

## **ANALISIS KESIAPAN IMPLEMENTASI KELAS RAWAT INAP STANDAR: STUDI KASUS DI RS WILAYAH KABUPATEN TANGERANG (PP NO 47 TAHUN 2021)**

**Devi Afni, Adang Bachtiar**

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Indonesia

Email: deviafni@gmail.com, adang@jhu.edu

### **Abstrak**

Salah satu amanah UU No. 40 Tahun 2004 yaitu masyarakat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan serta perlindungan terpenuhinya Kebutuhan Dasar Kesehatan (KDK) dan jika masyarakat membutuhkan rawat inap di RS maka dilayani di kelas standar. Hal ini dituangkan dalam peta jalan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 2012-2019 yaitu keseragaman paket manfaat medis dan nonmedis bagi peserta JKN di RS pada tahun 2019, namun sampai saat ini belum terwujud. Terbitnya PP 47 tahun 2021 mengatur kelas standar yang akan diberlakukan tanggal 1 Januari 2023 dan juga mengatur ruang intensif, ruang isolasi dan ketentuan SDM purna waktu. Penelitian dilakukan untuk menganalisis kesiapan implementasi KRIS JKN, ruang intensif, ruang isolasi dan ketentuan SDM purna waktu dengan menggunakan pendekatan kuantitatif (kuesioner rancangan 12 konsep kriteria KRIS JKN bulan November 2021) dan kualitatif (wawancara mendalam menggunakan teori Donald van Metter dan Carl van Horn) pada 22 RS di wilayah kabupaten Tangerang. Hasil penelitian menunjukkan kesiapan RS di akhir tahun 2021, untuk KRIS masih kurang dari 60% RS yang baru memenuhi kriteria kepadatan ruangan (luas ruangan per TT, jarak antar TT minimal 1,5m<sup>2</sup>, jumlah maksimal TT per ruangan); untuk ruang intensif terpenuhi 23% RS; untuk ruang isolasi terpenuhi 36% RS; serta 15%-20% terpenuhi dokter spesialis purna waktu di RS swasta dan 100% di RS pemerintah (secara kuantitas bukan kualitas). Saran penelitian ini: RS melakukan mapping ketersediaan ruang rawat inap saat ini dan penyesuaian dilakukan setelah kriteria KRIS JKN ditetapkan pemerintah; pemerintah segera membuat peraturan pelaksana termasuk ketegasan jenis kepesertaan dan tarif yang akan diberlakukan sehingga RS dapat mempersiapkannya dengan tepat, melakukan harmonisasi regulasi, memberikan keringanan pajak alat-alat kesehatan, mengalokasikan dana khusus bagi RS pemerintah, sosialisasi masif kepada RS atau masyarakat luas, melakukan mapping tenaga dokter kemudian bekerjasama dengan institusi pendidikan yang memproduksi tenaga dokter spesialis; RS swasta juga mempersiapkan dana khusus secara mandiri untuk persiapan KRIS JKN; penerapan KRIS JKN, ruang intensif dan ruang isolasi dilakukan bertahap dalam 2-4 tahun kedepan.

**Kata kunci:** kelas rawat inap standar, kesiapan implementasi kebijakan, Van Meter dan Van Horn

### **Abstract**

*One of the mandates of Law Number 40 Year 2004 that the community gets the benefits of health care and protection for Basic Health Needs (KDK), and if the community requires hospitalization then it is served according to standard inpatient room. This is stated in National Health Insurance (JKN) Roadmap 2012-2019, equality of medical and non-medical benefit packages for JKN participants in hospitals in 2019, but so far this has not been realized. The issuance of PP Number 47 Yearf 2021 regulates standard classes that will be implemented on January 1, 2023 and also regulates intensive rooms, isolation rooms and provisions for full-time human resources. The study aims to analyze the readiness of implementation standard inpatient room (KRIS), intensive rooms, isolation rooms and the provision of full-time human resources using a quantitative approach (a questionnaire designed 12 concepts of KRIS JKN criteria in November 2021) and qualitative approach (in-depth interviews using the theory of Donald van Metter and Carl van Horn) at 22 hospitals in the Tangerang district. The results of the study show that the readiness of hospitals at the end of year 2021 to implement KRIS is still less than 60% of hospitals fulfill the criteria for density room (area for bed, minimum distance between beds are 1.5m<sup>2</sup>, maximum number of bed in KRIS); hospitals fulfilled 23% for intensive care criteria, 36% for isolation room; and 15%-20% full-time specialist doctors in private hospitals and 100% in government hospitals (quantity not quality). Suggestions for this research: the hospital does a mapping of the current availability of inpatient rooms and adjustments are made after the KRIS JKN criteria are set by the government; the government immediately make implementing regulations including firmness on the type of participation and tariffs to be applied so that hospitals can prepare them properly, harmonize regulations, provide tax breaks for medical devices, allocate special funds for government hospitals, massive socialization to hospitals or the wider community, conduct mapping doctors then collaborate with educational institutions that produce specialist doctors; Private hospitals also prepare special funds independently for the preparation of the KRIS JKN; the implementation of KRIS JKN, intensive rooms and isolation rooms is carried out in stages over the next 2-4 years.*

**Keywords:** *standard inpatient room, the readiness of implementation, Van Meter and Van Horn*

### **Pendahuluan**

Berdasarkan amanah Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28H(1) dan pasal 34(3) diatur bahwa “hak setiap warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dimana tanggung jawab ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan pelayanan umum yang layak merupakan tanggung jawab negara”. Dalam pelaksanaannya, pemerintah menerbitkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 yang mengatur tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Di dalam UU No. 40 Tahun 2004 pasal 19 dan pasal 23, ditetapkan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional sesuai prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, tujuannya supaya peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan

serta perlindungan terpenuhinya Kebutuhan Dasar Kesehatan (KDK), dan jika peserta membutuhkan rawat inap di RS maka dilayani di RS sesuai dengan kelas standar.

Pemerintah membuat peta jalan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 2012-2019 sebagai acuan bagi seluruh pemangku kepentingan. Salah satu sasaran pokoknya adalah keseragaman paket manfaat medis dan nonmedis bagi peserta JKN di RS dalam rangka mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat, pada tahun 2019 (Mundiharno et al., 2012). Namun hal tersebut, sampai saat ini belum terimplementasi, dimana sampai dengan saat ini masih dibedakan manfaat nonmedis pada saat rawat inap, sesuai dengan besarnya iuran yang dibayarkan peserta.

Pada bulan Mei 2020, diterbitkan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan, yang merupakan perubahan kedua atas Perpres No. 82 Tahun 2018. Hal ini merupakan upaya sungguh-sungguh dari pemerintah dalam hal meningkatkan kualitas pelayanan dan keberlangsungan dana jaminan kesehatan. Diantaranya, pasal 54 mengatur bahwa paling lambat Desember 2020, menteri bersama kementerian, lembaga, organisasi profesi, dan asosiasi lembaga kesehatan terkait telah menyelesaikan peninjauan manfaat jaminan kesehatan berdasarkan KDK dan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang akan diterapkan berangsur-angsur sampai dengan Desember 2022. Sehingga pada 1 Januari 2023, semua RS sudah menerapkan KRIS sesuai KDK.

