

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Atención a la salud integrada con la *sharia*: un análisis exhaustivo de la preparación de los hospitales islámicos para la política KRIS en Indonesia

Sharia-Integrated Healthcare: A Comprehensive Analysis of Islamic Hospitals' Preparedness for the KRIS Policy in Indonesia

Yudi Adnan. Public Health Department, Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, Indonesia.

Email: yudi.adnan@uin-alauddin.ac.id, <https://orcid.org/0000-0001-6082-5918>

Surahmawati. Public Health Department, Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, Indonesia.

Email: surahmawati@uin-alauddin.ac.id, <https://orcid.org/0009-0002-1576-5113>

Miftahul Jannah. Public Health Department, Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, Indonesia.

Email: miftahul.jannah@uin-alauddin.ac.id, <https://orcid.org/0000-0002-1730-6407>

Recibido: 2 de diciembre de 2025.

Aceptado: 1 de septiembre de 2025.

Conflictos de intereses: Ninguno.

DOI: <https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v19i3.2026.1973>

Resumen

La política de Clasificación Estandarizada de Pacientes Hospitalizados (KRIS, por sus siglas en *bahasa* indonesia) tiene como objetivo mejorar la calidad y la equidad de la atención médica en Indonesia, apoyando específicamente el programa del Seguro Nacional de Salud (JKN, por sus siglas en *bahasa*). Este estudio evalúa la preparación de los hospitales islámicos y el ecosistema de atención médica basado en la *sharia* para la implementación de la KRIS. Mediante un enfoque de métodos mixtos que involucró a 29 hospitales, el estudio evaluó la preparación con base en 12 criterios, incluyendo infraestructura, instalaciones médicas y la integración de los principios sharia. Los hallazgos muestran un progreso significativo en los estándares de las instalaciones físicas; sin embargo, persisten desafíos con respecto a la capacidad limitada de hospitalización y la insuficiencia de espacios de aislamiento y UCI. Si bien las características que cumplen con la *sharia*, como las instalaciones *para el wudu* y los materiales halal, están ampliamente implementadas, se necesitan mejoras en los servicios espirituales. Además, las incertidumbres regulatorias con respecto a los ajustes de tarifas y las limitaciones de recursos humanos en áreas remotas plantean obstáculos adicionales. El estudio recomienda un mayor apoyo gubernamental, la armonización de políticas y capacitación especializada para garantizar una implementación exitosa de la KRIS.

Palabras clave: preparación de la infraestructura, hospitales islámicos, clasificación estandarizada de pacientes hospitalizados (KRIS), industria de la salud islámica (*sharia*), seguro nacional de salud (JKN), política de salud, Indonesia

Abstract

Abstract The Standardized Inpatient Class (KRIS) policy aims to improve healthcare quality and equity in Indonesia, specifically supporting the National Health Insurance (JKN) program. This study evaluates the readiness of Islamic hospitals and the sharia healthcare ecosystem for KRIS implementation. Through a mixed-methods approach involving 29 hospitals, the study assessed readiness based on 12 KRIS criteria, including infrastructure, medical facilities, and the integration of sharia principles. Findings show significant progress in physical facility standards; however, challenges remain regarding limited inpatient capacity and insufficient isolation and ICU spaces. While sharia-compliant features—such as *wudhu* facilities and halal materials—are largely implemented, improvements in spiritual services are needed. Furthermore, regulatory uncertainties regarding tariff adjustments and human resource constraints in remote areas pose additional hurdles. The study recommends enhanced government support, policy harmonization, and specialized training to ensure successful KRIS implementation.

Keywords: Infrastructure Readiness, Islamic Hospitals, Standardized Inpatient Class (KRIS), Sharia Healthcare Industry, National Health Insurance (JKN), Health Policy, Indonesia



Introducción

A nivel mundial, los sistemas de salud se enfrentan al desafío de equilibrar la calidad, el acceso y la eficiencia. Los estudios suelen destacar las compensaciones entre estas dimensiones, especialmente en países de ingresos bajos y medios, donde la escasez de recursos y la asignación ineficiente obstaculizan el progreso.^{1, 2} Marcos como el *Camino hacia una Cobertura Altamente Efectiva* enfatizan las acciones coordinadas para mejorar la prestación de servicios; sin embargo, persisten importantes brechas en la atención, lo que subraya la necesidad de contar con mayor evidencia para lograr la Cobertura Universal para la Salud (CUS).^{3, 4, 5}

En Indonesia, el impulso hacia la cobertura universal para la salud (CUS) a través del programa del Seguro Nacional de Salud (*Jaminan Kesehatan Nasional*; JKN) representa un importante esfuerzo político para lograr la equidad en el acceso. Una iniciativa central dentro de este marco es la implementación de la Clase Estandarizada de Pacientes Hospitalizados (*Kelas Rawat Inap Standar*; KRIS), que tiene como objetivo brindar beneficios médicos y no médicos uniformes a todos los participantes del JKN, independientemente de su estatus socioeconómico.^{6, 7}

A pesar de su potencial para reducir las desigualdades, la implementación de KRIS enfrenta obstáculos significativos.^{8, 9, 10, 11} Estos incluyen disparidades en infraestructura, capacidad hospitalaria insuficiente y costos sustanciales de renovación necesarios para cumplir con los nuevos estándares.^{12, 13} Los hospitales islámicos (*Rumah Sakit Islam*; RSI), que integran principios religiosos en la prestación de sus servicios, enfrentan desafíos únicos para alinear los estándares de KRIS con sus valores e identidad organizacional.¹⁴ En consecuencia, evaluar la preparación de los

hospitales islámicos es esencial para garantizar una implementación efectiva del KRIS sin comprometer su orientación de servicio distintiva.

