

Peran Rumah Singgah Pasien dalam Rantai Rujukan: Aksesibilitas, Kualitas, dan Rekomendasi Kebijakan

Studi Kasus Rumah Singgah Pasien Milik Pemerintah Kabupaten Belitung Timur di Jakarta

The Role of Patient Shelters House in the Referral Chain: Accessibility, Quality, and Policy Recommendations

A Case Study of Belitung Timur Regency's Patient Shelters House in Jakarta

Dion Renaldhi

Pemerintah Daerah Kabupaten Belitung Timur, Indonesia

Penulis Korespondensi

Dion Renaldhi
renaldhi1991@gmail.com

Histori Artikel

Diajukan: 17 Oktober 2025
Revisi Akhir: 17 Desember 2025
Disetujui: 20 Desember 2025
Terbit: 31 Desember 2025

Abstrak

Rumah Singgah Pasien (RSP) milik Pemerintah Kabupaten Belitung Timur di Jakarta muncul sebagai respons fungsional terhadap kebutuhan akomodasi pasien rujukan dari daerah yang memerlukan perawatan subspecialis. Penelitian ini bertujuan: (1) mengevaluasi efektivitas RSP dari perspektif pengguna; (2) mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat pengelolaan; dan (3) merumuskan rekomendasi kebijakan pengelolaan yang berkelanjutan dan inklusif. Metode yang digunakan adalah studi kasus kualitatif dengan pengumpulan data melalui observasi, wawancara pengelola dan pemangku kepentingan, serta borang pengguna (n=20 pasien). Analisis data mengikuti model interaktif Miles & Huberman, dan verifikasi temuan merujuk pada kerangka aksesibilitas Levesque *et al.* Temuan menunjukkan RSP efektif sebagai enabler akses yang dibuktikan dengan okupansi penuh (15 kamar menampung 40 penghuni), persepsi pengguna sangat positif (90% menilai sangat membantu; 85% sangat puas), serta penerimaan lintas desil ekonomi dan wilayah asal. Namun RSP menghadapi kendala signifikan berupa kapasitas fisik yang ketat, kebutuhan tenaga kesehatan reguler (perawat/dokter), infrastruktur (listrik, dapur, air), dan ketergantungan pembiayaan subsidi publik. Pemetaan terhadap dimensi aksesibilitas mengindikasikan approachability dan affordability relatif kuat, sementara availability, accommodation, dan appropriateness memerlukan penguatan. Berdasarkan temuan, direkomendasikan kepastian hukum pengelolaan, SPM/SOP, skema pembiayaan berkelanjutan, penguatan layanan klinis dasar, transportasi terintegrasi, serta sistem monitoring dan evaluasi untuk menjamin keberlanjutan dan pemerataan akses.

Kata Kunci

Rumah Singgah Pasien; Aksesibilitas; Layanan Kesehatan; Rujukan Antar Daerah; Kebijakan Daerah

Abstract

The Patient Transit House (RSP) owned by the East Belitung Regency Government in Jakarta emerged as a functional response to the accommodation needs of referred patients from regions requiring subspecialist care. This study aims to: (1) evaluate the effectiveness of the RSP from the users' perspective; (2) identify supporting and inhibiting factors in management; and (3) formulate policy recommendations for sustainable and inclusive management. The method employed is a qualitative case study, with data collected through observations, interviews with managers and stakeholders, as well as user questionnaires (n=20 patients). Data analysis follows the interactive model of Miles & Huberman, and the verification of findings refers to Levesque *et al.*'s accessibility framework. Findings indicate that RSP is effective as an access enabler, evidenced by full occupancy (15 rooms accommodating 40 residents), highly positive user perceptions (90% rated it very helpful; 85% very satisfied), and acceptance across economic deciles and regions of origin. However, RSP faces significant challenges including limited physical capacity, the need for regular healthcare personnel (nurses/doctors), infrastructure (electricity, kitchen, water), and reliance on publicly subsidized funding. Mapping against accessibility dimensions suggests that approachability and affordability are relatively strong, while availability, accommodation, and appropriateness require enhancement. Based on these findings, recommendations include ensuring legal certainty in management, establishing Service Standards/Standard Operating Procedures (SPM/SOP), implementing sustainable financing schemes, strengthening basic clinical services, integrated transportation, and monitoring and evaluation systems to ensure sustainability and equitable access.

Keywords

Patient Shelter; Accessibility; Healthcare Services; Inter-Regional Referral; Regional Policy

1. Pendahuluan

Kabupaten Belitung Timur, yang terletak di Pulau Belitung, menghadapi keterbatasan dalam penyediaan layanan kesehatan tingkat lanjut. Daerah ini hanya mengandalkan satu rumah sakit dengan akreditasi level C, yang kapasitas dan fasilitas medisnya terbatas. Kondisi ini menimbulkan tantangan signifikan ketika muncul kasus kesehatan kompleks yang memerlukan penanganan spesialis, peralatan medis yang lebih canggih, atau tindakan medis yang tidak tersedia di rumah sakit setempat. Rujukan lanjutan ke institusi kesehatan di luar pulau menjadi sebuah keniscayaan untuk menjamin keselamatan dan kelangsungan pengobatan bagi pasien dengan kondisi kritis atau spesifik, di mana Jakarta muncul sebagai tujuan utama yang paling dominan dibandingkan tujuan lainnya.

Pemilihan ini didasari oleh beberapa pertimbangan strategis. Secara geografis, perjalanan dari Belitung ke Jakarta hanya memerlukan satu kali penerbangan langsung tanpa transit, yang menguntungkan dari segi efisiensi biaya serta lebih aman bagi pasien dengan kondisi rentan. Faktor penentu lainnya adalah keberadaan bangunan milik Pemerintah Kabupaten Belitung Timur berupa Mess Perwakilan Pemerintah Daerah Kabupaten Belitung Timur (Mess Jakarta) yang berlokasi strategis di Jalan Kali Baru Timur Dalam IV, Jakarta Pusat.

Walaupun pada awalnya Mess Jakarta ditujukan sebagai aset komersial yang dikelola untuk menghasilkan Pendapatan Asli Daerah (PAD) melalui penarikan retribusi bagi setiap pengunjung yang menginap, fungsi tersebut perlahan-lahan tergeser sejak tahun 2015 (S. Lasyar, komunikasi pribadi, 17 September 2025). Pergeseran ini dipicu oleh tekanan sosial berupa permintaan keringanan, bahkan pembebasan, biaya retribusi dari pasien rujukan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur (RSUD Beltim) yang harus menjalani pengobatan jangka panjang di Jakarta. Masa menginap yang bisa mencapai lebih dari satu bulan menjadikan biaya akomodasi sebagai beban finansial yang sangat memberatkan. Dengan tingkat okupansi Mess Jakarta yang didominasi oleh pasien dan keluarga pasien yang sedang berobat jalan tersebut, memicu pengunjung biasa enggan untuk menginap (S. Lasyar, komunikasi pribadi, 17 September 2025).