Pada bulan November tahun 2020, Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) Republik Indonesia mengesahkan UU No. 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja. Pasal 61 memuat beberapa perubahan dari UU No. 44 Tahun 2009 tentang RS. Dari UU Cipta Kerja itu pula, dilahirkan peraturan pelaksana yakni 45 PP dan 4 Perpres (Badan Pengembangan Infrastruktur Wilayah (BPIW) Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat (PUPR), 2021). Salah satu peraturan pelaksanaannya adalah PP No. 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumhaskitan. PP ini mengatur hal-hal terkait: “klasifikasi RS, kewajiban RS, akreditasi RS, pembinaan dan pengawasan RS, dan tata cara pengenaan sanksi administratif”. PP ini sejalan dengan kebijakan yang terbit sebelumnya dalam hal perumhaskitan, dengan beberapa penyesuaian. Ditegaskan kembali di dalam PP tersebut, pada pasal 84 bahwa pelayanan KRIS diterapkan pada 1 Januari 2023, dengan jumlah proporsi tempat tidur (selanjutnya disingkat TT) untuk KRIS dan proporsi TT perawatan intensif sesuai pasal 18, serta proporsi TT ruang isolasi sesuai pasal 19. Dengan adanya KRIS ini, maka amanah UU SJSN bahwa JKN diselenggarakan sesuai prinsip ekuitas, yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terkait dengan besaran iuran yang dibayarkan, dapat diwujudkan.

Adapun beberapa kebijakan yang sudah ada terkait bangunan, sarana, dan prasarana di RS, yaitu:

1. Pedoman teknis bangunan RS ruang rawat inap (Kemenkes RI, 2012)
2. Pedoman teknis bangunan RS ruang perawatan intensif (Kemenkes RI, 2012a)
3. Pedoman teknis prasaranan sistem tata udara pada bangunan Rumah Sakit (Kemenkes

RI, 2012c)

4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit (ICU)* di RS
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 604/Menkes/SK/VII/ 2008 tentang Pedoman Pelayanan Maternal Perinatal pada RSU Kelas B, Kelas C, dan Kelas D.

Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) berfungsi merumuskan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN, melakukan tugasnya dalam hal mengkaji dan meneliti hal-hal yang berkaitan dengan KRIS dalam beberapa tahapan. DJSN telah melakukan pertemuan *virtual* antara dengan 504 RS di wilayah Jawa Barat dan wilayah Jakarta Bogor Depok Tangerang Bekasi, pada tanggal 9 Februari 2021, yaitu sosialisasi KRIS JKN yang akan diimplementasikan pada tahun 2022. Pada saat itu ditetapkan 11 rancangan konsep KRIS JKN, dengan membagi 2 jenis KRIS yaitu KRIS A untuk segmen kepesertaan Penerima Batuan Iuran (PBI) dan KRIS B untuk segmen kepesertaan non PBI. Rancangan konsep kriteria KRIS JKN ini, disusun berdasarkan kebijakan yang sudah ada sebelumnya di Kementerian Kesehatan (Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2021b).

Kebijakan yang dimaksud adalah:

- Pedoman teknis bangunan RS ruang rawat inap (Kemenkes RI, 2012)
- Permenkes 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit
- Draft konsep kelas standar Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan Kemenkes (dipresentasikan pada rapat dengan Dewan Jaminan Sosial Nasional pada tanggal 11 Februari 2020)
- Masukan dari Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) dan Asosiasi Rumah Sakit Daerah Seluruh Indonesia (ARSADA) dalam rapat penyusunan kriteria Kelas Standar JKN

Pada pertemuan *virtual* tersebut, RS melakukan *self assesment* terkait kesiapan menerapkan KRI JKN berdasarkan kondisi masing-masing RS saat ini. Dari hasil *assesment* diperoleh bahwa 428 RS memerlukan penyesuaian kecil, 62 RS yang memerlukan penyesuaian sedang-besar, dan baru 14 RS yang sudah siap mengaplikasikan KRIS (Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2021b).

Dalam perjalanannya yaitu di bulan November 2021, 11 rancangan konsep KRIS JKN berkembang menjadi konsensus rancangan 12 kriteria KRIS JKN, dimana terdapat penambahan kriteria ruang rawat inap telah terbagi atas jenis kelamin, usia, jenis penyakit (infeksi, non infeksi, bersalin). Konsep penerapan KRIS ini adalah mengutamakan keselamatan pasien, letak ruang rawat inap berada di lokasi yang tenang, aman, dan nyaman, ruang rawat inap harus memiliki akses yang mudah ke ruang penunjang layanan lainnya, ruang rawat inap harus dipisahkan berdasarkan jenis kelamin, usia, dan jenis penyakit (Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2021a).

Pada tahun 2021 terdapat 22 RS di kabupaten Tangerang yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan cabang Tigaraksa untuk melayani peserta JKN. Sebelum dilakukan perpanjangan kerjasama dengan RS, BPJS Kesehatan cabang Tigaraksa melakukan rekredensialing sebagai salah satu persyaratan kerjasama di tahun 2021. Rekredensialing merupakan proses evaluasi fasilitas kesehatan yang menjadi *provider* BPJS Kesehatan untuk kepentingan perpanjangan kerjasama tahun berikutnya, dengan menggunakan kriteria teknis yang meliputi: a. sumber daya manusia; b. kelengkapan sarana dan prasarana; c. lingkup pelayanan; dan d. komitmen pelayanan (Permenkes no 99 , 2015) berpedoman pada regulasi yang berlaku saat ini. Dalam melakukan rekredensialing, BPJS Kesehatan cabang Tigaraksa didampingi oleh perwakilan dari Dinas Kesehatan kabupaten Tangerang dan PERSI provinsi Banten. Dari hasil rekredensialing yang dilakukan, masih ditemukan 18 RS yang belum memenuhi persyaratan ketentuan teknis bangunan RS untuk ruang rawat inap dan ketentuan ruang rawat intensif. Sehingga dalam perjalanan kerjasama di tahun 2021, BPJS Kesehatan cabang Tigaraksa meminta komitmen pihak RS untuk melakukan perbaikan secara bertahap (BPJS Kesehatan cabang Tigaraksa, 2021).

### **Rumusan Masalah**

Analisis kesiapan implementasi suatu kebijakan adalah tahap penting untuk menentukan keberhasilan implementasi suatu kebijakan yang ditetapkan. PP No. 47 Tahun 2021 merupakan komitmen pemerintah dalam hal peningkatan kualitas layanan, keberlangsungan pendanaan jaminan kesehatan, dan prinsip ekuitas untuk mewujudkan keadilan sosial bagi masyarakat Indonesia, yang dilakukan bertahap dalam hal pelayanan KRIS yang akan diterapkan paling lambat 1 Januari 2023 dan hal lainnya yang diatur dalam PP ini berlaku pertanggal diundangkan.

Jika dilihat dari hasil rekredensialing pada RS di kabupaten Tangerang untuk perpanjangan kerjasama di tahun 2021, terlihat ada potensi permasalahan pada 81,8% RS di kabupaten Tangerang sebagai *provider* layanan peserta JKN dalam mengimplementasikan ketentuan yang berlaku dalam hal ruang rawat inap sesuai Permenkes 24 tahun 2021 (salah sumber kebijakan penetapan kriteria KRIS) yang saat itu berlaku, sehingga memungkinkan timbulnya kendala dalam penerapan KRIS kedepannya. Peneliti merasa perlu melakukan penelitian lebih lanjut untuk mengantisipasi kendala tersebut jika kebijakan ini sudah harus dilaksanakan pada 1 Januari 2023. Jika pada tanggal 1 Januari 2023 belum dapat diimplementasikan, dikhawatirkan dapat menghambat pelayanan kepada peserta JKN untuk mendapat pelayanan yang berkualitas dan terstandarisasi dari RS.

Penelitian ini menganalisis kesiapan implementasi KRIS, sekaligus dengan ketentuan lainnya yang ada di PP No. 47 Tahun 2021 yaitu tentang kesiapan ruang intensif, ruang isolasi, dan sumber daya manusia yaitu tenaga tetap purnawaktu, menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif untuk memberikan gambaran kesiapan RS di wilayah kabupaten Tangerang menggunakan kuesioner sesuai konsensus rancangan 12 kriteria KRIS JKN di bulan November 2021

yaitu dibedakan antara KRIS A dan KRIS B, dan pendekatan kualitatif menggunakan teori Donald van Metter dan Carl van Horn karena kebijakan ini bersifat *top down* dan *comprehensive*

### **Metode Penelitian**

Metode yang digunakan adalah metode penelitian kuantitatif dan kualitatif. Pengumpulan dan analisis data terdiri dari 2 tahap, yaitu pengumpulan dan analisis data kuantitatif diikuti dengan pengumpulan dan analisis data kualitatif.