Estudios previos destacan la importancia de una infraestructura sólida para brindar atención médica de alta calidad; por ejemplo, una infraestructura resiliente está vinculada a una mayor capacidad de servicio y flexibilidad operativa¹⁵. La adopción de la Gestión de Calidad Total (TQM) o la Mejora Continua de la Calidad (CQI) ha mejorado significativamente la prestación de servicios hospitalarios en países como Tailandia e India.¹⁶ De manera similar, Indonesia ha experimentado avances, con un 62.7% de hospitales que, según se informa, cumplen con los estándares de acreditación establecidos por BPJS Kesehatan (la agencia nacional de seguridad social de salud) y las últimas directrices de acreditación de KARS (la Comisión de Acreditación Hospitalaria).¹⁷

Sin embargo, persiste una brecha significativa en la literatura respecto a la preparación de los hospitales basados en valores religiosos, en particular los hospitales islámicos en Indonesia. Los estudios que exploran la integración de principios islámicos, como la provisión de alimentos halal, instalaciones adecuadas para la oración e interacciones éticas entre pacientes y proveedores, siguen siendo limitados. Además, la hoja de ruta delineada por BPJS Kesehatan para la implementación de KRIS para 2025-2026 destaca desafíos críticos, incluyendo la estandarización de las habitaciones para pacientes hospitalizados, las limitaciones financieras y la integración de la atención médica basada en el valor.¹⁸ Abordar estas brechas es esencial para garantizar reformas de atención médica inclusivas y culturalmente sensibles.

Este estudio tiene como objetivo evaluar la preparación de los hospitales islámicos en

Indonesia para implementar la política KRIS, centrándose en la infraestructura, la gestión y la integración de los valores islámicos en los servicios de hospitalización. Mediante el análisis de la infraestructura física, los principios religiosos y la preparación organizacional dentro del ecosistema sanitario islámico, esta investigación busca proporcionar información práctica que permita alinear los valores religiosos con los estándares nacionales. Se espera que estos hallazgos contribuyan al proceso de formulación de políticas, ofreciendo perspectivas sobre cómo las instituciones de orientación religiosa pueden adaptarse a las demandas cambiantes sin perder su identidad propia.

Métodología

Este estudio empleó un enfoque de métodos mixtos, combinando metodologías cuantitativas y cualitativas. El componente cuantitativo evaluó la preparación de los hospitales islámicos para cumplir con los requisitos de la Clasificación Estandarizada de Pacientes Hospitalizados (KRIS, por sus siglas en inglés) según el Reglamento Gubernamental n.º 47 de 2021. Por su parte, el aspecto cualitativo exploró los desafíos y las oportunidades en la implementación de la KRIS, en particular en lo que respecta a la integración de los principios islámicos. Este enfoque dual proporcionó una comprensión holística, combinando datos cuantificables con información contextual profunda.^{19, 20}

La investigación se llevó a cabo durante seis meses (julio-diciembre) en 29 hospitales islámicos certificados por la *sharia* en colaboración con BPJS Kesehatan. La muestra se seleccionó mediante muestreo intencional para garantizar una representación diversa de las características de los hospitales, incluyendo el tipo de gestión (público vs. privado), el tipo de hospital (A, B o C) y la capacidad de las instalaciones para pacientes hospitalizados.²¹

La muestra final incluyó un RSI tipo C, 16 instituciones tipo A y 12 instituciones tipo B. Se realizaron entrevistas a profundidad con representantes de RS Annisa, Muhammadiyah y Nahdlatul Ulama, complementadas con observaciones directas en RS Tajuddin Khalid. Los datos se recopilaron a través de cuestionarios estructurados, entrevistas, observaciones y revisiones de documentos. El cuestionario principal, basado en los 12 criterios KRIS, evaluó factores físicos, como dimensiones de las habitaciones, espacio entre camas, ventilación e iluminación, junto con instalaciones de servicio específicas de la *sharia*.

Las variables de infraestructura hospitalaria se evaluaron utilizando una escala porcentual para determinar la preparación general. Esta escala categorizó la preparación en cinco niveles: altamente calificado (>80%), calificado (60 – 79%), moderadamente calificado (40 – 59%), aún no calificado (20 – 39%) y no calificado (< 20%)²². Con base en el consenso para los 12 criterios KRIS-JKN, la preparación se segmentó además en cuatro rangos de desempeño: por debajo del 60%, 60 – 70%, 71 – 90% y por encima del 90%. Estos puntos de referencia también se aplicaron a la evaluación de elementos integrados de la *sharia* dentro del marco KRIS^{22, 23}.

Los datos cuantitativos se analizaron mediante estadística descriptiva con SPSS, mientras que los datos cualitativos se procesaron temáticamente según el marco de implementación de políticas de Van Meter y Van Horn. La validez se estableció mediante consulta a expertos y triangulación, y la fiabilidad se confirmó con el coeficiente alfa de Cronbach. Se recabaron datos cualitativos de informantes clave, como directores de hospital y personal técnico, mientras que las observaciones directas validaron la preparación física y operativa. Estas fuentes de datos primarias se complementaron con datos

secundarios, como autoevaluaciones hospitalarias y estadísticas de servicios.

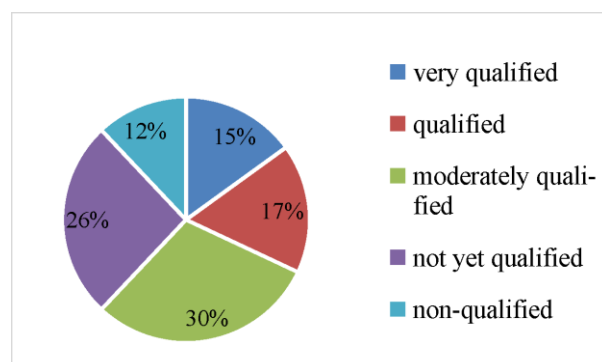
Aprobación ética

El Comité Nacional de Ética aprobó el estudio como investigación básica en salud para Indonesia de 2018 (LB.02.01/2/KE.024/2018). La encuesta eliminó la identidad de todos los participantes del conjunto de datos. Los participantes dieron su consentimiento por escrito para participar en el estudio.

