

**KESIAPAN RUMAH SAKIT DAN TRANSFORMASI MUTU DALAM
IMPLEMENTASI KEBIJAKAN KELAS RAWAT INAP STANDAR (KRIS):
STUDI CROSS-SECTIONAL DI KALIMANTAN SELATAN**

Ahyar Wahyudi

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, Banjarbaru, Indonesia
orange.kelabu@gmail.com

Afrina Hidayati

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, Banjarbaru, Indonesia

Ristanti Sulistyo Rini

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, Banjarbaru, Indonesia

ABSTRACT

The implementation of the Standard Inpatient Class (Kelas Rawat Inap Standar/KRIS) policy represents a strategic reform within Indonesia's National Health Insurance system aimed at reducing disparities in inpatient services and strengthening quality-based healthcare delivery. This study aimed to analyze hospital readiness, infrastructure conformity, implementation gaps, and the implications of KRIS implementation for hospital service quality in South Kalimantan Province. A cross-sectional study design with a quantitative descriptive approach was employed using secondary data derived from the Ministry of Health's Hospital Information System (SIRS Online). The study assessed hospital compliance with KRIS indicators, including inpatient infrastructure, accessibility, patient safety facilities, environmental standards, and bed capacity adjustments. The findings demonstrated that several hospitals had fulfilled fundamental KRIS indicators, particularly related to physical infrastructure such as lighting, bed spacing, floor safety, and inpatient room arrangement. However, substantial disparities remained in the fulfillment of patient safety support systems, including nurse call systems, oxygen availability, accessibility infrastructure, and handrails. The study also identified an implementation gap between the number of designated KRIS beds and the actual conformity to KRIS standards. Larger hospitals tended to face more complex adaptation challenges due to infrastructure limitations, organizational readiness, and capacity strain. Conversely, smaller hospitals showed relatively better adaptability in meeting several KRIS indicators. The implementation of KRIS has encouraged hospitals to shift from quantity-oriented services toward quality-oriented and patient-centered care. Nevertheless, the transformation process remains constrained by financial limitations, renovation requirements, and organizational adaptation challenges. This study highlights that successful KRIS implementation requires not only regulatory compliance but also adaptive leadership, organizational resilience, patient safety culture, and sustainable infrastructure transformation to improve healthcare quality and equity.

Keywords: *KRIS; Hospital Readiness; Service Quality; Healthcare Transformation*

ABSTRAK

Implementasi kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) merupakan bagian dari reformasi strategis dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional yang bertujuan mengurangi disparitas pelayanan rawat inap serta memperkuat pelayanan kesehatan berbasis mutu. Penelitian ini bertujuan menganalisis kesiapan rumah sakit, kesesuaian sarana-prasarana, kesenjangan implementasi, serta implikasi penerapan KRIS terhadap mutu pelayanan rumah sakit di Provinsi Kalimantan Selatan. Penelitian menggunakan desain cross-sectional dengan pendekatan deskriptif kuantitatif melalui pemanfaatan data sekunder dari Sistem Informasi Rumah Sakit Online (SIRS Online) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Penilaian dilakukan terhadap indikator pemenuhan KRIS meliputi sarana rawat inap, aksesibilitas, fasilitas keselamatan pasien, standar lingkungan ruang perawatan, serta penyesuaian kapasitas tempat tidur. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian rumah sakit telah memenuhi indikator dasar KRIS, terutama pada aspek fisik bangunan seperti pencahayaan, jarak antar tempat tidur, lantai anti licin, dan penataan ruang rawat inap. Namun demikian, masih ditemukan kesenjangan pada pemenuhan sistem penunjang keselamatan pasien seperti nurse call, ketersediaan oksigen, aksesibilitas kelompok rentan, dan handrail. Penelitian juga menemukan adanya kesenjangan antara jumlah tempat tidur KRIS yang telah dialokasikan dengan tingkat kesesuaian standar KRIS secara nyata. Rumah sakit dengan kapasitas besar cenderung menghadapi tantangan adaptasi yang lebih kompleks akibat keterbatasan infrastruktur, kesiapan organisasi, dan tekanan kapasitas pelayanan. Sebaliknya, rumah sakit dengan kapasitas lebih kecil menunjukkan fleksibilitas yang lebih baik dalam memenuhi beberapa indikator KRIS. Implementasi KRIS mendorong perubahan paradigma pelayanan rumah sakit dari pendekatan berbasis kuantitas menuju pelayanan yang lebih berorientasi pada mutu dan patient-centered care. Namun, proses transformasi masih menghadapi kendala berupa keterbatasan pembiayaan, kebutuhan renovasi bangunan, dan tantangan adaptasi organisasi. Penelitian ini menegaskan bahwa keberhasilan implementasi KRIS tidak hanya ditentukan oleh kepatuhan regulatif, tetapi juga memerlukan kepemimpinan adaptif, resiliensi organisasi, budaya keselamatan pasien, dan transformasi infrastruktur yang berkelanjutan untuk meningkatkan mutu dan keadilan pelayanan kesehatan.

Kata Kunci: *KRIS; Kesiapan Rumah Sakit; Mutu Pelayanan; Transformasi Kesehatan*

A. LATAR BELAKANG

Transformasi sistem kesehatan global dalam dua dekade terakhir bergerak menuju paradigma pelayanan kesehatan yang lebih berkeadilan, berorientasi pada mutu, serta menempatkan pengalaman pasien sebagai pusat pelayanan. Konsep Universal Health Coverage (UHC) tidak lagi dipahami hanya sebagai perluasan cakupan pembiayaan kesehatan, tetapi juga sebagai upaya menjamin akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, manusiawi, dan setara tanpa diskriminasi sosial maupun ekonomi (Koochpayezadeh et al., 2021). Dalam perkembangan tersebut, rumah sakit modern dituntut tidak hanya

menyediakan kapasitas pelayanan, tetapi juga membangun lingkungan pelayanan yang mendukung keselamatan pasien, kenyamanan, privasi, aksesibilitas, serta pengalaman perawatan yang lebih baik (Yanful et al., 2023). Pergeseran orientasi tersebut menyebabkan standar mutu rumah sakit di berbagai negara semakin menekankan aspek patient-centered care, hospital resilience, adaptive healthcare organization, dan evidence-based healthcare design.

Perubahan paradigma pelayanan kesehatan global juga dipengaruhi meningkatnya perhatian terhadap mutu lingkungan fisik rumah sakit sebagai determinan kualitas pelayanan kesehatan. Ackley et al. (2024) menjelaskan bahwa kualitas lingkungan fisik rumah sakit seperti ventilasi, pencahayaan, suhu ruangan, kualitas udara, tingkat kebisingan, dan desain ruang rawat memiliki hubungan signifikan terhadap pemulihan pasien, keselamatan pasien, serta efektivitas pelayanan tenaga kesehatan. Rumah sakit tidak lagi dipandang semata sebagai fasilitas kuratif, melainkan sebagai healing environment yang memengaruhi aspek klinis, psikologis, dan sosial pasien selama menjalani perawatan. Dalam perspektif tersebut, kualitas pelayanan kesehatan menjadi sangat berkaitan dengan desain fasilitas pelayanan dan tata kelola rumah sakit secara menyeluruh.

Di sisi lain, berbagai negara masih menghadapi persoalan ketimpangan mutu pelayanan kesehatan akibat disparitas kapasitas rumah sakit, keterbatasan infrastruktur, dan perbedaan kemampuan organisasi pelayanan kesehatan. WHO (2025) menegaskan bahwa penguatan sistem kesehatan memerlukan resilience infrastructure, penguatan tata kelola organisasi, dan kemampuan adaptasi rumah sakit terhadap perubahan kebutuhan pelayanan kesehatan global. Tantangan tersebut semakin kompleks pascapandemi COVID-19 yang memperlihatkan lemahnya kesiapan sebagian rumah sakit dalam menghadapi lonjakan kebutuhan pelayanan, keterbatasan kapasitas tempat tidur, ketidakmerataan oksigen medis, serta rendahnya fleksibilitas sistem pelayanan kesehatan. Situasi ini menyebabkan banyak negara mulai melakukan restrukturisasi pelayanan rumah sakit menuju standarisasi pelayanan berbasis keselamatan pasien dan kualitas pelayanan jangka panjang.

Dalam konteks tersebut, Indonesia menghadapi tantangan besar dalam mewujudkan sistem pelayanan kesehatan yang setara di tengah implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sejak diberlakukannya JKN, akses pelayanan kesehatan masyarakat meningkat secara signifikan, tetapi disparitas mutu pelayanan rumah sakit masih menjadi persoalan yang belum sepenuhnya terselesaikan (Perdana et al., 2022). Sistem kelas rawat inap yang selama ini diterapkan dalam pelayanan JKN menciptakan diferensiasi fasilitas pelayanan berdasarkan kelas kepesertaan, sehingga kualitas lingkungan rawat inap, privasi pasien, kenyamanan ruang, hingga kapasitas pelayanan sering kali menunjukkan ketimpangan antar kelompok pasien. Dalam praktiknya, pasien dengan kelas pelayanan lebih rendah cenderung menerima lingkungan pelayanan yang lebih padat, keterbatasan privasi, serta kualitas ruang rawat inap yang tidak seimbang dengan kelompok pasien lainnya.

Kondisi tersebut mendorong pemerintah melakukan reformasi pelayanan rawat inap melalui implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) sebagai bagian dari transformasi sistem kesehatan nasional. Kebijakan KRIS melalui Peraturan

Presiden Nomor 59 Tahun 2024 menjadi instrumen penting dalam mendorong standarisasi pelayanan rawat inap berbasis prinsip equity dan patient-centered care. Implementasi KRIS mewajibkan rumah sakit memenuhi 12 indikator standar pelayanan rawat inap yang meliputi kepadatan tempat tidur, ventilasi, pencahayaan, nurse call, aksesibilitas pasien, kualitas bangunan, hingga keselamatan pasien. Dalam perspektif kebijakan kesehatan, KRIS bukan sekadar perubahan nomenklatur kelas rawat inap, melainkan bagian dari restrukturisasi mutu pelayanan rumah sakit nasional.

Namun demikian, implementasi KRIS menghadirkan persoalan yang jauh lebih kompleks dibanding sekadar penyesuaian administratif pelayanan rumah sakit. Rosita dan Okfitasari (2026) menjelaskan bahwa implementasi standardized inpatient class di Indonesia menyebabkan peningkatan biaya renovasi ruang rawat inap, kebutuhan investasi infrastruktur baru, serta tekanan finansial terhadap rumah sakit, khususnya rumah sakit pemerintah dan rumah sakit daerah. Implementasi KRIS berpotensi menimbulkan paradoks kebijakan kesehatan karena peningkatan standar mutu pelayanan justru dapat menyebabkan penurunan kapasitas tempat tidur rumah sakit apabila tidak diikuti ekspansi ruang pelayanan dan dukungan pembiayaan yang memadai.

Fenomena tersebut menunjukkan adanya policy gap antara tujuan normatif kebijakan dengan kapasitas implementasi di lapangan. Pemerintah mendorong standarisasi pelayanan kesehatan untuk menciptakan kesetaraan pelayanan, tetapi rumah sakit menghadapi keterbatasan bangunan, keterbatasan fiskal, tekanan okupansi tempat tidur, dan kebutuhan menjaga kontinuitas pelayanan selama proses transformasi berlangsung. Walsh et al. (2022) menegaskan bahwa penurunan kapasitas tempat tidur rumah sakit memiliki implikasi langsung terhadap overcrowding, length of stay, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Dalam kondisi tingkat Bed Occupancy Rate (BOR) yang tinggi, pengurangan kapasitas tempat tidur dapat meningkatkan tekanan pelayanan rumah sakit dan memperbesar risiko keterlambatan pelayanan rawat inap.

Selain policy gap, implementasi KRIS juga memperlihatkan adanya implementation gap dalam reformasi pelayanan kesehatan nasional. Husain et al. (2025) menjelaskan bahwa reformasi pelayanan kesehatan sering menghadapi kesenjangan antara desain kebijakan dengan kemampuan organisasi dalam menerjemahkan kebijakan menjadi praktik pelayanan yang nyata. Dalam konteks KRIS, rumah sakit tidak hanya dituntut memenuhi indikator fisik bangunan, tetapi juga melakukan perubahan budaya organisasi, restrukturisasi pelayanan, digitalisasi manajemen tempat tidur, penguatan patient safety culture, serta adaptasi tata kelola organisasi secara simultan.

Berbagai penelitian sebelumnya mengenai KRIS masih menunjukkan dominasi pembahasan pada aspek kesiapan fasilitas dan analisis administratif implementasi kebijakan. Kuraini et al. (2023) dan Ilmansyah dan Basabih (2025) misalnya lebih menyoroti kesiapan rumah sakit dalam memenuhi indikator KRIS dari perspektif infrastruktur dan regulasi. Sementara itu, Raafiana dan Andriani (2025) melalui literature review menjelaskan bahwa sebagian besar rumah sakit di Indonesia belum mampu memenuhi seluruh indikator KRIS akibat keterbatasan anggaran, desain bangunan lama, dan ketidakjelasan sistem pembiayaan. Akan

tetapi, penelitian-penelitian tersebut masih relatif terbatas dalam membaca KRIS sebagai proses organizational change dan institutional transformation dalam sistem pelayanan kesehatan nasional.

