Health Reserch's Journal Volume 02 Nomor 02 April 2025

IMPLEMENTASI SISTEM REGULASI BPJS DALAM KEBUTUHAN PASIEN RAWAT INAP KELAS III PUSKESMAS PONDOK RANJI, TANGERANG SELATAN

Nazhifah Azra[1], Greysia Susilo[2]
Program Studi Desain Interior, Universitas Pradita, Tangerang[1,2]
Penulis korespondensi: nazhifazra09@gmail.com

ABSTRAK

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama di Indonesia, dengan lebih mengutamakan upaya untuk meningkatkan kesadaran akan kesehatan dan usaha preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbandingan antara regulasi sistem dengan kebutuhan pasien di ruang rawat inap BPJS kelas 3 dalam puskesmas, dengan studi kasus di Puskesmas Pondok Ranji. Regulasi yang ada seringkali lebih menekankan aspek administratif dan teknis, dan jarang mempertimbangkan kondisi dan kebutuhan penduduk yang menjadi rujukan awal di puskesmas tersebut. Studi ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode observasi langsung ke Puskesmas Pondok Ranji, dengan kondisi kurangnya fleksibilitas sirkulasi ruang terutama pada ruang rawat inap yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan dan keamanan pasien, sehingga menjadi contoh perbedaan signifikan antara regulasi dan kebutuhan di lapangan. Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk memastikan bahwa regulasi sistem BPJS diterapkan sesuai dengan kebutuhan pasien di ruang rawat inap kelas 3 di puskesmas, dan diharapkan agar puskesmas dapat menyesuaikan dengan regulasi yang ada sehingga mampu memenuhi kebutuhan pasien dengan lebih efektif.

KATA KUNCI

Regulasi Sistem; Kebutuhan Pasien; BPJS Kelas 3; Ruang Rawat Inap; Puskesmas

PENDAHULUAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan atau BPJS Kesehatan merupakan lembaga pemberi jaminan sosial kesehatan yang dibentuk oleh Pemerintah Indonesia. Masyarakat bisa mendaftar kelas 1, 2, ataupun 3, sesuai kebutuhan masing-masing. Khususnya BPJS Kesehatan, lembaga itu akan memberikan layanan yang terbagi atas bentuk penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Non-PBI, BPJS Kesehatan Non-PBI mengharuskan pesertanya membayar iuran setiap bulan yang masing-masing kelasnya memiliki iuran dan fasilitas yang berbeda (Prinada, 2024)

Menurut Prinada (2024), iuran BPJS Kelas 3 perbulannya senilai Rp35.000/bulan dan dapat menginap di ruangan kapasitas 4-6 orang. Berbeda dari dua kategori sebelumnya, kelas ini hanya bisa mendapatkan dokter spesialis jika disarankan langsung RS dan tidak memperoleh layanan lain. Tidak menutup kemungkinan, beberapa rumah sakit menempatkan lebih banyak pasien di kamar rawat inap untuk layanan kelas 3.

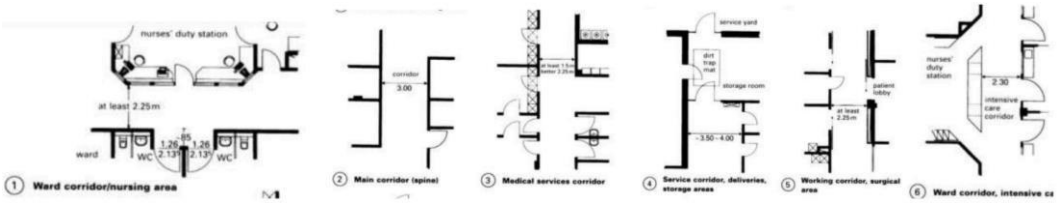
Menurut Asisten Deputi Komunikasi Publik dan Hubungan Masyarakat BPJS Kesehatan, Agustian Fardianto, menyoroti tentang penanganan situasi di mana kelas rawat inap di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) telah mencapai kapasitas maksimal. Menurutnya, dalam kondisi tersebut, pasien yang menghadapi situasi di mana kelas rawat inap penuh dapat dirawat di kelas perawatan yang satu tingkat lebih tinggi. Maka para ahli kesehatan harus menekankan pentingnya manajemen kapasitas yang efektif di rumah sakit untuk mencegah overload dan memastikan setiap pasien mendapatkan perawatan yang tepat waktu. Bisa juga dengan peningkatan jumlah tempat tidur dan tenaga medis di rumah sakit, serta memperbaiki sistem rujukan agar pasien bisa mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan tanpa penundaan (Dzulfaroh, 2023).