Resultado

En la Figura 1 se presentan visualmente datos descriptivos cuantitativos para ilustrar patrones en la preparación de la infraestructura hospitalaria. En general, los resultados indican distintos niveles de preparación entre los RSI con respecto a la política KRIS. Específicamente, el 15% de los encuestados se clasificaron como altamente calificados (> 80% de preparación), mientras que el 17% se clasificaron como calificados (60-79%). El grupo más numeroso de hospitales, con un 30%, se clasificó como moderadamente calificado (40-59%). Por otro lado, el 26% se clasificó como aún no calificado (20-39%), y el 12% restante como no calificado (< 20%).

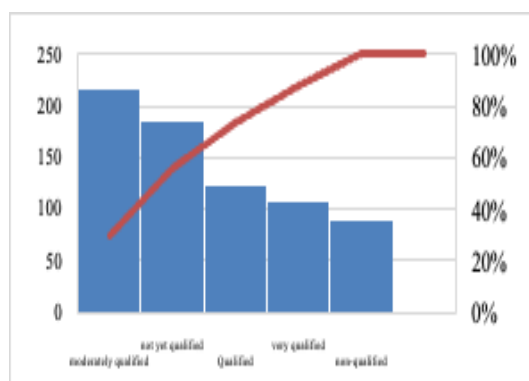
Figura 1. Diagrama del nivel de preparación de la infraestructura RSI



Fuente: elaboración propia en todos los casos

Además, la Figura 2 presenta un histograma que ilustra los niveles de preparación de la infraestructura de RSI en estas cinco categorías. Los datos revelan que la categoría *moderadamente cualificada* predomina con un mayor número, seguida de la categoría *aún no cualificada*. Esto indica que un número significativo de RSI ha alcanzado un nivel moderado de preparación de la infraestructura. Sin embargo, el número de RSI disminuye en las categorías cualificada, muy cualificada y no cualificada, registrándose el grupo no cualificado con el menor número.

Figura 2. Niveles infraestructura instalada



Los resultados de la encuesta que se muestran en el Cuadro 1 (abajo) revelan variaciones significativas en la preparación de la infraestructura hospitalaria para cumplir con los 12 criterios KRIS-JKN a octubre de 2024. Con un nivel de preparación inferior al 60%, la superficie de la habitación por cama se cumplía solo en el 53% de los casos, mientras que la distancia entre los bordes de las camas (>1.5 m) alcanzaba el 55%. Esto indica limitaciones en la distribución del espacio, lo que podría afectar la comodidad y la privacidad de los pacientes.

Se alcanzó un nivel de preparación del 60-70% en torno a tres criterios: el número máximo de camas por habitación (70%), la baja porosidad del edificio (65%) y las divisiones entre camas

fabricadas con materiales no porosos y equipadas con rieles en el techo (70%). Si bien estos criterios se cumplieron con estándares mínimos, aún se requieren mejoras en el diseño y la calidad de los materiales para optimizar la eficacia y la calidad.

En el nivel de preparación del 71-90%, se observó un progreso significativo en las instalaciones hospitalarias, incluyendo baños en las habitaciones que cumplen con cinco estándares (80%), comodidad en las camas que cumplen con tres estándares (80%), ventilación adecuada (75%) y disponer de una mesa de noche por cama (75%). Esto refleja una creciente concientización en los hospitales sobre la importancia de la comodidad e higiene para el paciente, aunque las disparidades entre instalaciones requieren atención. Asimismo, se alcanzó un nivel de preparación superior al 90% para dos criterios: mantener la temperatura ambiente entre 20 y 26 °C (95%) e iluminación óptima en las habitaciones (95%). Estos logros demuestran la implementación exitosa de estándares ambientales físicos para favorecer el bienestar del paciente.

Los resultados de la encuesta, representados en el Cuadro 2, sobre la integración de elementos de la Sharia en KRIS muestran variaciones en los niveles de preparación de las instalaciones, con la mayoría de las variables indicando un progreso positivo. Se observó una preparación moderada (60-70%) para la integración de sistemas de llamada de enfermería con servicios de orientación espiritual o religiosa según sea necesario (65%). Se alcanzó una alta preparación (71-80%) para baños equipados con instalaciones para realizar la ablución (*wudu*) de acuerdo con las enseñanzas islámicas (80%), así como para sistemas de ventilación que favorecen la comodidad del paciente manteniendo la privacidad de acuerdo con los principios de la *sharia* (80%).

Se registraron niveles de preparación muy altos (>90%) para varias variables críticas, entre ellas: iluminación adecuada para facilitar las actividades religiosas de los pacientes (90%), materiales de construcción libres de sustancias *haram* (prohibidas) (90%), distribución de las habitaciones por sexo, edad y tipo de enfermedad (95%) y habitaciones equipadas con indicadores de la quibla (100%). Estos hallazgos reflejan un progreso significativo en la adaptación de las instalaciones hospitalarias a los estándares de atención médica basados en la *sharia*.

Discusión

Los hallazgos de la Figura 1 subrayan la necesidad crítica de mejorar la infraestructura hospitalaria para implementar eficazmente las políticas de salud, como KRIS. Estudios similares en Uganda y Kenia han demostrado que muchos centros de salud tienen dificultades con estas preparaciones, particularmente en el manejo de enfermedades no transmisibles y en su respuesta a la COVID-19, lo que indica un problema sistémico más amplio en la preparación para la atención médica ^{24, 25}.