Adapun tahapan yang dimaksud adalah:

1. Tahap pertama menggunakan kuesioner sesuai konsensus rancangan 12 konsep kriteria KRIS JKN. Topik selanjutnya mengenai kesiapan RS dalam memenuhi SDM, sarana, dan prasarana di ruang ICU. Topik terakhir mengenai kesiapan RS dalam memenuhi sarana ruang isolasi. Harapannya akan didapatkan gambaran umum kesiapan RS di wilayah kabupaten Tangerang pada saat penelitian berlangsung.
2. Tahap kedua peneliti melakukan wawancara dengan informan terpilih untuk mendapatkan gambaran yang lebih mendalam terhadap hasil pengumpulan data yang didapatkan melalui kuesioner, menggunakan kerangka konsep sesuai teori implementasi kebijakan menurut Donald van Meter dan Carl van Horn (1975).

Penelitian ini dilakukan pada November 2021 sampai dengan Februari 2022, di wilayah kabupaten Tangerang dimana informan berada. Populasi target untuk pendekatan kuantitatif yaitu melalui kuesioner adalah direktur RS di wilayah kabupaten Tangerang, berjumlah 25 RS.

### **Hasil dan Pembahasan**

#### **Hasil survey kesiapan KRIS konsensus 12 kriteria**

Dari hasil survey, didapatkan bahwa variabel yang total nilai kriteria variabel sedang disiapkan 75% dan sudah siap, nilainya dibawah 60%, adalah kepadatan ruang rawat dan kualitas TT bagi KRIS JKN.

Adapun kepadatan ruang rawat yang dimaksud adalah variabel luas ruangan per TT yang baru dapat dipenuhi oleh 50% RS, jarak antar tepi TT minimal 1,5 m<sup>2</sup> hanya 59% dan jumlah maksimal TT per ruangan hanya 55%. Sebenarnya ketentuan kepadatan ruang rawat bukanlah sesuatu yang baru, namun merupakan adopsi dari pedoman teknis bangunan RS ruang rawat inap tahun 2012 sesuai kriteria kelas 2 dan kelas 3, yang nampaknya belum diimplementasikan oleh RS. Penyesuaian ini akan berdampak pada pengurangan jumlah TT di ruangan tersebut jika menggunakan ruangan yang ada saat ini. Strategi RS adalah melakukan penyesuaian untuk mempertahankan jumlah TT sehingga RS tidak turun kelas, yaitu dengan menambah kamar dengan memanfaatkan ruangan yang telah ada, misal ruangan manajemen RS dirubah menjadi ruang rawat ataupun RS membangun gedung yang baru, yang pastinya membutuhkan biaya renovasi yang tidak kecil. Kesiapan kualitas TT bagi KRIS JKN, yaitu TT semielektrik, baru terpenuhi 45%. Kebanyakan TT yang ada di RS adalah TT jenis yang lama, sehingga RS perlu mengganti jenis TT yang sudah ada.

Adapun variabel yang total nilai kriteria variabel sedang disiapkan 75% dan sudah siap, nilainya diantara 60% - 70%, adalah variabel bangunan yang tidak memiliki porositas yang tinggi, 1 (satu) nakas per TT, dan tirai/partisi antar TT, rel dibenamkan di plafon dan bahan tidak berpori. Hal ini disebabkan masih ada beberapa RS yang bahan dinding dan plafonnya memiliki standar yang berpori seperti dinding dan langit-langit dari bahan gypsum yang akan menyulitkan RS memenuhi 100% bahan bangunan tidak berpori. Terkait perlengkapan nakas dan tirai partisi, merupakan hal yang mudah yang dapat ditambahkan oleh RS dan tidak mengeluarkan dana yang besar.

Variabel lain yang total nilai kriteria variabel sedang disiapkan 75% dan sudah siap, nilainya diantara 70% - 80%, adalah variabel kamar mandi di dalam ruangan sesuai 5 standar yang ditetapkan, kelengkapan setiap TT sesuai 3 standar yang ditetapkan, dan ventilasi udara. Sudah semua RS memiliki kamar mandi di dalam ruangan, hanya saja perlu penyesuaian di beberapa RS agar sesuai dengan 5 standar yang ditetapkan. Kelengkapan TT yaitu kontak arus listrik, outlet oksigen dan *nurse call*, masih perlu penambahan karena disesuaikan dengan posisi TT. Beberapa RS masih menggunakan kipas angin (sumber hasil rekredensialing BPJS Kesehatan Cabang) sebagai ventilasi mekanik dan masih ada ruangan dengan jendela kamar yang tidak terhubung dengan luar ruangan.

Variabel yang total kriteria variabel sedang disiapkan 75% dan sudah siap, nilainya diatas 90%, adalah dan variabel suhu ruangan 20-26°C, variabel pencahayaan ruangan, dan pembagian ruangan atas jenis kelamin, usia, jenis penyakit (infeksi, non infeksi, bersalin). Hal ini dikarenakan ketentuan ini sudah diterapkan di seluruh RS, hanya masih ada beberapa ruang rawat saja yang perlu dilakukan penyesuaian.

**Tabel 1**  
**Rangkuman hasil survey kesiapan KRIS**  
**sesuai rancangan konsensus 12 kriteria KRIS JKN bulan November tahun 2021**

| Total kriteria sedang disiapkan 75%<br>sampai dengan sudah siap | Variabel  |
|---|---|
| <b>&lt; 60%</b>   | Luas ruangan per TT (50% )  |
|   | Jarak antar tepi TT minimal 1,5 m2 (59%)  |
|   | Jumlah maksimal TT per ruangan (55%)  |
| <b>60-70%</b>   | Bangunan yang tidak memiliki porositas yang tinggi (64%)  |
|   | 1 (satu) nakas per TT (68%)   |
|   | Tirai/partisi antar TT, rel dibenamkan di plafon dan bahan tidak berpori (68%)                    |
| <b>70-80%</b>   | Kamar mandi di dalam ruangan sesuai 5 standar yang ditetapkan (77%)                               |
|   | Kelengkapan setiap TT sesuai 3 standar yang ditetapkan (77%)                                      |
|   | Ventilasi udara (73%)   |
| <b>&gt; 90%</b>   | Suhu ruangan 20-26°C (95%)  |
|   | Pencahayaan ruangan (91%)   |
|   | Pembagian ruangan atas jenis kelamin, usia, jenis penyakit (infeksi, non infeksi, bersalin) (95%) |
|   |   |

### **Kesiapan Ruang Intensif**

Dari hasil survey diketahui RS masih terkendala dalam menyiapkan TT intensif yaitu sebesar 10% dari total seluruh TT. Baru 23% RS yang dapat memenuhi 10% total TT intensif, sisanya sebagian besar masih sedang disiapkan. Hasil wawancara mendalam diperoleh informasi kendala yang dihadapi RS yaitu terutama dari segi pembiayaan untuk pemenuhan sarana ICU dan SDM yang kompeten. Untuk menyediakan ventilator dan alat monitoring biaya cukup mahal, untuk melatih SDM menjadi kompeten juga dibutuhkan biaya pendidikan, belum lagi terkendala terbatasnya penyelenggaraan pelatihan di masa pandemi Covid. Dukungan yang diharapkan RS adalah keringanan pajak dari pemerintah untuk alat-alat kesehatan yang mahal seperti ventilator.