Menurut Dzulfaroh (2023), Hanya 3 hari perawatan dengan cara naik kelas BPJS ini bisa berlangsung atau sampai kamar sesuai kelas tersedia jika pasien menghadapi situasi tersebut. Jika dalam rentang waktu tiga hari tersebut tidak ada ketersediaan kamar, peserta akan dirujuk ke rumah sakit lain yang memiliki fasilitas sesuai dengan hak kelas rawat mereka. Namun, bagi pasien yang mengalami penundaan perawatan medis akibat rawat inap ini dapat menyebabkan berbagai bahaya yang serius. Contohnya seperti perburukan kondisi kesehatan, resiko infeksi, komplikasi medis, bahkan yang lebih parah bisa terjadinya penurunan kualitas hidup.

Menurut Ningrum (2022) perbedaan rawat inap puskesmas dan rumah sakit yang terletak pada durasi perawatan yaitu: Rawat inap di puskesmas dan rumah sakit memiliki perbedaan yang signifikan. Puskesmas, atau Pusat Kesehatan Masyarakat, memiliki wilayah kerja tertentu dan biasanya berada paling dekat dengan masyarakat. Fokus pelayanan puskesmas adalah pada kesehatan primer, upaya promotif, dan preventif. Fasilitas yang tersedia di puskesmas umumnya terbatas pada poliklinik, ruang kebidanan, laboratorium, dan apotek. Rawat inap di puskesmas hanya diperuntukkan untuk kasus-kasus dengan durasi rawat paling lama 5 hari; pasien yang memerlukan perawatan lebih dari 5 hari harus dirujuk ke rumah sakit. Sebaliknya, rumah sakit tidak memiliki wilayah kerja tertentu dan menyediakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, termasuk rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Peralatan kesehatan di rumah sakit umumnya lebih lengkap daripada di puskesmas, memungkinkan penanganan medis yang lebih kompleks. Durasi rawat inap di rumah sakit juga tidak dibatasi, sehingga pasien dapat menerima perawatan yang lebih intensif dan dalam jangka waktu yang lebih lama jika diperlukan.

Dalam Kriteria Fasilitas Ruang Perawatan pada Pelayanan Rawat Inap berdasarkan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden RI No. 59 Tahun 2024 Pasal 46 ayat (7), terdapat 12 kriteria yang harus dipenuhi. Salah satu aspek penting yang diatur adalah terkait dengan sirkulasi dan kelengkapan di dalam ruang rawat inap. Aturan ini bertujuan untuk memastikan keamanan dan kenyamanan pasien serta mempermudah mobilitas perawat dalam memberikan pelayanan. Setiap tempat tidur di ruang rawat inap wajib dilengkapi dengan dua kotak kontak listrik. Penggunaan percabangan atau sambungan listrik tanpa pengamanan arus dilarang keras. Selain itu, tempat tidur juga harus dilengkapi dengan bel perawat (nurse call) yang terhubung langsung dengan pos perawat untuk memudahkan pasien dalam meminta bantuan. Ruang rawat dibagi berdasarkan jenis kelamin, usia, dan jenis penyakit (infeksi dan non-infeksi). Setiap blok atau klaster ruang rawat inap terdiri dari beberapa ruangan yang memfasilitasi perawatan pasien. Jarak minimal antara tepi tempat tidur adalah 1,5 meter untuk memastikan akses dan ruang gerak yang cukup.

Terkait kepadatan ruang rawat, jumlah tempat tidur per ruangan dibatasi maksimal empat tempat tidur. Ukuran minimal tempat tidur adalah panjang 200 cm, lebar 90 cm, dan tinggi antara 50 hingga 80 cm. Untuk ruang rawat inap anak, ukuran tempat tidur dapat disesuaikan dengan usia anak. Tirai atau partisi antar tempat tidur harus dipasang menggunakan rel yang menempel di plafon atau digantung. Jarak tirai dari lantai minimal 30 cm, dengan panjang tirai bagian non-korosif minimal 200 cm. Jika rel dipasang di plafon, bahan tirai sebaiknya berupa jaring untuk memaksimalkan ventilasi dan pencahayaan alami. Selain itu, setiap ruang rawat inap harus memiliki minimal satu kamar mandi. Kamar mandi harus dirancang dengan ventilasi yang memadai, baik melalui exhaust fan atau jendela boven. Pintu kamar mandi harus dapat dibuka keluar untuk memudahkan akses dalam situasi darurat, dan kunci pintu harus dapat dibuka dari dua sisi. Fasilitas kamar mandi juga harus memenuhi standar aksesibilitas, termasuk dilengkapi dengan simbol "*disable*" untuk menunjukkan akses bagi pengguna kursi roda. Ruang gerak yang cukup harus disediakan untuk memastikan kemudahan mobilitas bagi pengguna kursi roda, dan pegangan tangan (handrail) harus dipasang untuk memberikan dukungan tambahan. Fasilitas ini juga dilengkapi dengan bel perawat yang terhubung langsung ke pos perawat untuk memastikan pengguna dapat meminta bantuan dengan cepat kapan saja dibutuhkan.



