh mana kesiapan rumah sakit tentang implementasi kris ini. Mutu prioritas tersebut acuan kita itu dari mulai tingginya pembiayaan terus nilai bobot dari setiap variabelnya dan tingginya resiko yang akan terjadi ketika s barang tersebut memang tidak kita adakan jadi ketika nilai akhir istilahnya menghasil dari grading kami adalah bed ya kita jadikan itu bentuk prioritas”. (IN 3).*

Tim KRIS berperan dalam menyusun perencanaan sesuai kebutuhan, menetapkan prioritas pemenuhan kriteria dan menyusun rencana anggaran biaya untuk pengadaan pemenuhan kriteria kelas rawat inap standar di rumah sakit. Sebagaimana disampaikan informan sebagai berikut :

*”Perencanaan kita mulai dari yang paling berat dari kriteria nah nanti kalau misalkan s ini sudah diperbaiki kita usahakan menggadakan ruangan supaya semua kriteria terpenuhi. Kalau misalkan dari atas informasi masuk abis tu sama tim kris dibuat perencanaan, perencanannya bisa berupa pemetaan dulu kayak tadi area kalau misalkan ada ruangan yang perlu ditindak lanjuti sesuai kriteria diprioritaskan nah nanti kita dapat di akumulasi data terus dicari lagi prioritas kedua apa terus kayak gitu”. (IN 2).*

Hal ini menunjukkan bahwa wewenang tiap pihak jelas dan berjenjang, selain itu tim KRIS telah ditetapkan secara formal melalui penerbitan surat keputusan (SK) direktur mengenai pembentukan tim akselerasi penerapan kelas rawat inap standar (KRIS). Surat keputusan tersebut memuat tugas dan wewenang dari setiap jabatan mulai dari wadir operasional sampai dengan anggota tim KRIS yang terdiri dari IPSRS, K3RS dan Kesling. Pembagian tugas dan wewenang yang tertuang dalam surat keputusan tersebut sangat penting untuk memberikan kejelasan peran dan tanggungjawab bagi setiap anggota. Keberadaan surat keputusan ini berfungsi sebagai dokumen resmi penugasan kepada tim KRIS untuk menjalankan implementasi kebijakan di rumah sakit. Dengan adanya otoritas yang terstruktur, tim KRIS memiliki kekuatan hukum yang kuat untuk pengambilan langkah strategis serta memperjelas peran antar unit selama

proses implementasi kelas rawat inap standar. Temuan ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Lestari (18), bahwa pemberdayaan karyawan merupakan alat motivasi bagai karyawan untuk meningkatkan kinerjanya, mendorong karyawan untuk bertanggungjawab terhadap tugas yang diberikan.

**Anggaran**

Berdasarkan hasil wawancara, terdapat anggaran khusus untuk implementasi KRIS JKN di rumah sakit. Tetapi untuk pengadaan tetap memerlukan persetujuan bagian keuangan kemudian direksi melalui pengajuan yang dilakukan oleh tim KRIS. Sebagaimana disampaikan oleh informan sebagai berikut :

*"Kalau untuk mengenai anggaran tersendiri anggaran itu sudah ditentukan karena memang kita sudah memprediksi". (IN 1).*

*"Ada anggaran khusus karena mereka menilai KRIS ini nyawanya rumah sakit karena kalau kris ini ga lolos nanti rumah sakit bagaimana mau kerjasama dengan bpjs". (IN 2).*

*"Biasanya memang untuk anggaran kita untuk anggaran kita memang menetapkan atau mengalokasikan anggaran untuk implementasi kris ini". (IN 3).*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketersediaan anggaran merupakan unsur penting yang telah dipersiapkan oleh pihak rumah sakit sejak awal perencanaan untuk mendukung implementasi kelas rawat inap standar. Rumah sakit mengalokasikan anggaran khusus untuk proses penyesuaian dan penerapan standar kamar rawat inap, besaran dana yang dibutuhkan telah diprediksi guna menjamin setiap tahapan implementasi berjalan sesuai target. Adanya anggaran yang terencana menunjukkan kesiapan keuangan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan sarana dan prasarana dalam kebijakan kelas rawat inap standar.