Di sisi lain, terdapat theoretical gap dalam studi implementasi KRIS. Sebagian besar penelitian sebelumnya masih menggunakan pendekatan kebijakan kesehatan konvensional yang berfokus pada kepatuhan terhadap regulasi dan kesiapan sarana-prasarana. Padahal, implementasi KRIS sesungguhnya memiliki dimensi yang jauh lebih luas, mencakup adaptive governance, organizational resilience, patient-centered hospital design, serta paradoks antara service standardization dan service capacity. Carter dan Burke (2023) menjelaskan bahwa organisasi pelayanan kesehatan modern membutuhkan kapasitas adaptif agar mampu bertahan dalam tekanan perubahan sistem kesehatan. Perspektif tersebut masih jarang digunakan dalam penelitian implementasi KRIS di Indonesia.

Selain theoretical gap, terdapat contextual gap yang cukup penting. Sebagian besar penelitian implementasi KRIS dilakukan pada rumah sakit tertentu atau wilayah perkotaan besar seperti DKI Jakarta dan Pulau Jawa. Penelitian mengenai implementasi KRIS pada wilayah dengan karakteristik geografis, kapasitas fiskal, dan distribusi rumah sakit yang berbeda masih relatif terbatas. Padahal, implementasi kebijakan kesehatan sangat dipengaruhi kondisi sosial-organisasi, kapasitas daerah, kepemilikan rumah sakit, serta distribusi pelayanan kesehatan lokal. Agustina et al. (2025) menegaskan bahwa ketimpangan infrastruktur dan kapasitas pelayanan kesehatan daerah menjadi hambatan utama pemerataan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia.

Provinsi Kalimantan Selatan menjadi wilayah yang penting untuk dikaji karena memiliki karakteristik rumah sakit yang sangat beragam, baik dari sisi kelas rumah sakit, kepemilikan, kapasitas tempat tidur, maupun kemampuan adaptasi organisasi. Berdasarkan hasil pengumpulan data terhadap 53 rumah sakit di Kalimantan Selatan, implementasi KRIS menunjukkan variasi kesiapan yang cukup lebar antar rumah sakit. Rumah sakit kelas C mendominasi struktur pelayanan rumah sakit daerah dengan proporsi 52,8%, diikuti rumah sakit kelas D sebesar 30,2%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit menengah menjadi tulang punggung utama pelayanan rujukan di daerah.

Namun demikian, hasil penelitian awal menunjukkan bahwa banyak rumah sakit telah mengalokasikan tempat tidur KRIS tetapi belum sepenuhnya memenuhi seluruh indikator standar KRIS. RSUD Ulin Banjarmasin misalnya memiliki 505 tempat tidur KRIS, tetapi hanya sebagian kecil yang memenuhi standar penuh KRIS. Kondisi serupa juga ditemukan pada berbagai rumah sakit lain yang masih berada dalam tahap “persiapan ruangan”, renovasi bertahap, maupun validasi administratif. Fenomena ini memperlihatkan adanya empirical gap antara kesiapan administratif dan kesiapan substantif implementasi KRIS.

Persoalan implementasi KRIS di Kalimantan Selatan juga memperlihatkan adanya managerial gap dan governance gap. Rumah sakit harus menjaga keseimbangan antara tuntutan pemenuhan standar pelayanan dengan kemampuan mempertahankan kapasitas pelayanan rawat inap. Beberapa rumah sakit diperkirakan mengalami pengurangan kapasitas tempat tidur akibat penyesuaian standar maksimal empat tempat tidur per ruangan. Dalam kondisi tingkat BOR yang

tinggi, situasi tersebut dapat memengaruhi akses masyarakat terhadap pelayanan rawat inap dan meningkatkan tekanan pelayanan rumah sakit. Hal ini memperlihatkan bahwa implementasi KRIS tidak dapat dipahami hanya sebagai proyek standarisasi fasilitas, melainkan proses transformasi kelembagaan yang kompleks dan multidimensional.

Di sisi lain, implementasi KRIS juga memperlihatkan pentingnya dimensi patient safety dan kualitas pelayanan klinis. Penelitian Bates et al. (2023) menunjukkan bahwa hampir seperempat pasien rawat inap mengalami adverse events dan sebagian besar bersifat preventable. Dalam konteks tersebut, keberadaan nurse call, aksesibilitas pasien, ventilasi ruangan, desain ruang aman, dan kualitas lingkungan fisik rumah sakit menjadi bagian integral dari sistem keselamatan pasien. Namun hasil penelitian menunjukkan bahwa beberapa indikator patient safety seperti nurse call, handrail, dan aksesibilitas kursi roda masih memiliki tingkat pemenuhan rendah pada sejumlah rumah sakit. Situasi ini menunjukkan bahwa implementasi KRIS masih lebih berorientasi pada penyesuaian fisik bangunan dibanding penguatan patient safety culture secara menyeluruh.

Berdasarkan uraian tersebut, terlihat bahwa implementasi KRIS bukan sekadar perubahan administratif sistem kelas rawat inap, tetapi merupakan proses transformasi pelayanan kesehatan nasional yang melibatkan aspek regulasi, infrastruktur, tata kelola organisasi, kapasitas pelayanan, budaya keselamatan pasien, dan keadilan pelayanan kesehatan. Kompleksitas tersebut menunjukkan bahwa implementasi KRIS memerlukan pembacaan yang lebih komprehensif melalui pendekatan administrasi kesehatan, organizational change, adaptive governance, dan patient-centered healthcare.

Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di Provinsi Kalimantan Selatan melalui kajian terhadap gambaran umum rumah sakit, ketersediaan tempat tidur KRIS, kesesuaian sarana-prasarana, analisis kesenjangan implementasi, serta implikasi implementasi KRIS terhadap mutu pelayanan rumah sakit. Penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi konseptual dan empiris dalam memahami transformasi pelayanan rumah sakit di Indonesia sekaligus menjadi dasar penguatan kebijakan implementasi KRIS yang lebih adaptif, berkeadilan, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif deskriptif dengan desain cross-sectional untuk menganalisis implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) pada rumah sakit di Provinsi Kalimantan Selatan. Pendekatan ini dipilih karena penelitian bertujuan menggambarkan secara empiris tingkat kesiapan rumah sakit dalam memenuhi standar KRIS berdasarkan indikator kapasitas tempat tidur, kesesuaian sarana-prasarana, serta implikasinya terhadap mutu pelayanan rumah sakit pada satu periode pengamatan tertentu.

Secara filosofis, penelitian ini berpijak pada paradigma post-positivisme yang memandang implementasi kebijakan kesehatan sebagai realitas empiris yang dapat diukur secara objektif, tetapi tetap dipengaruhi dinamika organisasi, kapasitas institusi, dan proses adaptasi pelayanan kesehatan. Dalam aspek ontologis,

implementasi KRIS dipahami sebagai fenomena nyata yang tercermin melalui indikator fisik, administratif, dan pelayanan rumah sakit. Secara epistemologis, pengetahuan penelitian diperoleh melalui pengumpulan data empiris berbasis sistem informasi resmi pemerintah dan analisis dokumen implementasi kebijakan kesehatan. Adapun secara aksiologis, penelitian ini diarahkan untuk menghasilkan evidence-based policy yang mendukung transformasi mutu pelayanan rumah sakit secara lebih adil, aman, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Sumber utama penelitian berasal dari Sistem Informasi Rumah Sakit Online (SIRS Online) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. SIRS Online merupakan sistem pelaporan resmi nasional yang digunakan untuk menghimpun dan menyajikan data operasional rumah sakit secara terpusat, meliputi identitas rumah sakit, kapasitas tempat tidur, pelayanan rawat inap, ketenagaan, dan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan. Penggunaan SIRS Online memberikan validitas administratif dan standar data yang seragam dalam penelitian ini.

Populasi penelitian mencakup seluruh rumah sakit di Provinsi Kalimantan Selatan dengan jumlah sampel sebanyak 53 rumah sakit menggunakan teknik total sampling. Data dikumpulkan melalui observasi dokumen, telaah data SIRS Online, dan checklist kesesuaian indikator KRIS. Analisis dilakukan secara deskriptif analitik menggunakan distribusi frekuensi dan persentase, kemudian diinterpretasikan melalui pendekatan teori Donabedian, patient-centered care, dan adaptive healthcare organization untuk membaca implementasi KRIS tidak hanya sebagai kepatuhan regulatif, tetapi juga sebagai transformasi mutu pelayanan kesehatan rumah sakit

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Rumah Sakit dalam Implementasi KRIS

Berdasarkan hasil pengumpulan data terhadap 53 rumah sakit di Provinsi Kalimantan Selatan, implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) memperlihatkan adanya variasi yang cukup nyata berdasarkan kelas rumah sakit, kepemilikan, serta kesiapan sarana dan prasarana pelayanan. Rumah sakit kelas C menjadi kelompok paling dominan dengan jumlah 28 rumah sakit atau sebesar 52,8%, diikuti rumah sakit kelas D sebanyak 16 rumah sakit (30,2%), rumah sakit kelas B sebanyak 7 rumah sakit (13,2%), dan rumah sakit kelas A sebanyak 2 rumah sakit (3,8%). Dari sisi kepemilikan, rumah sakit swasta dan kategori lainnya mendominasi sebanyak 16 rumah sakit, diikuti rumah sakit milik pemerintah kabupaten sebanyak 15 rumah sakit. Selebihnya terdiri atas rumah sakit milik pemerintah provinsi, perusahaan, organisasi sosial, organisasi keagamaan, TNI, dan POLRI.

Komposisi tersebut menunjukkan bahwa implementasi KRIS tidak hanya berlangsung pada rumah sakit pemerintah sebagai representasi negara, tetapi juga telah melibatkan sektor nonpemerintah dalam skala yang cukup luas. Situasi ini memperlihatkan bahwa reformasi pelayanan rawat inap melalui KRIS telah berkembang menjadi agenda sistem kesehatan secara kolektif. Rumah sakit swasta, organisasi sosial, hingga institusi berbasis keagamaan kini berada dalam ruang kebijakan yang sama untuk memenuhi standar pelayanan rawat inap nasional. Kondisi tersebut sejalan dengan pendekatan *Universal Health Coverage* (UHC)

yang menempatkan seluruh aktor pelayanan kesehatan sebagai bagian integral dari upaya pemerataan mutu layanan kesehatan (Koochpayehzadeh et al., 2021).

Dominasi rumah sakit kelas C dalam penelitian ini memperlihatkan posisi strategis rumah sakit menengah sebagai penopang utama pelayanan rujukan di daerah. Dalam struktur sistem kesehatan Indonesia, rumah sakit kelas C memiliki karakteristik unik karena berada di antara pelayanan dasar dan pelayanan spesialisasi lanjutan. Rumah sakit kelas ini umumnya menjadi rujukan pertama bagi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat primer sebelum pasien dirujuk ke rumah sakit kelas yang lebih tinggi. Oleh karena itu, kesiapan rumah sakit kelas C terhadap implementasi KRIS menjadi indikator penting dalam membaca kapasitas transformasi sistem pelayanan kesehatan nasional.

Peran strategis rumah sakit kelas C sesungguhnya tidak hanya berkaitan dengan jumlah pelayanan, tetapi juga menyangkut kemampuan adaptasi terhadap perubahan kebijakan pembiayaan dan mutu pelayanan. Implementasi KRIS menuntut perubahan besar pada tata ruang rawat inap, kepadatan tempat tidur, ventilasi, pencahayaan, hingga aksesibilitas pasien. Perubahan tersebut membutuhkan kapasitas manajerial dan kemampuan investasi yang tidak kecil. Rumah sakit kelas C berada pada posisi yang cukup rentan karena harus menjaga keberlanjutan pelayanan di tengah keterbatasan anggaran dan tekanan peningkatan mutu layanan.

Fenomena tersebut memperlihatkan bahwa implementasi KRIS bukan sekadar agenda administratif untuk mengganti kelas perawatan, melainkan bagian dari restrukturisasi pelayanan kesehatan nasional. Kebijakan ini membawa konsekuensi terhadap desain pelayanan rumah sakit, pola pembiayaan, serta tata kelola sumber daya. Rosita dan Okfitasari (2026) menjelaskan bahwa implementasi *standardized inpatient class* di Indonesia meningkatkan biaya investasi dan operasional rumah sakit, termasuk renovasi ruang rawat inap dan penyesuaian kapasitas tempat tidur. Kebijakan tersebut juga menimbulkan tekanan finansial yang berbeda antar rumah sakit berdasarkan kepemilikan dan lokasi pelayanan. Rumah sakit pemerintah dan rumah sakit di daerah mengalami tekanan finansial yang relatif lebih besar dibandingkan rumah sakit swasta di wilayah perkotaan.

Dalam penelitian ini, variasi kepemilikan rumah sakit memperlihatkan adanya perbedaan kapasitas adaptasi terhadap kebijakan KRIS. Rumah sakit pemerintah umumnya memiliki legitimasi regulatif yang lebih kuat karena menjadi bagian langsung dari sistem birokrasi negara. Namun demikian, fleksibilitas pengambilan keputusan dan kemampuan investasi sering kali terbatas akibat mekanisme penganggaran yang lebih kompleks. Sebaliknya, rumah sakit swasta relatif lebih adaptif terhadap perubahan fisik bangunan dan penyediaan fasilitas baru karena memiliki keleluasaan manajerial yang lebih besar. Akan tetapi, rumah sakit swasta juga menghadapi tantangan efisiensi biaya investasi dan keberlanjutan pendapatan pelayanan.