Gambar 1. Aksesibilitas koridor
(Sumber: Neufert, 1996. Data arsitek)

Koridor harus dirancang dengan mempertimbangkan aliran sirkulasi maksimum yang diharapkan, memastikan bahwa semua pengguna dapat bergerak dengan lancar dan tanpa hambatan. Untuk koridor umum yang digunakan sebagai akses utama, lebar minimal yang disarankan adalah 1,50 meter, memberikan ruang yang cukup bagi dua orang untuk melewati satu sama lain dengan nyaman. Namun, untuk koridor khusus yang digunakan untuk mengangkut pasien dengan troli, lebar efektif yang diperlukan meningkat menjadi minimal 2,25 meter, guna memastikan keselamatan dan kelancaran pergerakan troli tanpa risiko tabrakan atau gangguan (Neufert, 1996)

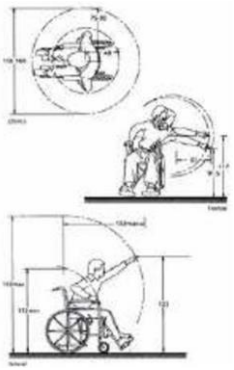
Selain itu, plafon gantung di koridor dapat dipasang hingga ketinggian 2,40 meter, memberikan ruang yang cukup untuk pencahayaan dan ventilasi yang baik. Jarak antara jendela dalam koridor juga sangat penting untuk memastikan penerangan alami dan ventilasi yang memadai; jarak antara jendela tidak boleh lebih dari 25 meter. Dalam hal ini, lebar efektif koridor harus tetap bebas dari hambatan seperti proyeksi, kolom, atau elemen bangunan lainnya yang dapat menghalangi pergerakan. Selain itu, pintu asap harus dipasang di koridor bangsal sesuai dengan peraturan setempat untuk memastikan keamanan dalam keadaan darurat, mencegah penyebaran asap, dan memastikan bahwa evakuasi dapat dilakukan dengan aman dan efisien (Neufert, 1996).

	in	cm
A	60	152.4
B	46–48	116.8–121.9
C	87	221.0
D	39	99.1

Gambar 2. Aksesibilitas ranjang
(Sumber: Panero, 1979. Human Dimension)

Dengan ukuran ranjang sebesar 2 x 1 meter, diperlukan area yang lebih luas untuk memastikan kenyamanan dan keamanan saat berputar atau berbelok menggunakan ranjang tersebut. Besaran minimal yang disarankan untuk area manuver ini adalah 2,5 meter, guna memberikan ruang yang memadai bagi pergerakan tanpa hambatan. Area ini juga harus mempertimbangkan aksesibilitas yang baik, sehingga membantu mencegah risiko kecelakaan atau cedera akibat terbatasnya ruang gerak saat menangani pasien yang berada di atas ranjang, baik untuk transportasi maupun selama perawatan (Panero, 1979)

Karena bukaan pintu kamar rumah sakit cukup besar untuk memungkinkan lintasan tempat tidur dan peralatan lain yang relatif luas, standar lebar pintu lebih dari cukup untuk menampung kursi roda. Gambar berikut mengilustrasikan jarak bebas pintu yang diperlukan untuk memungkinkan lewatnya tempat tidur standar. Dalam garis putus-putus, gambarnya juga menunjukkan garis besar kursi roda, menunjukkan lebar pintu cocok untuk lewatnya tempat tidur lebih dari cukup untuk mengakomodasi jalannya kursi roda (Panero, 1979)



Gambar 3. Aksesibilitas kursi roda
(Sumber: Plazola, 2002. Arquitectura habitacional)

Untuk memastikan kenyamanan dan aksesibilitas pasien berkursi roda, ruang minimal yang diperlukan bagi mereka untuk berbelok atau memutar adalah 1,6 x 1,6 meter. Ukuran ini memungkinkan pergerakan yang lancar tanpa hambatan di dalam ruangan. Selain itu, dalam merancang fasilitas yang ramah bagi pasien berkursi roda, tinggi ideal untuk mencapai sesuatu, seperti tombol lift, saklar lampu, atau rak, harus dipertimbangkan dengan cermat. Tinggi minimal yang disarankan adalah 1,2 meter, sehingga pasien dapat dengan mudah dan aman mengakses berbagai fasilitas tanpa bantuan tambahan. Pengaturan ini penting untuk menciptakan lingkungan yang inklusif dan mendukung kemandirian pasien (Plazola, 2002).

