

Analyzing the Implementation of Standardized Inpatient Class Policies at Type B General Hospital

Amy Arbaatun Nisa Astuti¹ , Muhammad Purnomo², Jeki Purnomo³

¹ Department of Hospital Administration, Muhammadiyah Kudus University, Indonesia

² Department of Nursing Sciences, Muhammadiyah Kudus University, Indonesia

³ Department of Hospital Administration, Muhammadiyah Kudus University, Indonesia

 amyarbaatun@gmail.com

Abstract

An important policy of the Indonesian Government to optimize the quality of health services in a holistic and equitable way is by determining the Standard Inpatient Class (KRIS). This policy is phased in through June 30, 2025 and is implemented by all hospitals that are affiliated with BPJS. One of these is a Type B General Hospital in District X which has seen an uptick in BPJS patients, while still using a 3-class inpatient room system. This research aims to determine the implementation of this policy at the hospital. The research method used a descriptive qualitative approach with research informants consisting of The Head of Medical Services, The Head of General Affairs, The Head of Finance, and The Head of The Hospital's Environmental Health Facility. The Data were collected through interviews, observations, and document reviews. All data were organized through qualitative data analysis techniques. The success of this implementation was evaluated through four aspects adapted from George C. Edwards III Theory and the results obtained are the existence of effective communication, a fairly good disposition of implementers, a clear bureaucratic structure, adequate human resources while the lack of budget and a KRIS Internal Team.

Keywords: *Implementation; Policy; The Standardized Inpatient Classes*

Analisis Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Umum Tipe B

Abstrak

Kebijakan penting Pemerintah Indonesia untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan secara menyeluruh dan adil adalah dengan ditetapkannya Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). Implementasi Kebijakan KRIS dilakukan secara bertahap hingga 30 Juni 2025 dan dilaksanakan oleh seluruh rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan salah satunya Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X. Rumah Sakit tersebut mengalami peningkatan jumlah pasien khususnya pasien BPJS Kesehatan dari tahun sebelumnya akan tetapi masih menerapkan sistem kamar rawat inap 3 kelas. Penelitian bertujuan mengkaji implementasi KRIS di rumah sakit tersebut. Metode penelitian menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan informan penelitian yang terdiri dari Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Bagian Umum, Kepala Bagian Keuangan dan Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. Pengambilan data melalui wawancara, observasi, dan telaah dokumen. Data kemudian dianalisis menggunakan teknik analisis data kualitatif. Keberhasilan implementasi KRIS pada Rumah Sakit dinilai melalui empat aspek yang diadaptasi dari Teori George C. Edwards III dan didapatkan hasil terjalannya komunikasi efektif, disposisi implementor cukup baik, struktur birokrasi yang jelas, sumber daya manusia memadai sementara belum ada anggaran dan Tim Internal khusus KRIS.

Kata kunci: *Implementasi; Kebijakan; Kelas Rawat Inap Standar*

1. Pendahuluan

Kompleksitas dan keragaman dunia yang semakin tinggi berimplikasi pada kesehatan dan pelayanan kesehatan masyarakat secara global [1]. Tren kesehatan global dipengaruhi adanya perubahan demografi, kemajuan teknologi, pandemi, perubahan iklim, kolaborasi internasional dan ketidaksetaraan kesehatan [2]. Kesenjangan dalam akses dan hasil layanan kesehatan merupakan tantangan krusial yang harus diatasi [2]. Perbandingan besar sistem pelayanan kesehatan di negara maju dan negara berkembang terletak pada ketersediaan dan kualitas layanan kesehatan dalam segi fasilitas medis, ketenagaan medis yang profesional dan teknologi kesehatan yang modern [3]. Pengelola layanan kesehatan dituntut untuk mengadopsi kebijakan yang inklusif dan adil dengan mempertimbangkan faktor sosial dan aksesibilitas bagi masyarakat yang terpinggirkan [2]. Titik awal untuk meningkatkan kualitas sistem kesehatan adalah dengan *Universal Health Coverage* (UHC) [4].

WHO mendefinisikan UHC sebagai situasi di mana seluruh masyarakat memiliki akses layanan kesehatan berkualitas yang dibutuhkan, kapanpun dan dimanapun tanpa mengalami kesulitan teknis dan kendala keuangan [5]. Indonesia sebagai salah satu negara yang terlibat dalam meratifikasi program UHC menginisiasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) [4]. BPJS Kesehatan merupakan organisasi yang menyelenggarakan program jaminan sosial berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia untuk mewujudkan pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak serta telah diimplementasikan sejak tahun 2014 [6]. Cakupan kepesertaan JKN berdasarkan Monthly Report DJSN per 30 Juni 2024 mencapai 273,5 juta jiwa atau 96,83% dari total penduduk Indonesia. Target cakupan kepesertaan 2024 berdasarkan Peraturan Presiden No. 36 tahun 2023 tentang Peta Jalan Jaminan Sosial tahun 2023-2024 adalah sebesar 98% dari jumlah penduduk [7]. Besarnya jumlah kepesertaan tersebut menjadikan program JKN menjadi single-payer terbesar di dunia [4].

Praktik pelaksanaan BPJS dinilai kurang optimal karena masih ditemukan perbedaan signifikan dari kualitas pelayanan kesehatan serta kepuasan pasien antara pasien BPJS dengan pasien umum yang perlu dievaluasi dan diperbaharui oleh pemerintah guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan [8]. Sebanyak 60% penelitian menunjukkan adanya perbedaan tingkat kepuasan antara pasien JKN dan pasien umum di Unit Rawat Inap pada dimensi mutu kehandalan, daya tanggap, jaminan, tingkat kepedulian dan bukti langsung [9]. Upaya Pemerintah Indonesia untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan secara menyeluruh dan adil dengan menetapkan kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) [10].