Temuan ini selaras dengan teori implementasi kebijakan George Edwards III, bahwa ketersediaan anggaran merupakan unsur yang diperlukan oleh pelaksana kebijakan dalam mewujudkan tujuan kebijakan yang telah ditetapkan. Dari penelitian yang dilakukan oleh Arbaatun (11) bahwa keterbatasan anggaran dapat membuat realisasi implementasi KRIS menjadi kurang optimal.

**Sarana dan Prasarana**

Berdasarkan hasil wawancara, kriteria kelas rawat inap standar dari penilaian dinas kesehatan dan BPJS kesehatan ketika pra kredensial di rumah sakit adalah 80% dari 12 kriteria yang ditetapkan. Penilaian tim KRIS serta manajer umum untuk sarana dan prasarana kriteria kelas rawat inap standar sudah hampir terpenuhi yakni 70% dikarenakan masih terdapat 2 kriteria

yang belum memenuhi standar yakni aksesibilitas kamar mandi dan kualitas tempat tidur kamar rawat inap. Namun terkait dua kriteria yang belum terpenuhi tim KRIS sudah mengajukan pengadaan bed 2 crank untuk memenuhi standar yang berlaku dan menegenai kriteria aksesibilitas kamar mandi, rumah sakit tengah melakukan perbaikan perluasan untuk pintu kamar mandi serta penyesuaian luas ruang kamar mandi agar kursi roda dapat berputar dengan leluasa. Sebagaimana disampaikan oleh informan sebagai berikut :

”Sudah sudah sekitar 70 persenlah”. (IN 1).

*”Saat ini sebenarnya sudah hampir memenuhi semua, ada satu yang belum bed karena bed kita rata-rata 1 crank nah kita sedang pengajuan untuk memenuhi yang 2 crank atau 3 cranklah terus untuk fasilitas udah sih itu, WC untuk yang bobrok banget kita perbaiki yang awalnya pintu cuma 70 kayak ga masuk kursi roda sekarang jadi 90 udah masuk kursi roda asalnya dalamnya sempit ga bisa muter kursi roda sekarang jadi bisa muter”. (IN 2).*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa capaian implementasi kriteria kelas rawat inap standar hampir memenuhi kriteria yang ditetapkan yakni 83,3% dari kriteria yang ditetapkan yang berarti sebagian besar aspek fisik di rumah sakit telah sesuai dengan kriteria. Namun, masih terdapat dua kriteria yang belum sepenuhnya terpenuhi yakni tempat tidur dan aksesibilitas kamar mandi, untuk menangani hal tersebut tim KRIS melakukan pengajuan pengadaan tempat tidur yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan dan memperluas kamar mandi dalam rawat inap untuk pemenuhan kriteria aksesibilitas kamar mandi. Respon aktif terhadap hasil evaluasi menunjukkan bahwa proses pemenuhan kriteria tidak dapat dilakukan secara langsung melainkan memerlukan tahapan perencanaan dan pengadaan yang disesuaikan dengan prioritas anggaran di rumah sakit.

Hasil wawancara ini selaras dengan lembar observasi dan dokumen evaluasi internal yang menunjukkan adanya pemenuhan 12 kriteria yang hampir memenuhi kriteria standar yang ditetapkan yakni 10 dari 12 kriteria yang ditetapkan atau 83,3% sesuai dengan **Tabel 2.**

