

Analisis Kesiapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) JKN (Studi Kasus Di RSUD H. Abdul Manan Simatupang Kabupaten Asahan)

Putri Aulia Rahma^{1*}, Fitriani Pramita Gurning², Susilawati³

^{1,2,3} Program S1 Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara

*e-mail: putri0801223311@uinsu.ac.id

Diterima Redaksi: 03-06-2026; Selesai Revisi: 08-7-2026; Diterbitkan Online: 30-7-2026

Abstrak

Integrasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) JKN bertujuan menghapus diskriminasi layanan, namun rumah sakit pemerintah daerah berstatus BLUD menghadapi tantangan berat dalam memenuhi 12 kriteria wajib. Tujuannya untuk menganalisis kesiapan multidimensi RSUD H. Abdul Manan Simatupang Kabupaten Asahan dalam mengimplementasikan kebijakan KRIS JKN. Jenis penelitian menggunakan kualitatif dengan pendekatan studi kasus dengan wawancara mendalam terhadap 5 informan kunci dan manajemen, observasi fisik fasilitas, serta telusur dokumen. Data dianalisis dengan model Miles dan Huberman serta diuji lewat triangulasi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa secara administratif dan operasional, sosialisasi vertikal dan kapasitas SDM keperawatan telah siap. Namun, terdapat asimetri informasi horizontal akibat belum dilibatkannya Satuan Pengawas Internal (SPI). Hambatan utama bersifat finansial struktural, di mana pendapatan BLUD belum mampu membiayai renovasi fisik masif. Dampaknya, rumah sakit baru mampu merencanakan 55 tempat tidur (47%) dari target minimal 70 tempat tidur standar (60%) dari total 117 tempat tidur, belum memiliki instalasi oksigen sentral, sistem ventilasi mekanis belum terukur, dan fasilitas ramah difabel belum berfungsi. Selain itu, ditemukan dualisme sikap berupa komitmen manajemen versus resistensi ideologis internal. Dapat disimpulkan bahwa RSUD H. Abdul Manan Simatupang berada pada kategori cukup siap. Keberhasilan implementasi penuh memerlukan intervensi anggaran infrastruktur daerah dan aktivasi fungsi pengawasan internal sejak dini.

Kata Kunci: Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), Implementasi Kebijakan, Infrastruktur Fasilitas, Kesiapan Rumah Sakit, KRIS-JKN.

Pendahuluan

Tujuan *World Health Organization* (WHO) dalam pengembangan sistem kesehatan berbasis *Universal Health Coverage* (UHC) adalah menjamin seluruh masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan secara merata tanpa mengalami kesulitan finansial (WHO, 2024). Dalam upaya mencapai UHC, setiap masyarakat berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai kebutuhan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan. UHC juga menjadi bagian penting dalam pencapaian tujuan SDGs (Kementerian Kesehatan, 2021).

Sustainable Development Goals merupakan komitmen global untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui 17 tujuan pembangunan yang ditargetkan tercapai pada tahun

2030 dan disepakati oleh negara maju maupun berkembang pada Sidang Umum PBB pada September 2015 (Bappenas, 2023). Berdasarkan kerangka SDGs capaian UHC di Indonesia masih menghadapi kendala, terutama terkait cakupan peserta JKN, di mana pemerintah berupaya mencapai target 98% pada 2024 sesuai RPJMN 2020–2024 (Asiah et al., 2025). Dalam rangka mewujudkan UHC bagi seluruh penduduk, maka kehadiran sistem jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bentuk inisiatif pemerintah diperuntukkan bagi kesehatan perorangan (Hasibuan & Ermawati, 2023). Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melibatkan beberapa kelompok peserta, yaitu penerima bantuan iuran (PBI), pekerja berupah, dan peserta yang mendaftar secara mandiri (Ritonga et al., 2025). Pelaksanaan JKN meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang ditandai dengan meningkatnya penggunaan layanan rawat inap oleh peserta JKN (Siregar et al., 2025). Penerapan kelas rawat inap standar bertujuan mewujudkan prinsip keadilan dan asuransi sosial dalam JKN melalui penyetaraan layanan rawat inap bagi seluruh peserta tanpa perbedaan kelas (Mundzir et al., 2024).

Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) bertujuan menjamin standar minimal pelayanan rawat inap bagi peserta Jaminan Kesehatan secara setara tanpa membedakan status sosial ekonomi, melalui penyediaan fasilitas, tempat tidur, dan peralatan yang sesuai standar pelayanan medis maupun nonmedis (Mandey et al., 2025). Dalam penerapan KRIS, kesiapan infrastruktur menjadi syarat utama, dengan penyediaan ruang rawat inap standar maksimal 4 tempat tidur dan minimal 60% dari total tempat tidur rumah sakit. Petunjuk teknis penyesuaian ruang diatur dalam Keputusan Dirjen Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1811/2022, sedangkan pelaksanaan KRIS di seluruh rumah sakit dimulai 30 Juni 2025 sesuai Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 (Kementerian Kesehatan, 2024). Pemenuhan kriteria kelas rawat inap mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 yang menetapkan 12 standar pelayanan KRIS bagi rumah sakit untuk menjamin mutu layanan pasien serta mengurangi ketimpangan akses dan kualitas pelayanan kesehatan antar daerah (Perpres, 2024). Dalam lingkungan pemerintah baik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah harus saling bahu membahu secara sinergis melaksanakan pembangunan kesehatan yang terencana terpadu dan berkesinambungan dalam upaya bersama-sama mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Mentari & Susilawati, 2022).

Berdasarkan survei awal di RSUD H. Abdul Manan Simatupang, pasien BPJS mendominasi layanan rawat inap sebesar 94,7% dengan rata-rata 626 pasien per bulan, sedangkan pasien umum sekitar 35 pasien per bulan. Pada layanan rawat jalan, kunjungan BPJS mencapai 82% atau rata-rata 5.620 kunjungan per bulan sehingga menjadi beban kerja tertinggi bagi tenaga medis.