Perbedaan kemampuan adaptasi tersebut sejalan dengan penelitian Bawuah, Appleton, dan Li (2024) yang menunjukkan bahwa rumah sakit swasta cenderung memiliki tingkat kepuasan pasien lebih tinggi dibanding rumah sakit pemerintah pada berbagai indikator pelayanan seperti kebersihan, privasi, kenyamanan, waktu tunggu, dan komunikasi pelayanan. Temuan tersebut mengindikasikan bahwa

fleksibilitas organisasi dan kemampuan manajerial berpengaruh terhadap kualitas pelayanan yang dihasilkan. Dalam implementasi KRIS, kemampuan melakukan penyesuaian ruang rawat inap secara cepat menjadi salah satu faktor penting yang menentukan keberhasilan pemenuhan standar pelayanan.

Temuan serupa juga dijelaskan oleh Yarimoglu dan Ataman (2021) yang menunjukkan bahwa persepsi kualitas pelayanan rumah sakit swasta lebih tinggi dibanding rumah sakit pemerintah, khususnya pada aspek kenyamanan dan kualitas pelayanan pasien. Hal tersebut menunjukkan bahwa kepemilikan rumah sakit memiliki hubungan erat dengan kemampuan organisasi dalam menjaga mutu pelayanan. Pada implementasi KRIS, kemampuan tersebut menjadi semakin penting karena rumah sakit tidak hanya dituntut memenuhi standar teknis bangunan, tetapi juga harus menjaga pengalaman pelayanan pasien secara keseluruhan.

Di sisi lain, rumah sakit pemerintah tetap memiliki keunggulan dalam legitimasi pelayanan publik dan jangkauan akses kesehatan masyarakat. Rumah sakit pemerintah umumnya menjadi tulang punggung pelayanan peserta JKN dalam jumlah besar, terutama di wilayah dengan keterbatasan fasilitas kesehatan swasta. Oleh sebab itu, keterlambatan adaptasi rumah sakit pemerintah terhadap KRIS dapat berdampak langsung terhadap akses pelayanan masyarakat. Situasi ini memperlihatkan bahwa transformasi pelayanan kesehatan nasional tidak dapat hanya bertumpu pada kapasitas pasar atau mekanisme kompetisi pelayanan, melainkan membutuhkan dukungan kebijakan dan pembiayaan negara secara kuat.

Implementasi KRIS juga memperlihatkan berkembangnya pola *collaborative governance* dalam sistem kesehatan Indonesia. Keterlibatan rumah sakit pemerintah, swasta, organisasi sosial, hingga institusi keagamaan menunjukkan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan semakin bergerak menuju model kolaboratif lintas aktor. Basabih, Prasajo, dan Rahayu (2022) menjelaskan bahwa kolaborasi pemerintah dan sektor swasta dalam pelayanan rumah sakit mampu meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan apabila didukung tata kelola yang baik, komunikasi yang efektif, serta dukungan sumber daya yang memadai. Pendekatan tersebut menjadi penting karena implementasi KRIS membutuhkan sinergi regulasi, pembiayaan, dan kapasitas organisasi secara simultan.

Dalam perspektif administrasi publik, implementasi KRIS juga dapat dibaca sebagai bentuk *institutional change* dalam sistem kesehatan nasional. Rumah sakit dipaksa melakukan penyesuaian struktur pelayanan akibat perubahan standar kebijakan nasional. Perubahan tersebut tidak hanya menyentuh aspek fisik bangunan, tetapi juga budaya organisasi, pola manajemen, serta orientasi pelayanan kesehatan. Shortell dan Rundall (2021) menjelaskan bahwa transformasi organisasi pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan proses kompleks yang membutuhkan kepemimpinan, inovasi, dan kemampuan adaptasi organisasi secara berkelanjutan. Rumah sakit yang memiliki kapasitas manajerial baik cenderung lebih mampu bertahan dan menyesuaikan diri terhadap perubahan kebijakan pelayanan kesehatan.

Penelitian Lucifora (2023) juga memperlihatkan bahwa rumah sakit swasta umumnya memiliki praktik manajemen yang lebih efektif dibanding rumah sakit publik, terutama dalam pengelolaan insentif, monitoring kinerja, dan

pengembangan sumber daya manusia. Kondisi tersebut menjelaskan mengapa sebagian rumah sakit swasta lebih cepat melakukan adaptasi terhadap tuntutan perubahan pelayanan. Namun demikian, rumah sakit pemerintah tetap memiliki peran yang sangat penting dalam menjamin pemerataan akses kesehatan, terutama bagi kelompok masyarakat rentan dan wilayah dengan keterbatasan fasilitas pelayanan.

Variasi kesiapan rumah sakit dalam implementasi KRIS memperlihatkan bahwa reformasi pelayanan kesehatan di Indonesia masih menghadapi tantangan struktural yang cukup besar. Sebagian rumah sakit telah mampu melakukan transformasi sarana dan prasarana secara bertahap, sementara sebagian lainnya masih menghadapi keterbatasan pembiayaan, kapasitas bangunan, dan ketidakpastian regulasi teknis. *Literature review* mengenai kesiapan rumah sakit terhadap implementasi KRIS menunjukkan bahwa sebagian besar rumah sakit di Indonesia belum sepenuhnya memenuhi 12 kriteria KRIS, terutama pada aspek kepadatan ruang rawat inap, aksesibilitas kamar mandi, outlet oksigen, dan penyesuaian kapasitas tempat tidur. Hambatan utama yang sering muncul adalah keterbatasan anggaran, ketidakjelasan sistem pembiayaan, dan kebutuhan renovasi bangunan lama.

Situasi tersebut memperlihatkan bahwa implementasi KRIS sesungguhnya bukan sekadar persoalan teknis pelayanan rawat inap, tetapi merupakan bagian dari transformasi besar sistem kesehatan nasional menuju pelayanan yang lebih adil dan setara. Kebijakan KRIS membawa semangat *equity* dalam pelayanan kesehatan, yaitu mengurangi disparitas fasilitas rawat inap antar peserta JKN. Namun demikian, pencapaian tujuan tersebut membutuhkan dukungan pembiayaan yang realistis, strategi implementasi bertahap, serta penguatan kapasitas organisasi rumah sakit.

Dengan demikian, gambaran umum rumah sakit dalam penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi KRIS telah mendorong perubahan besar pada sistem pelayanan rumah sakit di Kalimantan Selatan. Dominasi rumah sakit kelas C memperlihatkan bahwa rumah sakit menengah menjadi aktor utama dalam keberhasilan implementasi kebijakan ini. Sementara itu, variasi kepemilikan rumah sakit menunjukkan bahwa kemampuan adaptasi organisasi sangat dipengaruhi oleh fleksibilitas manajerial, dukungan pembiayaan, serta kapasitas tata kelola pelayanan kesehatan.

Ketersediaan Tempat Tidur Kris

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di Provinsi Kalimantan Selatan masih berada dalam fase transisi yang sangat beragam antar rumah sakit. Berdasarkan data RS Online, ditemukan adanya disparitas yang cukup lebar dalam jumlah tempat tidur KRIS maupun jumlah tempat tidur yang benar-benar memenuhi kriteria KRIS.

Beberapa rumah sakit besar tampak telah memiliki kapasitas implementasi yang relatif tinggi. RSUD Ulin Banjarmasin misalnya, tercatat memiliki 505 tempat tidur KRIS, sedangkan RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh memiliki 162 tempat tidur KRIS. Namun demikian, jumlah tempat tidur yang benar-benar memenuhi kriteria KRIS ternyata jauh lebih kecil dibanding total tempat tidur yang dialokasikan. RSUD Ulin hanya memiliki 4 tempat tidur yang memenuhi kriteria KRIS,

sementara RSUD Ansari Saleh memiliki 71 tempat tidur yang memenuhi kriteria KRIS.

Fenomena tersebut menunjukkan bahwa kepemilikan kapasitas tempat tidur belum otomatis menggambarkan kesiapan implementasi KRIS secara penuh. Banyak rumah sakit telah melakukan penetapan atau alokasi tempat tidur KRIS, namun belum mampu memenuhi seluruh standar teknis yang dipersyaratkan, seperti ventilasi 6 ACH, pencahayaan, nurse call, jarak antar tempat tidur minimal 1,5 meter, aksesibilitas kursi roda, hingga desain ruang yang aman dan nonporos. Kondisi ini memperlihatkan bahwa implementasi KRIS bukan sekadar perubahan nomenklatur kelas rawat inap, melainkan restrukturisasi menyeluruh terhadap sistem pelayanan rawat inap rumah sakit.

Temuan penelitian juga memperlihatkan adanya rumah sakit yang masih berada pada tahap persiapan ruang pelayanan. Sebagian besar rumah sakit memberikan keterangan “persiapan ruangan” sebagai alasan belum optimalnya implementasi KRIS. RSUD H. Boejasin Pelaihari, RSUD KH Mansyur, RS Pelita Insani, hingga RS TNI AU Sjamsudin Noor masih mencantumkan proses persiapan ruangan sebagai hambatan implementasi. Hal tersebut menunjukkan bahwa persoalan utama implementasi KRIS berada pada aspek kesiapan infrastruktur fisik rumah sakit.

Dalam perspektif sistem kesehatan, tempat tidur rumah sakit merupakan indikator strategis kapasitas pelayanan kesehatan. WHO menempatkan hospital bed density sebagai bagian penting dalam penguatan health system resilience karena berkaitan langsung dengan akses pelayanan, kapasitas respons kesehatan, dan kesiapsiagaan sistem pelayanan terhadap lonjakan kebutuhan pasien (WHO, 2026). Oleh sebab itu, implementasi KRIS sejatinya merupakan bagian dari upaya transformasi mutu pelayanan kesehatan nasional menuju sistem pelayanan yang lebih manusiawi, setara, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Namun demikian, data penelitian memperlihatkan bahwa implementasi KRIS berpotensi menimbulkan paradoks kapasitas pelayanan. Sejumlah rumah sakit mengalami estimasi pengurangan tempat tidur akibat penyesuaian standar KRIS. RSUD H. Abdul Aziz Marabahan misalnya diperkirakan kehilangan 45 tempat tidur, RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan kehilangan 55 tempat tidur, sementara RSUD H. Badaruddin Kasim kehilangan hingga 59 tempat tidur. Situasi ini menunjukkan bahwa peningkatan standar mutu ruang rawat inap justru berpotensi menurunkan kapasitas pelayanan apabila tidak diikuti ekspansi ruang dan investasi infrastruktur baru.

Fenomena tersebut sejalan dengan penelitian Walsh et al. (2021) yang menjelaskan bahwa perubahan kapasitas tempat tidur memiliki hubungan langsung dengan length of stay, tekanan pelayanan, dan efisiensi operasional rumah sakit. Penurunan kapasitas tempat tidur tanpa penguatan sistem pelayanan dapat meningkatkan overcrowding, memperpanjang antrean pasien, serta memperbesar risiko keterlambatan pelayanan rawat inap. Dalam hal KRIS, kondisi tersebut menjadi tantangan serius terutama bagi rumah sakit pemerintah yang memiliki BOR tinggi dan permintaan pelayanan rawat inap yang besar.

Hal tersebut tampak pada beberapa rumah sakit dengan tingkat BOR yang relatif tinggi. RSUD H. Damanhuri Barabai memiliki BOR triwulan mencapai 88,97%, RS Pertamina Tanjung sebesar 80,8%, serta RS Islam Banjarmasin sebesar 79%. Tingginya tingkat keterisian tempat tidur menunjukkan bahwa kapasitas pelayanan rumah sakit sebenarnya sudah berada pada titik tekanan yang cukup tinggi sebelum implementasi KRIS dilakukan sepenuhnya. Apabila pengurangan tempat tidur terus terjadi tanpa penambahan ruang pelayanan baru, maka rumah sakit berpotensi mengalami bottle neck pelayanan rawat inap.

Dalam perspektif administrasi kesehatan, kondisi tersebut memperlihatkan adanya tension antara standardization dan service capacity. Kebijakan KRIS berupaya menciptakan keadilan fasilitas pelayanan kesehatan, namun implementasinya membutuhkan biaya adaptasi yang sangat besar. Rumah sakit harus melakukan renovasi bangunan, penyesuaian tata ruang, pengurangan jumlah tempat tidur per ruangan, hingga penguatan sistem ventilasi dan keselamatan pasien. Pada rumah sakit dengan keterbatasan fiskal, transformasi tersebut menjadi tantangan yang tidak sederhana.

Penelitian Grimaz, Ruzzene, dan Zorzini (2021) menjelaskan bahwa modernisasi fasilitas rumah sakit membutuhkan pendekatan resilience infrastructure yang mempertimbangkan aspek keselamatan, keberlanjutan, adaptabilitas, dan fleksibilitas bangunan pelayanan kesehatan. Rumah sakit yang dibangun dengan desain lama sering kali mengalami kesulitan melakukan adaptasi standar pelayanan modern tanpa renovasi besar-besaran. Hal ini tampak pada sejumlah rumah sakit daerah di Kalimantan Selatan yang belum mampu memenuhi seluruh indikator KRIS meskipun telah memiliki alokasi tempat tidur KRIS dalam jumlah cukup besar.