**Tabel 2. Lembar checklist 12 kriteria KRIS**

| Kriteria | Sesuai | Tidak Sesuai | Keterangan | Dokumentasi |
|---|---|---|---|---|
| Komponen Bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi | P | | Tembok tidak berbahan triplek dan sudah tembok semen. |  |
| Ventilasi Udara | P | | Untuk mengukur standar ini, menggunakan alat bernama anonemeter dan perhitungan menggunakan rumus ACH. |  |
| Pencahayaan Ruangan | P | | Perhitungan pencahayaan sudah menggunakan alat pengukur yang terhubung dengan sistem dan bisa dilihat melalui android atau komputer. |  |
| Kelengkapan Tempat Tidur | P | | *Nurse Calling* yang digunakan sudah dua arah. |  |
| Nakas per tempat tidur | P | | Bahan nakas yang digunakan tidak memiliki tingkat porositas tinggi karena menggunakan bahasa plastik. |  |

**Tabel 2. (Lanjutan)**

| Kriteria | Sesuai | Tidak Sesuai | Keterangan | Dokumentasi |
|---|---|---|---|---|
| Temperatur Ruangan | P | | Pengukuran suhu dan kelembaban dibantu dengan alat pengukur yang disimpan di ruang rawat dan terhubung dengan sistem. |  |
| Ruang rawat dibagi berdasarkan jenis kelamin, anak atau dewasa serta penyakit infeksi atau non-infeksi | P | | Pemisahan ruang rawat menggunakan stiker yang ditempel di pintu ruang rawat inap. |  |
| Kepadatan ruang rawat dan kualitas tempat tidur | | P | a. Jarak antar tepi tempat tidur dan tembok sudah sesuai tetapi<br>b. Jumlah tempat tidur tidak 4 tetapi ada yang 1,2 dan 4 tempat<br>c. Belum semua ruang rawat inap menggunakan tempat tidur 2 crank. |  |
| Tirai/Partisi antar tempat tidur | P | | Sudah Sesuai. |  |

**Tabel 2. (Lanjutan)**

| Kriteria | Sesuai | Tidak Sesuai | Keterangan | Dokumentasi |
|---|---|---|---|---|
| Kamar mandi memenuhi aksesibilitas | | P | a. Sudah ada simbol,<br>b. Beberapa kamar mandi sudah memiliki ruang gerak yang cukup untuk kursi roda tapi beberapa lainnya belum,<br>c. Dilengkapi handtrail,<br>d. Permukaan tidak licik dan tidak ada genangan. |    |
| Outlet Oksigen | P | | Sudah Sesuai |  |

**Faktor Disposisi**

Berdasarkan hasil wawancara pada proses penyesuaian rumah sakit dengan kebijakan kelas rawat inap standar, direksi memegang peran penting sebagai penentu keputusan untuk implementasi kebijakan kamar rawat inap standar di rumah sakit. Sebagaimana disampakan oleh informan sebagai berikut :

*"Memang dikasih waktu tu 2 tahun sebenernya mulai dari wacana, sosialisai tapi pelaksanaanya tergantung rumah sakit sampainya kemudian kapan nindak lanjutnya tergantung kebijakan rumah sakit ya kalau kita sampaikan memang dari dulu juga ga mungking ga sampai amanah dari dinas kesehatan pasti menyampaikan kan cuma kita menindak lajutinya baru*

*sekarang sekarang ya itu kebijakan atasan kami, maunya sekarang-sekarang ya kita lakukan sekarang meskipun agak terbirit birit istilahnya". (IN 1).*

*"Sebenernya kalau untuk kewenangan tim kris sendiri itu masih bergantung ke direksi jadi tim kris tidak bisa mengambil keputusan sendiri sebelum direksi juga mengacc agak sulit disitu terus direksi juga acc kan ga gampang apalagi prosesnya yang tadi bed kayak gitu. Kita bebas merencanakan apa saja tapi kedepannya tetap harus ke direski dulu". (IN 2).*

Meskipun demikian sikap dari para direksi dan manajer umum menunjukkan nilai yang positif dan komitmen yang tinggi untuk impelementasi kamar rawat inap standar di rumah sakit. Sebagaimana disampaikan informan sebagai berikut :