La línea acumulativa en rojo (Figura 2) aporta una perspectiva adicional, mostrando que aproximadamente el 80% de las necesidades de preparación total de la infraestructura se concentra en las dos categorías más frecuentes: moderadamente cualificada y aún no cualificada. Estos hallazgos coinciden con desafíos más amplios para los sistemas de salud, tanto la adecuación de la infraestructura como problemas de gestión de personal, particularmente en países de ingresos bajos y medios ^{24, 26, 27}. Esto sugiere que, si bien la mayoría de los RSI han alcanzado un nivel de preparación encomiable, aún existe una brecha notable en otras categorías, como entre los grupos calificados, muy calificados y, especialmente, los no calificados.

Cuadro 1. Resumen de los resultados de la encuesta de preparación del KRIS basada en el consenso de los 12 criterios JKN en octubre de 2024

Nivel de preparación	Variable
< 60%	Superficie de la habitación por cama (53%)
	Distancia entre los bordes de los lechos ≥ 1.5 m ² (55%)
60–70%	Número máximo de camas por habitación (70%)
	Edificios con baja porosidad (65%)
	Separadores entre camas con rieles de techo integrados y materiales no porosos (70%)
71–90%	Los baños de las habitaciones cumplen con 5 estándares (80%).
	Los artículos de aseo de la cama cumplen con 3 estándares (80%).
	Ventilación (75%)
> 90%	Una mesita de noche por cama (75%)
	Temperatura ambiente 20–26 °C (95%)
	Iluminación de la habitación (95%)

Cuadro 2. Resumen de los resultados de la encuesta sobre la integración de elementos de la *sharia* en la preparación del KRIS según el consenso de los 12 criterios del KRIS JKN en octubre de 2024

Nivel de preparación	Variable
60–70%	Sistema integrado de llamado a enfermería con servicios de orientación espiritual o religiosa según sea necesario (65%)
71–80%	Baños equipados con instalaciones para realizar la ablución (<i>wudu</i>) y la higiene según las enseñanzas islámicas (80%).
	La ventilación favorece la comodidad del paciente de acuerdo con los principios de la <i>sharia</i> , manteniendo privacidad y limpieza sin interferir con el culto (80%).
> 90%	Iluminación adecuada para facilitar las actividades religiosas de los pacientes (80%).
	Los materiales de construcción no contienen sustancias haram (90%).
	Las habitaciones están equipadas con indicadores de quibla(100%).
	Distribución de habitaciones por sexo, edad y tipo de enfermedad (infección, no infección, parto) (95%)

Desde un punto de vista práctico, esta distribución enfatiza la importancia potencial de las ISR con mayores niveles de preparación, al tiempo que subraya la necesidad de prestar mayor atención a las que se encuentran en las categorías inferiores. Para mejorar la preparación general de la infraestructura, son esenciales las estrategias específicas, que incluyen mejoras en las instalaciones físicas, capacitación del personal y el desarrollo de tecnologías de la información, en particular para las ISR que actualmente se encuentran en las categorías calificadas, muy calificadas y no calificadas ²⁸.

En cuanto a los datos del Cuadro 1, los desafíos para cumplir con los estándares de diseño hospitalario —en particular con respecto al área de la habitación por cama y el

espaciamento entre camas— a menudo surgen de limitaciones de terreno y diseños de edificios obsoletos, que pueden afectar la comodidad y seguridad del paciente ^{39, 40}. Los esfuerzos de renovación y la construcción de nuevos edificios con una mejor planificación son esenciales, junto con intervenciones estratégicas como el uso de materiales duraderos que cumplan con las regulaciones y la implementación de estrategias basadas en la evidencia, como habitaciones individuales para pacientes, para mejorar los resultados de salud entre los pacientes y reducir la incidencia de infecciones ^{41, 42}. Si bien se han observado avances en los baños de las habitaciones, la ventilación y el mobiliario, los niveles moderados de preparación en áreas como la calidad del material de las divisiones y el número máximo de camas por habitación

resaltan oportunidades de mejora. La variabilidad en la preparación entre hospitales subraya la necesidad de soluciones específicas y un análisis más profundo para identificar los factores que impulsan o inhiben la implementación efectiva del diseño ⁴³.

Los altos niveles de preparación para el mantenimiento de la temperatura e iluminación de las habitaciones reflejan una implementación efectiva de la tecnología y los sistemas de control ambiental, esenciales para crear un entorno de atención seguro y cómodo así como para la prevención de infecciones nosocomiales ⁴⁴. Las mejoras en la ventilación, la capacitación del personal en prevención y control de infecciones (PCI), el cumplimiento de los protocolos de higiene y las asignaciones presupuestarias estratégicas para mejoras en infraestructura —incluida la gestión del riesgo de desastres y diseños de control de infecciones— son fundamentales para cumplir con los estándares KRIS JKN ^{45, 46, 47}. Si bien se han logrado avances, particularmente en controles ambientales, los hospitales en regiones en desarrollo aún enfrentan desafíos para obtener los recursos necesarios para una implementación integral. Este estudio destaca la necesidad de una estrategia integrada que incluya capacitación, incentivos e inversiones específicas por parte de los gobiernos y la administración hospitalaria para acelerar el cumplimiento de los estándares KRIS JKN.

Los resultados de la encuesta presentados en el Cuadro 2 muestran avances significativos en la integración de los principios de la *sharia* en las instalaciones hospitalarias, especialmente en áreas con un alto grado de preparación, como los indicadores de la *qibla* y la división de habitaciones según el género. Estos logros resaltan la priorización de los valores islámicos en la planificación y el diseño de la infraestructura de atención a la salud, en consonancia con el marco KRIS JKN. Los altos niveles de preparación en baños equipados para

la ablución y sistemas de ventilación conformes a la *sharia* indican esfuerzos sustanciales para incorporar las enseñanzas islámicas en la atención diaria del paciente. Estas características son fundamentales para preservar la dignidad, la privacidad y el bienestar espiritual, sobre todo durante estancias hospitalarias prolongadas.