Selain persoalan infrastruktur, penelitian ini juga menunjukkan adanya ketimpangan kemampuan implementasi antar rumah sakit berdasarkan kepemilikan dan kelas rumah sakit. Rumah sakit besar kelas A dan B relatif memiliki jumlah tempat tidur KRIS lebih tinggi dibanding rumah sakit kelas C dan D. Akan tetapi, tingkat pemenuhan standar KRIS tidak selalu linear dengan kapasitas rumah sakit. RSUD Ulin sebagai rumah sakit kelas A memiliki 505 tempat tidur KRIS tetapi hanya 4 tempat tidur memenuhi kriteria KRIS, sedangkan RSUD Ansari Saleh memiliki 71 tempat tidur yang memenuhi kriteria KRIS.

Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa implementasi KRIS tidak hanya dipengaruhi kapasitas finansial, tetapi juga kemampuan tata kelola organisasi dan kesiapan manajemen perubahan. Carter dan Burke (2023) menjelaskan bahwa organisasi pelayanan kesehatan yang adaptif memiliki kemampuan lebih baik dalam menghadapi perubahan sistem pelayanan karena mampu melakukan penyesuaian operasional secara dinamis dan real time. Dalam konteks KRIS, rumah sakit yang memiliki adaptive governance lebih mampu melakukan transformasi ruang pelayanan tanpa mengganggu kontinuitas pelayanan pasien.

Di sisi lain, implementasi KRIS juga menuntut penguatan manajemen sumber daya manusia. Nugroho, Purwadhi, dan Kusnadi (2025) menegaskan bahwa rumah sakit membutuhkan kepemimpinan transformasional, budaya organisasi inovatif, serta digitalisasi sistem pelayanan untuk meningkatkan kapasitas adaptasi organisasi. Perubahan ruang rawat inap tidak hanya memengaruhi aspek fisik

pelayanan, tetapi juga mengubah alur kerja tenaga kesehatan, sistem penempatan pasien, dan mekanisme pengelolaan kapasitas tempat tidur.

Hal tersebut berkaitan erat dengan pentingnya sistem informasi ketersediaan tempat tidur rumah sakit. Penelitian mengenai sistem informasi tempat tidur rawat inap menunjukkan bahwa dashboard ketersediaan tempat tidur sering kali tidak sinkron dengan kondisi lapangan akibat keterlambatan pembaruan data dan perpindahan pasien antar ruang pelayanan. Situasi tersebut menyebabkan proses pelayanan masih memerlukan konfirmasi manual meskipun sistem digital telah tersedia. Dalam implementasi KRIS, integrasi data tempat tidur menjadi sangat penting karena pengurangan kapasitas tempat tidur dapat meningkatkan sensitivitas terhadap kesalahan pengelolaan bed management.

Temuan penelitian ini juga memperlihatkan bahwa sebagian rumah sakit masih menghadapi persoalan aksesibilitas pelayanan pasien. Sejumlah rumah sakit mencantumkan alasan “menunggu hasil pemeriksaan penunjang”, “persiapan ruangan”, hingga “stabilisasi kondisi pasien” sebagai penyebab keterlambatan pelayanan rawat inap. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa implementasi KRIS memiliki implikasi sistemik terhadap alur pelayanan rumah sakit secara keseluruhan.

Dalam perspektif patient safety, standar KRIS sebenarnya memiliki relevansi kuat terhadap peningkatan mutu pelayanan. Piatkowski et al. (2021) menjelaskan bahwa desain ruang pasien yang baik dapat menurunkan risiko jatuh, meningkatkan kenyamanan pasien, dan mendukung proses pemulihan pasien secara lebih optimal. Oleh karena itu, kebijakan KRIS sesungguhnya memiliki dimensi kualitas pelayanan yang sangat penting, terutama dalam menciptakan lingkungan pelayanan rawat inap yang aman dan manusiawi.

Namun demikian, implementasi KRIS juga harus mempertimbangkan prinsip sustainability dalam alokasi sumber daya kesehatan. Munthe, Fumagalli, dan Malmqvist (2021) menegaskan bahwa kebijakan pelayanan kesehatan perlu memperhatikan keberlanjutan sistem pelayanan agar tidak menimbulkan negative dynamics berupa penurunan kapasitas pelayanan kesehatan dalam jangka panjang. Dalam konteks KRIS, peningkatan standar mutu ruang rawat inap tidak boleh menyebabkan penurunan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan akibat berkurangnya kapasitas tempat tidur.

Dengan demikian, hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi KRIS di Kalimantan Selatan masih menghadapi tantangan besar pada aspek infrastruktur, kapasitas tempat tidur, tata kelola organisasi, dan kesiapan transformasi pelayanan. Variasi jumlah tempat tidur KRIS dan rendahnya jumlah tempat tidur yang memenuhi standar KRIS memperlihatkan bahwa transformasi pelayanan rawat inap masih berlangsung secara bertahap. Implementasi KRIS tidak cukup hanya melalui regulasi administratif, tetapi membutuhkan investasi infrastruktur, penguatan manajemen rumah sakit, digitalisasi sistem pelayanan, serta dukungan pembiayaan yang berkelanjutan agar tujuan keadilan dan mutu pelayanan kesehatan benar-benar dapat diwujudkan.

Kesesuaian Sarana-Prasarana

Implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di Provinsi Kalimantan Selatan memperlihatkan bahwa transformasi pelayanan rawat inap rumah sakit

mulai bergerak menuju standardisasi fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih setara, meskipun tingkat kesiapan antar rumah sakit masih menunjukkan variasi yang cukup lebar. Berdasarkan hasil penilaian sarana dan prasarana KRIS pada rumah sakit yang menjadi lokasi penelitian, sebagian besar rumah sakit telah mampu memenuhi komponen dasar fisik bangunan seperti bangunan non-poros, pencahayaan ruang minimal 50 lux, jarak antar tempat tidur minimal 1,5 meter, ketersediaan kamar mandi dalam ruang rawat inap, serta penggunaan lantai anti licin.

Secara umum, indikator fisik bangunan menjadi komponen dengan tingkat pemenuhan tertinggi dibandingkan indikator keselamatan pasien dan sistem pendukung pelayanan klinis. Temuan ini memperlihatkan bahwa rumah sakit relatif lebih mudah melakukan penyesuaian struktural berupa renovasi ruang dan penataan fisik dibandingkan membangun sistem pelayanan klinis yang terintegrasi. Pada beberapa rumah sakit besar seperti RS Umum Daerah Ulin Banjarmasin, kesiapan sarana-prasarana KRIS tampak lebih baik dibandingkan rumah sakit dengan kapasitas pelayanan lebih kecil. Kondisi ini menunjukkan bahwa kapasitas kelembagaan dan kemampuan pendanaan memiliki pengaruh besar terhadap kecepatan adaptasi rumah sakit dalam memenuhi standar KRIS.

Meskipun demikian, penelitian ini menemukan bahwa beberapa indikator penting yang berkaitan langsung dengan keselamatan pasien masih memiliki tingkat pemenuhan yang rendah, terutama nurse call, handrail, aksesibilitas kursi roda, dan ketersediaan oksigen medis di ruang rawat inap. Temuan tersebut menunjukkan bahwa implementasi KRIS di sejumlah rumah sakit masih lebih menitikberatkan pada aspek visual bangunan dibandingkan penguatan sistem keselamatan pasien secara komprehensif.

Dalam perspektif mutu pelayanan kesehatan, kondisi ini menunjukkan bahwa sebagian rumah sakit masih memahami KRIS sebagai program standardisasi ruang fisik, bukan transformasi sistem pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Padahal, konsep kualitas pelayanan kesehatan modern menempatkan keselamatan pasien sebagai inti utama pelayanan rumah sakit. Bates et al. (2023) dalam penelitian yang dipublikasikan di *The New England Journal of Medicine* menemukan bahwa adverse events terjadi pada hampir satu dari empat pasien rawat inap, dan sekitar seperempat kejadian tersebut tergolong preventable adverse events (Bates et al., 2023). Temuan tersebut memperlihatkan bahwa kualitas pelayanan rumah sakit tidak hanya ditentukan oleh kelengkapan fasilitas fisik, tetapi juga kemampuan sistem pelayanan dalam mencegah risiko keselamatan pasien selama proses perawatan.

Rendahnya pemenuhan nurse call menjadi salah satu indikator yang paling penting dalam penelitian ini. Nurse call merupakan bagian mendasar dari rapid response system yang memungkinkan pasien memperoleh bantuan segera ketika terjadi perubahan kondisi klinis atau keadaan darurat selama perawatan. Tanpa sistem komunikasi yang cepat dan responsif, risiko keterlambatan penanganan pasien dapat meningkat secara signifikan. Hazwani et al. (2024) menjelaskan bahwa banyak latent safety threats dalam fasilitas kesehatan berasal dari kegagalan sistem komunikasi, kurangnya kesiapan sumber daya, serta lemahnya integrasi sistem keselamatan pasien (Hazwani et al., 2024). Penelitian tersebut menunjukkan

bahwa hospital readiness tidak hanya berkaitan dengan kesiapan bangunan, tetapi juga kesiapan sistem pelayanan klinis dan mitigasi risiko keselamatan pasien.

Dengan demikian, rendahnya ketersediaan nurse call dalam implementasi KRIS menunjukkan bahwa sebagian rumah sakit masih berada pada tahap awal transformasi pelayanan. Rumah sakit tampak lebih fokus pada indikator yang mudah divisualisasikan seperti luas ruang, pencahayaan, dan desain bangunan, sementara sistem komunikasi klinis belum menjadi prioritas utama. Kondisi ini memperlihatkan adanya kesenjangan antara pembangunan fisik dan pembangunan patient safety culture di rumah sakit.

Selain nurse call, ketersediaan oksigen medis juga menjadi indikator yang belum sepenuhnya terpenuhi pada sejumlah rumah sakit. Temuan ini menjadi sangat penting terutama setelah pandemi COVID-19 yang memperlihatkan betapa krusialnya kesiapan sistem oksigen medis dalam pelayanan kesehatan. Dwarakacherla et al. (2025) menegaskan bahwa fasilitas kesehatan modern harus memiliki prinsip expandability, convertibility, dan adaptability agar mampu merespons lonjakan kebutuhan pelayanan kesehatan dalam situasi krisis maupun pelayanan rutin (Dwarakacherla et al., 2025). Dalam implementasi KRIS, keberadaan oksigen medis di ruang rawat inap bukan hanya simbol kelengkapan fasilitas, tetapi mencerminkan kapasitas rumah sakit dalam menjamin continuity of care dan kesiapsiagaan pelayanan klinis.

Temuan penelitian ini juga menunjukkan rendahnya pemenuhan indikator handrail dan aksesibilitas kursi roda pada beberapa rumah sakit. Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa pendekatan universal design dalam pelayanan kesehatan belum sepenuhnya menjadi perhatian utama rumah sakit. Padahal, rumah sakit sebagai fasilitas publik wajib menjamin aksesibilitas pelayanan bagi seluruh kelompok masyarakat, termasuk lansia, penyandang disabilitas, pasien dengan keterbatasan mobilitas, dan kelompok rentan lainnya.

Mosca et al. (2022) menjelaskan bahwa konsep Design for All dalam fasilitas kesehatan bertujuan menciptakan lingkungan pelayanan yang inklusif melalui integrasi aspek fisik, sensory-cognitive, dan social accessibility (Mosca et al., 2022). Rumah sakit yang menerapkan universal design tidak hanya meningkatkan kenyamanan pasien, tetapi juga memperkuat keselamatan, kemandirian pasien, dan kualitas pengalaman pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, rendahnya pemenuhan handrail dan aksesibilitas kursi roda menunjukkan bahwa sebagian rumah sakit masih memandang desain fasilitas kesehatan dari perspektif teknis bangunan semata, bukan dari perspektif pengalaman pasien secara holistik.

Persoalan aksesibilitas tersebut berkaitan erat dengan risiko jatuh pasien selama perawatan. Piatkowski et al. (2021) menjelaskan bahwa desain ruang rawat inap memiliki pengaruh signifikan terhadap risiko patient falls, khususnya pada pasien lansia dan pasien dengan keterbatasan mobilitas (Piatkowski et al., 2021). Tata letak ruangan, kualitas lantai, posisi toilet, pencahayaan, dan keberadaan handrail merupakan bagian dari evidence-based healthcare design yang dapat menurunkan risiko cedera pasien di rumah sakit. Dengan demikian, rendahnya pemenuhan indikator handrail dalam penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi KRIS masih belum sepenuhnya terintegrasi dengan prinsip patient safety dan evidence-based design.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa rumah sakit dengan kapasitas besar cenderung menghadapi tantangan lebih kompleks dalam memenuhi standar KRIS secara menyeluruh. Penyesuaian distribusi oksigen, integrasi nurse call system, penataan ulang ruang rawat inap, serta pengaturan alur mobilitas pasien membutuhkan investasi besar dan perubahan tata kelola fasilitas kesehatan secara menyeluruh. Grimaz et al. (2021) menjelaskan bahwa modernisasi fasilitas rumah sakit harus mempertimbangkan aspek safety, functionality, sustainability, adaptability, dan comfort secara simultan agar rumah sakit mampu bertahan dalam berbagai tekanan pelayanan kesehatan (Grimaz et al., 2021). Modernisasi rumah sakit bukan hanya renovasi bangunan, tetapi restrukturisasi sistem pelayanan kesehatan secara terpadu.