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode observasi langsung di Puskesmas Pondok Ranji. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memastikan bahwa regulasi sistem BPJS diterapkan sesuai dengan kebutuhan pasien di ruang rawat inap kelas 3 di puskesmas tersebut. Fokus penelitian dibatasi pada ruang rawat inap di Puskesmas Pondok Ranji, Tangerang Selatan, guna memahami bagaimana implementasi regulasi ini mempengaruhi pelayanan dan kepuasan pasien.

Setelah penulis mengobservasi puskesmas Pondok Ranji, masalah yang ditemukan adalah kurangnya akses jalan untuk pasien dengan ranjang karena untuk keluar dari pintu utama dengan menggunakan ranjang itu sulit. Terlalu dekatnya pintu dengan meja resepsionis dengan jarak sekitar 90-120 cm, membuat sulitnya masuk langsung dari pintu utama. Maka, pasien yang kemungkinan harus dibawa keluar menggunakan ranjang harus melewati ruangan lain untuk keluar contohnya ruang IGD.

Selain itu, kamar rawat inap juga tidak dibagi-bagi sesuai dengan kelas BPJS, karena hanya terbagi 2 kamar rawat inap, yaitu kamar untuk perempuan dan laki-laki. Kondisi ini, menyebabkan tidak adanya perbedaan kelas walaupun ada pasien yang sudah membayar di kelas 1 ataupun 2. Namun, pasien bisa meminta rujukan untuk dirawat inap ke rumah sakit terdekat jika ingin mendapatkan fasilitas sesuai kelas BPJS.

HASIL

Gambar 1. Ruang tunggu rawat inap
(Sumber: dokumentasi pribadi)

Ruang tunggu rawat inap memiliki area semi outdoor yang memberikan sirkulasi udara alami dan mengurangi perasaan sesak bagi para pengunjung. Jika berjalan lurus langsung menuju lobi dengan IGD yang terletak di sisi kiri, hal ini memudahkan akses langsung dalam situasi darurat. Penunjuk arah di lantai (garis triase) membantu menilai tingkat kedaruratan pasien yang datang ke IGD, meningkatkan efisiensi dan respons cepat dalam penanganan kasus kritis. Ruang tunggu dilengkapi dengan empat kursi yang tergabung, kursi roda dekat pintu untuk aksesibilitas, serta ranjang dan helm keselamatan untuk situasi darurat, menunjukkan kesiapan fasilitas dalam menangani berbagai kondisi medis dengan cepat dan efektif.

Ruang tunggu ini luas, namun menjadi sempit ketika ada pasien yang ingin masuk melalui pintu lobby dan pintu IGD secara bersamaan. Kondisi ini menjadi lebih kritis karena pasien yang menggunakan ranjang memerlukan area manuver dengan lebar minimal 2,5 meter agar dapat bergerak dengan leluasa tanpa hambatan (Panero, 1979). Selain itu, pasien yang menggunakan kursi roda membutuhkan ruang seluas 1,6 meter untuk berbelok dan bergerak dengan nyaman (Plazola,2002). Jika kedua jenis pasien ini berada di ruang tunggu pada saat yang sama, keterbatasan ruang dapat menghambat pergerakan dan menimbulkan ketidaknyamanan atau bahkan risiko keselamatan.

Oleh karena itu, penting untuk mempertimbangkan perluasan atau penataan ulang ruang tunggu agar mampu mengakomodasi kebutuhan ruang bagi pasien dengan ranjang maupun kursi roda secara simultan, sehingga aliran sirkulasi tetap lancar dan aman. Contohnya dengan mengubah penataan pada pintu sehingga tidak pada sisi yang berdekatan untuk keamanan dan keselamatan pasien.

Gambar 2. Lobby rawat inap
(Sumber: dokumentasi pribadi)

Lobby rawat inap langsung berhadapan dengan pintu masuk dengan besaran sekitar 1 meter, area ini hanya cukup untuk dua orang yang mengantri jika pintu tertutup, menunjukkan adanya keterbatasan ruang. Kanan dan kiri lobby langsung menuju ke lorong yang dilengkapi dengan handrail di pegangannya untuk keamanan dan kenyamanan pengguna. Lorong tersebut cukup lebar untuk dilalui oleh dua ranjang yang bersisian, dengan lebar sekitar 2,50 m. Namun, karena meja pos perawat terletak terlalu dekat dengan pintu utama, hanya satu ranjang yang dapat melewati area tersebut dengan nyaman, menunjukkan potensi hambatan dalam situasi darurat atau saat mobilitas tinggi diperlukan.