Implementasi KRIS telah dilakukan 2 tahap uji coba dan menunjukkan adanya peningkatan pendapatan sebesar dua kali lipat di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dan peningkatan pendapatan rata-rata 11,35% di 7 rumah sakit uji coba diantaranya RS Awal Bros, RS Santosa Hospital Bandung Kopo, RS Al Islam Bandung, RS Edelweiss, RS Ananda Babelan, RSUP Dr. Sardjito dan RSUD Sidoarjo [11][12]. Pelaksanaan kebijakan KRIS dimulai dengan melakukan pemenuhan 12 kriteria KRIS mencakup komponen bangunan yang tidak berporositas tinggi, standar ventilasi, standar pencahayaan ruang, ketersediaan tempat tidur, tersedia nakas per tempat tidur, standar suhu, standar pembagian ruang rawat inap, kepadatan ruang rawat inap maksimal 4 (empat) tempat tidur, standar tirai/partisi, kamar mandi dalam ruang rawat inap, kamar mandi sesuai dengan standar aksesibilitas dan outlet oksigen [13]. Penelitian yang telah dilakukan oleh beberapa peneliti

menunjukkan bahwa pemenuhan 12 kriteria KRIS belum 100% terpenuhi terdapat beberapa kriteria yang masih perlu penyesuaian karena terhalang oleh anggaran [14][15][16].

Secara teoritik maupun konseptual, implementasi sebuah kebijakan mudah dipahami dan dimengerti, namun dalam pelaksanaannya tidaklah mudah karena memerlukan proses secara bertahap [15]. Implementasi kebijakan sendiri merupakan suatu aktivitas merealisasikan kebijakan yang telah ditetapkan dan dilakukan oleh organisasi atau badan pelaksana melalui proses administrasi dan manajemen dengan memanfaatkan segala sumber daya yang tersedia [17]. George C. Edwards III mengemukakan keefektifan implementasi kebijakan dipengaruhi adanya faktor komunikasi, sumber daya, disposisi implementor dan struktur birokrasi [18].

Pasal 103B ayat (1) Perpres No. 59 Tahun 2024 mengamanatkan bahwa implementasi kebijakan KRIS dapat dilakukan secara bertahap oleh seluruh rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan hingga 30 Juni 2025 [13]. Salah satu rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan adalah Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X. Kapasitas tempat tidur (TT) yang dimiliki rumah sakit tersebut sebanyak 366 tempat tidur (TT), dimana 48 tempat tidur (TT) merupakan ruang rawat inap intensif. Gambaran BOR Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X berdasarkan data per November 2024, rata-rata sebesar 65.87%. Hasil pre-survey yang telah dilakukan di lokasi penelitian, ditemukan bahwa dalam pelayanannya masih menerapkan sistem kamar rawat inap BPJS 3 kelas. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui proses implementasi kebijakan Kelas Rawat Inap Standar di Rumah Sakit Umum Tipe B Kabupaten X sesuai dengan Perpres No.59 tahun 2024.

2. Metode

Penelitian ini dilakukan di satu Rumah Sakit Umum Tipe B yang telah terakreditasi Paripurna di Jawa Tengah dan dilakukan pada Februari-Maret 2025. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dengan teknik penentuan sumber data *purposive sampling*. Penelitian deskriptif kualitatif dapat digunakan untuk menyajikan gambaran suatu kejadian atau fenomena secara lengkap tanpa adanya proses manipulasi atau perlakuan-perlakuan lain [19]. Informan dalam penelitian ini adalah *stakeholder* Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X yang terlibat dalam proses implementasi Kelas Rawat Inap Standar terdiri atas 4 informan yakni Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Bagian Umum, Kepala Bagian Keuangan dan Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit (IKLRS).

Pengumpulan data dilakukan sesuai dengan yang dikemukakan Creswell dalam Hani Subakti dkk (2023) yakni melalui observasi, wawancara dan telaah dokumen. Penelitian ini menggunakan dua sumber data yaitu data primer yang diperoleh dari hasil observasi dan wawancara serta data sekunder yang berasal dari sumber lain. Instrumen observasi menggunakan form assessment KRIS berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1811/2022 tentang Petunjuk Teknis Kesiapan Sarana Prasarana Rumah Sakit dalam Penerapan Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional. Instrumen wawancara menggunakan daftar pertanyaan berdasarkan variabel teori keberhasilan implementasi kebijakan menurut George C. Edwards III, yakni komunikasi, sumber daya, disposisi implementor dan struktur birokrasi. Semua data yang sudah diperoleh kemudian dilakukan analisis menggunakan langkah-langkah analisis data kualitatif yang dikemukakan oleh Miles dan Huberman dalam Abdussamad (2021) yakni melalui reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan. Pemeriksaan keabsahan

data penelitian dilakukan uji kredibilitas menggunakan teknik triangulasi data dengan melakukan *crosscheck* antara data hasil wawancara mendalam dan hasil observasi ruang rawat inap.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1. Hasil

Observasi

Kesiapan implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X sebesar 79% dari 12 kriteria yang telah dipersiapkan. Hal ini dapat dilihat pada [Tabel 1](#).

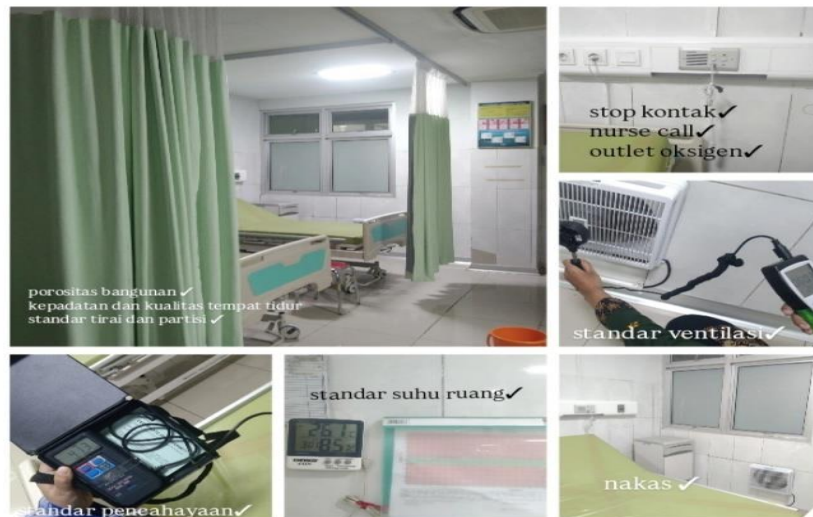
Tabel 1. Persentase Kesiapan Implementasi KRIS RSU Tipe B di Kab X