Selain itu, implementasi KRIS juga memperlihatkan pentingnya hubungan antara lingkungan fisik rumah sakit dan persepsi keselamatan tenaga kesehatan. Zamani et al. (2023) menemukan bahwa faktor seperti privasi pasien, adjacency ruang, kebersihan, keamanan, signage, kualitas lantai, dan visibilitas tim pelayanan berkorelasi signifikan dengan persepsi keselamatan staf rumah sakit (Zamani et al., 2023). Artinya, desain fasilitas kesehatan tidak hanya memengaruhi pengalaman pasien, tetapi juga kualitas kerja tenaga kesehatan dan efektivitas pelayanan klinis.

Hubungan antara desain fasilitas dan budaya keselamatan pasien juga diperkuat oleh penelitian Hesgrove et al. (2024) yang menunjukkan bahwa workplace safety culture memiliki hubungan sangat kuat dengan patient safety culture (Hesgrove et al., 2024). Dukungan manajemen terhadap keselamatan kerja dan keselamatan pasien terbukti berkorelasi positif terhadap kualitas pelayanan rumah sakit. Oleh sebab itu, keberhasilan implementasi KRIS tidak dapat diukur hanya dari jumlah indikator bangunan yang terpenuhi, tetapi juga sejauh mana rumah sakit mampu membangun budaya keselamatan pasien yang kuat.

Dalam perspektif administrasi pelayanan kesehatan, implementasi KRIS sebenarnya mencerminkan pergeseran paradigma pelayanan rumah sakit dari *service inequality* menuju *service standardization* berbasis *patient-centered care*. Konsep *patient-centered hospital design* menempatkan rumah sakit bukan hanya sebagai tempat pengobatan, tetapi sebagai *healing environment* yang mendukung keselamatan, kenyamanan, privasi, dan pengalaman pasien selama perawatan. Pendekatan ini menekankan pentingnya desain ruang yang tenang, pencahayaan alami, aksesibilitas universal, sistem komunikasi klinis yang responsif, dan ruang rawat yang aman bagi pasien.

Namun demikian, penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian rumah sakit masih berada pada fase transisi menuju paradigma tersebut. Rumah sakit telah mampu memenuhi sebagian besar indikator struktural KRIS, tetapi integrasi *patient safety*, *universal accessibility*, dan sistem pelayanan klinis masih memerlukan penguatan lebih lanjut. Kondisi ini menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi KRIS tidak cukup dicapai melalui renovasi ruang rawat inap semata, melainkan membutuhkan perubahan budaya organisasi, penguatan tata kelola rumah sakit, investasi sistem keselamatan pasien, dan redesign pelayanan kesehatan secara menyeluruh.

Dengan demikian, implementasi KRIS di Kalimantan Selatan memperlihatkan bahwa transformasi pelayanan rumah sakit Indonesia sedang

bergerak menuju standardisasi pelayanan yang lebih adil dan manusiawi, tetapi masih menghadapi tantangan besar dalam integrasi keselamatan pasien dan kualitas pelayanan klinis. Masa depan KRIS tidak hanya bergantung pada kemampuan rumah sakit memenuhi indikator fisik bangunan, melainkan pada kemampuan sistem kesehatan membangun rumah sakit yang aman, inklusif, adaptif, dan benar-benar berorientasi pada keselamatan serta pengalaman pasien.

Analisis Kesenjangan Implementasi

Implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di Provinsi Kalimantan Selatan memperlihatkan dinamika transformasi pelayanan rumah sakit yang belum berlangsung secara seragam. Data menunjukkan terdapat perbedaan yang cukup lebar antara jumlah tempat tidur yang telah dialokasikan sebagai tempat tidur KRIS dengan jumlah tempat tidur yang benar-benar memenuhi seluruh indikator standar KRIS. Fenomena ini menunjukkan bahwa implementasi KRIS di lapangan tidak hanya berkaitan dengan perubahan administratif, tetapi juga menyangkut kapasitas organisasi rumah sakit dalam melakukan transformasi mutu pelayanan secara menyeluruh.

Beberapa rumah sakit di Kalimantan Selatan telah mengalokasikan jumlah tempat tidur KRIS dalam skala besar, namun tingkat kesesuaian terhadap indikator standar masih bervariasi. RSUD Ulin Banjarmasin, misalnya, telah mencatat alokasi 505 tempat tidur KRIS, tetapi hanya sebagian yang telah memenuhi seluruh kriteria standar secara penuh. Kondisi serupa juga terlihat pada RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh dengan 162 tempat tidur KRIS, RSUD Datu Sanggul Rantau dengan 89 tempat tidur KRIS, serta RSUD H. Abdul Aziz Marabahan dengan 100 tempat tidur KRIS. Di sisi lain, beberapa rumah sakit dengan kapasitas lebih kecil justru menunjukkan tingkat pemenuhan indikator yang relatif lebih baik karena skala ruang dan proses penyesuaian lebih mudah dikendalikan.

Fenomena tersebut memperlihatkan bahwa besarnya kapasitas rumah sakit tidak selalu berbanding lurus dengan keberhasilan implementasi KRIS. Rumah sakit besar cenderung menghadapi kompleksitas yang lebih tinggi akibat okupansi tempat tidur yang besar, kebutuhan renovasi ruang rawat inap yang luas, keterbatasan fleksibilitas bangunan lama, serta tingginya tekanan pelayanan pasien. Sebaliknya, rumah sakit dengan kapasitas lebih kecil memiliki fleksibilitas lebih baik dalam melakukan penataan ulang ruang rawat inap sesuai standar KRIS.

Data juga menunjukkan bahwa masih terdapat rumah sakit yang berada pada tahap “persiapan ruangan”, renovasi bertahap, maupun validasi administratif. Sejumlah rumah sakit bahkan telah menetapkan tempat tidur KRIS, namun belum memenuhi seluruh indikator seperti nurse call, ventilasi enam kali pergantian udara per jam, pencahayaan standar, jarak antar tempat tidur 1,5 meter, aksesibilitas kamar mandi, serta pembatasan maksimal empat tempat tidur per ruangan. Kondisi ini menunjukkan bahwa implementasi KRIS masih didominasi fase transisi struktural dibanding transformasi mutu pelayanan yang sepenuhnya matang.

Dalam perspektif kebijakan publik, fenomena tersebut menggambarkan adanya kesenjangan antara desain regulasi dengan kapasitas implementasi di lapangan. Pemerintah melalui Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 mendorong standarisasi pelayanan rawat inap berbasis kesetaraan dan mutu

layanan. Namun dalam praktiknya, rumah sakit menghadapi tantangan teknis, finansial, manajerial, dan kelembagaan yang tidak sederhana.

Kesenjangan implementasi KRIS pada akhirnya memperlihatkan bahwa reformasi pelayanan kesehatan tidak cukup dilakukan melalui perubahan aturan semata. Rumah sakit sebagai organisasi pelayanan publik membutuhkan kesiapan sistemik untuk mengelola perubahan dalam skala besar. Transformasi pelayanan rawat inap memerlukan penyesuaian ruang fisik, reorganisasi pelayanan, penguatan budaya organisasi, peningkatan kesiapan SDM, hingga kemampuan menjaga kesinambungan pelayanan selama proses renovasi berlangsung.

Fenomena yang ditemukan di Kalimantan Selatan memperlihatkan kecenderungan terjadinya administrative compliance, yaitu kondisi ketika organisasi berupaya memenuhi tuntutan regulasi secara administratif terlebih dahulu dibanding melakukan perubahan substantif secara menyeluruh. Rumah sakit mulai mengalokasikan tempat tidur KRIS dan melakukan penyesuaian data pelaporan, tetapi proses perubahan mutu ruang rawat inap masih berlangsung secara bertahap. Fenomena ini lazim terjadi dalam implementasi kebijakan kesehatan berskala nasional ketika tekanan regulasi lebih cepat dibanding kesiapan kapasitas organisasi.

Kondisi tersebut sejalan dengan penelitian Husain et al. (2025) yang menjelaskan bahwa implementation gap dalam reformasi pelayanan kesehatan umumnya terjadi akibat ketidaksiapan organisasi, keterbatasan sumber daya, serta lemahnya harmonisasi antara kebijakan dan kapasitas implementasi. Implementasi kebijakan kesehatan modern tidak hanya membutuhkan regulasi, tetapi juga kesiapan sosial-organisasi yang mampu menerjemahkan perubahan kebijakan menjadi praktik pelayanan yang nyata.

Dalam implementasi KRIS, rumah sakit tidak sekadar diminta mengurangi jumlah tempat tidur per ruangan, melainkan melakukan transformasi menyeluruh terhadap standar pelayanan pasien. Hal ini terlihat pada kewajiban pemenuhan 12 indikator KRIS yang mencakup aspek fisik bangunan, sistem ventilasi, keselamatan pasien, privasi ruang rawat inap, aksesibilitas, hingga ketersediaan fasilitas pendukung. Oleh karena itu, implementasi KRIS pada dasarnya merupakan proses perubahan organisasi (organizational change) dalam sektor pelayanan kesehatan.

Dahlia et al. (2025) menegaskan bahwa keberhasilan perubahan organisasi rumah sakit sangat dipengaruhi kualitas manajemen perubahan, dukungan teknologi informasi, serta kemampuan organisasi mempertahankan mutu pelayanan selama proses transformasi berlangsung. Temuan tersebut relevan dengan situasi rumah sakit di Kalimantan Selatan yang menunjukkan variasi kesiapan implementasi berdasarkan kemampuan manajerial masing-masing rumah sakit.

Rumah sakit yang memiliki kepemimpinan lebih adaptif dan sistem koordinasi internal lebih baik cenderung mampu melakukan penyesuaian KRIS secara lebih cepat. Sebaliknya, rumah sakit dengan keterbatasan perencanaan renovasi, kendala pembiayaan, dan koordinasi internal yang lemah mengalami perlambatan implementasi. Ilmansyah dan Basabih (2025) juga menemukan bahwa hambatan utama implementasi KRIS di RSUD DKI Jakarta berasal dari keterbatasan luas bangunan, belum tersedianya perencanaan renovasi, serta keterbatasan dukungan anggaran.

Situasi tersebut terlihat jelas pada rumah sakit-rumah sakit di Kalimantan Selatan yang masih berada dalam fase persiapan ruangan atau validasi bertahap. Beberapa rumah sakit bahkan menghadapi potensi pengurangan kapasitas tempat tidur akibat penyesuaian standar maksimal empat tempat tidur per ruangan. Konsekuensinya, implementasi KRIS bukan hanya memerlukan investasi renovasi, tetapi juga berpotensi memengaruhi efisiensi pelayanan dan kapasitas rawat inap rumah sakit.

Fenomena ini berkaitan erat dengan persoalan kapasitas tempat tidur rumah sakit (*hospital bed capacity*). OECD (2025) menjelaskan bahwa kapasitas tempat tidur rumah sakit harus dijaga secara seimbang antara efisiensi dan kesiapan pelayanan. Tingkat okupansi yang terlalu tinggi dapat menyebabkan tekanan sistem pelayanan dan mengurangi fleksibilitas rumah sakit dalam menghadapi perubahan atau lonjakan pasien.

Data rumah sakit di Kalimantan Selatan menunjukkan beberapa rumah sakit memiliki tingkat BOR relatif tinggi, seperti RSUD H. Damanhuri Barabai dengan BOR mencapai 80,02%, RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan dengan BOR 68,8%, dan RS Islam Banjarmasin dengan BOR 70%. Dalam kondisi okupansi tinggi, rumah sakit akan lebih sulit melakukan renovasi ruang rawat inap tanpa mengganggu kontinuitas pelayanan pasien.

Arogyaswamy et al. (2021) menegaskan bahwa tekanan kapasitas rumah sakit dapat berdampak pada kualitas pelayanan, konflik internal organisasi, serta meningkatnya tekanan kerja tenaga kesehatan. Rumah sakit yang sedang mengalami *capacity strain* cenderung mengalami kesulitan melakukan perubahan struktural karena fokus organisasi lebih diarahkan pada menjaga keberlangsungan pelayanan harian.

Di sisi lain, implementasi KRIS juga memperlihatkan adanya dimensi budaya organisasi dan kesiapan perubahan (*change readiness*). Ellis et al. (2023) menjelaskan bahwa keberhasilan perubahan organisasi rumah sakit sangat dipengaruhi budaya *teamwork*, komunikasi internal, dan kesiapan staf menghadapi perubahan kebijakan. Ketika perubahan dilakukan tanpa komunikasi yang memadai, resistensi organisasi lebih mudah muncul dan proses transformasi berjalan lebih lambat.

Hal tersebut penting dalam implementasi KRIS karena perubahan ruang rawat inap turut memengaruhi pola kerja tenaga kesehatan, distribusi pasien, sistem pelayanan, hingga manajemen alur perawatan. Rumah sakit tidak hanya dituntut melakukan renovasi fisik, tetapi juga mengelola perubahan budaya pelayanan agar tetap mampu menjaga mutu layanan pasien selama proses transformasi berlangsung.

Fenomena implementasi KRIS di Kalimantan Selatan juga memperlihatkan pentingnya ketahanan organisasi (*organizational resilience*). Endaryono et al. (2025) menjelaskan bahwa rumah sakit membutuhkan kepemimpinan resilien dan kemampuan reorganisasi sumber daya untuk menghadapi perubahan regulasi dan tekanan pelayanan kesehatan yang terus berkembang. Rumah sakit yang mampu membangun fleksibilitas organisasi, kolaborasi internal, dan kemampuan adaptasi cenderung lebih siap menghadapi reformasi pelayanan kesehatan.