*"Mereka aware ya mulai dari direksi sampe dengan manajer umum bener bener berkomitmen lah dari manajer umum sampai direksi. Mulai dari yang tadi pengajuan mereka acc mereka welcome gitu sama kebijakan-kebijakan baru terus terkait apapun itu yang harus diganti atau diperbaharui untuk impementasi kris mereka pasti acc". (IN 2).*

Sebagai salah satu bentuk komitmen dari para direksi dan manajer, terdapat anggaran khusus untuk impelementasi kelas rawat inap standar di rumah sakit. Sebagaimana disampaikan informan sebagai berikut :

*"Ada anggaran khusus dari kas rumah sakit". (IN 1).*

*"Kalau budget kita tidak ada masalah karena direksi sudah punya komitmen ya". (IN 2).*

Manajer umum menilai bahwa manfaat dari kebijakan kelas rawat inap standar untuk rumah sakit itu banyak sekali selain dari kelayakan kerjasama antara rumah sakit dan BPJS kesehatan salah satunya adalah peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Sebagaimana disampaikan informan sebagai berikut :

*"Ya manfaatnya banyak sekali ya benar nggak, jadi kenyamanan bisa lebih terjamin berarti perhatian bisa jadi lebih terjamin nah kalau rumah sakit bagi rumah sakit ya manfaatnya itu bisa lebih meningkatkan mutu dan keselamatan pasien". (IN 1).*

Selain itu, pernyataan dari kepala ruangan menyatakan bahwa tidak ada keluhan berarti untuk kebijakan kelas rawat inap standar di rumah sakit dan para perawat di ruangan juga merasa terbantu dan tidak merasa terbebani dengan adanya kebijakan kelas rawat inap standar. Sebagaimana disampaikan informan sebagai berikut :

*"Kalau penolakan memang enggak sih kan kita harus ikutilah kebijakannya kan, Kalau menurut saya ada yang biasa saja ada yang oh ini benar nih ini kamar standarnya nih jadi enggak semuanya semangat gitu tapi hampir semuanya mah semangat sih gitu". (IN 4).*

*"Enggak ada komplain sih kayaknya membantu banget deh menurut saya". (IN 4).*

*"Alhamdulilah membantu seperti nurse calling kan dulu satu sisi ya satu arah kalau satu*

*arahkan ribet ya karena apa yang dibutuhkan balik lagi kalau sekarang dua arah langusng disana kayak telepon gitu. Tidak memperhambat, kalau menurut saya pribadi ya saya sebagai salah satunya nurse calling dapat menghambat menghambatnya tu kayak yang harus panggil teriak kalau yang satu sisi juga akan menghambat sih bulak balik karena ini udah dua arah sudah meningkatkan". (IN 5).*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya sikap yang positif dari berbagai jenjang pelaksana di rumah sakit. Para direksi memiliki respon yang positif dan berkomitmen penuh untuk implementasi kebijakan kamar rawat inap standar, Sikap mendukung ini diperkuat oleh jajaran direksi yang cepat tanggap terhadap kepentingan kebijakan, sehingga memudahkan proses persetujuan dokumen perencanaan untuk implementasi kelas rawat inap standar. Manajer umum juga memandang kebijakan kelas rawat inap standar sangat bermanfaat untuk peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Di tingkat operasional, para perawat merasa kriteria kelas rawat inap standar seperti *nurse call* membantu kelancaran kerja mereka. Kepala ruangan juga menilai tingginya respon positif perawat, tanpa adanya keluhan berarti selama proses penyesuaian, hal ini mengambarkan bahwa komitmen dan persepsi positif dari seluruh tingkatan organisasi menjadi faktor dasar dalam implementasi kebijakan di rumah sakit.