Perubahan fungsi yang terjadi secara *de facto* selama hampir satu dekade akhirnya menemukan momentum untuk memperoleh pengakuan secara *de jure*. Walaupun secara nyata okupansi kamar telah 100% diisi oleh pasien rujukan dan pendampingnya, status hukum bangunan sebagai objek retribusi/penerimaan daerah menimbulkan kerumitan dalam akuntabilitas pengelolaan. Kondisi ini memicu kebutuhan untuk meresmikan kesenjangan antara praktik di lapangan dengan landasan hukumnya. Oleh karena itu, sebagai bentuk responsif pemerintah terhadap realitas sosial yang tumbuh secara alami, pada bulan Agustus 2025 status bangunan tersebut secara resmi dialihkan menjadi Rumah Singgah Pasien (RSP) (S. Lasyar, komunikasi pribadi, 17 September 2025). Legitimasi hukum ini tidak hanya mengesahkan praktik yang telah berlangsung, tetapi juga menjadi landasan bagi penyusunan kebijakan pengelolaan yang lebih terstruktur dan berkelanjutan.

Dalam konteks pembangunan kesehatan nasional, prinsip kesetaraan akses dan inklusivitas menjadi fondasi penting dalam mewujudkan tujuan *Universal Health Coverage* (UHC) sebagaimana dicanangkan dalam agenda pembangunan berkelanjutan (Adrianto, 2021). Prinsip ini menegaskan bahwa setiap individu, tanpa memandang status sosial, ekonomi, atau lokasi geografis, memiliki hak yang sama untuk memperoleh layanan kesehatan yang bermutu. Namun dalam praktiknya, ketimpangan masih menjadi tantangan utama, terutama bagi daerah kepulauan dan terpencil seperti Kabupaten Belitung Timur. Keterbatasan fasilitas medis, tenaga kesehatan spesialis, dan infrastruktur rujukan membuat masyarakat daerah sering kali menghadapi hambatan struktural dalam mengakses layanan kesehatan lanjutan. Dalam situasi inilah, keberadaan RSP di Jakarta menjadi solusi strategis yang berfungsi sebagai jembatan antara keterbatasan layanan daerah dan kebutuhan pengobatan di pusat rujukan nasional (Linda, komunikasi pribadi, 17 September 2025).

Lebih dari sekadar penyedia akomodasi, RSP memiliki fungsi sosial dan kesehatan yang saling berkelindan. Bagi pasien rujukan yang memerlukan pengobatan jangka panjang, keberadaan tempat tinggal sementara yang layak dan terjangkau menjadi faktor penentu keberhasilan terapi. Dengan menekan biaya hidup selama masa perawatan, RSP membantu keluarga pasien

mengalihkan sumber daya finansialnya untuk kebutuhan medis, transportasi, atau nutrisi yang menunjang pemulihan (Linda, komunikasi pribadi, 17 September 2025). Dampak ini tidak hanya bersifat ekonomi, tetapi juga psikologis dengan mengurangi kecemasan akibat beban biaya dan memberikan rasa aman bagi pasien yang harus menjalani perawatan jauh dari rumah. RSP secara langsung memperlihatkan bagaimana intervensi kebijakan melalui infrastruktur dapat menghasilkan dampak berlapis terhadap dimensi kesejahteraan pasien dan keluarga (Havers *et al.*, 2020).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kontribusi RSP terhadap kesetaraan akses kesehatan dengan mengambil studi kasus fasilitas milik Pemerintah Kabupaten Belitung Timur di Jakarta. Fokus ini berangkat dari kesadaran bahwa penyediaan layanan kesehatan tidak semata bergantung pada ketersediaan fasilitas medis, tetapi juga pada kemampuan masyarakat untuk menjangkaunya secara ekonomi, geografis, dan sosial. Dalam konteks daerah kepulauan seperti Belitung Timur, faktor-faktor tersebut menjadi penentu sejauh mana hak atas kesehatan dapat direalisasikan. Oleh karena itu, penelitian ini menempatkan RSP sebagai instrumen kebijakan publik yang potensial dalam mengatasi ketimpangan struktural antara pusat dan daerah melalui penyediaan dukungan akomodasi bagi pasien rujukan.

Secara lebih spesifik, penelitian ini memiliki tiga tujuan utama. Pertama, untuk mengevaluasi efektivitas RSP dari perspektif pengguna, terutama dari aspek fungsional. Aspek fungsional mencakup sejauh mana fasilitas RSP mampu memenuhi kebutuhan dasar pasien dan keluarga selama masa pengobatan, seperti kenyamanan, kebersihan, ketersediaan kamar, serta kedekatan lokasi dengan rumah sakit rujukan.

Kedua, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat dalam pengelolaan RSP, baik yang bersumber dari internal maupun eksternal. Faktor pendukung dapat berupa komitmen pemerintah daerah dalam alokasi anggaran, koordinasi lintas sektor, serta dukungan sosial masyarakat terhadap keberadaan rumah singgah. Sementara itu, faktor penghambat dapat muncul dalam bentuk keterbatasan dana operasional, kekurangan sumber daya manusia pengelola, belum adanya standar

pelayanan minimum yang terdefinisi jelas, hingga tantangan administratif dalam penetapan status hukum aset daerah. Identifikasi terhadap dinamika ini memungkinkan penelitian memberikan gambaran komprehensif mengenai kompleksitas tata kelola layanan publik yang berbasis empati sosial namun tetap dituntut akuntabilitas birokratis.

Ketiga, penelitian ini diarahkan untuk merumuskan rekomendasi kebijakan pengelolaan RSP yang berorientasi pada keberlanjutan dan inklusivitas. Keberlanjutan di sini dipahami sebagai kemampuan pemerintah daerah dalam mempertahankan operasional RSP melalui perencanaan anggaran yang stabil, model kelembagaan yang jelas, serta sistem evaluasi yang terukur (Aco & Djainuddin, 2025). Sementara itu, inklusivitas mengandung makna bahwa RSP harus dapat diakses secara adil oleh seluruh masyarakat yang membutuhkan, tanpa diskriminasi dan dengan mekanisme seleksi yang transparan.

Melalui pendekatan analitis ini, penelitian berupaya memberikan pemahaman yang mendalam mengenai transformasi kebijakan daerah dari orientasi administratif menuju intervensi sosial yang substantif (Alfiah *et al.*, 2025). Pergeseran ini menunjukkan bahwa kebijakan publik dapat berfungsi sebagai sarana pemberdayaan sosial, bukan sekadar instrumen pengelolaan aset atau pemenuhan prosedural. RSP menjadi contoh konkret bagaimana sebuah kebijakan daerah yang lahir dari kebutuhan pragmatis dapat berkembang menjadi praktik keadilan sosial yang berimplikasi langsung terhadap kesejahteraan masyarakat, selama diimplementasikan dengan inklusif, transparan, dan berkelanjutan (Achmad, 2024).

Pada akhirnya, penelitian ini diharapkan memperkuat argumentasi bahwa penyediaan rumah singgah pasien bukan sekadar kebijakan pelayanan, melainkan bagian dari strategi pemerataan akses kesehatan yang berkeadilan. Dalam arti luas, keberadaan RSP merepresentasikan komitmen pemerintah daerah dalam menghadirkan negara di tengah masyarakat, terutama bagi kelompok rentan yang paling membutuhkan. Dengan demikian, studi ini tidak hanya memberikan kontribusi terhadap pengembangan teori kebijakan publik berbasis inklusivitas sosial, tetapi juga menawarkan model implementatif yang dapat direplikasi

oleh daerah lain dalam upaya mewujudkan sistem kesehatan yang adil dan berorientasi pada kemanusiaan (Alfiah *et al.*, 2025).