A pesar de estos avances, la preparación moderada para integrar sistemas de llamado a enfermería con los servicios de orientación espiritual o religiosa pone de manifiesto áreas de mejora potencial. Esta integración es esencial para brindar una atención integral que atienda tanto las necesidades físicas como las espirituales. Las inversiones en mejoras tecnológicas y la colaboración con proveedores de atención espiritual podrían mejorar la preparación en este ámbito, garantizando un apoyo más completo para los pacientes.

Los altos niveles de preparación en materiales de construcción, iluminación e indicadores de *qibla* reflejan el cumplimiento de los principios de la *sharia* y destacan un sólido compromiso para fomentar un entorno de apoyo para los pacientes musulmanes. Sin embargo, las variaciones entre hospitales sugieren la necesidad de estrategias específicas para abordar las disparidades en la disponibilidad de recursos y garantizar la implementación consistente de los elementos esenciales que cumplan con los estándares de la *sharia* en todo el país. La integración de elementos de la *sharia* en KRIS refleja una tendencia creciente en la atención médica que enfatiza la atención holística y los servicios centrados en el paciente. La investigación indica un progreso significativo en limpieza, comodidad y atención a las necesidades espirituales, que son cruciales para la satisfacción del paciente ^{48, 49, 50}. La aplicación de los principios de la *sharia* se ha vinculado con una mayor satisfacción del paciente, fomentando la lealtad y la difusión de

opiniones positivas, de boca en boca, entre los pacientes.^{48, 51}

Sin embargo, persisten desafíos para la plena implementación de los principios de la *sharia*. Crear un ambiente propicio para la satisfacción del paciente requiere de evaluación y adaptación continuas para alinear los servicios con los estándares de la *sharia* de manera efectiva^{48, 49}. También puede surgir resistencia por parte de los pacientes para priorizar los resultados médicos sobre las consideraciones espirituales, lo que subraya la importancia de un enfoque equilibrado en la prestación de atención médica⁵⁰.

Futuras investigaciones deberán explorar el impacto de la integración de la *sharia* en la satisfacción del paciente y los resultados de salud, abordando las barreras para lograr su implementación en centros con desempeño moderado. Evaluar la rentabilidad y la escalabilidad de estas intervenciones proporcionaría una información valiosa para orientar las políticas y las decisiones de inversión. Estos hallazgos contribuyen al creciente *corpus* de literatura sobre atención médica culturalmente sensible y su papel en la mejora de la atención centrada en el paciente.

Según las entrevistas a profundidad, la política KRIS —respaldada por una sólida base legal como el *Reglamento Gubernamental N.º 47 de 2021*— busca mejorar el acceso y la eficiencia en la atención médica a través de tarifas y servicios estandarizados. Sin embargo, su implementación enfrenta desafíos importantes, incluyendo regulaciones inconsistentes, tarifas estancadas y ambigüedad en la segmentación de participantes. Las inconsistencias regulatorias, como los cambios frecuentes, generan confusión entre los proveedores de atención médica, mientras que las tarifas INA-CBG sin cambios desde 2016 limitan la viabilidad financiera de los hospitales^{52, 53}. Además, la segmentación poco clara de los

participantes complica la prestación de servicios y los procesos de reembolso, particularmente para los hospitales privados.⁵²

Las limitaciones presupuestales exacerbaban estos desafíos, especialmente en hospitales gubernamentales y rurales. Los fondos operativos limitados restringen la capacidad de los hospitales para ampliar sus servicios, mientras que la escasez de personal médico calificado dificulta la prestación de servicios, particularmente en zonas desatendidas.⁵⁴ Las limitaciones en infraestructura, como la insuficiente capacidad de habitaciones para pacientes con PBI (subsidiados), obstaculizan aún más la implementación efectiva, especialmente en regiones remotas⁵³. Estas barreras relacionadas con los recursos resaltan la necesidad de mayores inversiones y una distribución equitativa de los recursos para garantizar una ejecución exitosa de las políticas en salud.

Los esfuerzos de la Asociación de Hospitales de Indonesia (PERSI) han mejorado la comprensión de las políticas entre los implementadores, pero persisten diferencias de interpretación entre hospitales debido a los frecuentes cambios regulatorios⁵². El desarrollo de Procedimientos Operativos Estándar (POE) y el apoyo de organizaciones religiosas como Muhammadiyah y Nahdlatul Ulama, así como del Ministerio de Asuntos Religiosos, fortalecen los esfuerzos de implementación. Sin embargo, la supervisión y la capacitación desiguales crean brechas para garantizar la aplicación uniforme de las políticas.⁵³ A pesar de estos desafíos, el sentimiento general entre los implementadores es favorable a la orientación política, aunque los hospitales privados siguen siendo escépticos debido a preocupaciones operativas y de costos.

La política KRIS representa un paso importante hacia mejorar el acceso y estandarización de la

atención médica en Indonesia. Sin embargo, para su implementación exitosa, es fundamental abordar las inconsistencias regulatorias, actualizar las tarifas, clarificar la segmentación de los participantes y mitigar las limitaciones de recursos. Una supervisión reforzada, una capacitación constante y la colaboración con las partes interesadas pueden subsanar deficiencias existentes, fomentando un sistema de salud más eficiente y equitativo.