No	Komponen	Ruangan KRIS	Rata-rata
1	Bahan bangunan tidak berporositas tinggi	82%	82%
2	Standar pergantian udara min. 6x per jam (6 ACH)	82%	82%
3	Standar pencahayaan ruang 250 <i>Lux</i> untuk penerangan dan 50 <i>Lux</i> untuk pencahayaan tidur	86%	86%
4	Ketersediaan tempat tidur		
	a. Min. 2 soket listrik dan tidak boleh percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus.	80%	77%
	b. <i>Nurse call</i> terhubung <i>Nurse station</i> .	74%	
5	1 buah nakas per tempat tidur	86%	86%
6	Stabilitas suhu ruang: 20-26°C	79%	79%
7	Pembagian ruangan atas jenis kelamin, usia dan jenis penyakit (infeksi, non infeksi, ruang rawat gabung)	86%	86%
8	Kepadatan ruang rawat dan kualitas <i>bed</i>		
	a. Antar tepi tempat tidur min 1.5 meter	74%	
	b. Jumlah kamar ≤ 4 <i>bed</i>	78%	
	c. Ukuran <i>bed</i> min panjang 200 cm, lebar 90 cm, dan tinggi 50-80 cm	86%	72%
	d. <i>Bed 2 crank</i>	51%	
9	Tirai / partisi rel dibenamkan dan menempel di plafon dan bahan tidak berpori		
	a. Rel dibenamkan di plafon	69%	
	b. Rel digantung	77%	
	c. Jarak tirai 30 cm dari lantai dan panjang tirai minimal 200 cm	81%	77%
	d. Bahan tirai tidak berpori, berwarna cerah dan mudah dibersihkan	81%	
10	Kamar mandi dalam ruang rawat inap		
	a. Arah bukaan pintu keluar,	86%	
	b. Kunci pintu dapat dibuka dari dua sisi,	86%	82%
	c. Terdapat ventilasi (<i>exhaust fan</i> atau jendela boven)	75%	
11	Kamar mandi sesuai dengan standar aksesibilitas		
	a. Terdapat simbol " <i>disable</i> " di bagian luar	76%	
	b. Ruang gerak yang cukup untuk pengguna kursi roda	76%	
	c. Dilengkapi <i>handrail</i>	72%	78%
	d. Permukaan lantai tidak licin dan tidak menggenang	85%	
	e. <i>Nurse call</i> terhubung <i>Nurse station</i>	80%	
12	Outlet oksigen	77%	77%
	<i>Rata-rata Keseluruhan</i>		79%

[Tabel 1](#) menunjukkan bahwa kriteria dengan nilai $\geq 80\%$ adalah bahan bangunan yang tidak berporositas tinggi, ventilasi udara, pencahayaan ruangan, ketersediaan satu nakas per tempat tidur, pembagian kelas berdasarkan jenis kelamin, usia dan jenis penyakit serta

kamar mandi dalam ruang rawat inap. Kriteria KRIS dengan nilai $\leq 79\%$ adalah ketersediaan tempat tidur, suhu ruangan yang stabil, kepadatan ruang rawat dan kepadatan tempat tidur, tirai, kamar mandi sesuai standar aksesibilitas serta outlet oksigen. Kepadatan ruang rawat inap dan kualitas tempat tidur memiliki persentase terendah karena keterbatasan tempat tidur 2 crank.

Hasil observasi didasarkan pada pengamatan yang dilakukan di seluruh ruang rawat inap di Rumah Sakit Umum Tipe B Kabupaten X. Kepadatan dan kualitas ruang rawat inap dapat dilihat pada gambar 1, sedangkan standar kamar mandi ruang rawat inap dapat dilihat pada gambar 2. Gambar yang tersaji merupakan hasil pengamatan ruang rawat inap Cattleya di Rumah Sakit Umum Tipe B Kabupaten X.



Gambar 2. Kepadatan dan Kualitas Ruang Rawat Inap



Gambar 2. Standar Kamar Mandi Ruang Rawat Inap

Gambar 1 menjelaskan bahwa kriteria yang belum sesuai adalah jarak antar tepi tempat tidur, sedangkan untuk kriteria lain seperti bahan bangunan tidak berporositas tinggi, standar pergantian udara, standar pencahayaan, kelengkapan tempat tidur, dan standar tirai telah sesuai dengan standar KRIS. Sedangkan **gambar 2** menjelaskan bahwa seluruh standar telah sesuai.

Wawancara Informan

Hasil wawancara dengan informan tersaji dalam matriks wawancara yang menggabungkan perspektif dari seluruh informan dan menggambarkan secara komprehensif proses implementasi KRIS di Rumah Sakit Umum Tipe B Kabupaten X. Matriks wawancara dapat dilihat pada [tabel 2](#).

Tabel 2. Matriks Wawancara dengan Informan

N o	Variabel	Informan 1 Kepala Bidang Pelayanan Medis	Informan 2 Kepala Bagian Umum	Informan 3 Kepala Bagian Keuangan	Informan 4 Kepala IKLRS
1	Komunikasi				
	a. Pemahaman KRIS	<i>"Tujuan KRIS sebetulnya bagus jadi e.... KRIS itu kan Kelas Rawat Inap Standar jadi nantinya pasien BPJS ya ruangannya disitu, 1 Kamar 4 TT...tapi sebetulnya untuk kebutuhan ruang rawat inap kita kan sangat tinggi... dengan dipotong jadi 4 TT per kamar... turun hampir sekitar 70-100 pasti akan mengganggu pelayanan"</i>	<i>"KRIS itu kebijakan kelas rawat inap yang ditujukan untuk pasien BPJS Kesehatan... sudah tidak ada pembagian kelasnya..."</i>	<i>"KRIS itu kan sebetulnya kelas rawat inap untuk pasien BPJS dimana ada standar-standar sendiri yang harus dipenuhi... Nah kalau di Rumah Sakit inshaallah sudah siap di Juni 2025 nanti"</i>	<i>"Kelas Rawat Inap Standar itu kan adalah rawat inap yang sudah tidak ada kelas lagi... Targetnya sendiri kan 30 Juni tahun ini... standar KRIS menurut saya sudah dipahami, karena yang di IKLRS sendiri kan hanya standar suhu ruang, pencahayaan, terus ventilasi itu sih"</i>
	b. Proses Komunikasi dan sosialisasi	<i>"Kalau komunikasinya ya kita ada komunikasi internal dan eksternal... melalui apel pagi, melalui morning report, melalui rapat kepala ruang dengan melibatkan Kepala Instalasi, Kepala Ruang dan Unit terkait termasuk Bagian</i>	<i>"Kalau KRIS itu sudah diinformasikan dan disosialisasikan sejak tahun lalu... Pihak BPJS juga sudah sering melakukan kunjungan di Rumah Sakit terkait kesiapan KRIS..."</i>	<i>"Informasi KRIS ini sebenarnya didapatkan dari akhir 2023, stakeholder rumah sakit menanggapi kebijakan KRIS tersebut dengan melakukan tindakan ya dengan</i>	<i>"Ya kita komunikasikan antar bagian apa saja yang masih kurang agar segera dipenuhi... Komunikasinya ya bisa bertemu langsung, atau via wa, bisa juga pas ada rapat evaluasi gitu..."</i>