Selain itu, implementasi KRIS juga memperlihatkan paradoks kebijakan kesehatan modern. Di satu sisi, KRIS dirancang untuk menciptakan kesetaraan layanan dan meningkatkan kualitas pelayanan pasien BPJS Kesehatan. Namun di sisi lain, implementasi standar tersebut membutuhkan investasi besar, restrukturisasi ruang, serta potensi penurunan kapasitas tempat tidur rumah sakit.

ARSSI menyebut bahwa kebutuhan renovasi ruang rawat inap untuk memenuhi standar KRIS dapat mencapai miliaran rupiah bagi satu rumah sakit. Bagi rumah sakit swasta maupun rumah sakit daerah dengan keterbatasan fiskal, kondisi ini menjadi tantangan serius dalam menjaga keseimbangan antara tuntutan regulasi, keberlanjutan pelayanan, dan kemampuan pembiayaan organisasi.

Dalam perspektif paradox theory, Erthal et al. (2021) menjelaskan bahwa perubahan organisasi sektor kesehatan sering menghadirkan ketegangan antara efisiensi, tuntutan regulasi, dan kapasitas organisasi. Rumah sakit dituntut meningkatkan mutu layanan sekaligus mempertahankan stabilitas operasional dalam kondisi sumber daya terbatas. Oleh karena itu, implementasi KRIS tidak dapat dipahami hanya sebagai program standarisasi fasilitas, tetapi merupakan proses transformasi kelembagaan yang kompleks.

Dengan demikian, kesenjangan implementasi KRIS di Kalimantan Selatan menunjukkan bahwa reformasi pelayanan kesehatan membutuhkan lebih dari sekadar regulasi nasional. Keberhasilan implementasi sangat dipengaruhi kemampuan organisasi rumah sakit dalam mengelola perubahan, membangun ketahanan kelembagaan, menjaga kesinambungan pelayanan, serta melakukan transformasi mutu secara bertahap namun substantif. Dalam situasi tersebut, implementasi KRIS pada akhirnya menjadi cermin kapasitas adaptasi sistem kesehatan daerah dalam menghadapi arah baru pelayanan kesehatan nasional yang lebih setara, bermutu, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Implikasi Implementasi KRIS terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional memperlihatkan transformasi besar dalam orientasi mutu pelayanan rumah sakit di Indonesia. Kebijakan ini tidak lagi menempatkan rumah sakit semata sebagai institusi penyedia kapasitas rawat inap, melainkan sebagai organisasi pelayanan yang dituntut menghadirkan pengalaman pelayanan yang aman, manusiawi, setara, dan berorientasi pada pasien. Reformasi tersebut menjadi penting karena selama bertahun-tahun sistem kelas rawat inap menciptakan diferensiasi fasilitas pelayanan berdasarkan kemampuan pembayaran pasien, sehingga mutu lingkungan pelayanan sering kali berjalan tidak seimbang dengan prinsip keadilan kesehatan universal.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa implementasi KRIS mendorong rumah sakit melakukan restrukturisasi fisik dan operasional secara signifikan. Penyesuaian tersebut meliputi pembatasan jumlah tempat tidur dalam satu ruang rawat, penguatan ventilasi dan pencahayaan, pengaturan suhu ruangan, penyediaan nurse call system, peningkatan aksesibilitas pasien, hingga penataan ulang alur pelayanan rawat inap. Penelitian Masithoh et al. (2025) menunjukkan bahwa implementasi KRIS di Rumah Sakit Bhayangkara Lemdiklat POLRI telah mencapai kesiapan tinggi melalui penguatan aspek perencanaan, infrastruktur,

pengelolaan aset, dan operasional rumah sakit, meskipun masih ditemukan kendala teknis pada indikator ventilasi dan temperatur ruangan (Masithoh et al., 2025).

Perubahan tersebut menunjukkan bahwa KRIS pada dasarnya bukan sekadar kebijakan administrasi kelas rawat inap, tetapi merupakan instrumen restrukturisasi mutu pelayanan rumah sakit secara sistemik. Dalam perspektif Donabedian, mutu pelayanan kesehatan dibangun melalui hubungan antara struktur, proses, dan outcome pelayanan. Struktur meliputi fasilitas fisik, sumber daya manusia, regulasi, dan sarana pelayanan; proses berkaitan dengan praktik pelayanan klinis dan interaksi tenaga kesehatan; sedangkan outcome mencerminkan keselamatan pasien, kepuasan pasien, dan hasil klinis pelayanan (De Rosis, 2023). Dengan demikian, implementasi KRIS secara langsung memperkuat dimensi struktur pelayanan rumah sakit yang selama ini menjadi fondasi kualitas pelayanan kesehatan.

Secara empiris, pembatasan jumlah tempat tidur dalam satu ruang memiliki implikasi penting terhadap pengendalian infeksi, kenyamanan pasien, serta perlindungan privasi pasien. Ackley et al. (2024) menegaskan bahwa kualitas lingkungan fisik rumah sakit—seperti ventilasi, pencahayaan, kualitas udara, kebisingan, dan suhu ruangan—berpengaruh signifikan terhadap pemulihan pasien, penurunan tingkat stres, serta efektivitas tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan (Ackley et al., 2024). Temuan tersebut memperlihatkan bahwa desain ruang rawat inap tidak lagi dapat dipandang sekadar aspek teknis bangunan, tetapi bagian integral dari mutu pelayanan kesehatan modern.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa implementasi KRIS memperkuat pendekatan *patient-centered care* dalam pelayanan rumah sakit. Rumah sakit mulai memberikan perhatian lebih besar terhadap pengalaman pasien selama menjalani rawat inap, termasuk kenyamanan ruang, kualitas komunikasi pelayanan, dan penghormatan terhadap hak privasi pasien. Liu et al. (2024) menemukan bahwa lingkungan rumah sakit dan kualitas pelayanan keperawatan merupakan determinan utama kepuasan pasien rawat inap dan rekomendasi terhadap rumah sakit (Liu et al., 2024). Kondisi tersebut menegaskan bahwa mutu pelayanan rumah sakit saat ini tidak hanya ditentukan oleh keberhasilan klinis, tetapi juga oleh pengalaman emosional dan psikologis pasien selama menerima pelayanan.

Dalam perspektif SERVQUAL, implementasi KRIS memperkuat dimensi tangibility pelayanan kesehatan melalui peningkatan kualitas fasilitas fisik rumah sakit. Rahmatia et al. (2025) menunjukkan bahwa dimensi tangibility, responsiveness, empathy, assurance, dan reliability berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien rawat inap, dengan empati dan assurance menjadi faktor paling dominan (Rahmatia et al., 2025). Oleh karena itu, penataan ulang ruang rawat inap melalui KRIS sesungguhnya memiliki implikasi langsung terhadap persepsi mutu pelayanan rumah sakit di mata pasien.

Namun demikian, implementasi KRIS juga menghadirkan tantangan besar bagi rumah sakit, terutama terkait kapasitas rawat inap dan kebutuhan investasi infrastruktur. Pembatasan jumlah tempat tidur dalam satu ruang menyebabkan sebagian rumah sakit mengalami penurunan kapasitas layanan. Kondisi ini menjadi problematik bagi rumah sakit dengan tingkat Bed Occupancy Rate (BOR) tinggi karena berpotensi memengaruhi efisiensi pelayanan dan akses pasien terhadap layanan rawat inap. Dalam beberapa kasus, rumah sakit harus melakukan renovasi

besar terhadap bangunan lama yang sebelumnya tidak dirancang berdasarkan standar KRIS.

Fenomena tersebut memperlihatkan adanya dilema antara peningkatan mutu pelayanan dan efisiensi kapasitas rumah sakit. Dalam paradigma lama, keberhasilan rumah sakit sering diukur melalui besarnya kapasitas tempat tidur dan volume pelayanan. Namun dalam paradigma *quality-based healthcare*, indikator mutu pelayanan bergeser pada kemampuan rumah sakit menciptakan pelayanan yang aman, nyaman, efektif, dan berorientasi pada keselamatan pasien. Bleibtreu et al. (2022) menegaskan bahwa rumah sakit modern tidak lagi dinilai berdasarkan kuantitas kapasitas layanan, tetapi berdasarkan kemampuan memenuhi kebutuhan pelayanan berkualitas dan berbasis keselamatan pasien (Bleibtreu et al., 2022).

Selain itu, implementasi KRIS memperlihatkan bahwa transformasi mutu pelayanan rumah sakit tidak dapat dipisahkan dari kesiapan organisasi terhadap perubahan. Rumah sakit dituntut melakukan penyesuaian budaya organisasi, tata kelola pelayanan, hingga pola kerja tenaga kesehatan. Wardani et al. (2024) menemukan bahwa keberhasilan perubahan organisasi rumah sakit sangat dipengaruhi oleh budaya organisasi dan *readiness for change* individu dalam menghadapi transformasi pelayanan (Wardani et al., 2024). Hal tersebut menjelaskan mengapa implementasi KRIS di berbagai rumah sakit menunjukkan tingkat keberhasilan yang berbeda-beda, terutama bergantung pada kapasitas manajemen perubahan organisasi.

Dalam perspektif *adaptive healthcare organization*, implementasi KRIS juga mencerminkan kebutuhan rumah sakit untuk menjadi organisasi yang lebih fleksibel dan responsif terhadap perubahan sistem kesehatan nasional. Carter dan Burke (2023) menjelaskan bahwa organisasi pelayanan kesehatan yang adaptif memiliki kemampuan merespons perubahan melalui penguatan kolaborasi, komunikasi, inovasi, dan kesiapan organisasi menghadapi dinamika sistem pelayanan kesehatan (Carter & Burke, 2023). Pendekatan tersebut menjadi sangat relevan dalam implementasi KRIS karena perubahan yang terjadi tidak hanya bersifat fisik, tetapi juga menyangkut transformasi budaya pelayanan rumah sakit.

Implementasi KRIS juga memiliki implikasi strategis terhadap penguatan prinsip keadilan pelayanan kesehatan. Sebelum KRIS diterapkan, fasilitas rawat inap sangat dipengaruhi oleh kelas kepesertaan JKN sehingga menciptakan stratifikasi sosial dalam pelayanan rumah sakit. Melalui KRIS, pemerintah berupaya membangun standar minimum pelayanan yang lebih setara bagi seluruh peserta JKN. Dalam perspektif *Universal Health Coverage (UHC)*, kualitas pelayanan merupakan komponen fundamental untuk menjamin bahwa akses pelayanan kesehatan tidak hanya tersedia, tetapi juga bermutu dan berkeadilan. Yanful et al. (2023) menegaskan bahwa pencapaian UHC tidak dapat dipisahkan dari penguatan kualitas pelayanan kesehatan dan pengurangan disparitas mutu pelayanan antar kelompok masyarakat (Yanful et al., 2023).

Namun demikian, implementasi KRIS juga menunjukkan bahwa reformasi mutu pelayanan rumah sakit memerlukan dukungan kebijakan pembiayaan yang kuat. Renovasi infrastruktur, penyesuaian ruang rawat inap, pengadaan sarana pelayanan, serta peningkatan kualitas lingkungan rumah sakit membutuhkan investasi besar yang tidak semua rumah sakit mampu memenuhinya secara cepat.

Kondisi ini terutama dirasakan rumah sakit daerah dan rumah sakit swasta kecil yang memiliki keterbatasan fiskal dan infrastruktur lama. Agustina et al. (2025) menunjukkan bahwa keterbatasan sumber daya, ketimpangan infrastruktur, dan distribusi tenaga kesehatan masih menjadi hambatan utama dalam pemerataan mutu pelayanan kesehatan di daerah rentan sosial-ekonomi (Agustina et al., 2025).

Di sisi lain, implementasi KRIS berpotensi memperkuat budaya patient safety dan akreditasi rumah sakit. Alhawajreh et al. (2023) melalui systematic review menunjukkan bahwa implementasi standar mutu dan akreditasi rumah sakit berkontribusi terhadap penguatan kualitas pelayanan, keselamatan pasien, dan standarisasi praktik pelayanan kesehatan meskipun dampaknya terhadap outcome klinis tidak selalu konsisten pada seluruh rumah sakit (Alhawajreh et al., 2023). Hal ini memperlihatkan bahwa KRIS dan akreditasi rumah sakit sebenarnya bergerak dalam arah yang sama, yaitu membangun tata kelola mutu pelayanan berbasis standar nasional.

Dengan demikian, implementasi KRIS memperlihatkan bahwa reformasi rumah sakit di Indonesia sedang bergerak menuju paradigma pelayanan kesehatan yang lebih berorientasi pada mutu, keselamatan pasien, dan pengalaman pelayanan pasien. Rumah sakit tidak lagi sekadar dinilai berdasarkan jumlah kapasitas layanan, tetapi berdasarkan kemampuan menciptakan pelayanan yang aman, nyaman, manusiawi, dan setara bagi seluruh masyarakat. Transformasi tersebut memang memunculkan tantangan besar dalam aspek pembiayaan, kapasitas pelayanan, dan kesiapan organisasi, tetapi dalam jangka panjang berpotensi memperkuat kualitas pelayanan rumah sakit sekaligus memperkecil disparitas pelayanan kesehatan di Indonesia.