Menurut Neufert (1996), koridor yang dirancang untuk mengangkut pasien menggunakan troli harus memiliki lebar efektif minimal 2,25 meter. Hal ini penting untuk memastikan bahwa koridor tersebut mampu mendukung pergerakan yang aman dan efisien, baik bagi pasien maupun petugas medis. Koridor dengan lebar tersebut dirancang untuk mengakomodasi aliran sirkulasi maksimum yang diharapkan, terutama dalam situasi darurat atau ketika terdapat banyak aktivitas di dalam fasilitas kesehatan. Dengan demikian, lebar koridor yang memadai menjadi faktor penting dalam mendukung kelancaran operasional dan keselamatan pasien serta staf medis.

Oleh karena itu, lobby pada ruang rawat inap ini perlu dipindahkan karena tidak memenuhi standar efektivitas ruang yang dibutuhkan. Sesuai standar minimal, lebar koridor seharusnya 2,25 meter, namun di Puskesmas Pondok Ranji, lebar koridor hanya 1 meter akibat adanya meja resepsionis yang ditempatkan tepat di depan pintu masuk. Hal ini menghambat aliran sirkulasi dan mengurangi efisiensi ruang, sehingga perlu dilakukan penataan ulang untuk memenuhi standar yang ada.

Gambar 3. Ruang rawat inap laki-laki
(Sumber: dokumentasi pribadi)

Ruang rawat inap laki-laki ini dirancang untuk menampung tiga pasien, dengan jarak antar ranjang 1,5 m dari tempat tidur ke tepi tempat tidur sebelahnya. Alat pemanggil perawat yang ditempatkan di kepala setiap ranjang memungkinkan pasien mendapatkan bantuan dengan cepat. Namun, jarak antara ranjang pertama dan pintu terlalu dekat, yang dapat mengganggu privasi dan ketenangan pasien tersebut. Hanya satu kursi tamu yang disediakan di ruangan, yang mungkin tidak memadai untuk pengunjung.

Pegangan tangan di dinding depan ranjang meningkatkan keselamatan pasien saat bergerak. Pintu kamar mandi yang menghadap langsung ke ranjang tidur dapat mengurangi privasi dan kenyamanan. Jika semua tirai ditutup, ranjang paling ujung dekat pintu tidak mendapat cahaya alami yang cukup, yang bisa mempengaruhi kenyamanan dan kesejahteraan pasien. Penghawaan di ruangan ini bisa didapatkan dari jendela maupun AC split, yang membantu menjaga kualitas udara dan suhu ruangan tetap nyaman.

Penggunaan lantai keramik berukuran 30 x 30 cm yang selaras dengan plafon berbahan ceiling tiles dengan ukuran yang sama menciptakan kesan harmoni pada ruangan. Tirai dengan sambungan yang terintegrasi pada plafon dirancang sesuai dengan standar yang ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019. Selain itu, pemasangan jendela berukuran besar tidak hanya memenuhi kebutuhan pencahayaan alami, tetapi juga memberikan ilusi ruang yang lebih luas dan nyaman.

Gambar 3. Ruang rawat inap perempuan
(Sumber: dokumentasi pribadi)

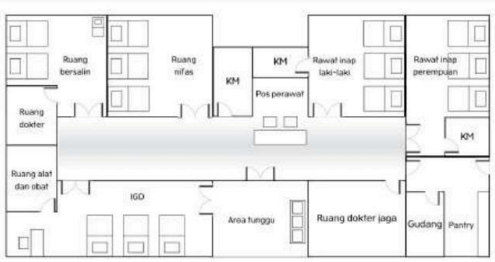
Ruang rawat inap perempuan memiliki ukuran yang lebih besar dibandingkan dengan ruang rawat inap laki-laki, memberikan lebih banyak ruang untuk bergerak dan beraktivitas. Ruangan ini juga memiliki tiga ranjang yang lengkap dengan nakas dan stop kontak di sisi kanan untuk kenyamanan pasien. Setiap ranjang dilengkapi dengan alat untuk memanggil perawat yang ditempatkan di kepala ranjang, memungkinkan pasien untuk mendapatkan bantuan dengan mudah. Terdapat satu ranjang bayi di pojok dekat jendela, yang memudahkan akses bagi ibu dengan bayi baru lahir.