Temuan ini selaras dengan pengertian disposisi menurut George Edwards III dikutip dari *ebook* Jumroh & Pratama (2021), yang menjelasakan bahwa disposisi adalah ketersediaan dari para implementator untuk melaksanakan kebijakan, meskipun komunikasi telah berjalan dengan baik serta ditunjang oleh sumber-sumber yang memadai namun tidak didukung oleh sikap pelaksana maka pelaksanaan kebijakan tidak akan efektif. Pandangan ini diperkuat dengan disposisi yang diklasifikasi sebagai faktor internal implementasi kebijakan, yang berarti komitmen yang dimiliki aparat pelaksana untuk sungguh-sungguh menjalankan setiap program yang telah ditetapkan, aparat yang direkrut idealnya memiliki kemampuan, pengalaman dan kemauan untuk bekerja keras sehingga tantangan apapun yang muncul diharapkan mampu diatasi dengan komitmen terhadap pencapaian tujuan program (Igirisa, 2022). Ini menegaskan bahwa disposisi bukan sekedar faktor pelengkap, melainkan faktor dasar yang menentukan implementasi suatu kebijakan.

Hasil wawancara ini selaras dengan evaluasi berkala yang dilakukan oleh manajer umum selaku penanggungjawab tim KRIS. Dokumen evaluasi tersebut secara objektif menunjukkan sikap proaktif manajemen dalam menanggapi aktivitas di lapangan. Hal ini membuktikan bahwa dukungan pelaksana untuk kebijakan kamar rawat inap standar bersifat konsisten.

**Faktor Struktur Birokrasi**

Berdasarkan hasil wawancara bahwa manajer umum selaku penanggungjawab tim KRIS, memiliki wewenang dalam melakukan peninjauan dan persetujuan terhadap setiap dokumen perencanaan maupun usulan pengadaan yang disusun oleh tim KRIS. Sebagaimana disampaikan informan sebagai berikut :

*"Nah kalau pengawasan lebih ke manajer umum ya, misalkan manajer umum ga bisa turun lapangan ni kita yang turun lapangan kita mengcek cek lagi mana yang udah selesai mana yang belum nanti pelaporannya ke manajer umum nah nanti manajer umum cek ulang bener ga yang kita laporin". (IN 2).*

Untuk tim KRIS, distribusi tugas dan tanggungjawab disusun berdasarkan kompetensi yang telah dimiliki oleh setiap anggota di unit kerjanya masing-masing. Hal ini memastikan bahwa peran setiap anggota dalam tim tetap selaras dengan bidang keahlian yang mereka jalankan sehari-hari. Sebagaimana disampaikan oleh informan sebagai berikut:

*"Ya sesuai SK kemarin, berarti dari direktur turun ke wadir operasional ke manajer umum nah manajer umum baru menginstrusikan ke IPSRS, K3RS, Kesling dan PPI. Kalau IPSRS tugasnya lebih ke bangunan atau ga berkoordinasi sama tukang buat pengerjaan abc terkait bangunan misalnya penggadaan stok colokan penambahan kunci dinakas atau pergantian pintu kayak gitu gitu sama bangunan sama teknisi membawahi teknisi juga. Kalau K3RS sama Kesling sama PPI itu lebih ke lingkungannya apakah suhu sudah memenuhi standar kalau misalnya belum development alatnya kayak gimana terus pengukuran achnya kayak gimana gitu kalau untuk teknisi lapangannya itu lebih ke IPSRS". (IN 2).*

Tidak ada standar operasional prosedur khusus untuk implementasi kelas rawat inap standar tetapi penyampaian alur pembagian kelas rawat inap standar disampaikan langsung melalui sosialisasi kepada perawat di ruangan. Sebagaimana disampaikan informan sebagai berikut :

*"Engga ada sop khusus sih kita langsung eksekusi saja". (IN 2).*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa struktur kewenangan dalam implementasi kelas rawat inap standar bersifat bertingkat dan terorganisir dengan baik. Pihak direksi memegang peranan penting sebagai pengambil keputusan strategis dalam keberlanjutan implementasi maupun penetapan pengadaan untuk pemenuhan kriteria kelas rawat inap standar. Pada tingkat operasional, manajer umum selaku penanggungjawab tim KRIS beperan sebagai verifikator setiap dokumen perencanaan maupun usulan pengadaan yang dibuat oleh tim KRIS sebelum diteruskan kepada direksi untuk mendapatkan keputusan akhir. Sementara itu, distribusi tugas dalam tim KRIS disusun berdasarkan kompetensi yang dimiliki oleh setiap anggota sesuai dengan bidang