Conclusión

La implementación de las políticas de Clasificación Estandarizada de Pacientes Hospitalizados (KRIS, por sus siglas en inglés) dentro del marco de Habitación Integrada para Pacientes Hospitalizados según la *sharia*, tiene un gran potencial para mejorar la calidad de los servicios hospitalarios. Sin embargo, enfrenta diversos desafíos, particularmente relacionados con la limitación de recursos, las restricciones en infraestructura y la ambigüedad de las regulaciones, que obstaculizan la planificación y el desarrollo estratégico de los hospitales. Si bien algunos hospitales han logrado avances notables en el cumplimiento de los estándares KRIS, existe una necesidad urgente de aumentar la capacidad de las habitaciones, contar con más personal médico a tiempo completo e integrar tecnologías para brindar un mejor apoyo a los servicios de atención espiritual. El apoyo gubernamental a través de políticas claras, financiamiento adecuado y capacitación reforzada del personal médico, así como mejoras sistemáticas a la infraestructura hospitalaria, es esencial para garantizar la implementación exitosa y sostenible de KRIS.

Agradecimientos

Al Ministerio de Asuntos Religiosos de la República de Indonesia por su apoyo financiero para la realización de esta investigación. Asimismo, al Comité de Ética de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la

Universidad Islámica Estatal Alauddin Makassar por la aprobación del protocolo del estudio. A las y los participantes que contribuyeron voluntariamente a esta investigación, así como a mis colegas y mentores que me brindaron una valiosa orientación y apoyo durante todo el proceso. También agradezco a los hospitales islámicos su cooperación y asistencia para facilitar la investigación. Finalmente, agradezco a mi familia su apoyo y comprensión incondicionales.

Declaración de conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses que puedan afectar a los resultados de la investigación.

Referencias

- 1 G. P. Afonso, D. C. Ferreira, and J. R. Figueira, "A Network-DEA model to evaluate the impact of quality and access on hospital performance," *Ann Oper Res*, vol. 342, no. 3, pp. 2169–2199, 2024, doi: 10.1007/s10479-023-05362-x.
- 2 Z. Sun, Y. Sun, X. Liu, Y. Tu, S. Chen, and D. Qian, "A Refined Evaluation Analysis of Global Healthcare Accessibility Based on the Healthcare Accessibility Index Model and Coupling Coordination Degree Model," *Sustainability (Switzerland)*, vol. 14, no. 16, Aug. 2022, doi: 10.3390/su141610280.
- 3 L. M. E. Vaz, L. Franco, T. Guenther, K. Simmons, S. Herrera, and S. N. Wall, "Operationalising health systems thinking: a pathway to high effective coverage," *Health Res Policy Syst*, vol. 18, no. 1, p. 132, 2020, doi: 10.1186/s12961-020-00615-8.
- 4 B. Yanful, A. Kirubarajan, D. Bhatia, S. Mishra, S. Allin, and E. Di Ruggiero, "Quality of care in the context of universal health coverage: a scoping review," *Health Res Policy Syst*, vol. 21, no. 1, p. 21, 2023, doi: 10.1186/s12961-022-00957-5.
- 5 J. Braithwaite *et al.*, "Transformational improvement in quality care and health systems: the next decade," *BMC Med*, vol. 18, no. 1, p. 340, 2020, doi: 10.1186/s12916-020-01739-y.
- 6 N. Mboi, "Indonesia: on the way to universal health care," *Health Syst Reform*, vol. 1, no. 2, pp. 91–97, 2015, doi: 10.1080/23288604.2015.1020642.
- 7 A. Yuditia, Y. Hidayat, and S. Achmad, "Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Oleh BPJS Berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun

- 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional,” *Jurnal Magister Ilmu Hukum*, vol. 6, no. 1, pp. 43–61, 2023.
- 8 K. Anindya, J. T. Lee, B. McPake, S. A. Wilopo, C. Millett, and N. Carvalho, “Impact of Indonesia’s national health insurance scheme on inequality in access to maternal health services: A propensity score matched analysis,” *J Glob Health*, vol. 10, no. 1, Jun. 2020, doi: 10.7189/JOGH.10.010429.
- 9 A. B. Pratiwi, H. Setyaningsih, M. O. Kok, T. Hoekstra, A. G. Mukti, and E. Pisani, “Is Indonesia achieving universal health coverage? Secondary analysis of national data on insurance coverage, health spending and service availability,” *BMJ Open*, vol. 11, no. 10, p. e050565, 2021.
- 10 D. Nurmila Siliwadi and H. Subhandi Bakhtiar, “Medicine and Nursing www.iiste.org ISSN,” 2017. Online. Available: www.iiste.org
- 11 A. D. Harahap, A. D. Fitriani, and D. Teo, “Analysis of Participants Waiting Payment of JKN Mandiri Premium in the Working Area of the Helvetia Community Health Center,” *Journal La Medihealthico*, vol. 2, no. 1, pp. 47–52, Jan. 2021, doi: 10.37899/journallamedihealthico.v2i1.292.
- 12 R. Amelia Saleh and M. Syamsu Hidayat, “Analysis Of Hospital Readiness For The Implementation Of Standard Inpatient Care Class (KRIS): Literature Review,” vol. 15, 2024, doi: 10.54209/eduhealth.v15i04.
- 13 F. Meidiawaty, “The Standard Inpatient Class (KRIS) Policy In Hospitals And Its Impact On The Decline In Bed Availability For BPJS,” 2024. doi: <https://doi.org/10.22515/jurnalalhakim.v6i1.8948>.
- 14 A. Yazid, S. Aminah, D. K. Ariadni, T. Y. Utsman, and A. Sugitanata, “Istihsān Theory and Its Application in the Standard Inpatient Class (KRIS) Initiative by the National Health Insurance Program (JKN),” *Jurnal Al-Hakim: Jurnal Ilmiah Mahasiswa, Studi Syariah, Hukum dan Filantropi*, pp. 1–14, May 2024, doi: 10.22515/jurnalalhakim.v6i1.8948.
- 15 Y. Choudhary and H. Kumar, “Green and resilient health infrastructure,” in *Climate Change and the Health Sector*, Routledge India, 2021, pp. 131–138.
- 16 L. Vali, M. H. Mehrolhasani, S. Mirzaei, and N. Oroomiei, “Challenges of implementing the accreditation model in military and university hospitals in Iran: a qualitative study,” *BMC Health Serv Res*, vol. 20, no. 1, pp. 1–9, 2020.
- 17 V. Wardhani, J. P. van Dijk, and A. Utarini, “Hospitals accreditation status in Indonesia: associated with hospital characteristics, market competition intensity, and hospital performance?,” *BMC Health Serv Res*, vol. 19, no. 1, pp. 1–10, 2019.
- 18 D. Agatha, “Begini Roadmap implementasi KRIS JKN, Akan dilakukan bertahap mulai 2022-2024.” Accessed: Jan. 14, 2024. Online. Available: <https://www.liputan6.com/health/read/4927001/begini-road-map-implementasi-kris-jkn-akan-dilakukan-bertahap-mulai-2022-2024?page=3>
- 19 J. W. Creswell and M. Inoue, “A process for conducting mixed methods data analysis,” *J Gen Fam Med*, 2024.
- 20 J. W. Creswell, “My 35 Years in Mixed Methods Research,” *J Mix Methods Res*, p. 15586898241253892, 2024.
- 21 F. Nyimbili and L. Nyimbili, “Types of Purposive Sampling Techniques with Their Examples and Application in Qualitative Research Studies,” *British Journal of Multidisciplinary and Advanced Studies*, vol. 5, no. 1, pp. 90–99, 2024.
- 22 D. Afni and A. Bachtari, “Analisis Kesiapan Implementasi Kelas Rawat Inap Standar: Studi Kasus di RS Wilayah Kabupaten Tangerang (PP NO 47 Tahun 2021),” *Syntax Literate; Jurnal Ilmiah Indonesia*, vol. 7, no. 5, pp. 6634–6655, 2022.
- 23 A. Yazid, S. Aminah, D. K. Ariadni, T. Y. Utsman, and A. Sugitanata, “Istihsān Theory and Its Application in the Standard Inpatient Class (KRIS) Initiative by the National Health Insurance Program (JKN),” *Jurnal Al-Hakim: Jurnal Ilmiah Mahasiswa, Studi Syariah, Hukum dan Filantropi*, pp. 1–14, 2024.
- 24 P. Mwene *et al.*, “Readiness of health facilities to manage individuals infected with COVID-19, Uganda, June 2021,” *BMC Health Serv Res*, vol. 23, no. 1, p. 441, 2023, doi: 10.1186/s12913-023-09380-0.
- 25 R. Ammoun, W. M. Wami, P. Otieno, C. Schultz, C. Kyobutungi, and G. Asiki, “Readiness of health facilities to deliver non-communicable diseases services in Kenya: a national cross-sectional survey,” *BMC Health Serv Res*, vol. 22, no. 1, p. 985, 2022, doi: 10.1186/s12913-022-08364-w.
- 26 M. A. Peters *et al.*, “Resilience of front-line facilities during COVID-19: evidence from cross-sectional rapid surveys in eight low- and middle-income countries,” *Health Policy Plan*, vol. 38, no. 7, pp. 789–798, Aug. 2023, doi: 10.1093/heapol/czad032.
- 27 B. Farah, M. Pavlova, and W. Groot, “Hospital disaster preparedness in sub-Saharan Africa: a systematic review of English literature,” *BMC Emerg Med*, vol. 23, no. 1, p. 71, 2023, doi: 10.1186/s12873-023-00843-5.
- 28 J. C. Acharya *et al.*, “Strengths, weaknesses, opportunities, and threats for the nation’s public health information systems infrastructure: synthesis of discussions from the 2022 ACMI