### **Kesiapan Ruang Isolasi**

Dari hasil survey, RS dapat memenuhi ruang isolasi yaitu sebesar 10% dari total seluruh TT hanya 36% RS. Sisanya, sebagian besar masih sedang disiapkan. Kendala yang dihadapi beragam, didominasi oleh keterbatasan ruangan yang ada dan ketersediaan ruang isolasi yang sesuai standar.

## **Analisis Kesiapan Implementasi KRIS, Ruang Intensif, dan Ruang Isolasi**

### **Standar dan Sasaran/Tujuan Kebijakan**

Standar dan sasaran/tujuan kebijakan sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan. Pemahaman tentang maksud umum dari suatu standar dan sasaran/tujuan kebijakan adalah penting. Implementasi kebijakan yang berhasil bisa jadi gagal (*frustrated*) ketika para pelaksana, tidak sepenuhnya menyadari terhadap standar dan tujuan kebijakan.

Menurut peneliti, pemahaman pelaksana di lapangan mengenai standar kebijakan, sudah cukup, terbukti dengan adanya renovasi ataupun pembangunan ruangan sesuai kriteria KRIS, ruang intensif dan ruang isolasi, baik dari segi kuantitas maupun kualitas yang dilakukan oleh RS. Pemahaman informan mengenai tujuan kebijakan bermacam-macam, sesuai informasi informan sebagai berikut:

1. Kesetaraan dalam hal fasilitas
2. Kenyamanan
3. Simplifikasi jenis iuran (PBI dan non PBI saja)
4. Memudahkan masyarakat mendapatkan pelayanan, dikarenakan telah ditentukan proporsi KRIS, intensif dan isolasi dibanding total TT yang tersedia di RS.

### **Sumber Daya**

Sumber daya memiliki peranan penting dalam implementasi kebijakan PP No. 47 Tahun 2021. Sumber daya disini berkaitan dengan segala sumber yang digunakan untuk mendukung keberhasilan implementasi kebijakan tsb. Sumber daya ini mencakup sumber daya manusia, sarana dan prasarana, dana, dan waktu.

Sumber daya manusia dalam implementasi kebijakan PP No. 47 Tahun 2021 salah satunya adalah pemenuhan tenaga medis khususnya dokter spesialis dan perawat dengan kompetensi tertentu, pihak RS masih mengalami kesulitan memenuhi ketentuan



ini. Sesuai Permenkes No. 14 Tahun 2021, RS harus memiliki sumber daya tenaga tetap yang bekerja secara purna waktu minimal 80% (delapan puluh persen) dari jumlah total SDM. Tenaga tetap tersebut diangkat dan ditetapkan oleh pimpinan Rumah Sakit. Informasi yang disampaikan informan, RS mengalami kesulitan memenuhi :

1. Tenaga purnawaktu 80% terutama dokter spesialis dikarenakan ketersediaan tenaga spesialis yang terbatas
2. Perawat ICU yang kompeten (bersertifikat ICU)

Beberapa pernyataan informan terkait keterbatasan tenaga spesialis purna waktu dan didukung dari hasil penelusuran data sesuai hasil rekredensialing yang dilakukan di akhir tahun 2021, ketersediaan dokter spesialis purna waktu di RS swasta sekitar 15-20% dari total spesialis yang berpraktek di RS tsb. Untuk RS Pemerintah, sudah terpenuhi jumlah dokter spesialis purna waktu 80% secara kuantitas, namun secara kualitas dokter spesialis tidak dapat berpraktek 8 jam di RS.

Perawat ICU yang kompeten (bersertifikat ICU) sulit dipenuhi saat ini dikarenakan pusat-pusat pendidikan yang menyelenggarakan pelatihan terbatas karena adanya pandemi Covid. Beberapa RS melakukan pelatihan internal saja, sambil menunggu pelatihan di pusat pendidikan yang resmi.

Menurut peneliti, ketentuan tentang SDM pada Permenkes No. 14 Tahun 2021 dimana disebutkan RS harus memiliki sumber daya tenaga tetap yang bekerja purna waktuminimal 80% dari total SDM di RS, akan sulit dipenuhi saat ini jika yang dimaksud Permenkes tsb adalah 80% dari masing-masing 14 jenis tenaga tetap di RS umum dan 6 jenis tenaga tetap pada RS khusus yaitu pada point tenaga medis.

Lahan yang terbatas pada membuat RS melakukan beberapa strategi dalam hal pemenuhan KRIS dengan memanfaatkan ruang yang ada, diubah menjadi KRIS. Untuk RS yang masih memiliki lahan maka RS akan membangun gedung baru.

Sumber pembiayaan untuk melengkapi sarana dan prasarana di RS non pemerintah bersumber secara mandiri tanpa bantuan dari pemerintah. Untuk RS non pemerintah yang kepemilikannya merupakan grup besar, dukungan dana cukup kuat untuk mengimplementasikan KRIS, ruang intensif dan ruang isolasi. Sedangkan untuk RS non pemerintah kepemilikan pribadi, dana yang digunakan berasal dari *income* RS terutama dari pelayanan kepada peserta JKN, dimana selama aliran dana lancar dengan jumlah pemasukan yang tidak mengalami penurunan yang signifikan akan dirasakan cukup. Untuk tahun 2022 DAK bagi RS Pemerintah ditiadakan sehingga cukup dirasakan berat oleh RSUD. DAK ini dibutuhkan terutama untuk memenuhi kebutuhan alat kesehatan yang belum ada ataupun yang membutuhkan pembaruan.

Menurut informan waktu yang ideal untuk memenuhi semua ketentuan KRIS, ruang intensif dan ruang isolasi adalah 2 sd 4 tahun kedepan. Hal ini dikarenakan PP tersebut dikeluarkan tahun 2021, berbarengan dengan adanya pandemi Covid yang memperlambat pembangunan ataupun perbaikan sarana dan prasarana di RS.

### **Karakteristik Organisasi Pelaksana**

Dalam penelitian ini organisasi pelaksana kebijakan adalah RS. Untuk mengimplementasi ketentuan KRIS, ruang intensif, dan ruang isolasi ini, RS sudah memiliki SOP di masing-masing ruangan. Pembuatan SOP melibatkan seluruh bidang pelayanan sampai dengan manajemen RS. Dalam pelaksanaannya diperlukan monitoring terhadap jalannya SOP dikarenakan masih ada beberapa pegawai yg belum melakukan SOP dengan sempurna, sehingga beberapa RS melakukan inovasi untuk memantau agar semua mematuhi SOP yang telah ditetapkan.

### **Sikap para pelaksana**

Seluruh informan menerima dan mendukung dengan secara bertahap sudah melakukan penyesuaian.

### **Komunikasi Antar Organisasi Dan Kegiatan Pelaksana**

Dari informasi yang didapat peneliti, RS mendapat informasi mengenai ketentuan KRIS, ruang intensif, dan ruang isolasi berasal dari sosialisasi yang dilakukan baik oleh Kemenkes, DJSN, PERSI, maupun BPJS Kesehatan melalui webinar-webinar. Penjelasan yang disampaikan dapat diterima dengan baik oleh RS, sehingga RS memiliki gambaran yang semakin jelas tentang standardisasi ataupun ketentuan KRIS, ruang intensif, dan ruang isolasi.

Pada awal terbitnya PP No. 47 Tahun 2021 ini, masih banyak persepsi dari masing-masing organisasi yang terlibat, namun semakin sering dilakukan diskusi antar organisasi dan RS, serta simulasi yang dilakukan oleh DJSN, membuat pemahaman mengenai standardisasi ini semakin mengerucut menuju pemahaman yang sama.

