

## ANALISIS EFEKTIVITAS KEBIJAKAN KELAS RAWAT INAP STANDAR (KRIS) DALAM MENJAMIN EKUITAS PELAYANAN KESEHATAN JKN

Adelheid Loraine Erensina Rumbiak<sup>1</sup>, Siwindah Mumpuni Tyaswiharti<sup>2</sup>, Dewi Sriwahyuni<sup>3</sup>, Budi Hartono<sup>4</sup>

[adelheidrumbiak@yahoo.com](mailto:adelheidrumbiak@yahoo.com)<sup>1</sup>, [siwindahmumpuni@gmail.com](mailto:siwindahmumpuni@gmail.com)<sup>2</sup>,  
[dewisriwahyuni0609@gmail.com](mailto:dewisriwahyuni0609@gmail.com)<sup>3</sup>, [budi.hartono@htp.ac.id](mailto:budi.hartono@htp.ac.id)<sup>4</sup>

Universitas Respati<sup>1</sup>, Universitas Respati Indonesia<sup>2,3</sup>, Universitas Hang Tuang Pekanbaru<sup>4</sup>

### ABSTRAK

Latar Belakang: Implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) merupakan transformasi fundamental dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia. Kebijakan ini bertujuan untuk menghapus segmentasi sosial dan mendorong ekuitas dalam pelayanan rawat inap. Tujuan: Penelitian ini menganalisis efektivitas kebijakan KRIS dengan mengevaluasi kesiapan infrastruktur rumah sakit dan potensi kendala operasional. Metode: Metode deskriptif kualitatif digunakan dalam penelitian ini, dengan memanfaatkan studi dokumen dan analisis kebijakan terhadap regulasi pemerintah, laporan evaluasi, serta literatur akademik terkait periode 2020–2025. Hasil: Temuan menunjukkan bahwa standarisasi 12 kriteria KRIS secara efektif meningkatkan kualitas fasilitas fisik dan keselamatan pasien. Namun, tantangan signifikan tetap ada terkait potensi penurunan tingkat keterisian tempat tidur (Bed Occupancy Rate/BOR) sebesar 15-20% serta disparitas finansial antara rumah sakit pemerintah dan swasta. Kesimpulan: Meskipun KRIS efektif sebagai instrumen ekuitas kesehatan secara fisik, keberhasilan di tingkat makro bergantung pada penyesuaian regulasi tarif INA-CBGs, masa transisi yang fleksibel, dan subsidi infrastruktur bagi rumah sakit tipe rendah untuk mencegah kesenjangan aksesibilitas.

**Kata Kunci:** KRIS, BPJS Kesehatan, Ekuitas Kesehatan, JKN, Efektivitas Kebijakan.

### ABSTRACT

*Background: The implementation of the Standardized Inpatient Class (KRIS) represents a fundamental transformation in Indonesia's National Health Insurance (JKN) system. This policy aims to eliminate social segmentation and promote equity in inpatient services. Objective: This study analyzes the effectiveness of the KRIS policy by evaluating hospital infrastructure readiness and potential operational constraints. Methods: A qualitative descriptive method was employed, utilizing document studies and policy analysis of government regulations, evaluation reports, and relevant academic literature from 2020–2026. Results: The findings indicate that the standardization of the 12 KRIS criteria effectively improves the quality of physical facilities and patient safety. However, significant challenges remain regarding a potential 15-20% reduction in Bed Occupancy Rate (BOR) and financial disparities between public and private hospitals. Conclusion: While KRIS is effective as an instrument for physical health equity, its macro-level success depends on adjusted INA-CBGs tariff regulations, flexible transition periods, and infrastructure subsidies for lower-tier hospitals to prevent accessibility gaps.*

**Keywords:** KRIS, BPJS Kesehatan, Health Equity, JKN, Policy Effectiveness.

## **PENDAHULUAN**

Sistem layanan kesehatan Indonesia bergantung pada Asuransi Kesehatan Nasional (JKN), yang dioperasikan oleh BPJS Kesehatan (Badan Penjaminan Sosial Kesehatan), sejak tahun 2014. Namun, kesenjangan kualitas kelas rawat inap masih menjadi masalah utama. Sistem kelas 1, 2, dan 3 yang ada telah dikritik karena segregasi sosial dan fasilitas fisik yang tidak setara berdasarkan besaran iuran. Hal ini melanggar Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang menyatakan bahwa semua peserta berhak atas layanan kesehatan yang sama berdasarkan kebutuhan medis mereka.