Selain itu, terdapat ketidaksesuaian pada aspek pemenuhan standar tempat tidur, di mana Perpres mensyaratkan bahwa minimal 60% dari total tempat tidur harus memenuhi standar tertentu. RSUD H. Abdul Manan Simatupang memiliki total 117 tempat tidur, sehingga berdasarkan standar Perpres seharusnya tersedia minimal 70 tempat tidur ($60\% \times 117 = 70,2$). Namun, berdasarkan data pada SK rumah sakit, jumlah tempat tidur yang dilaporkan hanya 55 tempat tidur, atau sekitar 47% dari total tempat tidur, sehingga belum memenuhi standar yang ditetapkan. Dari 12 kriteria KRIS, rumah sakit baru mampu memenuhi 7 kriteria, sedangkan 5 kriteria belum terpenuhi yaitu komponen dinding dan plafon yang terindikasi lembab dan berjamur, ventilasi belum memenuhi standar pertukaran udara minimal $6 \times$ per jam, pencahayaan belum sesuai standar 250 lux untuk tindakan dan 50 lux untuk istirahat, suhu ruangan belum memenuhi standar karena masih menggunakan kipas angin dan sebagian sudah AC namun masih menggunakan HEPA filter tanpa alat ukur tekanan udara menyebabkan efektivitas pengendalian infeksi nosokomial belum dapat dibuktikan secara medis dan belum tersedia oksigen sentral.

Dalam implementasi KRIS, pembatasan maksimal empat tempat tidur per ruang dan penyediaan kamar mandi dalam ruangan menjadi prioritas utama karena membutuhkan renovasi besar serta berpengaruh terhadap privasi pasien dan pengendalian infeksi. Namun secara regulasi, seluruh 12 kriteria KRIS memiliki kedudukan yang sama dan wajib dipenuhi secara menyeluruh untuk menjamin mutu pelayanan yang setara di rumah sakit.

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai kesiapan KRIS di RSUD H. Abdul Manan Simatupang Kabupaten Asahan yang dikaji dengan studi kasus.

Metode

Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Studi kasus dalam buku (Merriam, 1998 dalam Utami et al., 2025) adalah teknik penelitian yang digunakan untuk memahami secara menyeluruh suatu kasus yang kompleks, memahami artinya, dan menemukan perubahan yang terjadi seiring waktu. Informan dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* dengan pertimbangan bahwa mereka memiliki pengetahuan, keterlibatan, dan tanggung jawab langsung dalam implementasi KRIS di Rumah Sakit. Jumlah informan penelitian adalah 5 orang, yang terdiri dari Direktur, Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan, Kepala Bidang Pelayanan, Kepala Ruang Rawat Inap, serta Ketua Satuan Pengawas Internal.

Metode pengumpulan data terdiri dari wawancara mendalam, observasi, dan pemeriksaan dokumentasi. Wawancara mendalam dilakukan secara semi terstruktur untuk mendapatkan informasi tentang komunikasi kebijakan, kesiapan sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi untuk menerapkan 12 kriteria standar KRIS. Observasi dilakukan secara langsung di ruang rawat inap untuk mengevaluasi kesiapan untuk memenuhi 12 kriteria standar KRIS. Studi dokumentasi dilakukan dengan melihat dokumen resmi rumah sakit seperti SK, SOP terkait KRIS. Proses analisis data yang dilakukan menggunakan model Miles dan Huberman mencakup penyajian data, reduksi data dan verifikasi. Triangulasi teknik dan sumber digunakan untuk menguji keabsahan data. Alat bantu yang digunakan dalam penelitian ini adalah meteran untuk mengukur jarak tirai dengan lantai dan tempat tidur, perekam suara untuk merekam wawancara, dan alat tulis untuk mencatat hal-hal penting selama observasi. Penelitian ini telah memenuhi prinsip-prinsip etika penelitian kesehatan dan telah memperoleh persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Yayasan Dharma Hesti Kartika Nusantara STIKes KESDAM I/ Bukit Barisan dengan Nomor: 021/KEKP/STIKK/IV/2026. Seluruh informan telah diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian dan menandatangani lembar persetujuan setelah penjelasan sebelum wawancara dilakukan secara sukarela. Studi ini dilakukan dari tanggal 4 Mei 2026 hingga 12 Mei 2026 di RSUD H. Abdul Manan Simatupang di Kabupaten Asahan.

Hasil

Tabel 1. Karakteristik Informan

Jabatan	Pendidikan Terakhir	Keterangan
Direktur	S2	Informan Kunci
Kepala Bidang Perencanaan dan Pengembangan	S2	Informan Utama
Kepala Bidang Pelayanan	S1	Informan Pendukung
Kepala Ruang Rawat Inap	S1	Informan Pendukung
Ketua SPI	S1	Informan Pendukung

Word cloud (awan kata) merupakan visualisasi data teks yang menampilkan kata-kata berdasarkan frekuensi kemunculannya dalam hasil wawancara. Semakin besar ukuran suatu kata, semakin sering kata tersebut disebutkan oleh informan. Pada gambar tersebut, kata “KRIS” menjadi kata yang paling dominan, menunjukkan bahwa pembahasan utama berfokus pada implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). Kata-kata lain yang juga sering muncul seperti “sudah”, “bagaimana”, “untuk”, “rumah sakit”, “dengan”, “kamar”, “tempat tidur”, “pelayanan”, “standar”, dan “ruangan” mengindikasikan bahwa informan banyak membahas kesiapan rumah sakit, pemenuhan standar fasilitas, serta pelaksanaan pelayanan rawat inap sesuai ketentuan KRIS. Secara keseluruhan, *word cloud* ini menggambarkan bahwa isu utama yang menjadi perhatian informan adalah kesiapan sarana prasarana, dan pelayanan rumah sakit dalam mendukung implementasi KRIS.

```

graph TD
    A([Komunikasi]) --> B([Sosialisasi kebijakan KRIS kepada seluruh unit dan tenaga kesehatan])
    A --> C([Kejelasan informasi dan petunjuk teknis terkait standar KRIS])
    A --> D([Konsistensi penyampaian informasi antar unit])
    A --> E([Koordinasi dan umpan balik dalam pelaksanaan KRIS])
    B --> F([Rumah sakit telah menerima dan mensosialisasikan kebijakan KRIS kepada unit terkait.])
    C --> G([Rumah sakit telah melakukan sosialisasi KRIS kepada kepala ruangan melalui rapat pelayanan untuk meningkatkan pemahaman mengenai 12 indikator KRIS.])
    D --> H([Belum konsistennya penyebaran informasi KRIS antar unit rumah sakit.])
    E --> I([Koordinasi KRIS telah dilakukan dengan beberapa unit terkait, namun belum melibatkan SPI sehingga penyebaran informasi belum merata.])
  