Mulai dari Bashsur *et al.*, sampai dengan Levesque *et al.*, setidaknya terdapat 14 pandangan mengenai definisi aksesibilitas layanan kesehatan. Dari 14 pandangan tersebut, aksesibilitas layanan kesehatan dapat dipahami sebagai tingkat kesesuaian (fit) antara kebutuhan individu atau komunitas dengan kemampuan sistem kesehatan dalam menyediakan layanan yang dibutuhkan. Konsep ini mencerminkan hubungan fungsional antara populasi, fasilitas medis, dan sumber daya kesehatan yang menentukan sejauh mana masyarakat dapat mencari, mencapai, memperoleh, dan memanfaatkan pelayanan kesehatan secara efektif. Aksesibilitas tidak hanya mencakup ketersediaan dan keterjangkauan sumber daya, tetapi juga mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, geografis, dan budaya yang memengaruhi kemampuan individu untuk mengaktualisasikan pemanfaatan layanan kesehatan sesuai kebutuhannya (Adrianto, 2021).

Aksesibilitas layanan kesehatan tidak hanya berkaitan dengan kedekatan fisik terhadap fasilitas medis, tetapi juga mencakup kemampuan individu atau kelompok untuk memperoleh layanan yang memadai, tepat waktu, dan berkualitas. Konsep ini meliputi berbagai dimensi seperti geografis, ekonomi, sosial, dan psikologis. Dengan demikian, aksesibilitas tidak sekadar ditentukan oleh ketersediaan layanan, tetapi juga oleh keterjangkauan biaya, lokasi, keahlian tenaga medis, serta kesesuaian layanan dengan kebutuhan pasien, termasuk dalam konteks layanan kesehatan mental yang memiliki karakteristik khusus dan kompleks (Sembiring *et al.*, 2025).

Terdapat beberapa penelitian sebelumnya yang juga mengangkat tentang RSP. Penelitian yang dilakukan oleh Aco dan Djainuddin (2025) mengenai Evaluasi Kebijakan Rumah Singgah Pasien Pemerintah Kabupaten Majene di Kota Makassar memberikan gambaran empirik tentang pelaksanaan program rumah singgah pasien sebagai bentuk kebijakan daerah dalam mendukung pelayanan kesehatan masyarakat rujukan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan tersebut dinilai efektif dalam memberikan manfaat nyata bagi pasien asal Majene yang menjalani pengobatan di

Makassar, khususnya karena lokasi rumah singgah yang strategis dan membantu mengurangi beban logistik pasien dan keluarga. Namun demikian, dari aspek efisiensi dan responsivitas, kebijakan ini masih menghadapi banyak kendala, seperti keterbatasan anggaran, fasilitas yang belum memadai, dan proses birokrasi yang lambat dalam pencairan dana. Selain itu, sosialisasi kebijakan kepada masyarakat juga belum optimal, menyebabkan sebagian besar pasien tidak mengetahui keberadaan rumah singgah tersebut (Aco & Djainuddin, 2025).

Kelebihan utama penelitian ini terletak pada pendekatan evaluasi kebijakan publik yang digunakan, yakni dengan menilai efektivitas, efisiensi, dan responsivitas program berdasarkan teori William Dunn. Pendekatan ini mampu menunjukkan sejauh mana kebijakan daerah berjalan sesuai tujuan dan memberikan manfaat nyata bagi masyarakat penerima (Aco & Djainuddin, 2025). Namun, secara konseptual, penelitian ini memiliki kelemahan pada aspek teoritis dan analitis, karena belum mengaitkan hasil evaluasi dengan konsep aksesibilitas layanan kesehatan secara lebih komprehensif. Penelitian tersebut belum mengukur dimensi sosial, ekonomi, psikologis, dan geografis yang memengaruhi kemampuan masyarakat dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Akibatnya, hasil penelitian masih bersifat deskriptif dan administratif, tanpa menyinggung secara mendalam hubungan antara rumah singgah dan kesetaraan akses terhadap layanan kesehatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Ismail *et al.* (2024) berfokus pada analisis sistem pelayanan rumah singgah yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif untuk menggambarkan tahapan pendaftaran, kelengkapan berkas, serta pelaksanaan survei terhadap pasien rujukan ke luar daerah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mekanisme pelayanan rumah singgah belum berjalan efektif karena masih terdapat berbagai kendala administratif dan sosialisasi yang rendah. Banyak masyarakat yang belum memahami dengan jelas prosedur pendaftaran dan kelengkapan dokumen yang dibutuhkan, sementara proses survei kelayakan pasien juga belum optimal, terutama dalam penilaian aspek ekonomi dan kesehatan.

Penelitian ini memiliki kelebihan dalam kontribusi praktisnya terhadap peningkatan kinerja layanan publik dengan berhasil mengidentifikasi kelemahan mekanisme administratif, seperti minimnya sosialisasi dan rumitnya prosedur birokrasi yang menghambat akses masyarakat terhadap rumah singgah, serta menyoroti peran strategis Dinas Kesehatan dalam memastikan koordinasi antara rumah singgah dan rumah sakit rujukan (Ismail *et al.*, 2024). Namun, secara konseptual penelitian ini masih lemah karena berfokus pada aspek mekanisme dan prosedural semata sehingga bersifat deskriptif dan belum menjangkau dimensi sosial, ekonomi, maupun psikologis yang memengaruhi aksesibilitas layanan kesehatan. Selain itu, ketiadaan kerangka teori yang komprehensif membuat analisisnya belum mampu menjelaskan keterkaitan antara faktor struktural dengan kemampuan individu dalam memanfaatkan layanan, sehingga hasilnya lebih menekankan pada efisiensi birokrasi daripada pada kesetaraan akses dan pemerataan pemanfaatan fasilitas kesehatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Hardika *et al.* (2024) berfokus pada analisis efektivitas pelayanan sosial yang diberikan oleh Rumah Singgah Peduli kepada pasien luar daerah yang menjalani perawatan di Rumah Sakit Cicendo dan Rumah Sakit Hasan Sadikin. Menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif, penelitian ini menemukan bahwa program rumah singgah berjalan efektif dan tepat sasaran, dengan tingkat kepuasan pasien dan pendamping yang tinggi, terutama bagi masyarakat berpenghasilan rendah. Rumah singgah ini menyediakan berbagai fasilitas dasar seperti tempat tinggal sementara, konsumsi harian, dan ambulans, yang sangat membantu pasien miskin untuk tetap mendapatkan perawatan tanpa beban biaya tambahan.

Secara substantif, penelitian ini memiliki kelebihan pada aspek praktik sosial dan relevansi kebijakan publiknya. Peneliti berhasil menonjolkan kontribusi RSP sebagai bentuk solidaritas sosial dan instrumen pengentasan kemiskinan kesehatan. Temuan lapangan juga menggambarkan adanya sistem koordinasi internal yang baik antara pengelola, pasien, dan pendamping, yang menciptakan lingkungan saling mendukung selama proses perawatan (Hardika *et al.*, 2024). Namun demikian, penelitian ini masih memiliki kelemahan konseptual dan metodologis. Efektivitas program yang

dijadikan fokus utama menjadikan analisis yang dilakukan bersifat deskriptif dan belum meninjau faktor struktural maupun sosial yang memengaruhi aksesibilitas layanan kesehatan secara mendalam. Selain itu, tidak terdapat kerangka teoritis yang mampu menjelaskan secara sistematis hubungan antara kondisi sosial-ekonomi pasien dengan kemampuan mereka mengakses layanan kesehatan secara setara. Akibatnya, hasil penelitian lebih menitikberatkan pada keberhasilan administratif dan persepsi kepuasan, bukan pada dimensi kesetaraan akses dan keberlanjutan pelayanan kesehatan.