unit kerjanya. Namun, rumah sakit tidak memiliki standar operasional prosedur (SOP) khusus untuk implementasi kelas rawat inap standar, tetapi pelaksanaan implementasi didukung oleh surat keputusan tim KRIS yang memuat struktur serta tugas dan wewenang masing-masing unit yang terlibat. Implementasi kelas rawat inap standar melibatkan berbagai unit yang tergabung dalam tim KRIS seperti K3RS, IPSRS dan Kesling. Namun ketiadaan standar operasional prosedur menunjukkan bahwa tidak ada panduan tertulis untuk tata cara pelaksanaan implementasi kelas rawat inap standar di rumah sakit.

Secara pelaksanaan rumah sakit memang sudah melaksanakan konsep struktur birokrasi dalam implementasi kebijakan, namun tidak terdokumentasi dengan baik sehingga sistem kerja cenderung bergantung pada instruksi lisan yang rentan terhadap ambiguitas. Menurut George Edwards III (19), struktur birokrasi melalui penetapan prosedur operasi baku memiliki peranan penting didalam mengefektikan implementasi kebijakan, hal ini karena kegiatan tersebut melibatkan banyak orang sehingga diperlukan upaya koordinasi dari berbagai tujuan para aktor yang mungkin berbeda-beda, pengubahan perilaku untuk disesuaikan dengan model implementasi yang diperlukan dan menjaga sumber-sumber yang digunakan bersifat efektif dan efisien. Ketiadaan SOP juga berdampak terhadap konsistensi pelaksanaan implementasi dikarenakan tidak adanya standar untuk menjadi patokan dalam proses implementasi, koordinasi yang dilakukan akan sulit dilakukan dikarenakan tidak ada ketegasan dalam peran dari masing-masing unit terkait implementasi sampai dengan kelompok sasaran implementasi, dan dengan tidak adanya sop monitoring akan sulit dilakukan dikarenakan tidak tersedianya standar sebagai patokan penilaian dan keberlanjutan impelementasi juga akan tidak efektif. Hal ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Nikita tahun 2025 (19) yang menyatakan bahwa SOP berdampak positif dalam menstruktur, mengatur dan membuat proes kerja menjadi lebih sistematis dan konsisten.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Implementasi kebijakan kelas rawat inap standar di RSU X Kota Tasikmalaya berjalan dengan baik dengan pemenuhan 83,3 % dari 12 kriteria yang ditetapkan. Sedangkan 2 kriteria, yaitu kualitas tempat tidur dan aksesibilitas kamar mandi masih dalam proses pemenuhan. Berdasarkan empat faktor implementasi kebijakan George Edwards III, komunikasi dilakukan secara berjenjang dari instansi pusat hingga lingkup internal rumah sakit melalui rapat rutin maupun jalur informal, meskipun batas toleransi teknis kebijakan belum sepenuhnya jelas bagi rumah sakit. Sumber daya implementasi kelas rawat inap standar didukung oleh ketersediaan sumber daya manusia melalui pembentukan tim KRIS, anggaran khusus yang dialokasikan untuk

pemenuhan sarana dan prasarana serta kewenangan yang jelas melalui surat keputusan direktur. Disposisi atau sikap pelaksana untuk seluruh jenjang pelaksana, mulai dari direksi sampai dengan para perawat ruangan menunjukkan sikap positif dan komitmen yang kuat sehingga tidak terdapat kendala berarti yang mengganggu proses implementasi kebijakan. Struktur birokrasi bertumpu pada surat keputusan tim dengan pembagian tugas yang jelas, tetapi belum didukung standar operasional prosedur (SOP) khusus. Keempat faktor saling mendukung dan hambatan utama terletak belum adanya SOP.