```

180

Informasi mengenai mandat integrasi kelas rawat inap dari pemerintah pusat diterima secara formal melalui landasan hukum Perpres dan langsung direspon secara taktis oleh jajaran pimpinan. Pimpinan menjelaskan langkah awal institusi dalam menyikapi instruksi tersebut.

“Baik...proses penerimaannya sesuai dengan perpres ya dari pemerintah bahwasannya diwajibkan seluruh rumah sakit harus melaksanakan yang namanya KRIS kamar rawat inap standar, ada...ada surat pemberitahuan...kalau kita di rumah sakit tetap menyahuti..menyahuti apa yang diberitahukan dari atas. Pasti karena kita mendapat informasi seperti itu akhirnya saya mengumpulkan seluruh staf bidang, KTU dan seluruh bidang yang terkait memberitahukan bahwasannya inilah ada namanya KRIS yang harus kita patuhi untuk...melayani kesehatan perumahsakitannya untuk kedepan”. (informan 1)

Langkah strategis dari Direktur tersebut kemudian diterjemahkan oleh informan 3 melalui rangkaian rapat koordinasi pelayanan. Sosialisasi ini ditujukan langsung kepada para kepala ruangan selaku pimpinan unit terkecil di ruang rawat inap.

“Untuk informasi standar KRIS ini kita sama kepala ruangan sudah mensosialisasikan terkait kita kumpulkan rapat pelayanan sama kepala ruangan kita....seluruhnya kita kumpulkan kita sosialisasikan kita kasih tau indikator KRIS dua belas indikator KRIS apa-apa aja semoga semua kepala ruangan memahami apa-apa itu.”(informan 3)

Penyebaran informasi secara berjenjang ini terbukti efektif di tingkat pelaksana ruangan. Informan membenarkan bahwa staf keperawatan telah menangkap esensi fisik transisi KRIS yang akan menghapus sistem kelas berjenjang.

“Informasi yang saya dengar terkait KRIS rencananya akan dibuat yang selama ini ruang melati ini satu kamar dua...dua tempat tidur artinya akan dua pasien rencananya informasi dengan KRIS ini mungkin perbedaannya yang selama ini di ruang melati ini memakai kipas angin KRIS itu memakai AC dan difasilitasi kamar mandi yang standart. Ada sosialisasinya itu kebijakan keputusan dari BPJS karena mungkin setau saya tidak ada yang namanya lagi kelas satu, kelas dua, kelas tiga, buktinya ini kelas tiga dengan adanya KRIS nanti difasilitasi dengan pakek AC”. (informan 4)

Satuan Pengawas Internal (SPI) rumah sakit mengaku belum dilibatkan dalam rapat koordinasi formal persiapan KRIS.

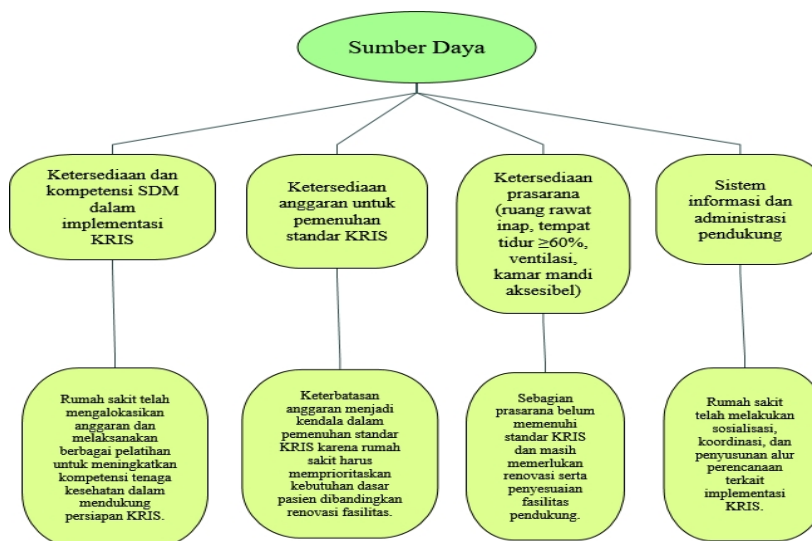
“Jadi kalau informasi KRIS itu saya hanya taunya dari berita dan medsos saja, kalau di sini wacana ada tapi sepertinya kalau rapat belum ada”. (informan 5)

Ketidaktahuan pihak pengawas internal ini dikonfirmasi pula dari perspektif perencanaan. Informan 2 mengakui bahwa koordinasi rapat dan pengkajian awal melalui aplikasi zoom memang baru berfokus pada jajaran struktural operasional, sedangkan unit SPI dirasa belum mendesak untuk dilibatkan secara mendalam.

“Nah koordinasi yang kami lakukan kepada unit lain adalah kami melakukan zoom bersama dengan bidang...seluruh bidang baik itu bidang pelayanan, bidang penunjang dan juga bagian umum...bagian umum, bagian tata usaha. Mereka bukan...bukan bagian SPI itu kan lebih pada pengawasan yakni sistem pengawasan internal nah mereka itu secara apanya wajib tau tapi kalau ini...kurang tau sih”. (informan 2)

Ketimpangan informasi ini memperlihatkan adanya ruang kosong dalam koordinasi horizontal rumah sakit. Di satu sisi, pihak manajemen mengklaim proses sosialisasi sudah berjalan formal, yang dibuktikan dengan catatan lembar observasi mengenai agenda rapat dan telusur ruangan persiapan KRIS. Namun di sisi lain, realitas di lapangan menunjukkan bahwa sosialisasi tersebut belum menyentuh seluruh lini organisasi. Koordinasi yang dilakukan terkesan masih berjalan di dalam sekat-sekat sektoral karena mengabaikan keberadaan Satuan Pengawas Internal (SPI), padahal unit ini memegang peran krusial dalam mengawal tata kelola dan mitigasi risiko setiap kebijakan baru.