Bagian hasil dan pembahasan dalam penelitian ini akan menguraikan secara mendalam empat aspek utama yang menjadi fokus analisis terhadap kontribusi RSP dalam mendukung aksesibilitas layanan kesehatan bagi pasien rujukan. Pertama, pembahasan akan menelusuri dinamika perubahan fungsi Mess Jakarta menjadi RSP, yang mencerminkan evolusi kebijakan publik daerah dari orientasi administratif menuju fungsi sosial. Kedua, penelitian akan menguraikan persepsi pasien dan pendamping terhadap manfaat serta hambatan penggunaan RSP sebagai cerminan pengalaman empiris pengguna.

Selanjutnya, pembahasan akan diarahkan pada analisis hubungan antara keberadaan RSP dengan peningkatan aksesibilitas layanan kesehatan yang berkontribusi pada terwujudnya inklusivitas sistem kesehatan. Terakhir, penelitian ini akan menyajikan rekomendasi kebijakan pengelolaan RSP yang berkelanjutan dan inklusif, dengan menitikberatkan pada aspek tata kelola, pendanaan, mekanisme seleksi pengguna, serta penguatan dukungan psikososial bagi pasien.

2. Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus, karena bertujuan memahami secara mendalam kontribusi rumah singgah pasien terhadap kesetaraan akses kesehatan melalui konteks sosial, kebijakan, dan pengalaman individu. Pendekatan ini dipilih secara objektif karena memungkinkan peneliti untuk menggali fenomena secara holistik dan kontekstual, bukan sekadar mengukur variabel secara kuantitatif (Nasution, 2023). Penelitian kualitatif dianggap tepat digunakan untuk mengungkap makna di

balik pengalaman sosial dan memahami dinamika hubungan antara aktor dan sistem. Dalam konteks ini, rumah singgah pasien dipandang sebagai mekanisme intermediasi antara sistem pelayanan kesehatan dan masyarakat pengguna layanan (Hardani *et al.*, 2020).

Lokus penelitian ditetapkan di RSP milik Pemerintah Kabupaten Belitung Timur di Jakarta, yang menjadi fasilitas akomodasi bagi pasien daerah rujukan ke rumah sakit nasional di wilayah Jakarta. Lokasi ini dipilih secara purposif karena merupakan fasilitas strategis yang menghubungkan daerah asal pasien (Belitung Timur) dengan pusat layanan kesehatan nasional. Penelitian dilaksanakan pada bulan Agustus 2025 selama empat minggu, meliputi tahap persiapan, observasi lapangan, pengumpulan data, dan analisis (Sembiring *et al.*, 2024).

Penelitian ini memanfaatkan data primer dan sekunder untuk memperoleh gambaran yang komprehensif mengenai kontribusi rumah singgah pasien terhadap kesetaraan akses kesehatan. Data primer dikumpulkan melalui observasi langsung di lapangan, wawancara mendalam dengan pengelola dan pegawai terkait, serta pengisian borang sederhana oleh penghuni RSP guna memperoleh informasi empiris mengenai pengalaman dan persepsi pasien selama memanfaatkan fasilitas tersebut. Sementara itu, data sekunder diperoleh dari kajian literatur dan dokumen resmi, termasuk laporan pengelolaan aset daerah, kebijakan kesehatan daerah, dan kebijakan lain yang berkaitan dengan penyelenggaraan rumah singgah pasien. Pendekatan kombinatorik ini tidak hanya memberikan kedalaman analisis terhadap fenomena yang dikaji, tetapi juga meningkatkan validitas dan kredibilitas hasil penelitian melalui proses triangulasi sumber data untuk memperkuat temuan empiris dan memastikan konsistensi interpretasi dalam penelitian kualitatif (Abubakar, 2021).

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan secara kualitatif deskriptif-analitis menggunakan model interaktif Miles dan Huberman yang menekankan analisis berkelanjutan sejak pengumpulan data hingga penarikan kesimpulan (Sembiring *et al.*, 2024). Tahapan analisis meliputi reduksi data melalui seleksi dan penyederhanaan hasil observasi, wawancara, serta borang. Penyajian data dalam bentuk narasi dan tabel tematik untuk menampilkan pola serta hubungan antar

kategori, dan penarikan kesimpulan serta verifikasi menggunakan teori aksesibilitas pelayanan kesehatan. Teori ini menafsirkan akses sebagai interaksi antara lima dimensi sistem layanan (*approachability, acceptability, availability, affordability, appropriateness*) dan lima kemampuan individu (*to perceive, to seek, to reach, to pay, to engage*) (Adrianto, 2021). Melalui kerangka ini, temuan diuji secara konseptual dan empiris untuk memastikan konsistensi, menghasilkan deskripsi fenomena yang utuh serta landasan teoritis yang valid dan dapat direproduksi oleh peneliti lain (Nasution, 2023).

3. Hasil dan Pembahasan

3.1. Transisi Kebijakan Mess Jakarta

Mess Jakarta merupakan barang milik daerah berupa bangunan yang dimiliki oleh Pemerintah Kabupaten Belitung Timur. Fungsi awalnya adalah sebagai tempat tinggal sementara bagi pejabat, pegawai pemerintah, atau tamu resmi yang sedang melakukan perjalanan dinas atau keperluan lain di Jakarta. Bangunan ini tercatat dalam kartu inventaris barang Pemkab Beltim dengan jenis "Mess/Wisma/Bungalow/Tempat Peristirahatan Semi Permanen" dengan kode barang 1.3.3.01.002.004.002 dan nilai perolehan awal sebesar Rp2.147.600.000,00, dikelola oleh Bagian Umum Sekretariat Daerah Kabupaten Belitung Timur (S. Lasyar, komunikasi pribadi, 17 September 2025).

Peralihan status Mess Perwakilan Pemerintah Daerah Kabupaten Belitung Timur di Jakarta menjadi Rumah Singgah sebagaimana diatur dalam Keputusan Bupati Belitung Timur Nomor: HK.00.03-479 Tahun 2025 tentang Pengalihan Status Barang Milik Daerah merupakan tindakan administratif yang jelas dan tersurat. Barang milik daerah yang semula tercatat sebagai Mess/Wisma/Bungalow/Tempat Peristirahatan Semi Permanen dengan status penggunaan Mess Jakarta dan kode barang 1.3.3.01.02.04.002 telah resmi dialihkan menjadi Bangunan Tempat Tinggal Lainnya dengan status penggunaan Rumah Singgah Pasien serta dikodifikasi ulang menjadi 1.3.3.01.02.13.001 (S. Lasyar, komunikasi pribadi, 17 September 2025). Keputusan ini menegaskan perubahan fungsi fisik dan administratif dari barang milik daerah, serta menjadi dasar hukum bagi langkah pengelolaan selanjutnya.