### **Lingkungan Sosial, Ekonomi, Dan Politik**

Pembagian ruang rawat yang ada saat ini adalah kelas rawat 1,2, dan 3. Dengan adanya kebijakan ini, maka RS mulai memappingkan kamar rawat inap yang ada untuk disesuaikan dengan pedoman teknis bangunan RS ruang rawat inap tahun 2012 yang diperkuat dengan Permenkes 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit dalam hal kebutuhan minimal luas ruangan rawat inap per kelas perawatan. Hal ini dikarenakan rancangan konsensus KRIS dibuat dengan mepedomani ketentuan tersebut. Penyesuaian yang dilakukan di beberapa RS yang luas kamarnya tidak sesuai rancangan konsensus KRIS akan menyebabkan pengurangan TT, yang nantinya akan berdampak pada ketidaksesuaian jumlah TT dengan tipe kelas RS, sesuai SIO yang berlaku saat ini. Sehingga beberapa RS melakukan penyesuaian dengan mengubah fungsi beberapa ruangan yang ada untuk manajemen RS menjadi ruang rawat inap atau dengan membangun gedung baru. Untuk preferensi KRIS kelas A atau kelas B yang disiapkan RS, disesuaikan dengan segmen peserta yang banyak berobat ke RS tersebut. Untuk RS pemerintah, akan menyiapkan lebih banyak KRIS kelas A dan untuk RS swasta akan lebih banyak menyiapkan KRIS kelas B. Beberapa RS menyiapkan KRIS A dan KRIS B dengan jumlah TT tidak maksimal, misal kelas A disiapkan maksimal hanya 3 TT/kamar dan kelas B maksimal hanya 5 TT/kamar sebagai *competitif value*.

Salah satu informan menyampaikan bahwa kriteria KRIS yang akan ditetapkan dalam rangka mewujudkan keadilan, bukan berarti menyamaratakan antara peserta JKN yang preminya dibayarkan pemerintah dengan peserta yang membayar sendiri dalam hal pelayanan non medis. Harapan informan tetap ada KRIS PBI dan non PBI namun sesuai standar yang ditetapkan, tanpa membedakan dalam hal pelayanan medis yang diberikan kepada peserta JKN.

Terkait dana yang dibutuhkan RS swasta untuk melakukan penyesuaian KRIS, ruang intensif dan ruang isolasi tidak ada bantuan dana dari pemerintah. Dari hasil wawancara dengan informan, RS yakin mampu untuk melakukan penyesuaian KRIS ini. Dukungan yang diharapkan dari pemerintah bagi RS swasta adalah keringanan pajak untuk alat kesehatan yang mahal seperti ventilator yang memang dibutuhkan untuk memenuhi ketentuan ruang intensif. Tahun ini RSUD tidak mendapat DAK dan hal ini cukup disayangkan oleh RS. Adapun untuk masyarakat yang tidak mampu, RSUD masih mengharapkan adanya Jamkesda, karena belum semua masyarakat memiliki JKN dan juga bagi peserta JKN kelas 3 yang nonaktif karena tunggakan ataupun segmen kelas 2 yang tiba-tiba menjadi miskin karena tidak lagi bekerja di perusahaan, maka dapat dijamin oleh Jamkesda.

Harapan lain dari organisasi RS adalah agar pemerintah segera menetapkan kriteria kelas rawat apa yang akan dianut di tahun 2023, apakah KRIS saja atau masih ada perbedaan kelas rawat sesuai segmen kepesertaan saat ini yaitu kelas 1,2, dan 3. Mengingat peraturan sebelumnya belum dicabut, dan peraturan pelaksana PP No. 47 Tahun 2021 belum ada, sehingga perlu adanya harmonisasi regulasi. Disamping itu RS membutuhkan waktu untuk menyiapkan sesuai kriteria kelas rawat yang nantinya akan ditetapkan pemerintah.

Rangkuman hasil wawancara mendalam setiap variabel

**Tabel 2**  
**Rangkuman Hasil Penelitian**

| No | Variabel                             | Hal-Hal yang mendukung   | Hal-hal yang menghambat  |  |
|----|--------------------------------------|--|--|--|
| 1  | Standar dan sasaran/tujuan kebijakan | <b>Tujuan kebijakan</b>  |  |  |
|    |                                      | Kesetaraan dalam hal fasilitas ruang rawat   | Belum ada ketentuan tambahan KRIS selain 12 kriteria sesuai draft yang diajukan DJSN (tekait amenities lainnya, misal: adanya tv di kamar, tersedianya handuk dan perlengkapan mandi, dst)   |  |
|    |                                      | Kenyamanan, simplifikasi jenis iuran (PBI dan non PBI saja)  | RS belum memenuhi semua ketentuan ruang isolasi yang standar, hanya mengubah peruntukan ruang rawat saja.  |  |
|    |                                      | Memudahkan masyarakat mendapatkan pelayanan dikarenakan telah ditentuka proporsi KRIS, intensif dan isolasi dibanding total TT yang tersedia di RS                         |  |  |
|    |                                      | PP 47 tahun 2021   | Belum ada peraturan pelaksana dari PP 47 tahun 2021  |  |
|    |                                      | <b>Sudah ada yang menjadi standar kebijakan yaitu:</b>   |  |  |
|    |                                      | PP 47 tahun 2021   | Belum ada peraturan pelaksana dari PP 47 tahun 2021  |  |
|    |                                      | Draft konsep kelas standar Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan Kemenkes (dipresentasikan pada rapat dengan Dewan Jaminan Sosial Nasional pada tanggal 11 Februari 2020) | Belum ada ketentuan yang jelas sampai dengan saat ini terkait segmen kepesertaan setelah diterapkan KRIS nantinya (kelas 1, kelas 2, kelas 3 atau kelas non PBI dan kelas PBI). Terutama untuk RS swasta yang harus merencanakan bisnis kedepannya |  |

| No  | Variabel   | Hal-Hal yang mendukung  | Hal-hal yang menghambat   |
|---|--|---|---|
| 1   | Standar dan sasaran/tujuan kebijakan   | <b>Sudah ada yang menjadi standar kebijakan yaitu:</b>  |   |
|   |  | Permenkes No 14 tahun 2021  | Harus ada harmonisasi regulasi dengan kebijakan yang ada sebelumnya   |
|   |  | Pedoman teknis bangunan RS ruang rawat inap (Kemenkes RI, 2012)   | Belum ada ketentuan perubahan tarif INACBGs (terakhir dilakukan penyesuaian tahun 2016)   |
|   |  | Pedoman teknis bangunan RS ruang perawatan intensif (Kemenkes RI, 2012)   | Pemahaman yang berbeda mengenai ketentuan tenaga purna waktu pada Permenkes 14 tahun 2021, apakah proporsi dari total jenis ketenagaan atau proporsi dari masing2 jenis ketenagaan                          |
|   |  | Pedoman teknis prasarana pada sistem tata udara pada bangunan RS (Kemenkes RI, 2012)  |   |
|   |  | Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) di RS            |   |
| 2   | Sumber daya  | Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 604/Menkes/SK/VII/ 2008 tentang Pedoman Pelayanan Maternal Perinatal pada RSU Kelas B, Kelas C, dan Kelas D. |   |
|   |  | Ketersediaan ruang rawat yang ada disesuaikan dengan standar KRIS, ruang intensif dan ruang isolasi   | Variabel yang pemenuhannya masih dibawah 60%, yaitu hanya 50%an adalah kepadatan ruang rawat  |
|   |  | RS melakukan penyesuaian KRIS dengan berusaha mempertahankan tipe kelas RS saat ini, dengan tidak mengurangi jumlah TT yang ada.                                  | Variabel lain yang penuhannya masih dibawah 60%, yaitu hanya 45% adalah kualitas TT bagi KRIS JKN, yaitu ketersediaan TT semielektrik   |
|   |  | Strategi yang dilakukan RS adalah dengan melakukan penyesuai kamar yang ada sesuai standar KRIS kelas A dan kelas B   | Pemenuhan TT ruang isolasi, secara kualitas belum menyesuaikan dengan standar yang ada  |
|   |  | Ruang manajemen RS dirubah menjadi ruang rawat inap dikarenakan terjadi pengurangan jumlah TT saat dilakukan penyesuaian kepadatan ruang rawat inap               | RS swasta sulit memenuhi tenaga purnawaktu 80% dari masing-masing jenis ketenagaan, dalam hali ini tenaga medis yaitu dokter spesialis sulit dipenuhi RS  |
|   |  | RS membangun gedung baru untuk mempertahankan jumlah TT yang ada  | RS pemerintah dapat memenuhi tenaga purnawaktu 80% secara kuantitas, namun kurang dari segi kualitas dikarenakan tidak penuh bekerja di RS dikarenakan berpraktek di RS lain juga (SIP berlaku di 3 tempat) |
| Beberapa RS swasta yang tergabung dalam grup, telah bekerjasama dengan institusi pendidikan kedokteran yang menghasilkan dokter spesialis yang nantinya dapat bekerja di RS tsb dan menjadi tenaga purna waktu dengan kompensasi penggantian biaya pendidikan dan <i>salary</i> yang memadai ataupun dengan memberikan program beasiswa kepada dokter umum sesuai tenaga spesialis yang dibutuhkan RS | Pemenuhan perawat ICU yang kompeten (bersertifikat pelatihan ICU) memerlukan biaya dan terkendala mencari pusat penyelenggara pelatihan dikarenakan terkendala pandemi Covid |   |   |