Sumber Daya



Gambar 3. Mid Mapping Sumber Daya

Dari aspek kapasitas tenaga keperawatan, kuantitas perawat dinilai sudah mencukupi kebutuhan pelayanan. Untuk mendukung standarisasi mutu pelayanan nasional yang melekat pada kebijakan KRIS, pihak manajemen proaktif mengalokasikan anggaran khusus dari dana BLUD untuk menyelenggarakan pelatihan klinis bagi perawat. Hal tersebut ditegaskan oleh informan 1.

"...banyak ini kita sudah anggarkan biaya kita banyak melakukan suatu...pelatihan misalnya kemaren kita udah saya anggarkan pelatihan untuk tenaga perawat ICU, kemudian pelatihan untuk tenaga perawat terlatih Cath Lab, PICU NICU udah kita laksanakan kemudian CT Scan kita juga akan melaksanakan pelatihan bagi perawat ya itu sudah...sudah kita anggarakan". (informan 1)

Kesiapan kompetensi staf operasional ini divalidasi juga oleh informan 3 yang menyebutkan bahwa secara mental, seluruh tenaga perawat dan bidan sudah siap menghadapi transisi fasilitas ini.

"Kalo untuk persiapan tenaga medis memahami KRIS ini mereka sudah siap karna kan...hanya ruangan aja hanya kita perbaikan ruangan bukan perbaikan sistem, sistem layanan semua sama tapikan hanya ruangan KRIS itu ruangan KRIS dia untuk persiapan KRIS di ruangan itu semua perawat siap mau perawat mau bidan tenaga semua siap". (informan 3)

Kondisi berbalik ketika menganalisis sumber daya keuangan. Sebagai rumah sakit dengan status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), pendapatan mandiri RS belum mampu membiayai proyek renovasi fisik skala besar seperti KRIS. Manajemen terpaksa berada dalam posisi dilematis antara mendahulukan belanja kebutuhan dasar harian pasien atau mengalokasikan dana untuk renovasi bangunan. Hambatan finansial ini dipaparkan secara transparan oleh informan 2.

"Kendalanya sekarang adalah sumber ini kami lebih banyak kami menggunakan sumber...apa namanya lebih besarnya di...anggaran dari rumah sakit sendiri BLUD gitu dia akan sehingga kami harus pande memilih dan memilah mana yang menjadikan kewajiban utama misalnya kebutuhan pasien yang harus tidak boleh diabaikan misalnya obat, makan minum pasien atau, kebutuhan-kebutuhan hal-hal yang dasar bagi pasien di sini itu yang tidak boleh kami...kami kesampingkan itu yang utama lalu pengalokasian selebihnya ke area-area KRIS, oke". (informan 2)

Komponen gas medis menjadi kendala terberat karena memerlukan biaya investasi yang sangat masif.

“Cuma yang paling berat itu satu poin ya poin tentang oksigen sentral itu yang belum terpenuhi...”. (informan 1)

Kemudian dikonfirmasi lagi bahwasannya *“...masalah terbesar adalah oksigen sentral, karena oksigennya sudah tidak lagi melalui tabung sebelah pasien dia harus di luar dalam satu ruang itu ada sentral nya...”*. (informan 2)

Hal ini teruji valid lewat lembar observasi kriteria 12 yang menyatakan tidak sesuai karena kamar pasien belum memiliki flowmeter pada *bedhead* dan pengisian masih manual menggunakan tabung portabel.

Dari aspek kapasitas, RSUD baru memenuhi 55 dari target minimal 70 tempat tidur standar KRIS (60% dari total 117 TT). Selain itu, sistem ventilasi mekanis belum terpenuhi akibat penggunaan kipas angin biasa dan jendela alami, yang diperkuat oleh pernyataan informan 4 bahwa sirkulasi udara belum terukur. Hambatan fungsional juga ditemukan pada komponen bangunan (dinding/plafon lembap), arah bukaan pintu kamar mandi pasien yang masih satu sisi, serta fasilitas ramah difabel yang tersedia namun belum dapat dioperasikan. Temuan objektif ini mengonfirmasi status rumah sakit yang berada pada tingkat cukup siap dan masih membutuhkan intervensi anggaran infrastruktur.

Disposisi (Komitmen atau Sikap)



Gambar 4. Mid Mapping Disposisi (Komitmen atau Sikap)

Pimpinan rumah sakit memiliki komitmen moral yang sangat kuat untuk menyukseskan kebijakan KRIS. Direktur memandang standarisasi ini sebagai langkah menghapus sekat diskriminasi pelayanan sosial (antara pasien kaya dan miskin), sekaligus menjadi beban moral untuk menjaga marwah nama baik pemerintah daerah di bidang kesehatan.

“Oh kita komitmen...komitmen kita harus kesini bisa kita laksanakan karena apa dek, perkembangan persaingan kedepan apalagi kita namanya rumah sakit plat merah ya jangan sampai rumah sakit merah ini menjadi contoh rumah sakit jelek ya contoh jelek bagi pemerintah karna corongnya...kesehatan salah satunya adalah rumah sakit jangan nanti corongnya pemkab rumah sakitnya tidak bisa mengikuti keinginan-keinginan seperti KRIS misalnya”. (informan 1)

Sikap mendukung juga ditunjukkan oleh informan 4 di ruangan yang memandang perubahan fisik kamar menjadi ber-AC akan meningkatkan kerapian dan kenyamanan pasien. Namun informan 4 menyampaikan adanya kekhawatiran non-klinis terkait tantangan merubah

perilaku budaya tertib keluarga pasien saat membesuk agar stabilitas suhu ruangan ber-AC tidak terganggu.