Secara deskriptif, perubahan nomenklatur dan kode barang tersebut mencerminkan proses rekatalogisasi aset yang mesti diikuti oleh penyesuaian data pada sistem pencatatan barang milik daerah. Perubahan klasifikasi dari fasilitas peristirahatan menjadi fasilitas layanan pasien mengharuskan pembaruan dokumen inventaris, laporan pertanggungjawaban, serta penyesuaian rencana pemeliharaan dan anggaran operasional. Pengalihan kode barang yang dilakukan bukan sekadar formalitas numerik, melainkan memerlukan sinkronisasi antara unit pengelola aset, bagian keuangan, serta unit teknis yang bertanggung jawab atas pemanfaatan ruang dan pemeliharaan bangunan.

Dari perspektif tata kelola, perubahan fungsi tersebut membawa konsekuensi operasional yang signifikan. RSP menuntut standar layanan, kebersihan, keamanan, dan pemenuhan kebutuhan pengguna yang berbeda dibandingkan fungsi mess, sehingga perlu ditetapkan standar operasional prosedur yang spesifik, mekanisme penugasan pengelola, serta tata cara pemanfaatan yang mengatur alur rujukan, durasi pemanfaatan, dan prioritas layanan. Selain itu, pengalihan ini juga menuntut koordinasi lintas perangkat daerah penyelenggaraan pelayanan dapat selaras dengan tugas dan fungsi perangkat daerah dan tidak menimbulkan tumpang tindih kewenangan. Hal tersebut akhirnya akan diwujudkan setelah hampir 1 dekade kebijakan terkait pengelolaan Mess Jakarta dibiarkan menggantung.

3.2. Kondisi Eksisting RSP dan Persepsi Pengguna RSP

Bangunan RSP saat ini menyediakan 15 kamar, dengan kebijakan berbagi kamar yang diterapkan di mana kamar berukuran luas dapat ditempati hingga dua pasien untuk mengoptimalkan kapasitas (S. Lasyar, komunikasi pribadi, 17 September 2025). Kebijakan ini memungkinkan RSP menampung total 40 penghuni, terdiri dari 20 pasien dan 20 pendamping, yang mencerminkan pendekatan inklusif dalam mendukung akses kesehatan bagi masyarakat daerah terpencil yang dirujuk ke Jakarta. Analisis demografis menunjukkan distribusi asal pasien yang tidak merata, dengan 45% (9 orang) dari Kecamatan Manggar, 30% (6 orang) dari Gantung, 15% (3 orang) dari Damar, serta masing-masing 5% (1 orang) dari Simpang Renggang dan Dendang, menandakan bahwa RSP tidak melakukan

diskriminasi berdasarkan asal wilayah selama ketersediaan kamar masih memadai, sehingga memperkuat kesetaraan akses bagi seluruh warga Kabupaten Belitung Timur.

Dari segi latar belakang ekonomi, pasien tersebar di berbagai desil berdasarkan Data Tunggal Terpadu Sosial Ekonomi, dengan 15% (3 orang) di desil rendah (1-2), 35% (7 orang) di desil 4, dan sisanya di desil menengah-atas (5-8), yang mengindikasikan RSP benar-benar netral terhadap status ekonomi, sehingga fasilitas ini berfungsi sebagai penyeimbang disparitas sosial dalam layanan kesehatan. Di sisi lain, jangka waktu rawat jalan ke Jakarta yang memakan waktu yang lama hingga lebih dari 3 bulan tentu akan memengaruhi kondisi ekonomi para Pasien, sehingga kebijakan RSP tidak bisa hanya dikhususkan untuk rentang desil tertentu saja (Linda, komunikasi pribadi, 17 September 2025). Variasi penyakit di antara pasien juga menonjol, mencakup 45% kasus kanker atau tumor (seperti 3 kanker serviks, 2 tumor otak, dan varian lainnya), 15% masalah kardiovaskular atau neurologis (seperti gagal jantung dan syaraf kejepit), serta kondisi lain seperti patah tulang, autoimun, dan obstruksi usus, yang menggambarkan RSP sebagai pendukung holistik untuk beragam kebutuhan medis, meskipun mayoritas (60% atau 12 orang) dirujuk ke RS Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto, diikuti oleh rumah sakit spesialis seperti RS Pusat Otak Nasional Mahar Mardjono dan RS Cipto Mangunkusumo, menunjukkan ketergantungan pada fasilitas pusat untuk perawatan kompleks. Untuk mempermudah proses rujukan pasien, Pemkab Belitim melalui RSUD M. Zein juga melakukan kerja sama dengan Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat (RSPAD) Gatot Soebroto, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tarakan, Rumah Sakit Islam Jakarta (RSIJ) Pondok Kopi dan Rumah Sakit Umum Adhyaksa, walaupun tidak membatasi pilihan rujukan bagi pasien.

Aspek temporal memperlihatkan bahwa 40% (8 orang) pasien masuk pada Agustus 2025, dengan sisanya tersebar dari November 2023 hingga September 2025, sementara durasi perawatan mayoritas (65% atau 13 orang) tidak dapat ditentukan, diikuti oleh 20% (4 orang) yang membutuhkan 3 bulan, dan sisanya singkat (1-2 bulan), yang menganalisis RSP sebagai solusi jangka panjang bagi pasien kronis, meskipun menimbulkan

tantangan kapasitas. Persepsi penghuni sangat positif, dengan 90% (18 orang) menilai keberadaan RSP sebagai sangat membantu (skala 5) dan 85% (17 orang) sangat puas terhadap perannya dalam akses kesehatan (skala 5), yang merefleksikan efektivitas fasilitas ini dalam mengurangi beban psikologis dan logistik, meskipun saran perbaikan menyoroti kebutuhan mendesak pada gedung (45% atau 9 orang, termasuk ruang jemur, atap, dan dapur) serta listrik (35% atau 7 orang), dengan hanya 20% (4 orang) yang merasa semuanya sudah baik.

Kebutuhan pendukung pasien menekankan preferensi 50% (10 orang) untuk dua pendamping, 30% (6 orang) untuk satu, dan 20% (4 orang) maksimal dua tergantung kondisi, sementara opini tentang batasan waktu tinggal terbagi rata (50% ya dan tidak), dengan konsensus bahwa penyesuaian berdasarkan lama perawatan lebih ideal untuk menjaga fleksibilitas. Prioritas fasilitas tambahan mencakup kamar (90% atau 18 orang), transportasi (85% atau 17 orang), tenaga kesehatan (80% atau 16 orang, dengan 100% prioritas perawat dibandingkan 30% dokter umum), air dan listrik (masing-masing 80%), serta internet dan iuran sampah/keamanan (55-60%), di mana mayoritas (65-90%) mendukung penggratisan untuk menjaga keterjangkauan. Namun, kesediaan patungan rendah, dengan hanya 5-30% setuju untuk item seperti iuran keamanan (30% atau 6 orang) atau tenaga kesehatan (20% atau 4 orang), dan 50% (10 orang) berkeberatan, yang menganalisis adanya ketergantungan tinggi pada subsidi pemerintah untuk sustainabilitas RSP, terutama transportasi seperti ambulans (90% prioritas) guna memperkuat aksesibilitas keseluruhan.