Melalui Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024, pemerintah menerapkan Kelas Rawat Inap Standar untuk mengatasi masalah ini. Kebijakan ini mewajibkan rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk menyediakan bangsal rawat inap dengan 12 standar yang identik. Perubahan ini melibatkan upaya sistematis untuk menciptakan kelas tunggal guna menghilangkan diskriminasi dalam perawatan.

Namun, efektivitas kebijakan KRIS di lapangan masih menghadapi perdebatan sengit di kalangan praktisi dan akademisi. Data dari Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) menunjukkan bahwa kesiapan infrastruktur rumah sakit di Indonesia sangat beragam. Rumah sakit besar di kota metropolitan cenderung lebih siap, sementara rumah sakit di daerah atau rumah sakit swasta tipe kecil mengkhawatirkan beban biaya renovasi yang tinggi. Selain itu, pembatasan jumlah tempat tidur maksimal empat per kamar berisiko menurunkan tingkat keterisian tempat tidur (Bed Occupancy Rate/BOR), yang pada akhirnya dapat mengancam stabilitas finansial rumah sakit serta memperpanjang daftar tunggu pasien.

“Sebanyak sekitar 30% RSUD swasta kelas D di Kabupaten Kudus masih mempunyai 6 TT dalam satu ruangan. 12 kriteria KRIS JKN yang telah siap meliputi ventilasi udara, pencahayaan ruangan, 1 buah nakas tiap tempat tidur, suhu dan kelembaban ruang, pembagian ruangan, tirai/partisi menggunakan bahan tidak berpori/tidak menyerap air, serta semua kamar mandi di dalam ruangan. Kriteria perlu pemenuhan bertahap meliputi kamar mandi standar aksesibilitas, terdapat lekukan pada plafond, kelengkapan tempat tidur, tempat tidur 1 crank, kepadatan ruangan, serta tidak terdapat outlet oksigen di setiap tempat tidur. Kendala-kendala yang dihadapi rumah sakit antara lain dana yang tinggi dan waktu yang lama untuk memenuhi seluruh kriteria, kebijakan yang sewaktu-waktu berubah/dinamis, belum jelasnya keputusan tarif, dan belum ada keputusan pasti kapan mulai implementasi KRIS JKN” (Dewanti, 2024).

“Kesiapan RSUD dr Rasidin dalam implementasi KRIS hanya mencapai 25%. Kendala dari segi SDM (kurangnya tenaga medis dan belum ada tim khusus), segi pendanaan (kurangnya dana BLUD), segi sarana prasarana (belum optimalnya ventilasi udara, pencahayaan, suhu, kelengkapan TT, outlet oksigen, kamar mandi ranap, standar aksesibilitas, bahan bangunan serta kepadatan ruang rawat).Dilihat dari aspek tata kelola, RSUD dr Rasidin Kota Padang belum siap dalam implementasi KRIS dikarenakan terdapat kendala khususnya dalam pendanaan dan sarana prasarana” (Caroline, 2024)

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis efektivitas kebijakan KRIS dalam menjembatani celah ekuitas pelayanan kesehatan dengan tetap mempertimbangkan keberlanjutan operasional fasilitas kesehatan. Urgensi penelitian ini terletak pada perlunya evaluasi kritis sebelum implementasi penuh pada tahun yang ditentukan, guna memastikan bahwa kebijakan ini tidak hanya ideal di atas kertas, tetapi juga aplikatif dan berkeadilan bagi seluruh lapisan masyarakat serta penyedia layanan kesehatan di Indonesia.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan metode studi pustaka (library research) dan analisis kebijakan publik. Data sekunder diperoleh dari regulasi pemerintah (UU SJSN, Perpres JKN), laporan evaluasi Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), serta artikel ilmiah terkait

manajemen rumah sakit periode 2020-2025. Analisis dilakukan dengan teknik reduksi data dan penarikan kesimpulan secara deduktif untuk menilai kesenjangan antara regulasi dan implementasi di lapangan.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **A. Standarisasi Fasilitas sebagai Indikator Mutu**

Penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) merupakan amanat UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN yang bertujuan untuk mengoptimalkan mutu pelayanan dan mewujudkan prinsip ekuitas bagi seluruh peserta JKN. Transformasi dari sistem kelas (1, 2, dan 3) menjadi satu standar tunggal mengharuskan rumah sakit melakukan penyesuaian infrastruktur yang signifikan.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) No. HK.01.07/MENKES/1274/2022 dan Perpres No. 59 Tahun 2024, terdapat 12 indikator kriteria wajib Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang harus dipenuhi oleh setiap rumah sakit:

1. Bahan Bangunan dengan Porositas Rendah: Komponen bangunan tidak boleh memiliki pori yang besar agar tidak menyimpan debu dan mikroorganisme.
2. Ventilasi Udara: Harus memenuhi standar pertukaran udara yang baik (minimal 6 kali pertukaran udara per jam) untuk menjaga kualitas udara di dalam ruangan.
3. Pencahayaan Ruangan: Pencahayaan buatan harus optimal sesuai standar kesehatan, baik untuk kebutuhan medis maupun kenyamanan pasien saat istirahat.
4. Kelengkapan Tempat Tidur: Setiap tempat tidur wajib memiliki minimal 2 kotak kontak (stop kontak) dan sistem panggilan perawat (nurse call) yang terhubung ke ruang jaga.
5. Nakas per Tempat Tidur: Tersedianya satu meja kecil (nakas) untuk setiap tempat tidur guna menyimpan perlengkapan pribadi pasien.
6. Suhu dan Kelembapan: Suhu ruangan harus terjaga pada rentang 20°C hingga 26°C dengan kelembapan yang terkontrol untuk mencegah pertumbuhan jamur dan bakteri.
7. Pembagian Ruangan: Kamar harus dipisahkan berdasarkan jenis kelamin, usia (anak/dewasa), dan jenis penyakit.
8. Kepadatan Ruang Rawat Inap: Satu kamar dapat memuat empat tempat tidur dengan jarak 1,5 meter di antaranya.
9. Tirai/Partisi: Tirai langit-langit atau pembatas yang terbuat dari bahan kedap air memberikan privasi bagi pasien.
10. Kamar Mandi dalam Ruang Rawat Inap: Setiap ruangan KRIS wajib memiliki kamar mandi di dalam ruangan.
11. Standar Kamar Mandi: Kamar mandi harus memenuhi aspek aksesibilitas (ada pegangan tangan/handrail), lantai tidak licin, dan dapat diakses oleh kursi roda.
12. Outlet Oksigen: Tersedianya outlet oksigen yang terpasang tetap pada dinding (centralized) bagi setiap tempat tidur.

Namun, rincian indikator ini menghadirkan tantangan teknis yang heterogen bagi tiap rumah sakit, diantaranya yaitu:

#### **1. Indikator Fisik dan Lingkungan**

Pada indikator nomor 1, 2, 3 dan 6 mengenai porositas bangunan, ventilasi, pencahayaan, dan suhu ruang menuntut audit energi yang besar sehingga ditemukan kendala bahwa terdapat banyak gedung RS tua menggunakan sistem ventilasi alami yang tidak konsisten. Pemasangan AC sentral atau split untuk memenuhi suhu standar. Hal tersebut akan meningkatkan biaya operasional listrik (OPEX) secara permanen.

Namun kendala tersebut dapat ditanggulangi dengan penggunaan material interior berbahan High-Pressure Laminate (HPL) atau vinil antibakteri untuk memenuhi standar porositas, serta pemasangan jendela dengan rasio minimal 10% dari luas lantai untuk optimasi pencahayaan alami.

## 2. Fasilitas dan Alokasi Ruang

Pada indikator nomor 4, 5, 9 dan 12, penyediaan 2 kotak kontak, nurse call, nakas, tirai rel tertanam, dan outlet oksigen di setiap tempat tidur merupakan standar keamanan pasien (patient safety). Namun yang menjadi kendala yaitu Instalasi oksigen sentral dan kelistrikan di dalam dinding memerlukan pembongkaran beton (bobokan) yang dapat mengganggu pelayanan aktif karena kebisingan dan debu (risiko infeksi nosokomial). Untuk mengurangi kendala tersebut RS dapat menggunakan sistem piping oksigen exposed dengan cover estetik (trunking) untuk meminimalkan pembongkaran dinding, serta pemilihan tirai bahan polyester anti-api dan anti-darah yang relnya tertanam di plafon untuk estetika dan higienitas.