No	Variabel	Informan 1 Kepala Bidang Pelayanan Medis	Informan 2 Kepala Bagian Umum	Informan 3 Kepala Bagian Keuangan	Informan 4 Kepala IKLRS
2	Disposisi Implementor	<i>Umum... visitasi BPJS, terus ada zoom terkait Desk dari Dinkes Provinsi Jateng..”</i>	<i>bertahap... Ya kita koordinasi terus rapat..”</i>	<i>bertahap... Ya kita koordinasi terus rapat..”</i>	<i>bertahap... Ya kita koordinasi terus rapat..”</i>
	Kesiapan dan dukungan manajemen	<i>”Kelas Rawat Inap Standar itu memang e... sudah 1,5 tahun ini rumah sakit e... mempersiapkan KRIS... ada 11 atau 12 KRIS yang harus dipenuhi. Tapi terus terang untuk kendala-kendala di Rumah Sakit ya....”</i>	<i>”Dari Direktur Rumah Sakit sampai staff pun mendukung... kesiapan Rumah Sakit dalam KRIS ini sudah sekitar 80% ya... ada beberapa kendala.. terkait pintu kamar mandi... exhaustnya masih ada yang kurang..”</i>	<i>”Kesiapan rumah sakit sendiri inshaallah sudah siap di Juni 2025, kami mendukung adanya kebijakan ini dengan melakukan pemenuhan standar ruangan... ya kita siapkan pendanaan sesuai instruksi Direktur”</i>	<i>”Di Rumah Sakit ini sejauh ini sudah siap, tinggal dijalankan saja... Pihak Manajemen juga mendukung baik dengan memberikan anggaran untuk memenuhi semua standar KRIS...”</i>
3	Struktur Birokrasi	<i>”Seluruh bagian dari Bidang Pelayanan, Bagian Umum tentu saja...”</i>	<i>”Implementasi KRIS itu sendiri pasti membutuhkan keterlibatan seluruh pihak di Rumah Sakit... yang peranannya cukup besar adalah Bidang Pelayanan Medis...Bagian Keuangan...terkait penganggarannya ... Saya rasa sih tupoksinya jelas...”</i>	<i>”Pembagian tupoksi tentunya sudah jelas, Bagian Umum yang menjadi pelaksananya terkait sarpras dalam standar KRIS, Bagian Keuangan yang menyiapkan dananya, jelas Bidang pelayanan medis yang memiliki</i>	<i>”Kalau yang terlibat ya dari Bidang Pelayanan Medis, terus Bagian Umum, terus Bidang Penunjang Pelayanan dimana masing-masing bagian tentu saja memiliki andil sendiri sendiri dalam implementasi KRIS ini..”</i>

No	Variabel	Informan 1 Kepala Bidang Pelayanan Medis	Informan 2 Kepala Bagian Umum	Informan 3 Kepala Bagian Keuangan	Informan 4 Kepala IKLRS
				<i>peran besar dalam implementasi KRIS ini..."</i>	
b.	Struktur khusus KRIS	<i>"Nah kalau strukturalnya yang khusus KRIS itu tidak ada, tim khusus kita tidak ada, ya jadi bagian dari tugas kita aja di Bidang Pelayanan Medis..."</i>	<i>"Strukturalnya ya sama dengan struktur birokrasi rumah sakit... Khusus KRIS ya gaada..."</i>	<i>"Untuk strukturnya yang dikhususkan KRIS tidak ada, jadi ya sama dengan struktur rumah sakit..."</i>	<i>"Khusus KRIS gaada, ya pemegang peran pentingnya kan Bidang Pelayanan Medis... Kita sebagai pendukung, karena bagian kita kan sebenarnya menyangkut kesehatan lingkungan rumah sakitnya..."</i>
c.	Kejelasan prosedur dan monitoring	<i>"Kalau untuk prosedur pemenuhan KRIS disini ya dari Perpres KRIS turun ke Rumah Sakit, terus Rumah Sakit melakukan sosialisasi, mapping kesiapan dari 12 kriteria KRIS... terus setelah mapping muncul lah rencana pemenuhan.. membuat nota dinas... dan akan sampai ke Bidang Pelayanan bisa ke Bagian Umum tergantung kebutuhannya.... Kalau SPO</i>	<i>"Saya rasa cukup jelas ya mbak, kalau ada yang harus dipenuhi terkait KRIS... kita menerima nota dinas yang isinya itu kekurangan sarpras di ruangan... dari situ kita hubungi istilahnya kita koordinasi lah sama Bagian Keuangan itu melalui Satker Penganggaran apakah bisa dilakukan penganggaran kalau gabisa ya kita informasikan kembali kalau</i>	<i>"Dari kami ya prosesnya dari Bidang Pelayanan merencankan kebutuhannya ini ini ini terus....Bidang g Pelayanan, Bidang Perawatan, Bagian Umum dan Keuangan melakukan koordinasi intensif... Bagian Umum menemui Kasi Penganggara n tapi membahasny a tidak KRIS</i>	<i>"Prosedur apa nih, kalau prosedur pemenuhan ya tentu sudah sangat jelas dan dipahami sekali... Monitoring dan evaluasi yang kita lakukan ya itu di catat progressnya dari yang belum sesuai, terus progressnya gimana... beberapa ruangan sudah ada yang terpasang exhaust sama thermohigronya."</i>