3.3. Analisis Dimensi Layanan dan Kemampuan Individu

Levesque *et al.*, memandang akses sebagai interaksi antara dimensi layanan (*approachability*, *acceptability*, *availability* & *accommodation*, *affordability*, *appropriateness*) dan kemampuan individu (*to perceive*, *to seek*, *to reach*, *to pay*, *to engage*) (Adrianto, 2021). Dari dimensi *approachability* (pelayanan dapat diketahui/diakses secara informasi), tingginya okupansi RSP di mana 15 kamar yang dikonfigurasi untuk menampung 40 penghuni melalui kebijakan *sharing* menunjukkan bahwa informasi mengenai keberadaan dan mekanisme pemanfaatan fasilitas ini telah tersampaikan kepada

target populasi Kabupaten Belitung Timur. Bukti distribusi asal pasien dari lima kecamatan berbeda (Manggar 9, Gantung 6, Damar 3, Simpang Renggang 1, Dendang 1) mengindikasikan jangkauan informasi yang melintasi batas administratif lokal. Selain itu, pernyataan pengelola yang menerima penghuni sepanjang kamar tersedia memperkuat fakta bahwa RSP dikenal sebagai opsi bagi pasien rujukan. Dengan demikian, aspek *approachability* relatif kuat di mana populasi yang membutuhkan tampaknya mengetahui eksistensi dan prosedur dasar akses RSP, walaupun perlu upaya komunikasi lanjutan agar informasi menjadi lebih sistematis dan mudah dijangkau oleh komunitas yang paling rentan.

Dari sisi *acceptability* (kesesuaian budaya dan sosial), penerimaan sosial terhadap RSP tercermin dari komposisi pengguna lintas desil ekonomi (dari desil 1 hingga 8) dan tingginya skor kepuasan pengguna (17 sangat puas, 3 puas), yang menunjukkan bahwa layanan tersebut sesuai secara sosial bagi mayoritas penghuni. Selain itu, adanya dukungan emosional antarpenghuni memperkuat dimensi *acceptability* dari sudut psikososial.

Dari dimesi *availability and accommodation* (ketersediaan fasilitas dan penyesuaian layanan), secara fisik RSP tersedia dengan 15 kamar yang secara eksisting menampung 40 orang. Tetapi analisis kebutuhan menunjukkan bahwa ketersediaan saat ini berada pada batas minimal yang menanggung beban perawatan jangka menengah hingga panjang. Variasi diagnosis yang kompleks (kanker, tumor, gangguan kardiovaskular, trauma, autoimun) dan banyaknya pasien dengan durasi perawatan “tidak bisa ditentukan” menuntut layanan pendukung yang lebih lengkap. Permintaan untuk tenaga kesehatan terutama perawat, transportasi medis dimana ambulans diminta oleh 18 responden, peningkatan daya listrik, serta perbaikan gedung menunjukkan bahwa *accommodation* saat ini belum memadai untuk memenuhi ragam kebutuhan klinis. Kebijakan *sharing* mengurangi tekanan ruang jangka pendek, namun bukan solusi struktural untuk kebutuhan *availability* yang berkelanjutan.

Dari dimensi *affordability* (biaya dapat ditanggung oleh pengguna), data menunjukkan bahwa RSP memainkan peran krusial dalam mengurangi beban

biaya akomodasi bagi pasien rujukan. Hal tersebut dapat dilihat dari respon mayoritas responden mengharapkan fasilitas inti (kamar, listrik, air, tenaga kesehatan) digratiskan, dan terdapat keengganan signifikan terhadap mekanisme iuran patungan (10 berkeberatan). Distribusi pasien antar desil ekonomi, termasuk pasien dari desil 1 dan 2 memperlihatkan keterbatasan kemampuan bayar di antara sebagian pengguna, sehingga model pembiayaan RSP yang bergantung pada subsidi pemerintah atau skema pembiayaan sosial menjadi sangat relevan untuk menjamin akses yang adil. Dengan kata lain, *affordability* meningkat secara nyata berkat eksistensi RSP, namun keberlanjutan akses membutuhkan mekanisme pendanaan yang jelas dan berkelanjutan.

Pada dimensi *appropriateness* (kecocokan pelayanan dengan kebutuhan klinis), kesesuaian layanan RSP terhadap kebutuhan klinis penghuni masih memiliki kekurangan yang nyata. Kompleksitas kasus mulai dari tumor otak hingga gangguan intestinal yang serius menuntut pendampingan klinis serta koordinasi rujukan yang intensif. Sementara itu, ketiadaan tenaga kesehatan reguler di RSP menciptakan kesenjangan antara kebutuhan klinis dan layanan yang tersedia. Meskipun RSP berhasil menyediakan akomodasi fisik yang memungkinkan pasien hadir di jadwal perawatan, aspek *appropriateness* memerlukan penguatan melalui kehadiran perawat, mekanisme kunjungan dokter, protokol penanganan darurat, dan tautan administratif yang lebih kuat dengan rumah sakit rujukan agar rawatan yang diberikan bukan sekadar fasilitas tempat tinggal tetapi juga menyokong kesinambungan klinis pasien.

Dari sisi kemampuan individu menyadari kebutuhan dan adanya layanan (*to perceive*), kemampuan penghuni untuk menilai manfaat RSP tergambar kuat: hampir semua responden memberi nilai tinggi pada seberapa membantu dan memuaskan peran RSP (18 skala 5 membantu; 17 skala 5 puas). Ini menandakan bahwa individu tidak hanya menyadari adanya fasilitas tetapi juga secara positif menilai relevansinya terhadap kebutuhan mereka, terutama dalam konteks pengurangan beban akomodasi dan pengurangan hambatan logistik. Kesadaran ini menjadi modal penting bagi efektivitas kebijakan dimana semakin tinggi predisposisi untuk melihat RSP sebagai solusi, makin

besar kemungkinan layanan tersebut dimanfaatkan secara optimal.

Dalam hal kemampuan individu mencari layanan (*to seek*), data distribusi pasien dari berbagai kecamatan dan inisiatif rujukan ke rumah sakit pusat menunjukkan bahwa pasien dan keluarga proaktif dalam mencari layanan yang diperlukan. Pilihan rujukan ke Jakarta, serta pemanfaatan RSP yang tersedia, mencerminkan kemampuan mencari layanan (*to seek*) yang efektif dimana pasien tidak pasif tetapi melakukan tindakan memilih rujukan dan memanfaatkan fasilitas pendukung. Namun, upaya pencarian ini mungkin dipengaruhi oleh jaringan informasi dan dukungan dari rumah sakit asal. Oleh karena itu, memperkuat alur informasi rujukan antara RSUD Belitim dan RSP dapat meningkatkan efisiensi kemampuan *to seek* di masa mendatang.

Pada dimensi kemampuan individu menjangkau layanan fisik (*to reach*), keberadaan RSP secara nyata meningkatkan kemampuan pasien untuk mencapai layanan rujukan di Jakarta dengan menghilangkan hambatan akomodasi dan mengurangi kebutuhan transportasi antar-kota yang mahal. Namun kebutuhan yang sangat tinggi akan transportasi medis (18 responden meminta ambulans) mengindikasikan bahwa meskipun akses ke kota tercapai, aksesibilitas menuju fasilitas rumah sakit dari RSP masih memerlukan perbaikan. Dengan kata lain, RSP meningkatkan *reach* pada level kota, tetapi kapasitas transportasi internal dan koordinasi logistik perlu ditingkatkan agar pasien benar-benar dapat mencapai layanan klinis tepat waktu dan dengan aman.