## 3. Zonasi dan Privasi

Pada indikator nomor 7, 8, 10 dan 11, pembatasan maksimal 4 tempat tidur per kamar dan kewajiban kamar mandi di dalam dengan standar aksesibilitas difabel adalah perubahan paling radikal. Hal ini dapat menyebabkan RS akan mengalami penurunan pendapatan yang diakibatkan oleh ruang kamar yang semula berisikan 6 sampai 8 bed kehilangan kapasitasnya hingga 50%. Kemudian selain daripada itu, kontruksi kamar mandi baru di dalam kamar lama beresiko pada kebocoran struktur dan perubahan sistem pembuangan limbah cair (IPAL) bangunan.

Kendala ini dapat ditanggulangi dengan meredesainkan tata ruang sesuai dengan konsep modular room. Untuk RS yang kekurangan lahan, solusi horizontal sulit dilakukan, sehingga strategi vertikal (pembangunan gedung baru) atau digitalisasi ( telemedicine untuk mempercepat masa pemulihan di rumah) menjadi lebih relevan untuk dilakukan.

Tabel 1. Perbandingan Standar Ruang Rawat Inap Kelas 3 JKN dan KRIS

Parameter	Kondisi Kelas 3 (lama)	Standar KRIS (baru)
<b>Kapasitas Tempat Tidur</b>	Seringkali 6-8 tempat tidur per kamar.	Maksimal 4 tempat tidur per kamar.
<b>Kamar Mandi</b>	Banyak yang berada di luar ruangan (komunal).	Wajib berada dalam ruangan.
<b>Privasi Pasien</b>	Seringkali tanpa tirai atau tirai kain standar.	Tirai/partisi wajib menempel plafon & bahan non pori.
<b>Sirkulasi Udara</b>	Bergantung pada ventilasi alami/kipas angin.	Ventilasi mekanis (AC/Exhaust) suhu 20-16 derajat Celcius.
<b>Fasilitas Medis</b>	Tabung oksigen portabel (terbatas).	Outlet oksigen sentral di setiap tempat tidur.
<b>Aksesibilitas</b>	Kamar mandi standar (seringkali licin)	Kamar mandi ramah disabilitas (ada handrai).
<b>Infrastruktur Dasar</b>	Kotak kontak terbatas dan sering tanpa nurse call.	Minimal 2 kotak kontak & nurse call per tempat tidur.

Berdasarkan Tabel 1, terlihat adanya peningkatan signifikan dalam standar minimum pelayanan rawat inap. Transformasi dari sistem kelas 3 yang padat menjadi KRIS dengan maksimal empat tempat tidur merupakan upaya nyata dalam meningkatkan aspek keselamatan pasien (patient safety) dan kenyamanan. Namun, standarisasi ini membawa konsekuensi logis berupa perlunya renovasi fisik besar-besaran bagi rumah sakit yang selama ini memiliki ruangan dengan kapasitas padat.

## B. Analisis Efektivitas dan Dampak Operasional

Implementasi KRIS merupakan upaya mewujudkan ekuitas kesehatan di Indonesia. Meskipun secara desain fisik hal ini dapat meningkatkan kualitas kesembuhan pasien, tantangan besar muncul pada aspek operasional. Efektivitas kebijakan ini menghadapi tantangan pada aspek kapasitas. Dengan pembatasan maksimal 4 tidur per kamar, rumah sakit yang sebelumnya memiliki ruang kelas 3 dengan kapasitas 6-8 tempat tidur harus melakukan renovasi yang mengurangi total jumlah tempat tidur tersedia. Hal ini berpotensi memicu

bottle-neck pada unit gawat darurat (IGD) karena antrean ruang rawat yang lebih lama. Penelitian yang dilakukan oleh Putri & Ayuningtyas (2022) menunjukkan bahwa kesenjangan fasilitas antar rumah sakit tipe A dan tipe C menjadi hambatan utama dalam standarisasi KRIS dan kesiapan infrastruktur antar kelas rumah sakit di Indonesia masih sangat timpang. Hal ini diperkuat oleh temuan Sari & Handayani (2023) yang mengindikasikan adanya risiko penurunan pendapatan rumah sakit akibat pengurangan kapasitas tempat tidur guna memenuhi standar maksimal empat bed per ruangan.

### **C. Keberlanjutan Finansial dan Tarif**

Efektivitas KRIS sangat bergantung pada regulasi tarif tunggal yang akan ditetapkan. Jika tarif KRIS ditetapkan terlalu rendah (mendekati tarif kelas 3 lama), rumah sakit swasta akan kesulitan menutup biaya operasional dan investasi renovasi. Sebaliknya, jika terlalu tinggi, beban finansial BPJS Kesehatan akan meningkat secara signifikan.