Analisis Kesiapan Implementasi Kelas Rawat Inap Standar: Studi Kasus Di RS Wilayah  
Kabupaten Tangerang (PP No 47 Tahun 2021)

| No | Variabel  | Hal-Hal yang mendukung   | Hal-hal yang menghambat   |
|----|---|--|---|
| 2  | Sumber daya   | Sumber pembiayaan RS swasta secara mandiri, masih dapat dipenuhi oleh RS.  | Keterbatasan ketersediaan dokter Spesialis  |
|    |   |  | Waktu yang diperlukan untuk pemenuhan KRIS, ruang intensif dan ruang isolasi belum dirasakan cukup, terutama dalam pemenuhan SDM dikarenakan terkendala pandemi Covid   |
| 3. | Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksana                       | Penjelasan diberikan oleh Kemenkes, DJSN, dan PERSI dirasakan semakin lama semakin jelas bagi RS   | Tidak semua pemilik RS memahami kebijakan ini, dan masih ada <i>owne r</i> atau <i>corporate</i> pemilik RS <i>apriori</i> dengan kebijaka KRIS ini sehingga penyesuaian yang dilakukan hanya sampai dengan seminimal yang diwajibkan . |
| 4. | Karakteristik organisasi pelaksana  | <b>RS</b>  |   |
|    |   | Semua RS telah memiliki SOP di masing-masing bidang  | SOP yang dibuat terkadang masih belum disiplin dilaksanakan oleh semua yang terlibat  |
|    |   | SOP di RS disusun <i>bottom up</i> , mulai dari level pelaksana sd level managemen   | Penyebabnya pergantian petugas, belum dilakukan survey akreditasi   |
|    |   | RS membuat inovasi sebagai bentuk pengawasan pelaksanaan SOP dan masukan untuk membuat SOP yang belum ada  |   |
|    |   | <b>Non RS</b>  |   |
|    |   | PERSI telah melakukan sosialisasi perkembangan terakhir  |   |
|    |   | ARSADA mulai menginventarisir ketersediaan sarana prasarana  |   |
|    |   | Diinas Kesehatan kabupaten Tangerang akan membentuk tim pembinaan cluster RS di tahun ini  | Pembinaan dan pengawasan yang dilakukan Dinkes Kab Tangerang belum maksimal   |
| 5. | Sikap para pelaksana  | <b>RS</b>  |   |
|    |   | Menerima dan mendukung kebijakan   |   |
|    |   | <b>Non RS</b>  |   |
|    | Mendukung kebijakan dan mengharapkan ketegasan Pemerintah dalam menjalankan kebijakan ini |  |   |
| 6  | Lingkungan sosial, ekonomi, dan politik   | RS dan non RS mendukung kebijakan  | Kesiapan masyarakat menerima perubahan KRIS agar tidak dipandang negatif menurunkan mutu layanan  |
|    |   | Jamkesda tidak dihapuskan terutama untuk mensupport masyarakat yang belum terdaftar sebagai peserta JKN, bagi peserta mandiri kelas 3 yang non aktif karena premi, peserta PBI APBN yan non aktif, maupun peserta JKN diatas kelas 3 yang menunggak dikarenakan menjadi pengangguran (kasuistik) | Ketegasan pemerintah menjalankan kebijakan ini  |

| No | Variabel                                | Hal-Hal yang mendukung  | Hal-hal yang menghambat   |
|----|---|---|---|
| 6  | Lingkungan sosial, ekonomi, dan politik | Preferensi KRIS yang akan diterapkan di RS adalah sesuai dengan segmen pasien yang selama ini berkunjung ke RS. Beberapa RS akan memperbanyak KRIS B dikarenakan kebanyakan pasien yang berkunjung ke RS adalah segmen peserta non PBI, dan ada RS lain akan memperbanyak KRIS A karena pasien yang berkunjung lebih banyak peserta PBI | Belum adanya peraturan pelaksana dan harmonisasi regulasi-regulasi yang ada sebelumnya, yang bersinggungan dengan kebijakan ini, termasuk tarif INACBGs yang baru                                     |
|    |   | RS yang akan mengurangi jumlah TT sesuai standar minimal yang ditetapkan, sebagai salah satu strategi RS untuk menarik peserta berobat ke RSnya.  | DAK bagi RSUD tahun ini ditiadakan cukup memberatkan RS terutama untuk penyediaan dan pembaruan alkes   |
|    |   |   | Alat kesehatan untuk melengkapi fasilitas di RS cukup mahal, RS swasta yang tidak ada bantuan dana dari pemerintah, mengharapkan bantuan dari pemerintah dalam bentuk keringanan pajak alat kesehatan |

### Kaitan antar Variabel

Sesuai dengan Teori Van Meter dan Van Horn bahwa antar variabel dapat saling mempengaruhi pada kinerja Implementasi kesiapan KRIS, ruang intensif, dan ruang isolasi, dijelaskan dengan uraian sebagai berikut:

1. Variabel standar dan sasaran/ tujuan kebijakan dapat mempengaruhi komunikasi antar organisasi, yaitu penjelasan yang diberikan pembuat regulasi yaitu Kemenkes bersama dengan DJSN, dapat dipahami dengan jelas oleh RS dan non RS. Pada awal PP 47 tahun 2021 terbit, masing-masing organisasi pelaksana mempersiapkan sesuai dengan kepentingannya. Namun dengan berjalannya waktu, dan gencarnya sosialisasi yang diberikan, apalagi ketika DJSN melakukan *self assesment* terkait kesiapan RS melaksanakan KRIS, maka pemahaman makin mengerucut menuju kesamaan bagi masing-masing organisasi pelaksana. RS kemudian mulai melakukan penyesuaian sesuai dengan penjelasan yang diberikan.
2. Variabel sumber daya mempengaruhi komunikasi antar organisasi. Ini dapat terlihat sesuai sumber daya yang ada yaitu SDM, sarana dan prasarana, dana, dan waktu, maka RS melakukan penyesuaian sesuai penjelasan yang disampaikan dan dipahami RS. Untuk organisasi non RS mulai bergerak dalam hal melakukan pembinaan yaitu melalui sosialisasi dan memapping kesiapan RS untuk menerapkan kebijakan tsb.
3. Variabel standar dan sasaran/ tujuan kebijakan dapat mempengaruhi sikap para pelaksana. Dimana dengan memahami tujuan dari kebijakan tersebut, menuju kesetaraan dan *equitas* dalam hal pelayanan dan pada akhirnya akan menjaga mutu layanan. Baik RS dan non RS menerima dan mendukung kebijakan ini.
4. Variabel standar dan sasaran/ tujuan kebijakan dapat mempengaruhi lingkungan sosial, politik, dan ekonomi. Dapat dilihat bahwa dengan adanya kebijakan ini, maka peran pemerintah untuk mensukseskan kebijakan ini masih banyak yang perlu