Pada dimensi kemampuan individu menanggung biaya layanan (*to pay*), ketersediaan RSP mengurangi kebutuhan pasien untuk membayar akomodasi tinggi, yang tercermin dari preferensi mayoritas agar layanan inti digratiskan. Namun fakta bahwa pasien menolak iuran patungan dan berasal dari desil ekonomi rendah menandakan keterbatasan kemampuan bayar secara umum. Oleh karena itu, kemampuan *to pay* tetap rendah bagi sebagian pengguna, sehingga keberlanjutan akses akan bergantung pada mekanisme subsidi, alokasi anggaran publik, atau pembiayaan kolaboratif yang tidak membebani pasien secara langsung.

Pada dimensi kemampuan individu berpartisipasi dalam perawatan dan pengelolaan layanan (*to engage*), kepuasan tinggi dan keberadaan jaringan dukungan antar-penghuni menunjukkan adanya engagement emosional dan sosial yang positif dimana pasien terlibat dalam komunitas dukungan yang membantu proses rawat. Namun keterbatasan engagement pada aspek finansial berupa keengganan terhadap iuran patungan menandakan bahwa kemampuan untuk berkontribusi pada pengelolaan operasional bersifat terbatas. Ini menunjukkan bahwa RSP harus dirancang untuk memfasilitasi partisipasi non-finansial seperti dukungan peer dan kegiatan edukasi sambil memastikan pembiayaan operasional tidak bergantung pada kontribusi langsung dari pasien yang memiliki keterbatasan kemampuan pembiayaan.

3.4. Rekomendasi Kebijakan Pengelolaan RSP

Berdasarkan hasil analisis di atas, dirumuskan rekomendasi untuk mewujudkan pengelolaan RSO berkelanjutan (*sustainable*) dan inklusif (menjangkau kelompok rentan). Hal tersebut dilakukan untuk memastikan agar kebijakan pengelolaan RSP ini dapat berjalan secara optimal.

Pengalihan status Mess Jakarta menjadi RSP mensyaratkan kepastian hukum dan struktur organisasi operasional yang jelas untuk menghindari ambiguitas tugas dan akuntabilitas (Addawiyah *et al.*, 2025). Oleh karena itu peraturan bupati yang mengatur fungsi, tugas, mekanisme pengelolaan, serta pembiayaan RSP harus segera disusun (Aco & Djainuddin, 2025). Implementasi lebih lanjut membutuhkan penyusunan keputusan bupati tentang pembentukan tim pengelola atau sebutan lainnya sebagai bentuk kolaborasi perangkat daerah dan unit kerja terkait. Selain itu, untuk mencegah praktik *ad-hoc* dan menjamin kualitas layanan, perlu disusun standar pelayanan minimal, standar operasional prosedur, sistem pengelolaan, pengawasan, dan evaluasi yang mencakup kriteria penerimaan pasien, prosedur triase dan durasi tinggal berbasis rekomendasi klinis, hak dan kewajiban penghuni, protokol kebersihan, pengaturan sharing kamar, serta mekanisme penanganan darurat dan pengaduan (Prasetya, 2025).

Data pengguna menegaskan bahwa terdapat kebutuhan tenaga kesehatan, terutama tenaga perawat.

Untuk itu RSP harus menyediakan setidaknya perawat *on-site* dan jadwal kunjungan dokter reguler, serta protokol rujukan cepat ke rumah sakit. Implementasinya meliputi penentuan kebutuhan staf seperti perawat per shift maupun dokter visit dengan pembiayaan atau penugasan melalui APBD atau skema kerja sama dengan fasilitas kesehatan setempat, serta penyediaan peralatan kesehatan dasar.

Mengingat ekspektasi penghuni terhadap layanan gratis dan rendahnya kesiapan untuk skema iuran patungan, RSP membutuhkan skema pembiayaan berkelanjutan yang mengombinasikan alokasi APBD yang dipadukan dengan upaya diversifikasi pembiayaan, baik itu melalui tanggung jawab sosial lingkungan perusahaan, hibah, kontribusi rumah sakit rujukan, maupun bantuan sosial. Meskipun mekanisme pembiayaan campuran dalam kesehatan global dinilai memiliki rekam jejak yang lemah karena mahal, tidak transparan, dan kurang efektif dalam mendorong partisipasi swasta yang signifikan, instrumen ini tetap dipandang positif oleh pembuat kebijakan yang tentu saja perlu diiringi dengan pengawasan kritis terhadap efektivitas dan kepentingan lain yang mengikutinya (Stein & McNeill, 2025).

Prioritas investasi infrastruktur perlu diarahkan pada perbaikan gedung (atap, dapur, ruang jemur), peningkatan daya listrik, jaminan pasokan air bersih, akses internet dasar, dan mekanisme penyediaan transportasi medis. Perbaikan ini penting untuk dilakukan dengan tetap memperhatikan konsep keruangan yang nyaman dan mendukung proses penyembuhan serta privasi pasien (Asvitasari *et al.*, 2024).

RSP harus dimasukkan dalam perencanaan daerah baik rencana tahunan maupun perencanaan lima tahun dengan proyeksi penambahan kamar, pengembangan fasilitas medis ringan, atau opsi akomodasi alternatif berdasarkan analisis tren rujukan. Hal ini perlu dilakukan untuk menjawab kebutuhan jangka panjang dan untuk menghindari krisis kapasitas. Selain itu, hal tersebut dapat memberikan kepastian bahwa isu strategis dan prioritas pembangunan kesehatan searah dengan perencanaan serta penganggaran daerah yang berbasis kinerja (Wibowo, 2023).

4. Kesimpulan

Pengalihan Mess Jakarta menjadi RSP merupakan kebijakan yang tepat dan berdampak sangat positif, karena telah berhasil meningkatkan aksesibilitas dan keterjangkauan layanan kesehatan bagi masyarakat Kabupaten Belitung Timur, khususnya pasien rujukan yang berobat ke Jakarta. Keberhasilan ini tercermin dari tingginya tingkat kepuasan pengguna, distribusi pasien yang merata dari berbagai kecamatan dan latar belakang ekonomi, serta peran RSP dalam mengurangi beban biaya dan logistik.

Namun, keberlanjutan RSP menghadapi tantangan operasional dan finansial yang signifikan. Tantangan ini meliputi keterbatasan kapasitas kamar, kurangnya tenaga kesehatan dan fasilitas pendukung (seperti transportasi medis), serta kebutuhan akan skema pembiayaan yang berkelanjutan yang tidak membebani pasien.

Oleh karena itu, diperlukan pendekatan komprehensif yang mencakup penguatan payung hukum dan kelembagaan, peningkatan infrastruktur, penyediaan layanan kesehatan dasar di lokasi, serta penerapan skema pembiayaan inovatif yang mengombinasikan APBD dengan sumber pendanaan alternatif (seperti CSR, hibah, dan kerja sama dengan rumah sakit rujukan), yang kesemuanya harus diintegrasikan ke dalam perencanaan pembangunan daerah jangka panjang.