### **Rekomendasi Kebijakan**

Berdasarkan analisis efektivitas dan tantangan implementasi KRIS yang telah dibahas, penelitian ini merumuskan beberapa rekomendasi strategis bagi pemangku kepentingan:

#### **1. Penyesuaian Tarif INA-CBGs yang Proporsional**

Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan perlu segera menetapkan tarif tunggal KRIS yang mempertimbangkan biaya investasi renovasi rumah sakit. Tarif ini harus berada di titik keseimbangan agar tidak membebani kas negara, namun tetap menjamin keberlanjutan operasional rumah sakit swasta dan daerah (referensi: Mulyadi & Sanjaya, 2022).

#### **2. Pemberian Insentif dan Subsidi Infrastruktur**

Mengingat adanya ketimpangan kesiapan antar tipe rumah sakit (Putri & Ayuningtyas, 2022), pemerintah disarankan memberikan insentif berupa bunga pinjaman rendah atau subsidi langsung bagi rumah sakit tipe C dan D di wilayah 3T (Tertinggal, Terdepan, Terluar) untuk pemenuhan 12 kriteria fisik KRIS.

#### **3. Fleksibilitas Masa Transisi**

Implementasi penuh pada tahun 2025 perlu dilakukan secara bertahap dengan evaluasi berkala. Fokus awal sebaiknya pada pemenuhan aspek medis yang esensial (seperti ventilasi dan kepadatan bed) sebelum beralih ke aspek estetika bangunan, guna menghindari penurunan kapasitas tempat tidur (Bed Occupancy Rate) secara drastis dalam waktu singkat (Sari & Handayani, 2023).

#### **4. Sistem Rujukan Terintegrasi**

Untuk mengantisipasi potensi antrean panjang akibat pengurangan jumlah bed per kamar, penguatan sistem rujukan berjenjang dan digitalisasi antrean rawat inap harus ditingkatkan agar pasien tidak menumpuk di rumah sakit rujukan utama.

## **KESIMPULAN**

Kebijakan KRIS merupakan langkah maju dalam menciptakan ekuitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Secara fisik, kebijakan ini efektif meningkatkan martabat dan mutu layanan pasien kelas menengah ke bawah. Namun, tanpa dukungan finansial yang tepat bagi penyedia layanan dan manajemen kapasitas yang matang, kebijakan ini berisiko menghambat aksesibilitas masyarakat di masa depan. Selain itu efektivitas implementasinya secara makro masih bersifat parsial karena terkendala oleh kesiapan pendanaan RS dan potensi pengurangan kapasitas rawat inap nasional. Implementasi 12 indikator Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) merupakan transformasi fundamental yang bertujuan menghapus diskriminasi layanan kesehatan, namun dalam praktiknya menghadirkan tantangan struktural dan finansial yang signifikan bagi rumah sakit. Oleh karena itu, melalui penelitian ini diharapkan pemerintah dapat memberikan insentif pajak atau bantuan modal bagi RS daerah/kecil yang melakukan konversi infrastruktur demi tercapainya ekuitas layanan

kesehatan nasional untuk pemenuhan 12 kriteria KRIS sebelum tenggat waktu yang ditentukan.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Dewan Jaminan Sosial Nasional. (2023). Laporan Hasil Uji Coba Kriteria Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) JKN. Jakarta: DJSN.
- Hidayat, B., & Pradipta, A. (2023). Transformasi Kelas Rawat Inap JKN: Menuju Ekuitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia. *Journal of Health Administration and Policy*, 5(2), 88-101.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
- Mulyadi, A., & Sanjaya, A. (2022). Implikasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar terhadap Manajemen Operasional Rumah Sakit di Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 25(1), 12-20.
- Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK-KMK UGM. (2023). Policy Brief: Tantangan Infrastruktur dalam Implementasi KRIS. Yogyakarta: UGM Press.
- Putri, S., & Ayuningtyas, D. (2022). Analisis Kesiapan Rumah Sakit dalam Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) JKN. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 11(3), 145-152.
- Rechel, B., et al. (2019). Hospital variations in health outcomes and quality of care: The role of physical design and infrastructure. *Health Policy Journal*, 123(1), 51-59.
- Sari, N. M., & Handayani, P. W. (2023). Simulasi Dampak Implementasi KRIS terhadap Kapasitas Tempat Tidur dan Pendapatan Rumah Sakit. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 26(1), 45-53.
- Thabrany, H. (2022). *Universal Health Coverage: Konsep dan Implementasi di Indonesia*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.