dilakukan. Dalam hal membuat peraturan pelaksana, harmonisasi regulasi dengan peraturan-peraturan sebelumnya yang bersinggungan, serta ketegasan menjalankan kebijakan ini. Masyarakat juga harus disiapkan untuk menerima kebijakan KRIS yang bukan menurunkan mutu layanan, namun justru menjaga kualitas layanan. Pemerintah daerah juga masih mempertahankan dana Jamkesda bagi masyarakat yang belum menjadi peserta JKN ataupun yang terkendala dalam hal kepesertaan JKN yang tidak aktif.

5. Variabel komunikasi antar organisasi mempengaruhi sikap pelaksana. Hal ini terlihat dengan komunikasi yang jelas mengenai kebijakan tersebut, baik RS dan non RS menerima dan mendukung kebijakan ini dan melakukan penyesuaian sesuai standar kebijakan.
6. Variabel komunikasi antar organisasi mempengaruhi karakteristik organisasi pelaksana. Dengan komunikasi yang terus menerus, jelas, dan konsisten, maka baik RS maupun non RS mulai menjalankan perannya masing-masing. RS mempersiapkan SOP di masing-masing bidang pelayanan, sedangkan non RS melakukan fungsinya dalam pembinaan dan pengawasan.
7. Variabel lingkungan sosial, politik, dan ekonomi mempengaruhi sikap para pelaksana. RS swasta yang tidak mendapat dukungan dana dari pemerintah mengharapkan adanya kebijakan keringanan pajak alat kesehatan yang mahal dalam hal pemenuhan sarana. RS pemerintah mengharapkan agar DAK tahun 2022, tidak dihilangkan terutama untuk pemenuhan sarana alat kesehatan yang baru ataupun yang perlu pembaharuan. Terkait penerapan KRIS ini, RS dan non RS mendukung kebijakan tsb dan mengharapkan adanya sosialisasi juga ke masyarakat bahwa kebijakan KRIS ini dalam rangka menjaga mutu layanan dan bukan menurunkan kualitas layanan.

### **Kesimpulan**

Kesimpulan yang dapat diambil dalam penelitian ini adalah: Secara umum gambaran kesiapan RS di wilayah kabupaten Tangerang untuk mengimplementasikan KRIS sesuai rancangan konsensus 12 kriteria KRIS JKN, sampai dengan akhir tahun 2021, yaitu sedang disiapkan 75% sd sudah siap adalah sbb:

- ✓ Kurang dari 60% RS memenuhi kriteria kepadatan ruangan (luas ruangan per TT, jarak antar TT minimal 1,5m<sup>2</sup>, jumlah maksimal TT per ruangan)
- ✓ 60% - 70% RS memenuhi kriteria bangunan yang tidak memiliki porositas yang tinggi, 1 (satu) nakas per TT, tirai/partisi antar TT (rel dibenamkan di plafon dengan bahan tidak berpori).
- ✓ 70-80% RS memenuhi kriteria kamar mandi di dalam ruangan sesuai 5 standar yang ditetapkan, kelengkapan TT sesuai 3 standar yang ditetapkan, dan ventilasi udara.
- ✓ Lebih dari 90% RS memenuhi kriteria suhu ruangan, pencahayaan ruangan dan pembagian ruangan antar jenis kelamin, usia, jenis penyakit (infeksi, non infeksi, bersalin).



Kesiapan RS wilayah kabupaten Tangerang mengimplemetasikan ruang intensif 10% dari total TT di RS sampai dengan akhir tahun 2021 yaitu sudah siap, baru terpenuhi 23% dari seluruh RS. Butuh waktu yang lebih lama untuk menyiapkan ruang intensif dibandingkan KRIS, terutama terkendala alat kesehatan dan SDM yang kompeten.

Kesiapan RS wilayah kabupaten Tangerang mengimplemetasikan ruang isolasi 10% dari total TT di RS sampai dengan akhir tahun 2021 yaitu sudah siap, baru terpenuhi 36% dari seluruh RS. RS saat ini masih belum fokus pada standar ideal ruang isolasi, baru memenuhi kewajiban dalam hal ketersediaan ruangan saja.

### **Standar dan sasaran/tujuan kebijakan**

Standar kebijakan telah dipahami oleh semua RS dan orgnisasi pelaksana non RS. Sasaran/tujuan kebijakan yaitu keseragaman paket manfaat medis dan non medis untuk mewujudkan keadilan sosial, dipahami oleh informan secara luas sebagai kesetaraan dalam hal fasilitas, kenyamanan, simplifikasi jenis iuran (PBI dan non PBI saja), dan memudahkan masyarakat mendapatkan pelayanan dikarenakan telah ditentukan proporsi KRIS, intensif dan isolasi dibanding total TT yang tersedia di RS.

### **Sumber daya**

RS masih mengalami kesulitan memenuhi ketentuan 80% tenaga purna waktu, jika yang dimaksud Permenkes 14 tahun 2021 tsb adalah 80% dari masing-masing 14 jenis tenaga tetap di RS umum dan 6 jenis tenaga tetap pada RS khusus yaitu pada point tenaga medis. Ketersediaan dokter spesialis masih terbatas. RS juga menemukan kesulitan dalam pemenuhan alat kesehatan di ruang intensif. Untuk dana, walaupun cukup besar, RS menyanggupi menyediakan dana untuk melakukan penyesuaian KRIS. Waktu yang ideal untuk menyelesaikan KRIS, ruang intensif, dan ruang isolasi menurut informan adalah 2 sampai 4 tahun kedepan.

### **Komunikasi antar organisasi dan kegiatan pelaksana**

Sosialisasi terkait KRIS sudah cukup banyak dan jelas dan semakin mengerucut menuju pemahaman yang sama.

### **Karakteristik organisasi pelaksana**

RS sudah memiliki SOP di masing-masing ruangan. Pembuatan SOP *bottom up*, yaitu mulai dari melibatkan seluruh bidang pelayanan sampai ke manajemen RS. Kemudian dilakukan monitoring terhadap jalannya SOP

### **Sikap para pelaksana**

RS dan organisasi pelaksana lainnya, menerima dan mendukung kebijakan yang telah dikeluarkan. RS saat ini secara bertahap sudah melakukan penyesuaian dengan kebijakan.

### **Lingkungan ekonomi, sosial dan politik**

RS memappingkan kamar rawat inap yang ada untuk disesuaikan pedoman teknis bangunan RS ruang rawat inap tahun 2012 sehingga ketika kriteria KRIS nantinya sudah ditetapkan, maka RS akan lebih mudah dalam melakukan penyetaraan kelas rawat inap. Penyesuaian yang dilakukan RS adalah dengan mengubah fungsi beberapa ruangan seperti ruangan manajemen RS menjadi ruang rawat, atau dengan membangun

gedung baru. Hal ini dilakukan untuk mempertahankan jumlah total TT sehingga tidak terjadi penurunan kelas RS. RS pemerintah, akan menyiapkan lebih banyak KRIS kelas A dan RS swasta akan lebih banyak menyiapkan KRIS kelas B, sesuai dengan dominasi segmen peserta yang berobat ke RS. Ada pula RS yang menyiapkan KRIS A maksimal 5 TT/kamar dan KRIS kelas B maksimal 3 TT/kamar sebagai *competitif value*. Untuk penyesuaian kebijakan ini, RS swasta menyatakan siap dalam hal pendanaan walaupun tidak dibantu pemerintah, selama klaim JKN yang saat ini berjalan pembayarannya tetap lancar. Dari hasil wawancara dengan RSUD, pada tahun ini RSUD tidak mendapat DAK dan hal ini cukup disayangkan dikarenakan sangat dibutuhkan untuk penyediaan dan pembaharuan alat kesehatan yang sudah tidak dapat digunakan lagi.