No	Variabel	Informan 1 Kepala Bidang Pelayanan Medis	Informan 2 Kepala Bagian Umum	Informan 3 Kepala Bagian Keuangan	Informan 4 Kepala IKLRS
4	Sumber Daya Ketersediaan Sumber Daya	<p><i>implementasi sesudah KRIS ya belum, tapi kalau dari sisi bangunan ya sudah dilakukan pemenuhan kriteria KRIS... Kalau monev ya kita ada rapat sih dengan jajaran direksi terkait persiapan KRIS..."</i></p>	<p><i>nota dinasnya belum disetujui"</i></p> <p><i>"Kalau dari segi SDM ya mbak pembagiannya masih sama seperti dulu... Kalau anggaran ya kita ada anggarannya dari BLUD. E... infrastruktur ya kita sudah lakukan penyesuaian untuk KRIS ini... lah. apalagi kita ini rumah sakit tipe B..."</i></p>	<p><i>lagi tapi include jadi satu dengan pemenuhan sarpras rumah sakit... Monitoring dan evaluasi sendiri kalau untuk KRIS ya tidak ada, paling ya kita laporkan kalau ada monthly report gitu rapat dengan pimpinan..."</i></p> <p><i>"Pendanaan dari sumber BLUD, kalau untuk khusus KRIS kita belum ada...kemarin tahun 2024 kita telah melakukan pengadaan exhaust, ac di catthleya... dengan anggara DAK 700j... Kalau diluar itu pengadaan dananya include menjadi 1 sebagai kegiatan pemeliharaaa n rumah sakit..."</i></p>	<p><i>"Sumber daya ya SDM nya sudah memenuhi dan mampu untuk KRIS, kalau sumber daya keuangan ya ada penganggarannya, infrastruktur juga ada... saya rasa sudah siap 100% untuk KRIS di Juni mendatang"</i></p>

Tabel 2 menunjukkan bahwa seluruh informan memahami tujuan KRIS, namun ada kekhawatiran terkait dampak pengurangan kapasitas tempat tidur. Proses komunikasi di Rumah Sakit terjalin intensif baik internal maupun eksternal. Pada variabel disposisi, seluruh informan merasa didukung oleh manajemen Rumah Sakit dalam proses implementasi KRIS. Pada variabel struktur birokrasi, Rumah Sakit tidak memiliki struktural khusus KRIS dan belum memiliki SPO implementasi KRIS. Pada variabel sumber daya, ketenagaan Rumah Sakit dinilai cukup, namun anggaran terbatas.

3.2. Pembahasan

Realisasi implemementasi 12 kriteria KRIS di Rumah Sakit baru terpenuhi 79%. Kriteria dengan nilai terendah berkaitan dengan kepadatan ruang rawat dan kualitas tempat tidur terutama pada spesifikasi *bed 2 crank*. Sejalan dengan hasil penelitian Ario Trisaksono (2023) dimana dari empat rumah sakit yang diteliti baru memenuhi kriteria KRIS sebesar 75% [21]. Sejalan juga dengan penelitian Azura Arisa (2023) dimana penelitiannya menyebutkan rumah sakit yang diteliti baru memenuhi 74% dari 12 kriteria KRIS dan membutuhkan kurang lebih 1-2 tahun untuk merealisasikan implementasi KRIS di rumah sakit tersebut [15]. Infrastruktur yang memadai merupakan aspek penting dalam meningkatkan mutu layanan terutama dalam kesiapan pelaksanaan KRIS di Rumah Sakit [22].

Implementasi yang dilakukan dengan proses yang tepat dapat menunjang keberhasilan suatu kebijakan. Keberhasilan implementasi KRIS pada Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X dinilai melalui empat aspek yang diadaptasi dari Teori George C. Edwards III yaitu a) komunikasi, b) sumber daya, c) disposisi implementor dan d) struktur birokrasi.

Komunikasi

Komunikasi sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan implementasi. Implementasi yang efektif dapat tercapai jika pengambil keputusan sudah mengetahui apa yang harus dilakukan. Kebijakan yang diumumkan juga harus bersifat adil, akurat dan konsisten. Komunikasi yang efektif dapat menciptakan kerja sama, koordinasi dan kolaborasi yang baik dalam implementasi kebijakan. Informasi kebijakan KRIS telah diperoleh Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X sejak tahun 2023. Menyikapi hal tersebut *stakeholder* Rumah Sakit melakukan sosialisasi menyeluruh pada *staff* rumah sakit setiap hari Senin saat apel pagi dan setiap hari Jum'at setelah melakukan senam pagi. Komunikasi internal juga dilakukan melalui rapat internal yang rutin dilaksanakan.

Sejalan dengan penelitian Miftahul Qurnaini Mz (2023) sosialisasi dengan komunikasi efektif merupakan syarat utama bagi implementasi kebijakan, implementasi yang efektif akan terwujud jika implementor mengetahui apa yang akan dikerjakannya [22]. Hasil penelitian berbeda dengan penelitian Anak Agung Istri Agung Yurita (2022) dan Sri Nurul Kur'aini (2023) pihak rumah sakit yang diteliti kurang memberikan sosialisasi dari pimpinan atau pejabat struktural terkait kebijakan KRIS [22][23]. Kegagalan implementasi kebijakan dapat terjadi apabila pelaksana kebijakan tidak memahami dengan baik standar kebijakan yang telah ditetapkan [24].

Pelaksana Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X relatif baik dalam memahami sasaran dan tujuan kebijakan KRIS. Target waktu pemenuhan KRIS berdasarkan Perpres No.59 Tahun 2024 mengarahkan Rumah Sakit secara pasti dalam implementasi KRIS. Rumah Sakit melakukan rencana pemenuhan sarana dan prasarana sesuai kriteria KRIS mengacu pada rencana kerja atau *time table* dari tahun 2023 yang telah ditetapkan untuk memenuhi target waktu sesuai Perpres No. 59 Tahun 2024. Sejalan dengan penelitian Saleh & Hidayat (2024), rencana kerja rumah sakit menunjukkan komitmen kuat rumah sakit

untuk menyelesaikan pemenuhan sarana dan prasarana sesuai kriteria KRIS dengan target waktu yang telah ditetapkan [25].

Rumah Sakit mengalokasikan beberapa ruang rawat inap untuk distandarkan sesuai dengan kriteria KRIS namun dalam proses pemenuhan kriteria KRIS masih terdapat kendala. Penyelesaian kendala dalam implementasi KRIS dilakukan dengan berkoordinasi antar bagian kemudian dilakukan *follow-up* sehingga proses komunikasi yang dilakukan Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X tidak terbatas pada penyampain informasi namun berfokus pada tindak lanjut. Sejalan dengan penelitian Mahmoudi & Naghneh (2024) kemampuan organisasi layanan kesehatan dalam beradaptasi dan menanggapi kebijakan baru melalui manajemen yang tepat dan infrastruktur yang memadai memengaruhi keefektifan implementasi kebijakan secara signifikan [26].