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa penelitian ini memiliki berbagai keterbatasan yang diharapkan dapat diperbaiki atau menjadi bahan pertimbangan untuk peneliti di masa depan. Ciri khas dari penelitian kebijakan adalah kebaharuan dari kebijakan yang diteliti, sehingga hingga akhir penelitian ini dilakukan terus ada kebaharuan dari kriteria dan progress implementasi kebijakan kelas rawat inap standar di rumah sakit. Sehingga beberapa temuan penelitian masih bersifat dinamis dan dapat berubah seiring dengan perubahan dari kebijakan. Dan keterbatasan ke beberapa dokumen pendukung penelitian serta ketidakadaan dokumen pendukung di rumah sakit juga membuat peneliti tidak dapat melakukan triangulasi.

Saran bagi manajemen rumah sakit, sebaiknya mempertimbangkan penyusunan standar prosedur operasional (SPO) internal yang secara khusus mengatur alur kerja dan koordinasi tim KRIS, keberadaan SPO tersebut diharapkan dapat memperjelas distribusi wewenang dan alur pelaporan. Dengan adanya pedoman kerja tim yang terstruktur, efektivitas koordinasi dalam pelaksanaan setiap tahapan implementasi kebijakan dapat berjalan lebih optimal.

Saran bagi pemerintah selaku perumus kebijakan, melalui KEMENKES, dinas kesehatan dan BPJS kesehatan terkait, perlu memberikan perhatian lebih terhadap kesiapan sumber daya rumah sakit serta mempertimbangkan dukungan tambahan, baik dalam bentuk pendampingan teknis maupun penyesuaian kebijakan sehingga berbagai tantangan operasional yang dihadapi rumah sakit dalam implementasi kelas rawat inap standar dapat diatasi secara lebih menyeluruh di masa mendatang.

Saran bagi peneliti selanjutnya, penelitian selanjutnya dapat mengangkat topik evaluasi kebijakan kesehatan, khususnya terkait implementasi kebijakan kelas rawat inap standar di rumah sakit, guna memperoleh gambaran yang lebih mendalam dan menyeluruh di masa mendatang.

## PERNYATAAN KONTRIBUSI AI

Dalam proses penulisan artikel ini, penulis menggunakan alat bantu kecerdasan buatan yakni NotebookLM dan Claude.ai untuk keperluan parafrase dan penyuntingan bahasa. Seluruh ide, analisis, interprestasi data, dan kesimpulan sepenuhnya merupakan hasil pemikirian penulis.

## KONTRIBUSI PENULIS

PSD berkontribusi dalam keseluruhan proses penelitian meliputi penyusunan konsep, pengumpulan data, analisis data, dan penulisan naskah. RH dan FAJ berkontribusi sebagai pembimbing dalam penyusunan konsep penelitian, memberikan arahan analisis, serta melakukan *review* dan persetujuan naskah akhir.

## SUMBER DANA

Penelitian ini tidak mendapatkan hibah atau pendanaan dari lembaga manapun. Seluruh biaya penelitian ditanggung secara mandiri oleh penulis pertama.

## KONFLIK KEPENTINGAN

Para penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan dalam penelitian ini. Pemilihan lokasi penelitian di Rumah Sakit Umum X Kota Tasikmalaya didasarkan pada pertimbangan akademis, yakni adanya permasalahan yang relevan dengan topik penelitian serta ketersediaan data yang mendukung tujuan penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2026 Tentang Rumah Sakit. 2026.
2. Kartikasari D. Administrasi Rumah Sakit. Wineka Media; 2019. 1–89 p.
3. Perpres. Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 59 Tahun 2024 Tentang Perubahan ketiga atas peraturan presiden nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. 2024.
4. Dirjen. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HLK.02.02/I/1811/2022 Tentang petunjuk teknis kesiapan sarana prasarana rumah sakit dalam penerapan kelas rawat inap standar jaminan kesehatan nasional. 2022.
5. Pramono J, Hasanah S, Ardyanti D, Tonapa E, Bernadetha. Jaminan Kesehatan Nasional Strategi, Implementasi dan Transformasi Kesehatan. Indramayu: PT. Adab Indonesia; 2025. 129–291 p.
6. Dr. I Nyoman Dharma Wiasa, S.Kp., S.H., M.M., M.Kes. MH. Jaminan Kesehatan Nasional yang Berkeadilan menuju Kesetaraan Sosial. Vol. 32. 2022. 1–134 p. PubMed PMID: 38252772.
7. Perpres. Peraturan Pemerintah RI Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan. 2021.
8. Raafiana M, Andriani H, Indonesia U, Raafiana M, Andriani H. Kesiapan Rumah Sakit Dalam

Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar ( KRIS ) JKN : Literature Review. Syntax Literate, Vol 10, No 1, Januari 2025. 2025;10(1):435–44.

9. Adelia N, Sembiring ASP, Gurning FP. Studi Literatur: Tantangan dan Strategi Pelayanan Kesehatan dalam Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di Indonesia. Jurnal Kolaboratif Sains. 2025;8(7):4318–26. doi:10.56338/jks.v8i7.7827
10. Munadi, Mundakir, Absor S. Analisis kesiapan implementasi Kelas Rawat Inap Standart (KRIS) di rumah sakit. Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing) [Internet]. 2025;11(3):434–41.https://journal.stikespemkabjombang.ac.id/index.php/jikep/article/view/2674
11. Arbaatun A, Astuti N, Purnomo M, Purnomo J. Analyzing the Implementation of Standardized Inpatient Class Policies at Type B General Hospital. Prosiding 20th Urecol: Seri MIPA & Kesehatan. 2025.
12. Igirisa I. Kebijakan Publik : Suatu Tinjauan Teoritis dan Empiris. Gorongtalo: Tanah Air Beta; 2022. 1–152 p.
13. Sugiyono. Metode Penelitian Kualitatif untuk penelitian yang bersifat: eksploratif, enterpretif,interaktif dan konstruktif. Bandung: Alfabeta; 2020. 1–253 p.
14. Anif Prasetyorini SKM, MK. Buku Ajar Statistik Kesehatan Bagi Administrator Rumah Sakit. Sidoarjo: Indomedia Pustaka; 2018. 1–93 p.
15. Wali Kota. Peraturan Wali Kota Tasikmalaya Nomor 57 Tahun 2021 Tentang Tugas Pokok dan Rincian Tugas Unit Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. 2021.
16. Jumroh, Pratama Y. Implementasi Pelayanan Publik Teori dan Praktik. Solok: CV Insan Cendekia Mandiri; 2021. 1–299 p.
17. Siregar R, Enas U, Putri D, Hasbi Imanuddin, Ummah A, Arifudin O, et al. Komunikasi Organisasi. In. Penerbit Widina; 2021.
18. Darmawan D, Djaelani M, Widyawati I, Wulandari N, Amanda D. Manajemen Sumber Daya Manusia dalam Proyek Konstruksi Teknik Sipil: Studi Literatur Kualitatif tentang Strategi Peningkatan Produktivitas dan Keselamatan Kerja. Jurnal Teknik Sipil ITP. 2026;13(1). doi:10.21063/JTS.2026.V1301.60-67
19. Lestari eka, Putri E, Taqiya S, Murtopo A. Faktor Penghambat Perlibatan Dan Pemberdayaan Karyawan Implementasi Pelibatan Dan Pemberdayaan Karyawan Penghargaan Karyawan Dan Pengakuan Prestasi Karyawan. JURNAL EKONOMIKA45 Vol 10 No 2 (Juni 2023). 2023.
20. Asmara Nikita A, Widya Kusumastuti D. PT. Media Akademik Publisher Pengaruh Penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP) Terhadap Efisiensi Waktu Dan Output Gudang Bahan Baku Pada Perusahaan Karton Box. Jma). 2025;3(11):3031–5220. doi:10.62281