- Symposium,” *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 30, no. 6, pp. 1011–1021, Jun. 2023, doi: 10.1093/jamia/ocad059.
- 29 A. Füzsl *et al.*, “Provision of safe patient care during the COVID-19 pandemic despite shared patient rooms in a tertiary hospital,” *Antimicrob Resist Infect Control*, vol. 11, no. 1, p. 61, 2022.
 - 30 M. Mead and A. M. Ibrahim, “Strategies to evaluate the quality of hospital design with clinical data,” *J Hosp Med*, vol. 18, no. 6, pp. 538–543, 2023.
 - 31 A. Dinis *et al.*, “Association between service readiness and PMTCT cascade effectiveness: a 2018 cross-sectional analysis from Manica province, Mozambique,” *BMC Health Serv Res*, vol. 22, no. 1, p. 1422, 2022.
 - 32 D. K. Thapa, K. Acharya, A. Karki, and M. Cleary, “Health facility readiness to provide antenatal care (ANC) and non-communicable disease (NCD) services in Nepal and Bangladesh: Analysis of facility-based surveys,” *PLoS One*, vol. 18, no. 3, p. e0281357, 2023.
 - 33 M. Colombini, S. H. Mayhew, C. Garcia-Moreno, A. F. d’Oliveira, G. Feder, and L. J. Bacchus, “Improving health system readiness to address violence against women and girls: a conceptual framework,” *BMC Health Serv Res*, vol. 22, no. 1, p. 1429, 2022.
 - 34 J. King *et al.*, “Readiness of health facilities to provide safe childbirth in Liberia: a cross-sectional analysis of population surveys, facility censuses and facility birth records,” *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 22, no. 1, p. 952, 2022.
 - 35 A. Kabir, M. N. Karim, and B. Billah, “The capacity of primary healthcare facilities in Bangladesh to prevent and control non-communicable diseases,” *BMC Primary Care*, vol. 24, no. 1, p. 60, 2023.
 - 36 S. Ghimire, S. Ghimire, P. Khanal, R. A. Sagtani, and S. Paudel, “Factors affecting health insurance utilization among insured population: evidence from health insurance program of Bhaktapur district of Nepal,” *BMC Health Serv Res*, vol. 23, no. 1, Dec. 2023, doi: 10.1186/s12913-023-09145-9.
 - 37 D. Bintabara and D. Ngajilo, “Readiness of health facilities for the outpatient management of non-communicable diseases in a low-resource setting: an example from a facility-based cross-sectional survey in Tanzania,” *BMJ Open*, vol. 10, no. 11, p. e040908, 2020.
 - 38 S. A. C. Clemens, A. K. Sekine, F. Tovar-Moll, and R. Clemens, “COVID-19 site readiness initiative: building clinical trial capacity for vaccine efficacy trials in Latin America in response to the pandemic,” *Vaccine X*, vol. 12, p. 100238, 2022.
 - 39 L. Cusack, R. Munt, N. Verdonk, T. Schultz, and J. Maben, “Comparison of experiences of nursing staff and patients before and after move to 100% single-bed room hospital in Australia: mixed methods,” *BMC Health Serv Res*, vol. 23, no. 1, p. 81, 2023, doi: 10.1186/s12913-023-09073-8.
 - 40 D. Stojanovic and M. Vujovic, “Indoor Positioning Simulation for Examination and Correction of Occupancy Density Limits in Architectural Design,” *Buildings*, vol. 12, no. 7, Jul. 2022, doi: 10.3390/buildings12070966.
 - 41 S. Grimaz, E. Ruzzene, and F. Zorzini, “Situational assessment of hospital facilities for modernization purposes and resilience improvement,” *International Journal of Disaster Risk Reduction*, vol. 66, p. 102594, 2021, doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2021.102594>.
 - 42 A. Stiller, F. Salm, P. Bischoff, and P. Gastmeier, “Relationship between hospital ward design and healthcare-associated infection rates: a systematic review and meta-analysis,” *Antimicrob Resist Infect Control*, vol. 5, no. 1, p. 51, 2016, doi: 10.1186/s13756-016-0152-1.
 - 43 C. Cubukcuoglu, P. Nourian, M. F. Tasgetiren, I. S. Sariyildiz, and S. Azadi, “Hospital layout design renovation as a Quadratic Assignment Problem with geodesic distances,” *Journal of Building Engineering*, vol. 44, p. 102952, 2021, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jobbe.2021.102952>.
 - 44 P. J. Bueno de Mesquita, W. W. Delp, W. R. Chan, W. P. Bahnfleth, and B. C. Singer, “Control of airborne infectious disease in buildings: Evidence and research priorities,” *Indoor Air*, vol. 32, no. 1, p. e12965, Jan. 2022, doi: <https://doi.org/10.1111/ina.12965>.
 - 45 M. López-García and T. Kypraios, “A unified stochastic modelling framework for the spread of nosocomial infections,” *J R Soc Interface*, vol. 15, no. 143, p. 20180060, 2018.
 - 46 V. Puro *et al.*, “Pillars for prevention and control of healthcare-associated infections: an Italian expert opinion statement,” *Antimicrob Resist Infect Control*, vol. 11, no. 1, p. 87, 2022.
 - 47 S. J. Rajakaruna, W.-B. Liu, Y.-B. Ding, and G.-W. Cao, “Strategy and technology to prevent hospital-acquired infections: lessons from SARS, Ebola, and MERS in Asia and West Africa,” *Mil Med Res*, vol. 4, pp. 1–6, 2017.
 - 48 M. Alfarizi and R. Arifian, “Patient satisfaction with Indonesian sharia hospital services: Halal healthcare tool and implications for loyalty-WoM,” *Asian Journal of Islamic Management (AJIM)*, pp. 18–35, 2023.
 - 49 I. Khairunnisa and K. Kusbaryanto, “Implementation Of Sharia Law On Patient Medical Services In Certified Sharia Hospitals: A

- Literature Review,” *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, vol. 8, no. 2, 2023.
- 50 A. Zakaria, N. M. Isa, T. Hairudin, and H. N. Ismail, “The satisfaction of the users with the islamic design quality in instant hospitals for non-critical covid-19 patients in malaysia,” *Journal of Islamic Thought and Civilization*, vol. 11, no. 1, pp. 355–373, 2021.
- 51 M. M. Gashoot, “Revisiting healing environments: Islamic interior elements in hospital rooms in north Africa,” *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, vol. 15, no. 1, pp. 315–332, 2022.
- 52 I. P. Salsabila, N. Rokhman, and E. Etylusfina, “Evaluasi Kelengkapan Data Informasi terkait Survei Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) untuk Mendukung Keputusan Kesehatan di Dinas Kesehatan Sleman,” *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, vol. 7, no. 1, pp. 32–39, Mar. 2024, doi: 10.31983/jrmik.v7i1.11255.
- 53 O. Ino, F. Firdhaus, A. Sariatmi, and A. Suryoputro, “Challenges and Strategies For Implementing Performance-Based Capitation in Indonesian Community Health Center : A Scoping Review,” *Community Health Center : A Scoping Review. Journal Eduvest*, vol. 4, no. 10, pp. 9173–9187, 2024, Online. Available: <http://eduvest.greenvest.co.id>
- 54 E. Marlina, H. Prasetyo, and H. S. Bakhtiar, “Dilemmatics of the Program for Equating Specialist Doctors with the Readiness of Educational Hospitals through Reconstruction of Regulations on the Role of Private Hospitals,” *International Journal of Social Science and Human Research*, vol. 7, no. 07, Jul. 2024, doi: 10.47191/ijsshr/v7-i07-97.



Social Medicine
Health For All

ISSN: 1557-7112