“Ya...seneng sih, senengnya mungkin ya karena lebih rapi karna menggunakan AC lebih nyaman untuk pasiennya, susahny sih ada untuk mengatur keluarga pasiennya nanti itu membesuk agar supaya jangan terlalu rame karna pakek AC itu nanti yang dihadapi bakalan kan gitu”. “...cuman yang terkendala nanti kami selama ini dari keluarga pasiennya bukan pasiennya... pasti nanti ruangnya tertutup kamarnya tertutup karena menggunakan AC, nah keluarga pasien ini susah dikasih tau... pasien itu dikasih nyaman pasiennya malah kadang-kadang keluarganya yang betingkah bawa anak membesuk buka pintu masuk dia nah itu nanti akan kita hadapi bersama setelah terbentuknya KRIS”. (informan 4)

Berseberangan dengan komitmen penuh jajaran direksi dan bidang pelayanan, informan 5 secara terbuka menyatakan penolakan personal terhadap filosofi dasar penyetaraan kelas yang diusung oleh kebijakan KRIS.

“Secara pribadi saya tidak setuju, saya tanya coba kamu...apakah kamu setuju?...tidak bisa disamakan kelas satu dengan kelas tiga.”. (informan 5)

Perbedaan pandangan ini menjadi catatan penting dalam aspek disposisi organisasi di RSUD H. Abdul Manan Simatupang. Di satu sisi, jajaran pimpinan struktural dan operasional menunjukkan komitmen yang kuat untuk mendukung transisi regulasi. Namun di sisi lain, unit pengawas internal memiliki perspektif tersendiri yang belum sepenuhnya selaras dengan arah kebijakan baru tersebut. Keselarasan persepsi antar elemen organisasi ini menjadi salah satu aspek yang perlu dijembatani agar proses pengawasan mutu ke depan dapat berjalan lebih optimal.

Struktur Birokrasi



Gambar 5. Mid Mapping Struktur Birokrasi

Secara administratif, pembagian tugas antar bidang dalam mempersiapkan KRIS sudah terbagi secara proporsional, di mana bidang pelayanan bertugas memverifikasi kuota tempat tidur, bidang penunjang menyiapkan sarana fisik, dan bidang perencanaan menyusun arah program kerja. Alur perencanaan program pun diklaim telah memiliki mekanisme SOP yang berjalan dari bawah yang dijelaskan oleh informan 2.

“Alurnya kami sudah punya, SOP di rumah sakit ini sudah ada mengenai alur...untuk menuju perencanaan sehingga menjadi perencanaan disuatu kegiatan itu pertama dari...si user si ruangan gitu dia kan melakukan permintaan kepada... bagian manajemen bidang terkait misal

rawat inap... nah dia akan melakukan permintaan kepada bidang pelayanan membidangi mereka memberikan layanan nah, dari bidang layanan akan mengusul ke pimpinan yang disini adalah direktur rumah sakit gitu...nah dari situ nanti akan menjadi suatu kebijakan itu akan dimasukkan dalam rencana perencanaan program di rumah sakit ini".(informan 2)

Meskipun alur koordinasi beralur maju dan instrumen SK pembentukan tim koordinasi KRIS diklaim sudah diterbitkan oleh manajemen, namun SK dan SOP belum diimplementasikan. Fakta administrasi ini divalidasi langsung secara operasional oleh informan 5 menyebutkan bahwa fungsi audit internal, pengendalian risiko, dan pelaporan berkala mengenai pelayanan KRIS sama sekali belum bisa digerakkan oleh timnya karena program tersebut secara nyata belum diterapkan penuh di rumah sakit

"Jadi gini, berhubung KRIS belum berjalan jadi belum bisa dilaksanakan karna KRIS belum ada". (informan 5)

Secara keseluruhan, RSUD H. Abdul Manan Simatupang memiliki modalitas internal yang kuat berkat komitmen pimpinan struktural yang solid, pembagian kerja birokrasi yang terstruktur, serta kuantitas dan kualitas kompetensi SDM keperawatan yang memadai. Namun demikian, pencapaian tingkat kesiapan paripurna masih tertahan oleh keterbatasan anggaran BLUD yang memaksa penundaan pemenuhan infrastruktur vital, seperti sistem oksigen sentral dan kuota minimal tempat tidur standar nasional yang baru mampu merencanakan 55 dari target 70 unit. Di sisi lain, muncul hambatan komunikasi horizontal akibat tidak dilibatkannya Satuan Pengawas Internal (SPI) sejak tahap sosialisasi dan perencanaan awal. Masalah ini diperberat oleh kendala fungsional pada fasilitas fisik yang telah direnovasi termasuk ventilasi udara alami yang belum terukur, kelembapan dinding, serta aksesibilitas kamar mandi pasien dan difabel yang secara teknis belum siap dioperasikan atau belum memenuhi standar spesifikasi teknis regulasi nasional.

Pembahasan

Komunikasi

Hasil penelitian menunjukkan alur komunikasi vertikal dari tataran direksi hingga kepala ruangan di RSUD H. Abdul Manan Simatupang telah berjalan optimal melalui sosialisasi 12 indikator KRIS. Namun, hambatan krusial justru muncul pada dimensi komunikasi horizontal, ditandai dengan tidak dilibatkannya Satuan Pengawas Internal (SPI).

Eksklusi koordinasi terhadap SPI menciptakan ruang kosong informasi dan asimetri pemahaman antarunit birokrasi. Kondisi ini kontraproduktif dengan prinsip integrasi tata kelola rumah sakit, di mana unit pengawas seharusnya dilibatkan sejak fase perencanaan untuk memitigasi risiko operasional. Hasil penelitian ini mendukung studi

(Nirwan et al., 2025) yang menyebutkan bahwa komunikasi internal dan koordinasi birokrasi menjadi faktor penting dalam kesiapan implementasi KRIS. Penelitian tersebut menegaskan bahwa struktur birokrasi yang fleksibel dan koordinasi antarunit mendukung keberhasilan implementasi kebijakan, sedangkan hambatan koordinasi dapat memperlambat proses pelaksanaan.