Dua kursi tamu disediakan di ruangan ini, lebih banyak dibandingkan dengan ruang rawat inap laki-laki, memberikan kenyamanan lebih bagi pengunjung. Pegangan tangan di dinding depan ranjang membantu pasien dalam bergerak lebih aman. Penghawaan di ruangan ini bisa didapatkan dari jendela maupun AC split, menjaga kualitas udara dan suhu ruangan tetap nyaman.

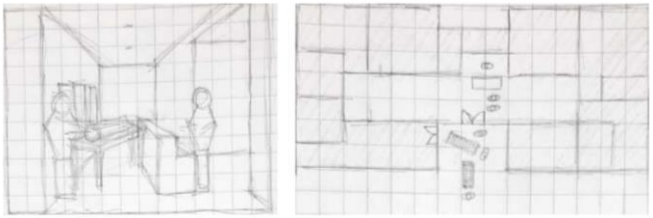
Ketika pertama kali memasuki ruang rawat inap, posisi kamar mandi yang langsung terlihat menciptakan kesan yang kurang nyaman. Namun, keberadaan dinding partisi setinggi bahu memberikan tingkat privasi tambahan yang signifikan, meskipun desainnya masih dapat ditingkatkan untuk menciptakan transisi ruang yang lebih estetis dan fungsional.

PEMBAHASAN

Berikut ini merupakan layout gedung rawat inap Puskesmas Pondok Ranji yang sebelum dan setelah diperbaiki dengan memberikan beberapa solusi agar pasien dan staff tidak adanya hambatan khususnya dalam situasi darurat yang memerlukan mobilitas yang tinggi.



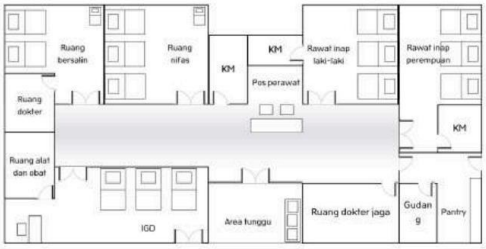
Gambar 8. Layout ruang rawat inap lama
(Sumber: dokumentasi pribadi)



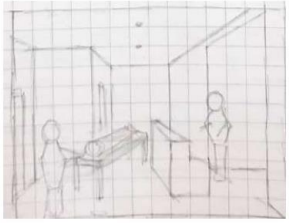
Gambar 9. Sketsa permasalahan arah pintu masuk
(Sumber: dokumentasi pribadi)

Gambar di atas menunjukkan pintu utama dan pintu IGD yang berdekatan menyebabkan sirkulasi masuk menjadi sempit, terutama ketika pasien memasuki gedung melalui pintu lobi dan pintu IGD secara bersamaan. Selain itu, pintu utama terletak terlalu dekat dengan meja pos perawat, sehingga hanya satu ranjang yang dapat melewati area tersebut walaupun kurang nyaman pada saat ranjang berbelok. Hal ini berpotensi menimbulkan hambatan, terutama dalam situasi darurat atau saat mobilitas tinggi dibutuhkan. Meskipun demikian, lorong di sisi kanan dan kiri cukup lebar dengan ukuran sekitar 2,5 meter, sehingga memungkinkan dua ranjang untuk bergerak bersisian tanpa masalah.

Solusi 1



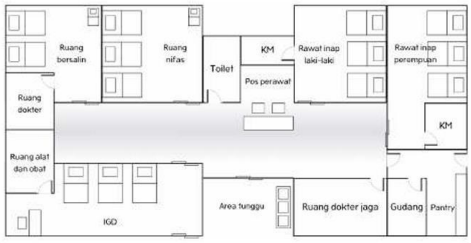
Gambar 10. Layout ruang rawat inap solusi 1
(Sumber: dokumentasi pribadi)



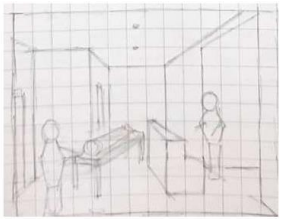
Gambar 11. Sketsa permasalahan arah pintu masuk
(Sumber: dokumentasi pribadi)

Gambar diatas merupakan tata letak yang telah diperbarui guna memudahkan mobilitas pasien dan pekerja, agar tidak adanya hambatan khususnya dalam situasi darurat yang memerlukan mobilitas yang tinggi. Pintu IGD diubah menjadi di depan untuk memudahkan jika ada yang ingin masuk ke dalam pintu utama dan pintu igd secara bersamaan. Area tunggu dan ruang dokter jaga dibuat lebih kecil agar lorong didalam cukup luas. Lebar lorong diperbesar hingga sekitar 3 meter, sehingga memungkinkan dua ranjang untuk bergerak berdampingan, dengan cukup ruang untuk orang di sisi kanan dan kiri ranjang.