Sumber Daya

Sumber daya sebagai pendukung implementasi kebijakan dapat berwujud sumber daya manusia, sumber daya finansial dan infrastruktur rumah sakit. Sumber daya yang memadai dan pengalokasian yang tepat termasuk faktor kunci keberhasilan implementasi suatu kebijakan. Tanpa sumber daya yang memadai, implementasi kebijakan tidak akan berjalan secara optimal [26]. Rumah Sakit memiliki SDM yang cukup memadai terutama dalam segi tenaga keperawatan. Pengurangan jumlah tempat tidur per ruangan dinilai meringankan beban kerja SDM Ketenagaan yang dimiliki oleh Rumah Sakit Umum Tipe B Kabupaten X dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Sumber Daya Manusia RSUD Tipe B di Kab. X

No	Kualifikasi Tenaga	Jumlah Tenaga
1	Tenaga Medis	66
2	Tenaga Kefarmasian	52
3	Keperawatan	383
4	Kebidanan	68
5	Tenaga Kesehatan Lain	126
6	Tenaga Non Kesehatan	386

Tabel 3. Menunjukkan bahwa Rumah Sakit telah memiliki SDM yang cukup dalam segi Tenaga Keperawatan yaitu 383 perawat sedangkan tempat tidur yang dimiliki adalah 366 tempat tidur. Sejalan dengan penelitian Miftahul Qurnaini Mz (2023) tanpa adanya kecukupan sumber daya manusia dapat mengakibatkan ketidaksesuaian rencana yang telah ditetapkan dengan yang terimplementasikan [22]. Kecukupan sumber daya manusia harus diimbangi dengan pengembangan SDM dan *upskilling* dengan tuntutan pekerjaan. *Upskilling* perawat dapat membantu membangun pelayanan kesehatan yang terbebas dari ketidakadilan sosial baik dari segi kualitas maupun kuantitas [27].

Kebijakan akan gagal diimplementasikan salah satunya disebabkan oleh fasilitas dan infrastruktur yang kurang memadai [18]. Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X telah mempersiapkan sarana dan prasarana sesuai standar KRIS. Implementasi 12 kriteria KRIS di Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X mencakup berbagai aspek untuk memastikan kualitas pelayanan dan kenyamanan pasien. Rumah Sakit secara bertahap memenuhi kriteria KRIS dimulai dari kriteria yang mudah dilakukan penyesuaian hingga kriteria yang memerlukan pendanaan dilakukan bertahap sesuai dengan anggaran yang tersedia. Beberapa kriteria yang belum terpenuhi di Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X

mencakup kepadatan ruang dan kualitas tempat tidur, standar ventilasi serta kamar mandi sesuai standar aksesibilitas.

Kepadatan ruang rawat dan kualitas tempat tidur Rumah Sakit belum sesuai dengan standar KRIS karena masih ditemui jarak antar tempat tidur yang terlalu dekat, kamar tidur lebih dari 4 tempat tidur dan belum terpenuhinya syarat tempat tidur 2 *crank*. Kendala ini dipengaruhi oleh *setting* bangunan rumah sakit yang mengikuti kebijakan bangunan rumah sakit lama. Strategi yang dilakukan Rumah Sakit dalam mengatasi kepadatan ruangan dengan merencanakan pembangunan ruangan baru di lantai 4 yaitu Ruang Cattleya 4 yang dikhususkan untuk KRIS. Strategi untuk pemenuhan TT 2 *crank*, Rumah Sakit menganggarkan pengadaan barang dan melakukan pembelian bertahap. Manajemen rumah sakit jika tidak segera melakukan perencanaan penyesuaian kapasitas tempat tidur dikhawatirkan akan berpengaruh pada penetapan jenis kelas rumah sakit yaitu tidak terpenuhinya jumlah tempat tidur minimal sesuai tipe rumah sakit karena adanya pengurangan tempat tidur yang digunakan dalam pelayanan rawat inap di rumah sakit [21].

Fasilitas kamar mandi ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X masih terdapat ketidaksesuaian dengan standar aksesibilitas yang telah ditetapkan. Ketidaksesuaian ini paling banyak karena faktor *handrill* yang tidak memenuhi syarat KRIS dan ruang gerak terbatas pada pengguna kursi roda. Pada pencahayaan ruangan di beberapa Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X belum sesuai standar KRIS terutama pada bangunan yang terletak di antara dua bangunan dan tidak memiliki jendela. Strategi yang dilakukan rumah sakit dengan penggantian lampu yang lebih terang sedangkan untuk menyesuaikan standar ventilasi menggunakan *exhaust fan* karena Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X menggunakan AC di setiap ruang rawat inapnya. Hasil penelitian sejalan dengan penelitian Natsir (2024) Rumah Sakit yang diteliti menunjukkan 2 kriteria KRIS yang belum terpenuhi terkait suhu dan kelembaban ruang rawat inap serta kamar mandi dengan standar aksesibilitas lengkap [11].

Keterbatasan anggaran Rumah Sakit menjadi kendala utama dalam proses implementasi KRIS. Sumber pendanaan Rumah Sakit berasal dari BLUD dan penganggaran yang dilakukan belum ada yang dikhususkan untuk KRIS. Pemenuhan TT 2 *crank* baru mencapai 51% dikarenakan dalam pengadaannya memerlukan biaya yang cukup besar sedangkan anggaran yang dimiliki terbatas. Penelitian ini sejalan dengan hasil peneliti lainnya, ketidakterselesaiannya alokasi anggaran khusus implementasi KRIS menjadi salah satu kelemahan Rumah Sakit [14][15][22][16]. Pendanaan yang kurang akan menghambat terealisasinya suatu kebijakan.

Disposisi Implementor

Disposisi atau sikap pelaksana kebijakan berupa komitmen dan dukungan memengaruhi terhadap hasil implementasi kebijakan. Implementor yang memiliki disposisi baik maka implementor tersebut dapat menjalankan kebijakan dengan baik sesuai keinginan pembuat kebijakan. Implementor yang memiliki sikap atau perspektif berbeda dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi kebijakan menjadi tidak efektif [18]. Implementasi KRIS di Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X didukung oleh berbagai bidang terkait utamanya oleh Bidang Pelayanan Medis. Disposisi yang dilakukan dinilai kurang maksimal karena masih ada keterbatasan sumber daya dalam implementasi kebijakan KRIS.