Sumber Daya

Aspek sumber daya merupakan komponen paling determinan sekaligus menjadi determinan hambatan utama di rumah sakit ini. Edward III menyatakan bahwa bagaimanapun jelasnya perintah kebijakan, jika pelaksana kekurangan sarana pendukung, implementasi tidak akan efektif. Fenomena menarik ditemukan pada aspek ini terjadi ketimpangan yang masif antara tingginya kualitas dan kuantitas kapasitas SDM keperawatan dengan rendahnya pemenuhan infrastruktur fisik. Senada dengan argumen Edward III, (Azura Arisa et al., 2023) yang menyatakan bahwa sumber daya menjadi hambatan utama implementasi KRIS, terutama pada aspek sarana prasarana dan pembiayaan, meskipun SDM rumah sakit dinilai cukup siap.

Sebagai institusi berstatus BLUD, RSUD H. Abdul Manan Simatupang menghadapi dilema finansial yang pelik. Pendapatan mandiri rumah sakit harus diprioritaskan untuk belanja operasional dasar pasien seperti obat, makanan, dan cairan, sehingga alokasi dana renovasi KRIS menjadi terbatas. Implikasinya, pemenuhan kriteria fisik vital gagal mencapai standar paripurna Perpres No. 59 Tahun 2024. Rumah sakit baru mampu merencanakan 55 tempat tidur dari syarat minimal kuota nasional sebesar 60% (70 tempat tidur dari total kapasitas 117 unit). Temuan ini sejalan dengan penelitian (Lubis et al., 2024) yang menyatakan bahwa rumah sakit mengalami kendala anggaran dalam rehabilitasi fasilitas KRIS sehingga kesiapan implementasi belum optimal. Hal ini juga diperkuat oleh penelitian (Munadi et al., 2025) yang menegaskan kendala utama implementasi KRIS adalah keterbatasan biaya renovasi dan penyesuaian sarana-prasarana, termasuk pemenuhan jumlah tempat tidur sesuai standar.

Selain masalah kuota, kegagalan pemenuhan spesifikasi teknis mencakup ketiadaan instalasi gas medis oksigen sentral, sirkulasi udara ventilasi alami yang belum mekanis (sehingga pertukaran udara tidak terukur), dinding lembap, serta tidak berfungsinya fasilitas kamar mandi ramah difabel. Keterbatasan sarana fisik ini membuktikan bahwa status BLUD tidak serta-merta menjamin kemandirian fiskal penuh bagi rumah sakit daerah dalam merespons kebijakan nasional yang bersifat padat modal. Hasil penelitian ini selaras dengan studi (Saleh et al., 2024) yang menyatakan bahwa tantangan utama implementasi KRIS di berbagai rumah sakit adalah ketidaksiapan infrastruktur, fasilitas pelayanan, serta keterbatasan anggaran dan pendanaan. Beberapa rumah sakit juga belum memenuhi standar ruang rawat inap dan fasilitas penunjang sesuai kriteria KRIS.

Disposisi (Komitmen atau Sikap)

Pada aspek disposisi atau sikap pelaksana menunjukkan adanya dualisme perspektif yang kontras antara jajaran struktural operasional dengan unit pengawas internal di RSUD H. Abdul Manan Simatupang. Merujuk pada teori Edward III, keberhasilan implementasi kebijakan sangat dipengaruhi oleh kecenderungan atau komitmen para pelaksana dalam menerima dan menjalankan program tersebut. Pada level direksi dan kepala ruangan, ditemukan komitmen moral dan regulasi yang sangat kuat. Direktur memandang kebijakan KRIS bukan sekadar kewajiban administratif, melainkan instrumen penting untuk menghapus diskriminasi sosial antar-pasien JKN sekaligus menjaga reputasi pemerintah daerah. Di tingkat operasional, para kepala ruangan menyikapi transisi ini secara positif karena standardisasi fasilitas (seperti pemasangan AC) diyakini mampu mendongkrak kenyamanan dan kualitas pelayanan pasien. Mengonfirmasi hasil studi (Aileen et al., 2024) yang menyebutkan bahwa pihak manajemen dan pelaksana operasional rumah sakit mendukung implementasi KRIS karena dianggap mampu meningkatkan kualitas fasilitas dan kenyamanan pasien. Penelitian ini juga menjelaskan bahwa perubahan fasilitas rawat inap dipandang sebagai bentuk peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.

Namun, tantangan disposisi yang sesungguhnya muncul dalam dua dimensi, yaitu hambatan non-klinis berbasis budaya dan resistensi ideologis internal. Di lapangan, perawat menghadapi kecemasan terkait potensi benturan dengan budaya masyarakat setempat, khususnya perilaku keluarga pasien yang sulit ditertibkan saat jam besuk, yang berisiko mengganggu efisiensi suhu ruang ber-AC. Di sisi lain, penolakan personal secara terbuka oleh Ketua SPI terhadap filosofi penyetaraan kelas menunjukkan bahwa asimetri informasi yang terjadi sebelumnya telah berujung pada tidak selarasnya persepsi organisasi. Penolakan dari elemen pengawas ini menjadi sinyal krusial; jika tidak dijembatani melalui dialog persuasif, ketidakselarasan disposisi ini berpotensi melemahkan fungsi pengawasan mutu dan mitigasi risiko operasional saat kebijakan KRIS mulai dipaksakan berjalan penuh. Sesuai dengan penelitian (Faizal et al., 2025) yang menemukan bahwa faktor komunikasi internal dan kesiapan organisasi berpengaruh terhadap implementasi KRIS. Penelitian ini menegaskan bahwa

kurangnya pemahaman dan penerimaan kebijakan di tingkat internal dapat menimbulkan hambatan implementasi dan menurunkan efektivitas pelaksanaan program. Hal ini juga diperkuat dengan penelitian (Handojo et al., 2025) yang menemukan adanya perbedaan sikap antarunit rumah sakit terhadap implementasi KRIS. Sebagian pihak mendukung kebijakan karena dianggap meningkatkan pemerataan pelayanan, sedangkan sebagian lainnya khawatir terhadap dampak operasional dan finansial rumah sakit. Penelitian ini menunjukkan bahwa ketidaksamaan persepsi internal dapat memengaruhi efektivitas implementasi kebijakan.