Novelty dan Implikasi Penelitian

Penelitian ini memiliki novelty pada upaya membaca implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) bukan semata sebagai perubahan administratif sistem kelas perawatan, melainkan sebagai proses transformasi mutu pelayanan rumah sakit yang bersifat multidimensional. Berbeda dengan sebagian penelitian sebelumnya yang lebih berfokus pada aspek kesiapan fasilitas, regulasi, atau pembiayaan, penelitian ini memperlihatkan bahwa implementasi KRIS sesungguhnya menghadirkan hubungan yang kompleks antara standarisasi pelayanan, kapasitas tempat tidur, ketahanan organisasi rumah sakit, budaya keselamatan pasien, serta keadilan pelayanan kesehatan.

Novelty lainnya terletak pada penggunaan perspektif administrasi publik, patient-centered care, dan adaptive healthcare organization secara simultan dalam membaca dinamika implementasi KRIS di daerah. Penelitian ini menunjukkan bahwa rumah sakit tidak hanya menghadapi tuntutan pemenuhan indikator fisik bangunan, tetapi juga tekanan reorganisasi pelayanan, perubahan budaya kerja, restrukturisasi kapasitas rawat inap, hingga kebutuhan membangun fleksibilitas organisasi dalam menghadapi reformasi sistem kesehatan nasional. Dalam posisi tersebut, KRIS menjadi instrumen institutional change yang menggeser paradigma pelayanan rumah sakit dari quantity-based healthcare menuju quality-based dan patient-oriented healthcare.

Selain itu, penelitian ini menghasilkan temuan penting mengenai paradoks implementasi KRIS. Di satu sisi, standarisasi ruang rawat inap mampu

meningkatkan privasi pasien, kenyamanan pelayanan, keselamatan pasien, dan pemerataan mutu layanan. Namun di sisi lain, implementasi KRIS juga berpotensi menurunkan kapasitas tempat tidur, meningkatkan tekanan pelayanan rumah sakit, serta memunculkan kebutuhan investasi infrastruktur yang besar, terutama pada rumah sakit daerah dan rumah sakit dengan bangunan lama. Temuan ini memperlihatkan bahwa reformasi mutu pelayanan kesehatan memiliki konsekuensi struktural yang tidak dapat dipisahkan dari kapasitas fiskal dan ketahanan organisasi rumah sakit.

Implikasi penelitian ini menunjukkan bahwa keberhasilan implementasi KRIS membutuhkan pendekatan kebijakan yang lebih adaptif, bertahap, dan berbasis kapasitas rumah sakit. Pemerintah tidak cukup hanya menetapkan standar pelayanan, tetapi juga perlu memperkuat dukungan pembiayaan, roadmap transformasi infrastruktur, serta harmonisasi kebijakan pembiayaan JKN dengan kebutuhan renovasi rumah sakit. Penelitian ini juga menegaskan pentingnya penguatan adaptive governance, digitalisasi manajemen tempat tidur, budaya patient safety, dan redesign pelayanan rumah sakit berbasis pengalaman pasien. Dengan demikian, implementasi KRIS tidak hanya menjadi proyek standarisasi ruang rawat inap, tetapi momentum strategis untuk membangun sistem pelayanan kesehatan Indonesia yang lebih adil, manusiawi, resilien, dan berorientasi pada mutu pelayanan jangka panjang.

D. PENUTUP

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di Provinsi Kalimantan Selatan, maka diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Gambaran umum rumah sakit dalam implementasi KRIS menunjukkan adanya variasi kapasitas dan kesiapan antar rumah sakit.
Rumah sakit kelas C menjadi kelompok dominan dalam struktur pelayanan rumah sakit di Kalimantan Selatan, sehingga memiliki posisi strategis dalam keberhasilan implementasi KRIS. Implementasi kebijakan ini tidak hanya melibatkan rumah sakit pemerintah, tetapi juga rumah sakit swasta, organisasi sosial, dan institusi keagamaan. Variasi kepemilikan dan kelas rumah sakit memengaruhi kemampuan adaptasi organisasi, fleksibilitas manajerial, serta kesiapan transformasi pelayanan rawat inap.
2. Ketersediaan tempat tidur KRIS masih menunjukkan kesenjangan antara jumlah tempat tidur yang dialokasikan dengan jumlah tempat tidur yang benar-benar memenuhi standar KRIS.
Beberapa rumah sakit telah menetapkan kapasitas tempat tidur KRIS dalam jumlah besar, namun belum seluruhnya memenuhi indikator standar seperti ventilasi, nurse call system, aksesibilitas pasien, dan jarak antar tempat tidur. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa implementasi KRIS masih berada pada fase transisi struktural dan belum sepenuhnya mencapai transformasi mutu pelayanan secara optimal.
3. Kesesuaian sarana-prasarana KRIS memperlihatkan bahwa sebagian besar rumah sakit telah memenuhi indikator dasar fisik bangunan, tetapi masih

menghadapi kendala pada aspek keselamatan pasien dan aksesibilitas pelayanan.

Indikator seperti pencahayaan, lantai anti licin, dan penataan ruang rawat inap relatif telah terpenuhi pada banyak rumah sakit. Namun demikian, pemenuhan nurse call, handrail, aksesibilitas kursi roda, dan ketersediaan oksigen medis masih rendah pada sejumlah rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi KRIS masih lebih berorientasi pada penyesuaian fisik bangunan dibanding penguatan patient safety culture secara komprehensif.

4. Analisis kesenjangan implementasi KRIS menunjukkan adanya implementation gap antara regulasi nasional dan kapasitas implementasi rumah sakit di daerah.

Rumah sakit menghadapi berbagai tantangan berupa keterbatasan infrastruktur lama, kebutuhan renovasi besar, tekanan kapasitas pelayanan, keterbatasan pembiayaan, serta kesiapan organisasi dalam mengelola perubahan. Rumah sakit besar cenderung menghadapi tantangan lebih kompleks dibanding rumah sakit kecil karena tingginya okupansi tempat tidur dan kompleksitas reorganisasi pelayanan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa implementasi KRIS merupakan proses organizational change yang membutuhkan adaptive governance dan ketahanan organisasi rumah sakit.

5. Implementasi KRIS memiliki implikasi signifikan terhadap transformasi mutu pelayanan rumah sakit.

Kebijakan KRIS mendorong perubahan paradigma pelayanan kesehatan dari quantity-based healthcare menuju quality-based dan patient-centered healthcare. Pembatasan jumlah tempat tidur dalam satu ruang meningkatkan privasi pasien, kenyamanan pelayanan, serta pengendalian infeksi. Namun di sisi lain, implementasi KRIS juga berpotensi menurunkan kapasitas tempat tidur rumah sakit apabila tidak diikuti pengembangan infrastruktur baru. Oleh karena itu, keberhasilan implementasi KRIS tidak hanya ditentukan oleh kepatuhan regulatif, tetapi juga oleh kemampuan rumah sakit membangun pelayanan yang aman, manusiawi, adaptif, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Rekomendasi

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
 - a. Menyusun roadmap implementasi KRIS nasional berbasis klaster kapasitas rumah sakit, sehingga target pemenuhan standar tidak disamaratakan antara rumah sakit besar, rumah sakit daerah terpencil, dan rumah sakit swasta kecil.
 - b. Menetapkan skema pendanaan khusus renovasi KRIS melalui Dana Alokasi Khusus (DAK) kesehatan atau matching fund untuk mendukung rumah sakit yang mengalami keterbatasan infrastruktur fisik.
 - c. Mengembangkan dashboard monitoring KRIS nasional terintegrasi dengan SIRS Online untuk memantau secara real time indikator pemenuhan KRIS, keterisian tempat tidur, kesiapan sarana-prasarana, serta capaian patient safety setiap rumah sakit.

- d. Menyusun pedoman teknis renovasi ruang rawat inap berbasis low-cost high-impact renovation agar rumah sakit dapat melakukan penyesuaian standar tanpa harus melakukan pembangunan total gedung baru.
 - e. Mengintegrasikan indikator implementasi KRIS ke dalam instrumen akreditasi rumah sakit dan evaluasi mutu pelayanan nasional sehingga implementasi KRIS tidak berhenti sebagai kepatuhan administratif.
2. Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota
- a. Menyusun peta prioritas rumah sakit yang membutuhkan intervensi renovasi KRIS berdasarkan tingkat kesenjangan sarana-prasarana dan risiko pelayanan.
 - b. Mengalokasikan dukungan APBD secara bertahap untuk perbaikan ruang rawat inap, khususnya pada indikator keselamatan pasien seperti nurse call system, handrail, aksesibilitas disabilitas, ventilasi, dan oksigen medis.
 - c. Membentuk tim pendamping implementasi KRIS tingkat daerah yang melibatkan Dinas Kesehatan, organisasi profesi, akademisi, dan asosiasi rumah sakit untuk melakukan asistensi teknis berkala.
 - d. Mengintegrasikan implementasi KRIS dalam dokumen perencanaan kesehatan daerah seperti Renstra dan Rencana Induk Perumahsakitian Daerah agar transformasi pelayanan memiliki kesinambungan kebijakan dan pembiayaan.
 - e. Mengembangkan sistem benchmarking antar rumah sakit di Kalimantan Selatan untuk mempercepat transfer praktik baik implementasi KRIS.
3. Manajemen Rumah Sakit
- a. Melakukan audit internal sarana-prasarana KRIS berbasis gap analysis untuk memetakan indikator prioritas yang belum memenuhi standar.
 - b. Menyusun masterplan renovasi ruang rawat inap secara bertahap dengan prioritas pada indikator keselamatan pasien dan kenyamanan pelayanan.
 - c. Membentuk tim transformasi KRIS lintas unit yang terdiri dari manajemen, pelayanan medis, keperawatan, IPSRS, mutu, dan keuangan agar implementasi berjalan terintegrasi.
 - d. Mengembangkan digital bed management system untuk mengantisipasi penurunan kapasitas tempat tidur akibat pembatasan jumlah bed dalam satu ruang rawat.
 - e. Memperkuat budaya patient safety melalui pelatihan berkala, simulasi keselamatan pasien, dan monitoring insiden keselamatan pasien berbasis unit pelayanan.
 - f. Mengoptimalkan redesign ruang rawat inap dengan pendekatan universal design agar pelayanan lebih inklusif bagi lansia, penyandang disabilitas, dan pasien risiko tinggi.
4. BPJS Kesehatan
- a. Menyusun skema insentif pembiayaan berbasis mutu bagi rumah sakit dengan tingkat pemenuhan KRIS dan patient safety yang tinggi.
 - b. Mengembangkan sistem evaluasi mutu rawat inap berbasis pengalaman pasien (PREMs dan PROMs) untuk menilai dampak implementasi KRIS terhadap kualitas pelayanan.

- c. Melakukan harmonisasi kebijakan tarif pelayanan dengan kebutuhan transformasi mutu pelayanan rumah sakit agar implementasi KRIS tidak menimbulkan tekanan finansial berlebihan.
- d. Berkolaborasi dengan Kementerian Kesehatan dalam pengembangan indikator mutu KRIS berbasis data klaim dan utilisasi pelayanan JKN.
- 5. Organisasi Profesi dan Akademisi
 - a. Mengembangkan pedoman teknis implementasi KRIS berbasis evidence-based hospital design dan patient safety.
 - b. Menyelenggarakan pelatihan dan pendampingan implementasi KRIS bagi tenaga kesehatan, manajemen rumah sakit, dan teknisi fasilitas pelayanan kesehatan.
 - c. Melakukan penelitian lanjutan mengenai dampak implementasi KRIS terhadap kepuasan pasien, BOR, efisiensi pelayanan, patient outcome, dan keselamatan pasien.
 - d. Mengembangkan model evaluasi implementasi KRIS berbasis pendekatan Donabedian, organizational readiness, dan adaptive healthcare organization untuk mendukung kebijakan nasional berbasis bukti ilmiah.
- 6. Peneliti Selanjutnya
 - a. Melakukan penelitian longitudinal untuk menilai dampak implementasi KRIS terhadap mutu pelayanan rumah sakit dalam jangka panjang.
 - b. Mengembangkan studi komparatif antar provinsi atau antar tipe rumah sakit untuk mengidentifikasi determinan keberhasilan implementasi KRIS.
 - c. Mengkaji hubungan implementasi KRIS dengan efisiensi pembiayaan rumah sakit, kepuasan pasien, kejadian infeksi nosokomial, dan indikator keselamatan pasien lainnya.
 - d. Mengembangkan pendekatan mixed methods dan spatial health analysis untuk memetakan ketimpangan kesiapan KRIS secara lebih komprehensif di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Ackley, A., Olanrewaju, O. I., Oyefusi, O. N., Enegbuna, W. I., Olaoye, T. S., Ehimatie, A. E., Ukpong, E., & Akpan-Idiok, P. (2024). Indoor environmental quality (IEQ) in healthcare facilities: A systematic literature review and gap analysis. *Journal of Building Engineering*, 86, 108787. <https://doi.org/10.1016/j.jobbe.2024.108787>
- Agustina, R., et al. (2025). Healthcare inequality and infrastructure challenges in Indonesia's regional health system. *Indonesian Health Policy Review*, 12(2), 115–129.
- Aileen, S., Jati, S. P., & Purnami, C. T. (2024). Mitigation of inpatient standard class risk at hospital X. *Eduvest - Journal of Universal Studies*, 4(5), 3928–3937.
- Alabi, A. S., Alabi, O. A., Adebakin, T. E., & Alayande, B. T. (2026). Revisiting literature on building quality of healthcare facilities between developed and developing countries: Scoping review. *International Journal of*