Pembagian peran implementor KRIS di Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X tidak dilakukan secara khusus melainkan tanggung jawab Bidang Pelayanan Medis. Proses monitoring dan evaluasi Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X dalam pemenuhan

KRIS juga tidak dilakukan secara khusus melainkan dengan rapat internal yang membahas keseluruhan operasional rumah sakit. Rapat internal ini biasanya berupa *morning report*, *weekly report* dan *monthly report*. Pemantauan berkelanjutan terhadap pelaksanaan program kebijakan kesehatan penting dilakukan untuk menilai kemajuan dalam mencapai tujuan dan target [26].

Hasil penelitian berbeda dengan penelitian Natsir (2024), rumah sakit yang diteliti memiliki tim khusus KRIS yang diberi nama Tim *Champion* beranggotakan 10 orang yang bertanggungjawab untuk melakukan pemantauan dan evaluasi rutin terhadap pelayanan rumah sakit secara berkala. Mekanisme yang diterapkan dapat memastikan standar KRIS tetap terjaga sepenuhnya [11]. Penelitian Mahmoudi dan Naghneh (2024) menyebutkan bahwa dukungan dari kepemimpinan di berbagai sektor berperan aktif dalam mendorong tercapainya inisiatif kebijakan dan memastikan implementasinya dapat dilaksanakan secara berkelanjutan [26].

Struktur Birokrasi

Kompleksitas implementasi kebijakan membutuhkan kerja sama penuh dari seluruh pemangku kepentingan. Struktur birokrasi yang tidak kondusif mendorong ketidakefektifan implementasi kebijakan dan mendorong terhambatnya implementasi kebijakan [18]. Karakteristik utama dalam struktur birokrasi yaitu adanya *Standard Operational Procedure* (SOP) dan pembagian tugas yang menjadi tanggung jawab di setiap unit organisasi. SOP berperan sebagai pedoman dan acuan kerja sistematis agar tujuan yang ditetapkan akan terealisasi secara optimal [15]. Pemenuhan sarana dan prasarana Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X sesuai standar KRIS tidak tertuang pada SOP Rumah Sakit yang di khususkan untuk KRIS, acuan kerja yang digunakan implementor tertuang pada *time table* dan dilakukan berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1811/2022 tentang Petunjuk Teknis Kesiapan Sarana Prasarana Rumah Sakit dalam Penerapan Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional.

Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X belum menyediakan SOP pelayanan KRIS, Rumah Sakit beranggapan bahwa SOP KRIS akan dibutuhkan setelah diterapkan pada 30 Juni 2025. SOP dapat menjadi kendala potensial dalam implementasi kebijakan baru. Penelitian Sulila (2021) menyebutkan bahwa SOP dapat menghalangi implementasi kebijakan apabila kebijakan yang diimplementasikan dapat mengubah cara bisnis yang biasa dilakukan dalam suatu organisasi [18].

4. Kesimpulan

Hasil pemenuhan yang telah dilakukan Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X mengindikasikan bahwa realisasi implementasi KRIS kurang optimal karena keterbatasan anggaran dan bangunan. Keberhasilan implementasi KRIS pada Rumah Sakit dinilai melalui empat aspek yang diadaptasi dari Teori George C. Edwards III dan didapatkan hasil terjalannya komunikasi efektif, disposisi implementor cukup baik, struktur birokrasi yang jelas, sumber daya manusia memadai sementara belum ada anggaran dan Tim Internal khusus KRIS.

Saran bagi Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X dalam mencapai target implementasi KRIS pada 30 Juni 2025 agar dapat meningkatkan dan memprioritaskan pada pemenuhan 12 kriteria KRIS yang masih belum optimal. Rumah Sakit Umum Tipe B di Kabupaten X dapat memaksimalkan pendanaan dan mencari sumber dana tambahan dengan melakukan kerjasama dengan pihak lain agar membantu proses pemenuhan kriteria KRIS. Rumah Sakit juga dapat membentuk Tim Internal Khusus KRIS dari berbagai bidang

agar dapat memonitoring dengan jelas setiap proses implementasi KRIS. Tim Internal Khusus KRIS ini dapat terdiri dari tenaga kesehatan, manajemen rumah sakit, dan tenaga analisis data. Tim Internal Khusus KRIS juga dapat terdiri atas perwakilan setiap bidang yang terkait selama proses implementasi KRIS agar terjalin kerjasama dan kemudahan koordinasi untuk mempercepat pemenuhan kriteria KRIS. Rumah Sakit dapat mempersiapkan rancangan SOP pelayanan sesuai KRIS agar implementasi KRIS pada 30 Juni 2025 dapat berjalan secara efektif dan insiatif kebijakan dapat tercapai.

Penelitian ini masih terbatas dalam proses pemenuhan 12 kriteria KRIS yang dilakukan oleh Rumah Sakit, diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat mengkaji implementasi KRIS setelah resmi diberlakukan di Rumah Sakit dari berbagai perspektif baik pasien maupun pihak rumah sakit.

Ucapan Terima Kasih

Penulis ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah mendukung penulis dalam menyelesaikan penelitian ini. Secara khusus, penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada Universitas Muhammadiyah Kudus yang telah membantu proses perizinan penelitian dan pihak Rumah Sakit Umum Tipe B Kabupaten X yang telah menjadi objek dan sumber data penelitian.