Referensi

- Abubakar, R. (2021). Pengantar Metodologi Penelitian. SUKA-Press UIN Sunan Kalijaga. [Google Scholar](#)
- Achmad, W. (2024). The Role of Policies Made by the Government Towards Empowering Local Communities. *International Journal of Science and Society (IJSOC)*, 6(2), 158–165. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Aco, M., & Djainuddin, M. (2025). Evaluasi Kebijakan Rumah Singgah Pasien Pemerintah Kabupaten Majene di Kota Makassar. *Jurnal Quantum Publik*, 1(2), 18–24. [Google Scholar](#)
- Addawiyah, A., Febriani, L., & Fadillah, N. (2025). Efektivitas Implementasi Kebijakan Publik dalam Mewujudkan Pelayanan Publik yang Responsif: Tinjauan Teoritis dan Empiris. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Sosial, Politik Dan Humaniora*, 4(1), 27–35. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Adrianto, R. (2021). Dimensi Aksesibilitas Layanan Kesehatan Komunitas Multi Etnis. Penerbit Garis Khatulistiwa. [Google Scholar](#)
- Alfiah, R., Sabrina, J. A., Fiyara, N. S., N, R. H., & Kusumasari, I. R. (2025). Adaptive Systems and Decision-Making: Innovations in Policy Analysis for Public Transportation in Surabaya. *Indonesian Journal of Public Administration Review*, 2(2), 12–12. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Alghifari, M. A. R., Nurona, A., Wibowo, A., Kaffah, K. S. N., & Prabawanti, C. (2024). Meningkatkan Resiliensi Untuk Mengatasi Kejenuhan pada Penunggu Pasien di Rumah Singgah Pasien Muhammadiyah (RSPM). *Abdimas Galuh*, 6(1), 175–181. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Alkhalwaldeh, A., AlBashtawy, M., Rayan, A., Abdalrahim, A., Musa, A., Eshah, N., Abu Khait, A., Qaddumi, J., Khraisat, O., & AlBashtawy, S. (2023). Application and Use of Andersen's Behavioral Model as Theoretical Framework: A Systematic Literature Review from 2012–2021. *Iranian Journal of Public Health*, 52(7), 1346–1354. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Asvitasari, A., Thamrin, N. H., & Hakim, B. R. (2024). Redesain Tata Ruang Dalam pada Rumah Singgah Kanker di Samarinda. *Jurnal Pengabdian Untukmu Negeri*, 8(3), 620–626. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Bimantoro, B. (2022). Mudahkan Rujukan Pasien dari Beltim, RSUD Muhammad Zein Kerjasama dengan 4 RS Jakarta. *BangkaPos.com*. Retrieved from <https://bangka.tribunnews.com/2022/12/05/mudahkan-rujukan-pasien-dari-belitim-rsud-muhammad-zein-kerjasama-dengan-4-rs-jakarta>.
- Dewi, E. N. (2022). Optimalisasi Penggunaan Media Sosial dalam Mengkampanyekan Keberadaan Rumah Singgah Kanker Kepada Masyarakat di Komunitas Mufeedah. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 12(2), 160–166. [Google Scholar](#)
- Fathonah, A. N., Hidayat, R., Hadi, D. A., Maryanti, L., & Andriana, N. (2024). Pendampingan Tata Kelola Administrasi untuk Rumah Singgah Peduli (Cabang Bandung, Jawa Barat). *Jurnal Abdimas Bina Bangsa*, 5(1), 553–557. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Handiatna, H., Sutejo, S., & Nurmahupita, D. (2024). Hubungan lama perawatan pasien dengan stres keluarga di rumah singgah di Sleman. *Prosiding Seminar Nasional Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat LPPM Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta*, 2, 127–134. [Google Scholar](#)
- Hardani, Auliya, N. H., Andriani, H., Fardani, R. A., Ustiawaty, J., Utami, E. F., Sukmana, D. J., & Istiqomah, R. R. (2020). Metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif. Penerbit Pustaka Ilmu.
- Hardika, A. L., Rachmat, R. A. H., Nababan, D., Bagja, H. N., & Lizwaril, R. (2024). Efektivitas Pelayanan Rumah Singgah Peduli Cabang Bandung. *Jurnal Abdimas Bina Bangsa*, 5(1), 676–679. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Havers, S. M., Kate Martin, E., Wilson, A., & Hall, L. (2020). A systematic review and meta-synthesis of policy intervention characteristics that influence the implementation of government-directed policy in the hospital setting: Implications for infection prevention and control. *Journal of Infection Prevention*, 21(3), 84–96. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Hidayah, L., Topan, E., Montalalu, G. K. R., Ni'mah, A., Sulistiani, A., & Permadi, A. G. (2025). Pentingnya Komunikasi dalam Proses Pendampingan serta Pemulihan Pasien Kanker di Rumah Singgah Kanker. *Jurnal Ragam Pengabdian*, 2(1), 54–58. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Ismail, F., Rachman, E., & Thalib, T. (2024). Mekanisme Pelayanan Rumah Singgah Untuk Pasien Rujukan Oleh Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo. *Professional: Jurnal Komunikasi Dan Administrasi Publik*, 11(2), 521–524. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Lasyar, S. (2025, September 17). Pengelolaan Barang Milik Daerah di Mess Jakarta [Verbal].
- Linda. (2025, September 17). Rujukan ke Luar Daerah Kabupaten Belitung Timur [Verbal].
- Mandayaningrum, E. I., Singgih, E. P., & Yuliani, S. (2017). Rumah Singgah Pasien Kanker Payudara dengan Pendekatan Konsep Healing Environment di Kota Surakarta. *Arsitektura: Jurnal Ilmiah Arsitektur dan Lingkungan Binaan*, 14(1). [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Nasution, A. F. (2023). Metode Penelitian Kualitatif. CV. Harfa Creative.
- Prasetya, Y. H. (2025). Pelayanan Inklusif sebagai Strategi Keunggulan Kompetitif Rumah Sakit: Kajian Literatur. *JKM (Jurnal Kesehatan Masyarakat) Cendekia Utama*, 13(2), 228–240. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Sarazqiah, S., Pribadi, A., Wulansari, W., & Sari, Y. (2025). Strategi Komunikasi Gubernur Kepulauan Riau Dalam Membangun Rumah

- Singgah di Jakarta. *Petanda: Jurnal Ilmu Komunikasi dan Humaniora*, 7(2), 90–101. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Sembiring, I. S., Sinaga, S. N., Manurung, B., Sinuhaji, L. N. B., Damanik, N. S., Ginting, P., & Gulo, L. S. (2025). Aksesibilitas Layanan Kesehatan: Pengembangan Metode Education berbasis Health Promotion. CV. AA. Rizky.
- Sembiring, T. Br., Irmawati, Sabir, M., & Tjahyadi, I. (2024). Buku Ajar Metodologi Penelitian (Teori dan Praktik). CV Saba Jaya Publisher. [Google Scholar](#)
- Stein, F., & McNeill, D. (2025). Blended finance to the rescue? Subsidies, vaccine bonds and matching funds in global health. *Global Public Health*, 20(1), 19. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- van Assche, K., Valentinov, V., & Verschraegen, G. (2021). Adaptive governance: Learning from what organizations do and managing the role they play. *Kybernetes*, 51(5), 1738–1758. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)
- Wibowo, D. (2023). Tantangan Implementasi Hasil Musyawarah Perencanaan Pembangunan Daerah (Musrenbangda) Berdasarkan Perencanaan dan Penganggaran Berbasis Kinerja Melalui Pendekatan Transformasi Sistem Kesehatan. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 22(2), 82–88. [Crossref](#) | [Google Scholar](#)