Solusi 2



Gambar 12. Layout ruang rawat inap solusi 2
(Sumber: dokumentasi pribadi)

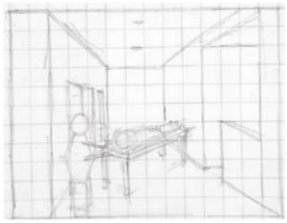


Gambar 13. Sketsa permasalahan arah pintu masuk
(Sumber: dokumentasi pribadi)

Area tunggu dan area dokter di Puskesmas ini diperkecil untuk memberikan ruang yang lebih luas pada lorong koridor, sehingga mobilitas pasien dan petugas medis menjadi lebih lancar. Upaya ini merupakan bagian dari solusi yang bertujuan meningkatkan efisiensi ruang di fasilitas kesehatan tersebut. Yang membedakan dari solusi pertama adalah penggunaan pintu geser. Pintu geser dipilih untuk memastikan bahwa bukaan pintu tidak menghalangi jalur masuk, baik untuk pasien yang dibawa masuk dengan ranjang maupun untuk para pekerja yang perlu bergerak cepat dalam situasi darurat. Penggunaan pintu geser ini tidak hanya mengoptimalkan ruang, tetapi juga meningkatkan keselamatan dan kenyamanan di area rawat inap, dengan memastikan bahwa tidak ada penghalang fisik yang dapat menghambat pergerakan di lorong, terutama saat kapasitas penuh atau dalam keadaan mendesak.

Solusi 3

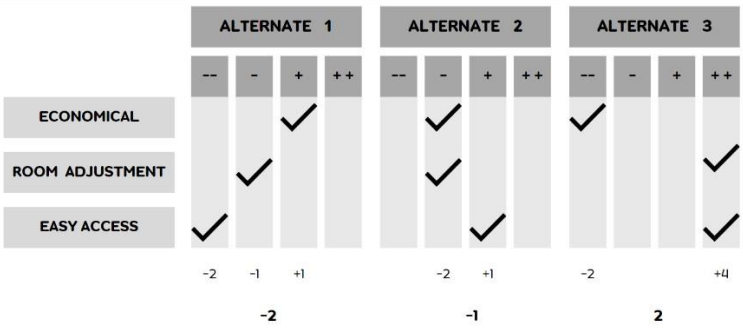
Gambar 14. Layout ruang rawat inap solusi 3
(Sumber: dokumentasi pribadi)



Gambar 15. Sketsa permasalahan arah pintu masuk
(Sumber: dokumentasi pribadi)

Solusi ketiga ini menggabungkan elemen-elemen dari solusi pertama dan kedua, namun dengan tambahan modifikasi yang lebih signifikan untuk meningkatkan efisiensi ruang. Selain memanfaatkan pintu geser untuk mengoptimalkan jalur masuk, solusi ini juga melibatkan pemindahan area kamar mandi dan toilet lebih ke belakang. Dengan mendorong area kamar mandi dan toilet tersebut, posisi pos perawat juga ikut bergeser ke arah yang lebih mundur. Perubahan ini tidak hanya memberikan tambahan ruang pada koridor utama, tetapi juga menciptakan alur sirkulasi yang lebih luas dan lebih terbuka. Dengan demikian, koridor menjadi lebih lapang, memungkinkan lebih banyak ruang untuk pergerakan ranjang pasien dan personel medis tanpa hambatan, terutama dalam situasi darurat. Kombinasi dari semua elemen ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang lebih fungsional, aman, dan nyaman, yang dapat mendukung pelayanan kesehatan dengan lebih baik di Puskesmas Pondok Ranji.

Tabel Perbandingan



Tabel 1. Tabel solusi perbandingan
(Sumber: dokumentasi pribadi)

Dari tabel diatas menunjukkan solusi ketiga memiliki poin tertinggi,penulis memilih solusi ini karena berbagai keunggulan yang ditawarkannya. Penyesuaian tata ruang dalam solusi ketiga memungkinkan akses yang lebih mudah dan lancar dibandingkan dengan solusi 1 dan 2, khususnya di area yang sebelumnya dianggap sempit atau kurang memadai. Namun, kekurangan solusi ini adalah biaya yang cukup besar karena adanya pembongkaran dinding. Meskipun demikian, untuk jangka panjang, solusi ketiga ini adalah yang paling cocok untuk puskesmas ini.