Referensi

- [1] J. W. Salmon, "Global Health Systems: Challenges amidst Trying Times," *Hosp. Adm. Med. Pract.*, vol. 2, no. 9, pp. 1–12, 2023, doi: 10.9734/bpi/rhdhr/v7/4966b.
- [2] A. Brown, "Global Health Trends: Challenges and Opportunities for Healthcare Global Health Trends: Challenges and Opportunities for Healthcare Management," *Int. J. Open Publ. Explor.*, vol. 8, no. 2, pp. 16–22, 2024, [Online]. Available: ijope.com
- [3] F. Mohammed *et al.*, "Critical Review of Global Health Policies in Comparative Analysis of Developed and Developing Healthcare Systems and Innovations and Challenges in Service Access and Quality," *J. Ecohumanism*, vol. 6798, no. 8, pp. 8397–8405, 2024, doi: 10.62754/joe.v3i8.5457.
- [4] C. R. A. Saputro and F. Fathiyah, "Universal Health Coverage: Internalisasi Norma di Indonesia," *J. Jaminan Kesehat. Nas.*, vol. 2, no. 2, pp. 204–216, 2022, doi: 10.53756/jjkn.v2i2.108.
- [5] World Health Organization, "Universal Health Coverage." Accessed: Dec. 18, 2024. [Online]. Available: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- [6] I. N. D. Wiasa, *Jaminan Kesehatan Nasional Yang Berkeadilan Menuju Kesejahteraan Sosial*, 1st ed. Sulawesi Tengah: Feniks Muda Sejahtera, 2022.
- [7] Dewan Jaminan Nasional (DJSN), "Monthly Report Monitoring JKN," Jakarta, 2024.
- [8] D. A. Putri, R. W. Ramadhanty, W. Oktaviani, F. P. Gurning, U. I. Negeri, and S. Utara, "Analisis Respon Masyarakat dalam Implementasi Kebijakan Kelas Standar Bpjs Kesehatan di Desa Bandar Selamat Kecamatan Aek Songsongan," *J. Ilm. Multii Disiplin Indones.*, vol. 1, no. Kelas standar rawat inap BPJS, pp. 1121–1128, 2022.
- [9] A. F. Sumadi, I. Mardiyoko, and Y. Y. Pratama, "Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien JKN dan Pasien Umum Terhadap Mutu Pelayanan Unit Rawat Inap: Literatur Review," *J. Manaj. Kesehat. Yayasan RS.Dr. Soetomo*, vol. 8, no. 1, p. 86, Apr. 2022, doi: 10.29241/jmk.v8i1.913.
- [10] P. A. Lubis, M. B. Barus, F. Hafidzah, and F. P. Gurning, "Analisis Perpres No 59 Tahun 2024 Tentang Penerapan Kelas Rawat Inap Standar Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Batu Bara," *J. Inov. Kesehat. Adapt.*, vol. 6, no. 59, pp. 11–16, 2024.
- [11] R. T. P. Natsir, R. A. Ahri, and A. R. Rusydi, "Implementasi Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Sarana Prasarana di RSUP dr . Tadjuddin," *J. Aafiyah Heal. Res.*, vol. 5, no. 1, pp. 442–455, 2024, doi: <https://doi.org/10.52103/jahr.v5i1.1843>.

- [12] Dewan Jaminan Nasional (DJSN), “Annual Report Jaminan Kesehatan Nasional 2023,” Jakarta, 2023. [Online]. Available: <https://kesehatan.djsn.go.id/>
- [13] Presiden Republik Indonesia, *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*. Indonesia, 2024. [Online]. Available: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/136650/perpres-no-64-tahun-2020>
- [14] A. A. I. A. Yurita, I. N. A. Nugraha, and A. A. S. Saraswati, “Analisis Strategi dan Kesiapan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Terkait Dengan PP 47 Tahun 2021 Tentang Penerapan Kelas Standar JKN,” *J. Kesehat. Masy.*, vol. 6, no. 3, pp. 1681–1691, 2022.
- [15] Azura Arisa, Sri Purwanti, and Rima Diaty, “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,” *J. Kesehat. Qamarul Huda*, vol. 11, no. 1, pp. 264–270, Jun. 2023, doi: 10.37824/jkqh.v11i1.2023.451.
- [16] D. N. Damawati, “Kesiapan Fisik Bangunan Rumah Sakit Umum Swasta Kelas D Terhadap Kriteria Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional Di Kabupaten Kudus,” Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, 2024.
- [17] A. Subianto, *Kebijakan Publik Tinjauan Perencanaan Implementasi dan Evaluasi*, 1st ed. Surabaya: Brilliant, 2020.
- [18] I. Sulila, “The Influence of Structure, Resources, Disposition and Communication on Small-and Medium-Sized Enterprises’ Empowerment Policy Implementation in Indonesia,” *J. Asian Financ.*, vol. 8, no. 6, pp. 1213–1223, 2021, doi: 10.13106/jafeb.2021.vol8.no6.1213.
- [19] Z. Abdussamad, *Metode Penelitian Kualitatif*, 1st ed. Makassar: Syakir Media Press, 2021.
- [20] Hani Subakti *et al.*, *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Media Sains Indonesia, 2023.
- [21] A. Trisaksono, Harun, and Rizka, “Implementation Classification Of Hospital Class And Humanist Standard Inpatient Class In Purwakarta,” *Int. J. Sci. Soc.*, vol. 5, no. 5, pp. 644–655, Nov. 2023, doi: 10.54783/ijssoc.v5i5.920.
- [22] M. Qurnaini, M. Pane, J. Hutajulu, F. L. Tarigan, and D. Ginting, “Analisis Kesiapan Rumah Sakit Bhayangkara TK II Medan terhadap Pelaksanaan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS),” *J. Kesehat. Tambusai*, vol. 4, no. 2, pp. 1893–1911, 2023.
- [23] S. N. Kura’ini, A. N. Anggraini, A. P. Ariagita, M. S. Hapsari, and S. D. Anggraini, “Kajian Kesiapan RSUD Kota Salatiga dalam Menghadapi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS),” *J. Manaj. Kesehat. Yayasan RS.Dr. Soetomo*, vol. 9, no. 2, p. 311, Oct. 2023, doi: 10.29241/jmk.v9i2.1552.
- [24] A. C. B. Agbazuere, “Challenges of Public Policy Making and Execution in Nigeria,” *Eur. Sci. J. ESJ*, vol. 16, no. 7, pp. 130–141, Mar. 2020, doi: 10.19044/esj.2020.v16n7p130.
- [25] R. A. Saleh and M. S. Hidayat, “Analysis Of Hospital Readiness For The Implementation Of Standard Inpatient Care Class (KRIS): Literature Review,” vol. 15, no. 04, pp. 575–589, 2024, doi: 10.54209/eduhealth.v15i04.
- [26] N. Mahmoudi and S. A. Naghneh, “Critical Factors Influencing Successful Implementation of Health System Policies,” *Evid. Based Heal. Policy, Manag. Econ.*, vol. 8, no. 1, pp. 33–47, 2024, [Online]. Available: jebhpme.ssu.ac.ir
- [27] S. Sethi, D. V. Chaturvedi, and D. P. Kataria, “A Review of Upskilling in The Healthcare Sector With Special Emphasis On Nurses,” *Int. J. Life Sci. Pharma Res.*, vol. 13, no. 4, pp. L1–L11, Jun. 2023, doi: 10.22376/ijlpr.2023.13.4.SP6.L1-L11.



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)