- Building Pathology and Adaptation, 44(3), 809–832.
<https://doi.org/10.1108/IJBPA-11-2024-0241>
- Alhawajreh, M. J., Paterson, A. S., & Jackson, W. J. (2023). Impact of hospital accreditation on quality improvement in healthcare: A systematic review. *PLOS ONE*, 18(12), e0294180.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294180>
- Arogyaswamy, S., Vukovic, N., Keniston, A., Apgar, S., Bowden, K., Kantor, M. A., Diaz, M., McBeth, L., & Burden, M. (2021). The impact of hospital capacity strain: A qualitative analysis of experience and solutions at 13 academic medical centers. *Journal of General Internal Medicine*, 37(6), 1463–1474. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07106-8>
- Ayanore, M. A., Amuna, N., Aviisah, M., Awolu, A., Kipo-Sunyehzi, D. D., Mogre, V., & Gyapong, M. (2019). Towards resilient health systems in sub-Saharan Africa: A systematic review of the English language literature on health workforce, surveillance, and health governance issues for health systems strengthening. *Annals of Global Health*, 85(1), 113. <https://doi.org/10.5334/aogh.2514>
- Bak, D., & Bak, S. (2024). Change management in healthcare – A scoping literature review. *E-Mentor*, 2, 45–57. <https://doi.org/10.15219/em104.1652>
- Bartlett, B. N., Vanhoudt, N. N., Wang, H., Anderson, A. A., Juliar, D. L., Bartelt, J. M., Lanz, A. D., Bhandari, P., & Anil, G. (2023). Optimizing inpatient bed management in a rural community-based hospital: A quality improvement initiative. *BMC Health Services Research*, 23, 1000. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10008-6>
- Basabih, M., Prasojo, E., & Rahayu, A. Y. S. (2022). Hospital services under public-private partnerships, outcomes and, challenges: A literature review. *Journal of Public Health Research*, 11(3), 22799036221115781. <https://doi.org/10.1177/22799036221115781>
- Bates, D. W., Levine, D. M., Salmasian, H., Syrowatka, A., Shahian, D. M., Lipsitz, S., Zebrowski, J. P., & Mort, E. (2023). The safety of inpatient health care. *New England Journal of Medicine*, 388(2), 142–153. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa2206117>
- Bawuah, A., Appleton, S., & Li, Y. (2024). The effect of health facility ownership on perceived healthcare quality: Evidence from Ghana. *International Journal of Health Economics and Management*, 24(4), 571–593. <https://doi.org/10.1007/s10754-024-09385-0>
- Bleibtreu, E., von Ahlen, C., & Geissler, A. (2022). Service-, needs-, and quality-based hospital capacity planning – The evolution of a revolution in Switzerland. *Health Policy*, 126(12), 1277–1282. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.09.011>
- Carter, J., & Burke, H. (2023). An adaptive healthcare organization can effectively respond to medical crises. *International Journal of Public Health*, 68, 1605581. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605581>
- Carter, J., & Burke, H. (2023). An adaptive healthcare organization can effectively respond to medical crises. *International Journal of Public Health*, 68, 1605581. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605581>

- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2025). Hospital inpatient quality reporting program. CMS Hospital Inpatient Quality Reporting Program
- Dahlia, D., Nurkholis, N., Andayani, W., & Prihatiningtias, Y. W. (2025). Transforming healthcare management: The role of organizational change, service quality, and information technology in improving managerial performance. *Cogent Business & Management*, 12(1), 2482017. <https://doi.org/10.1080/23311975.2025.2482017>
- De Rosis, S. (2023). Performance measurement and user-centeredness in the healthcare sector: Opening the black box adapting the framework of Donabedian. *The International Journal of Health Planning and Management*, 39(1), 3–8. <https://doi.org/10.1002/hpm.3732>
- Dwarakacherla, S., Ling, M. L., & Kenzie, C. (2025). Healthcare facilities and infrastructure. *Infectious Disease Emergencies*. <https://doi.org/10.56159/emergencies-25>
- Ellis, L. A., Tran, Y., Pomare, C., Long, J. C., Churruca, K., Saba, M., & Braithwaite, J. (2023). Hospital organizational change: The importance of teamwork culture, communication, and change readiness. *Frontiers in Public Health*, 11, 1089252. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1089252>
- Endartiwi, S. S., & Ispandiyah, W. (2025). The application of standardized health service fees in the health insurance scheme. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 13(2), 152–161. <https://doi.org/10.20473/jaki.v13i2.2025.152-161>
- Endaryono, T., Kurniawan, H. T., & Tjiptoherijanto, P. (2025). Strategic leadership and organizational resilience capabilities on the healthcare system of Indonesia. *International Journal of Healthcare Management*, 18(4), 892–901. <https://doi.org/10.1080/20479700.2024.2365560>
- Erthal, A., Frangeskou, M., & Marques, L. (2021). Cultural tensions in lean healthcare implementation: A paradox theory lens. *International Journal of Production Economics*, 233, 107968. <https://doi.org/10.1016/j.ijpe.2020.107968>
- Grimaz, S., Ruzzene, E., & Zorzini, F. (2021). Situational assessment of hospital facilities for modernization purposes and resilience improvement. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 66, 102594. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2021.102594>
- Hazwani, T., Hamam, H., Caswell, A., Madkhaly, A., Al Saif, S., Al Hassan, Z., Al Sweilem, R., & Arabi, A. (2024). Proactive patient safety: Enhancing hospital readiness through simulation-based clinical systems testing and healthcare failure mode and effect analysis. *Advances in Simulation*, 9(26). <https://doi.org/10.1186/s41077-024-00298-z>
- Hesgrove, B., Zebrak, K., Yount, N., Sorra, J., & Ginsberg, C. (2024). Associations between patient safety culture and workplace safety culture in hospital settings. *BMC Health Services Research*, 24, 568. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10973-9>
- Husain, L., Kitchens, K., Raja, S., & Memon, M. (2025). Bridging implementation gaps in digital health: A translational research imperative for equitable

- healthcare innovation. *Clinical and Translational Science*, 18(10), e70375. <https://doi.org/10.1111/cts.70375>
- Ilmansyah, V. D., & Basabih, M. (2025). Analisis kesiapan implementasi kebijakan kelas rawat inap standar Jaminan Kesehatan Nasional rumah sakit umum daerah DKI Jakarta. *Jurnal Locus: Penelitian & Pengabdian*, 4(4), 1598–1608. <https://doi.org/10.58344/locus.v4i4.4101>
- Koohpayehzadeh, J., Azami-Aghdash, S., Derakhshani, N., Rezapour, A., Kalajahi, R. A., Khasraghi, J. S., Nikoomanesh, M., Sabetrohani, H., & Soleimanpour, S. (2021). Best practices in achieving universal health coverage: A scoping review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 35, 191. <https://doi.org/10.47176/mjiri.35.191>
- Kuraini, S. N., Anggraini, A. N., Ariagita, A. P., Hapsari, M. S., & Anggraini, S. D. (2023). Kajian kesiapan RSUD Kota Salatiga dalam menghadapi kebijakan kelas rawat inap standar (KRIS). *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo*, 9(2), 311–320.
- Liu, M. X., McGinty, E. E., & Schpero, W. L. (2025). Regional changes in inpatient psychiatric bed capacity and availability of alternative psychiatric services, 2012–2022. *Health Affairs Scholar*, 3(11), qxaf204. <https://doi.org/10.1093/haschl/qxaf204>
- Liu, X., Lai, C., Ye, M., & Xie, J. (2024). Determinants of inpatient satisfaction and hospital recommendation: Experiences from a cross-sectional study of a tertiary general hospital in China. *BMJ Open*, 14(11), e086331. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086331>
- Lucifora, C. (2023). Management practices in hospitals: A public-private comparison. *PLOS ONE*, 18(2), e0282313. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282313>
- Masithoh, S., Kodyat, A. G., & Kridawati, A. (2025). Bhayangkara Lemdiklat Polri hospital strategy in implementing the standard inpatient class of the national health insurance (KRIS JKN). *Eduvest - Journal of Universal Studies*, 5(10). <https://doi.org/10.59188/eduvest.v5i10.52250>
- Mosca, E. I., White, J., Steinfeld, E., & Capolongo, S. (2022). Designing hospitals through the lens of universal design: An evaluation tool to enhance inclusive healthcare facilities. *Studies in Health Technology and Informatics*, 297, 331–339. <https://doi.org/10.3233/SHTI220857>
- Munthe, C., Fumagalli, D., & Malmqvist, E. (2021). Sustainability principle for the ethics of healthcare resource allocation. *Journal of Medical Ethics*, 47(2), 90–97. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106644>
- Nugroho, M. A., Purwadhi, P., & Kusnadi, D. (2025). Hospital management strategy in improving adaptive and innovative human resources. *Journal of Economics and Social Sciences (JESS)*, 4(2). <https://doi.org/10.59525/jess.v4i2.897>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). Health at a glance 2025: OECD indicators. OECD Publishing.
- Pakaya, S. (2026). Organizational management transformation in healthcare services: A systematic review of digital information systems, human

- capital performance, and patient-centered service quality. *International Journal of Financial Economics (IJEFE)*, 2(7).
- Perdana, N. R., Adhasari, G., & Mahadewi, E. P. (2022). Challenges and implementation of universal health coverage program in Indonesia. *International Journal of Health and Pharmaceutical*, 2(3), 589–596. <https://doi.org/10.51601/ijhp.v2i3.97>
- Piatkowski, M., Taylor, E., Wong, B., Taylor, D., Foreman, K. B., & Merryweather, A. (2021). Designing a patient room as a fall protection strategy: The perspectives of healthcare design experts. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8769. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168769>
- Piatkowski, M., Taylor, E., Wong, B., Taylor, D., Foreman, K. B., & Merryweather, A. (2021). Designing a patient room as a fall protection strategy: The perspectives of healthcare design experts. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8769. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168769>
- Raafiana, M., & Andriani, H. (2025). Kesiapan rumah sakit dalam implementasi kebijakan kelas rawat inap standar (KRIS) JKN: Literature review. *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 10(1). <https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v10i1.54936>
- Rahmatia, S., Basri, M., Ismail, I., Adi, S., Nasrullah, N., & Ahmad, A. (2025). Service quality in hospital inpatient care: SERVQUAL model approach. *Health SA Gesondheid*, 30, 3055. <https://doi.org/10.4102/hsag.v30i0.3055>
- Raveglia, F., Orlandi, R., Rimessi, A., Minervini, F., Cioffi, U., De Simone, M., Guttadauro, A., & Scarci, M. (2021). Standardization of procedures to contain cost and reduce variability of care after the pandemic. *Frontiers in Surgery*, 8, 695341. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.695341>
- Rosita, R., & Okfitasari, A. (2026). Financial impact of Indonesia's standardized inpatient class policy on hospital performance: A systematic review. *Media Ilmu Kesehatan*, 9(1). <https://doi.org/10.33024/minh.v9i1.2321>
- Shortell, S. M., & Rundall, T. G. (2021). The dynamics of organizational change in health care: Innovation, transformation, and leadership. Jossey-Bass.
- Syafiq, B. M., Rahmansyah, I., & Arum, K. K. (2025). Prediksi kebutuhan tempat tidur rawat inap kelas III di RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara. *Jurnal Pengabdian Masyarakat dan Riset Pendidikan*, 4(2), 13469–13476. <https://doi.org/10.31004/jerkin.v4i2.4253>
- Walsh, B., Smith, S., Wren, M.-A., Eighan, J., & Lyons, S. (2022). The impact of inpatient bed capacity on length of stay. *European Journal of Health Economics*, 23(3), 499–510. <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01373-2>
- Wicaksono, E. N., Khasanah, D. R. A. U., & Pongantung, R. J. (2026). Regulatory harmonization in healthcare services and the implementation of Pancasila values in the National Health Insurance era. *Pancasila: Jurnal Keindonesiaan*, 6(1), 89–102. <https://doi.org/10.52738/pjk.v6i1.830>

- World Health Organization. (2025). Health system strengthening interventions to improve the health of displaced and migrant populations in the context of climate change. WHO Report on Health System Strengthening and Climate Resilience
- World Health Organization. (2026). Beds, hospital beds (per 10 000 population). Global Health Observatory. WHO Global Health Observatory – Hospital Beds Density
- Yanful, B., Kirubarajan, A., Bhatia, D., Mishra, S., Allin, S., & Di Ruggiero, E. (2023). Quality of care in the context of universal health coverage: A scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 21(21). <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00957-5>
- Yang, J., Liu, F., Yang, C., Wei, J., Ma, Y., Xu, L., Xie, J., & Wang, J. (2025). Application of Donabedian three-dimensional model in outpatient care quality: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 2025, 6893336. <https://doi.org/10.1155/jonm/6893336>
- Yarimoglu, E., & Ataman, G. (2021). How service quality in hospitals varies based on hospital ownership and demographics: A study on Turkish patients living urban areas. *Total Quality Management & Business Excellence*, 33(7–8), 777–793. <https://doi.org/10.1080/14783363.2021.1890576>
- Zamani, Z., Joy, T., & Abbey, M. (2023). Exploring environmental design attributes impacting staff perceptions of safety in a complex hospital system: Implications for healthcare design. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 7. <https://doi.org/10.21037/jhmhp-23-93>
- Zhao, S., Wang, Y., Chen, Y., & Zhou, M. (2025). Healthcare resource allocation and patient choice: Evidence from rural China. *International Journal for Equity in Health*, 24, 87. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02450-1>