Dana Jamkesda sampai saat ini masih tersedia dari pemerintah daerah dan dirasakan membantu RS dalam hal pembiayaan bagi masyarakat tidak mampu namun belum terdaftar sebagai peserta JKN, peserta JKN kelas 3 yang nonaktif karena tunggakan, ataupun segmen kelas 2 yang menunggak karena kehilangan pekerjaan (*casuistik*) sehingga menjadi tidak mampu.

Hambatan utama yang dihadapi dalam mengimplementasikan KRIS sesuai rancangan konsensus 12 kriteria KRIS JKN adalah bangunan eksisting yang luasnya belum sesuai standar kepadatan ruangan untuk KRIS, sehingga perlu dilakukan renovasi yang membutuhkan dana dan waktu penyelesaian yang akan mengganggu pelayanan saat ini.

Hambatan untuk mengimplementasikan ruang intensif 10% dari TT di RS, adalah ketersediaan alat kesehatan canggih seperti ventilator dan SDM yang kompeten seperti perawat ICU yang bersertifikasi. Pada masa pandemi ini, RS kesulitan mengirim perawatnya untuk mengikuti pendidikan karena keterbatasan penyelenggaraan pendidikan.

Hambatan untuk mengimplementasikan ruang isolasi 10% dari TT di RS terutama adalah keterbatasan ruangan di RS dan saat ini RS belum terlalu fokus untuk menyiapkan ruang isolasi yang sesuai standar.

## **Saran**

Adapun saran yang dapat diberikan dalam pelaksanaan implementasi berdasarkan penelitian ini adalah:

RS mengidentifikasi ketersediaan ruang rawat inap terlebih dahulu terkait keesuaian luas ruangan yang ada dengan pedoman yang berlaku saat ini yaitu pedoman teknis ruang bangunan RS ruang rawat inap tahun 2012. Kondisi kamar rawat inap di RS saat ini, belum semuanya memenuhi ketentuan tersebut. Ketika konsensus KRIS telah ditetapkan pemerintah maka RS dapat langsung melakukan penyesuaian sesuai ketentuan yang ditetapkan. Untuk mempertahankan kelas RS, sesuai SIO yang berlaku saat ini, kekurangan TT dapat disiasati dengan memanfaatkan ruangan yang sudah ada, jika belum memungkinkan bagi RS untuk membangun gedung baru. Ketika ruangan

sudah dimappingkan, RS dapat melakukan penyesuaian dengan 12 kriteria lainnya secara bertahap sampai dengan tahun 2023.

Pemerintah segera membuat peraturan pelaksana agar RS dapat mempersiapkan dengan tepat sesuai standar yang ditetapkan dan tidak menimbulkan persepsi yang berbeda-beda antar masing-masing organisasi pelaksana. Peraturan pelaksana yang dimaksud termasuk juga dengan ketegasan pemerintah dalam hal segmen kepesertaan yang akan diterapkan (kelas 1, kelas 2, kelas 3 atau kelas non PBI dan kelas PBI) yang pastinya akan mempengaruhi premi dan tarif INACBGs yang akan diberlakukan.

Pemerintah segera melakukan harmonisasi regulasi yang sudah ada sebelumnya yang berkaitan dengan kebijakan implementasi KRIS, ruang intensif, dan ruang isolasi.

PERSI, ARSADA, dan Dinas Kesehatan memaksimalkan fungsinya dalam hal pembinaan dan pengawasan dalam pelaksanaan kebijakan ini.

Sosialisasi yang masif kepada RS atau masyarakat luas bahwa kebijakan KRIS adalah dalam rangka melakukan standardisasi dalam hal fasilitas ruang rawat inap untuk menjaga mutu layanan, bukan menurunkan mutu layanan.

Pemerintah mempermudah RS untuk memenuhi alat kesehatan dengan memberikan keringanan pajak alat-alat kesehatan yang pada akhirnya untuk kepentingan masyarakat juga.

Adapun beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi ketersediaan tenaga spesialis di wilayah kabupaten adalah dengan mendorong pemerintah daerah melakukan mapping tenaga dokter yang dibutuhkan di wilayahnya kemudian bekerjasama dengan institusi pendidikan yang memproduksi tenaga dokter spesialis sehingga informasi kebutuhan tenaga dokter spesialis di wilayah tersebut dapat ditangkap oleh institusi pendidikan tersebut dan disampaikan kepada calon dokter spesialis yang sedang menyelesaikan pendidikan. Informasi kebutuhan tenaga spesialis dari masing-masing daerah, juga dapat dijadikan acuan bagi pemerintah pusat dalam hal pengembangan pendidikan dokter spesialis dan kebijakan pemerataan distribusi dokter spesialis.

Terkait waktu yang ditetapkan implementasi PP 47 pada 1 Januari 2023, agar kiranya dapat dilakukan pentahapan terlebih dahulu dalam 2-4 tahun kedepan, terutama dalam hal kesiapan ruang intensif dan ruang isolasi yaitu pemenuhan sarana dan prasarana sesuai standar.

## BIBLIOGRAFI

- Badan Pengembangan Infrastruktur Wilayah (Bpiw) Kementerian PUPR. (2021). *Sinergi Peraturan Pelaksana Undang-Undang Cipta Kerja Perkuat Landasan Perencanaan Infrastruktur PUPR*.
- BPJS Kesehatan Cabang Tangerang. (2021). *Evaluasi Hasil Reakreditasi RS Tahun 2020*. Kab. Tangerang.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2021a). Apakah Dampak PP 47 Tahun 2021 Terhadap JKN? Begini Penjelasan.
- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2021b). *Self Assessment KRI JKN V.3*.
- Kementerian Kesehatan RI. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 604/Menkes/SK/VII/2008 Tentang Pedoman Pelayanan Maternal Perinatal Pada Rumah Sakit Umum Kelas B, Kelas C, Dan Kelas D*. , (2008).
- Kementerian Kesehatan RI. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Intensive Care Unit (ICU) Di Rumah Sakit*. , (2010).
- Kementerian Kesehatan RI. (2012a). *Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit Ruang Perawatan Intensif*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2012b). *Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit Ruang Rawat Inap*. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2012c). *Pedoman Teknis Prasarana Sistem Tata Udara Pada Bangunan Rumah Sakit*.
- Kementerian Kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 99 Tahun 2015*. , (2015).
- Majelis Permusyawaratan Rakyat. *Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945*. , (1945).
- Mundiharno, Hasbullah Thabrany, Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Dewan Jaminan Sosial Nasional, Kesehatan, Kementerian, & Nasional, Kementerian Perencanaan Pembangunan. (2012). *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019*.
- Pemerintah Republik Indonesia. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. , (2004).
- Pemerintah Republik Indonesia. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. , (2009).

Devi Afni, Adang Bachtiar

Pemerintah Republik Indonesia. *Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.* , (2018).

Pemerintah Republik Indonesia. *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2020 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.* , (2020).

Pemerintah Republik Indonesia. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2020 Tentang Cipta Kerja.* , (2020).

Pemerintah Republik Indonesia. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan.* , (2021).

---

**Copyright holder:**

Devi Afni, Adang Bachtiar (2022)

**First publication right:**

Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia

**This article is licensed under:**