KESIMPULAN

Berdasarkan tabel perbandingan, penulis memilih solusi ketiga karena keunggulannya, yaitu penyesuaian tata ruang yang memungkinkan akses menjadi lebih mudah. Meskipun membutuhkan biaya yang cukup besar, solusi ini memberikan dampak positif dalam jangka panjang. Solusi ini memperluas koridor dan memperlancar alur pergerakan, sehingga meningkatkan pelayanan dan keselamatan pasien. Dengan penerapan solusi ini, diharapkan Puskesmas Pondok Ranji dapat lebih sesuai dengan aturan BPJS, memenuhi kebutuhan pasien, dan menjamin keselamatan mobilitas bagi pasien dan pekerja.

Selain itu, solusi ketiga termasuk yang paling sesuai dengan regulasi yang ada. Menurut Neufert (1996) untuk koridor umum yang digunakan sebagai akses utama, lebar minimal yang disarankan adalah 1,50 meter, memberikan ruang yang cukup bagi dua orang untuk melewati satu sama lain dengan nyaman. Namun, untuk koridor khusus yang digunakan untuk mengangkut pasien dengan troli, lebar

efektif yang diperlukan meningkat menjadi minimal 2,25 meter, guna memastikan keselamatan dan kelancaran pergerakan troli tanpa risiko tabrakan atau gangguan.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terima kasih kepada Puskesmas Pondok Ranji yang telah memberikan izin untuk melakukan observasi di tempat tersebut. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada dosen Universitas Pradita atas bimbingan yang diberikan dalam penyusunan jurnal berjudul "Implementasi Sistem Regulasi BPJS dalam Kebutuhan Pasien Rawat Inap Kelas III di Puskesmas Pondok Ranji, Tangerang Selatan".

DAFTAR PUSTAKA

Kementerian Kesehatan (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Diunduh dari: file:///C:/Users/Agung/Documents/1.%20PP%20Puskesmas/Permenkes%20Nomor%2043%20Tahun%202019.pdf

Dzulfaroh, A.N. dan Nugroho R.S. (2023). "Peserta BPJS Rawat Inap tapi Kamar Penuh, Apa yang Harus Dilakukan? Artikel ini telah tayang di Kompas.com dengan judul "Peserta BPJS Rawat Inap tapi Kamar Penuh, Apa yang Harus Dilakukan." *Kompas*.https://www.kompas.com/tren/read/2023/06/06/100000465/peserta-bpjs-rawat-inaptapi-kamar-penuh-apa-yang-harus-dilakukan-.

Prinada, Yuda. "Perbedaan BPJS Kesehatan Kelas 1 2 3, Fasilitas, dan Cara Pindah." *Tirto.id*, 2024, https://tirto.id/perbedaan-bpjs-kesehatan-kelas-1-2-3-fasilitas-dan-cara-pindahgUMe#:~:text=Mendapatkan%20ruang%20rawat%20inap%20kapasitas%203-5%20orang%3B%20Dapat,umum%20dan%20spesialis%20%28jika%20ditetapkan%20oleh%20instansi%20kesehatan%29.

Riadi, M. (2022, April 7). KAJIANPUSTAKA. *Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS)*. https://www.kajianpustaka.com/2022/04/pusat-kesehatan-masyarakat-puskesmas.html

Subroto, L. H., & Indriawati, T. (2022, Agustus 5). Kompas. *Sejarah Puskesmas di Indonesia*, https://www.kompas.com/stori/read/2022/08/05/170000479/sejarah-puskesmas-diindonesia#google_vignette.

Putri, A. S. (2020) BPJS: Prinsip, Jenis, Tugas, Wewenang, Organ dan Tarif. https://www.kompas.com/skola/read/2020/01/15/150000469/bpjs--prinsip-jenis-tugaswewenang-organ-dan-tarif#google_vignette

Ningrum, D.P. (2022). Perbedaan Puskesmas dan Rumah Sakit yang Harus Moms Tahu Agar Tak Salah Kaprah Saat Memilih Fasilitas Kesehatan, Ini Penjelasannya. https://nakita.grid.id/read/023358619/perbedaan-puskesmas-dan-rumah-sakit-yangharusmoms-tahu-agar-tak-salah-kaprah-saat-memilih-fasilitas-kesehatan-ini-penjelasannya

Plazola, Alfredo. Arquitectura habitacional https://www.slideshare.net/slideshow/arquitecturahabitacionalplazola/41759691 Creswell ,

John & Guetterman, Timothy. (2018). Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research, 6th Edition. New York: Pearson