Struktur Birokrasi

Dari dimensi struktur birokrasi, RSUD H. Abdul Manan Simatupang sebenarnya telah memiliki pembagian kerja yang proporsional dan jalur koordinasi administrasi yang runtut. Secara formal, pembagian tugas penyiapan KRIS telah didistribusikan secara kluster bidang pelayanan mengelola kuota tempat tidur, bidang penunjang mengeksekusi sarana fisik, dan bidang perencanaan mengarahkan program kerja. Mekanisme penyusunan program pun telah didukung oleh Standar Operasional Prosedur (SOP) yang beralur maju, di mana usulan kebutuhan ruang berasal dari kepala ruangan sebelum diverifikasi oleh manajemen dan ditetapkan oleh Direktur. Struktur formal ini menunjukkan bahwa secara administratif, rumah sakit memiliki kesiapan tata kelola yang baik. Mendukung hasil penelitian (Siregar et al., 2025) yang menegaskan bahwa kesiapan implementasi KRIS dipengaruhi oleh kesiapan infrastruktur, SDM, persepsi *stakeholder*, dan tata kelola internal rumah sakit. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa rumah sakit telah melakukan penyesuaian administratif dan pengorganisasian internal untuk mendukung implementasi KRIS secara bertahap.

Dengan demikian, efektivitas struktur birokrasi tersebut belum teruji secara aktual di lapangan. Meskipun instrumen legalitas berupa Surat Keputusan (SK) pembentukan tim koordinasi KRIS diklaim telah diterbitkan, fakta di lapangan menunjukkan bahwa baik SK maupun SOP perencanaan tersebut belum diimplementasikan secara konkret karena program KRIS belum berjalan penuh di rumah sakit. Akibatnya, fungsi-fungsi vital birokrasi seperti audit internal, manajemen risiko, dan pelaporan berkala terkait pelayanan KRIS menjadi lumpuh dan tidak dapat digerakkan oleh tim SPI. Kondisi ini membuktikan adanya celah antara kesiapan dokumen di atas kertas dengan realisasi fungsional birokrasi. Keberadaan struktur yang terfragmentasi tanpa aktivasi fungsi pengawasan sejak dini berisiko menimbulkan kegagalan sistemik saat tenggat waktu implementasi nasional KRIS dimulai. Selaras dengan penegasan studi (Raafiana & Andriani, 2025) yang menjelaskan bahwa banyak rumah sakit telah memiliki kesiapan administratif dan regulatif implementasi KRIS, tetapi belum seluruhnya mampu mengaktifkan fungsi operasional dan pengawasan karena implementasi belum berjalan penuh. Penelitian ini juga menyoroti adanya kesenjangan antara regulasi internal rumah sakit dengan kesiapan implementasi aktual.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini telah diupayakan berjalan sesuai dengan prosedur ilmiah, namun peneliti menyadari adanya keterbatasan terkait jumlah dan variasi informan yang dilibatkan. Studi kualitatif ini baru berfokus pada jajaran direksi, manajemen struktural, kepala ruangan, dan pengawas internal. Penelitian belum mengeksplorasi perspektif dari staf keperawatan pelaksana secara luas serta sudut pandang pasien maupun keluarganya, padahal data wawancara menunjukkan adanya kekhawatiran non-klinis terkait adaptasi budaya masyarakat terhadap perubahan fasilitas ruang ber-AC.

Selain itu, terdapat keterbatasan dalam tingkat kedalaman pengukuran parameter teknis pada fasilitas fisik ruang rawat inap. Meskipun observasi jarak tirai dan tempat tidur telah didukung alat ukur meteran, penilaian kriteria ventilasi udara dan intensitas pencahayaan di ruangan belum menggunakan alat ukur medis yang presisi seperti anemometer atau lux meter. Akibatnya, ketidaksesuaian pertukaran udara dan standar kekuatan cahaya di rumah sakit ini

baru dianalisis berdasarkan visualisasi makroskopis dan dokumen tertulis, bukan pembuktian eksak di lapangan.

Ruang lingkup penelitian ini juga terbatas pada pendekatan studi kasus tunggal yang berpusat secara spesifik di RSUD H. Abdul Manan Simatupang Kabupaten Asahan. Mengingat tata kelola institusi bermodel Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) memiliki kapasitas fiskal, beban kunjungan pasien JKN, dan dinamika birokrasi daerah yang unik, maka temuan hambatan finansial serta dualisme sikap internal dalam studi ini bersifat kontekstual. Hasilnya tidak dapat digeneralisasikan secara instan untuk menggambarkan kesiapan rumah sakit umum swasta atau rumah sakit pemerintah di wilayah lain.

Terakhir, pengumpulan data dibatasi oleh waktu pengamatan yang bersifat potong-lintang (*cross-sectional*) dalam rentang waktu yang relatif singkat, yaitu dari 4 Mei hingga 12 Mei 2026. Karena pada periode tersebut implementasi kebijakan KRIS belum berjalan penuh di rumah sakit, studi ini baru mampu memotret kesiapan dokumen administratif, rencana kapasitas, serta persepsi awal para pelaksana. Peneliti belum dapat mengevaluasi dinamika hambatan operasional yang sesungguhnya maupun realisasi anggaran BLUD ketika regulasi ini nantinya telah diterapkan secara aktual.

Simpulan

RSUD H. Abdul Manan Simatupang Kabupaten Asahan berada pada kategori cukup siap dalam mengimplementasikan kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) JKN. Meskipun sosialisasi vertikal dan kapasitas SDM keperawatan dinilai mumpu, keberhasilan implementasi penuh masih tertahan oleh hambatan finansial struktural dari pendapatan BLUD yang belum mampu membiayai renovasi fisik masif. Akibat keterbatasan dana tersebut, rumah sakit baru merencanakan realisasi 55 tempat tidur (47%) dari target minimal kuota nasional sebanyak 70 tempat tidur standar (60% dari total 117 unit), belum memiliki instalasi oksigen sentral, serta menghadapi masalah sirkulasi udara ventilasi yang belum terukur. Selain aspek infrastruktur, kesiapan paripurna juga terkendala oleh adanya eksklusi koordinasi serta asimetri informasi horizontal akibat belum dilibatkannya Satuan Pengawas Internal (SPI) yang memicu dualisme sikap di tingkat internal organisasi.

Ucapan Terimakasih

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Direktur, seluruh informan, dan pihak RSUD H. Abdul Manan Simatupang Kabupaten Asahan yang telah memberikan izin, dukungan, serta membantu proses penelitian ini sehingga dapat ter-laksana dengan baik.

Referensi

- Aileen, S., Jati, S. P., Purnami, C. T., & Masyarakat, M. K. (2024). Mitigation of Inpatient Standard Class Risk At Hospital X. *Eduvest-Journal of Universal Studies*, 4(05). <http://eduvest.greenvest.co.id>
- Asiah, A., Hardiana, H., & Zaharudin, Z. (2025). Evaluasi Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional Di Kabupaten Tanjung Jabung Barat. *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(2), 3394–3407. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v9i2.45897>
- Azura Arisa, Sri Purwanti, & Rima Diaty. (2023). Kesiapan RSUD Dr. H. Moch Anshari Shaleh Banjarmasin Menghadapi Regulasi PP No 47 2021 Tentang Implementasi Kelas Rawat

- Inap Standar (KRIS) JKN di Tahun 2022. *Jurnal Kesehatan Qamarul Huda*, 11(1), 264–270. <https://doi.org/10.37824/jkqh.v11i1.2023.451>
- Bappenas. (2023). *SDGs Knowledge Hub Agenda 2030 untuk Pembangunan Berkelanjutan*. <https://Sdgs.Bappenas.Go.Id/#>.
- Faizal, B., Jak, Y., Nurcahyo, A., & Alfian, R. (2025). Analisis Faktor-Faktor Kesiapan Penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) . *Journal of Language and Health*, 6(3), 171–178
- Handojo, P., Hawadi, L. F., & Lestari, H. M. (2025). A study on the impact of the Standard Inpatient Class (KRIS) policy on private hospitals in Central Jakarta. *JHeS (Journal of Health Studies)*, 9(1), 50–62. <https://doi.org/10.31101/jhes.3901>
- Hasibuan, R., & Ermawati, S. (2023). Determinan Pemanfaatan Kartu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Puskesmas Pagurawan Kabupaten Batu Bara Article Information Abstract *Corresponding Author. In *Edu Masda Journal* (Vol. 07, Number 01). <http://openjournal.masda.ac.id/index.php/edumasda>
- Kementerian Kesehatan. (2021). *Pemerintah upayakan Universal Health Coverage bagi Masyarakat Indonesia*. Sehatnegeriku.Kemkes.Go.Id/Baca/Umum/20201212/0135971/Pemerintah-Upayakan-Universal-Health-Coverage-Bagi-Masyarakat-Indonesia/.
- Kementerian Kesehatan. (2024). *Kelas Rawat Inap Standar Jamin Pelayanan Pasien tak Dibeda-bedakan*. <https://Sehatnegeriku.Kemkes.Go.Id/Baca/RilisMedia/20240516/2045505/Kelas-Rawat-Inap-Standar-Jamin-Pelayanan-Pasien-Tak-Dibeda-Bedakan/>.
- Lubis, P. A., Br Barus, M., Hafidzah, F., & Gurning, F. P. (2024). Analisis Perpres No 59 Tahun 2024 Tentang Penerapan Kelas Rawat Inap Standar Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Batu Bara. In *Jurnal Inovasi Kesehatan Adaptif* (Vol. 6).
- Mandey, B.K.V., Tampongangoy, G.H., & Karundeng, M.S., (2025). Perlindungan Hukum Bagi Pasien BPJS Kesehatan Terhadap Tindakan Diskriminasi Fasilitas Dalam Implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). 8, 13(3).
- Mentari, G. B., & Susilawati, S. (2022). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Akses Pelayanan Kesehatan di Indonesia. *Jurnal Health Sains*, 3(6), 767–773. <https://doi.org/10.46799/jhs.v4i06.512>
- Munadi, Mundakir, & Absor, S. (2025). Analisis kesiapan implementasi Kelas Rawat Inap Standart (KRIS) di rumah sakit. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 11(3), 434–441. <https://doi.org/10.33023/jikep.v11i3.2674>
- Mundzir, M. I. M., Nasrudin A.M, & Alw, M. K. (2024). Analisis Persepsi Peserta JKN dan SMF Tentang Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) Pada Program JKN Di Rumah Sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar. *INNOVATIVE: Journal Of Social Science Research* , 4(1), 8886–8897.

- Nirwan, S. F., Asrina, A., & Ikhtiar, M. (2025). Peran Komunikasi Dan Struktur Birokrasi Dalam Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) DI RS Ibnu Sina YW-UMI Makassar. *Jurnal Ners*, 9(4), 5793–5800.
- Perpres. (2024). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*. <https://peraturan.bpk.go.id/details/285181/perpres-no-59-tahun-2024>.
- Raafiana, M., & Andriani, H. (2025). Kesiapan Rumah Sakit Dalam Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) JKN : Literature Review. In *Syntax Literate* (Vol. 10, Number 1).
- Ritonga, E. R., Indriani, F., & Hasibuan, R. (2025). Perbandingan Tingkat Kepuasan Pasien JKN dan Umum Terhadap Kualitas Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Rantauprapat. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 17(2), 130–142. <https://doi.org/10.36990/hijp.v17i2.1694>
- Saleh, R. A., Rosyidah, & Hidayat, M. S. (2024). Analysis Of Hospital Readiness For The Implementation Of Standard Inpatient Care Class (KRIS): Literature Review. *Jurnal Eduhealth*, 15(4), 575–589.
- Siregar, C. S., Trigono, A., & Rinaldi, E. A. (2025). Evaluasi Kesiapan Penerapan KRIS JKN Di Rumah Sakit Aulia 2024. *Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSI)*, 9(4), 809–819. <https://doi.org/10.52643/marsi.v9i4.7107>
- Utami, T. N., Arrazy, S., & Wahyudi. (2025). *Metode Penelitian*. CV. Merdeka Kreasi Grup.
- WHO. (2024). *Universal health coverage*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage>