



INTEGRASI KRIS, RUJUKAN KOMPETENSI DAN, IDRГ DALAM JKN: PENDEKATAN WALT & GILSON

INTEGRATION OF KRIS, COMPETENCY-BASED REFERRAL, AND IDRГ IN JKN: A WALT & GILSON APPROACH

Desy Susanty^{1*}, Hardisman²

¹Mahasiswa S3 Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas

² S3 Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas

Email : desysusanty1977@gmail.com

ABSTRAK

Integrasi tiga kebijakan utama dalam Jaminan Kesehatan Nasional Indonesia, Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), sistem rujukan berbasis kompetensi, dan sistem pembayaran iDRG, menjadi strategi penting untuk meningkatkan kualitas, keadilan, dan efisiensi layanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menelaah bagaimana ketiga kebijakan tersebut saling terintegrasi menggunakan kerangka Walt & Gilson serta mengevaluasi dampaknya terhadap manajemen rumah sakit, kepuasan peserta, dan pembiayaan nasional. Metode yang digunakan adalah tinjauan dokumen kebijakan dan analisis literatur resmi dari Kemenkes, BPJS Kesehatan, DJSN, serta fasilitas layanan kesehatan. Analisis menyoroti tujuan dan isi kebijakan, latar belakang dan dinamika eksternal, proses perumusan dan implementasi, serta aktor kunci yang terlibat. Hasil kajian menunjukkan setiap kebijakan mendukung peningkatan ekuitas, mutu layanan, dan efisiensi klaim, namun harmonisasi dan koordinasi antar-pemangku kepentingan tetap diperlukan. Rekomendasi terkait strategi kolaborasi, peningkatan kapasitas SDM, dan pemantauan implementasi diharapkan dapat memperkuat efektivitas kebijakan serta keberlanjutan JKN di Indonesia.

Kata Kunci: Kelas Rawat Inap Standar; sistem rujukan; iDRG; JKN; kebijakan Kesehatan

ABSTRACT

The integration of three major policies in Indonesia's National Health Insurance, Standard Inpatient Class, competency-based referral system, and iDRG payment system, is a key strategy to improve service quality, equity, and efficiency. This study aims to examine how these policies are integrated using the Walt & Gilson framework and to evaluate their impact on hospital management, participant satisfaction, and national health financing. The method involved a review of policy documents and official literature from the Ministry of Health, BPJS Kesehatan, DJSN, and healthcare facilities. Analysis focused on policy objectives and content, background and external dynamics, formulation and implementation processes, and key actors involved. Findings indicate that each policy contributes to improved equity, service quality, and claims efficiency, yet ongoing coordination among stakeholders is essential. Recommendations on collaborative strategies, human resource capacity building, and implementation monitoring are expected to strengthen policy effectiveness and support the sustainability of Indonesia's National Health Insurance.

Keywords: Standard Inpatient Class; referral system; iDRG; JKN; health policy



PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. (Pemerintah Republik Indonesia, 2004). Pemerintah Indonesia menginisiasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN/KIS) pada 1 Januari 2014 sebagai upaya untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC). Program ini bertujuan meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang merata, komprehensif, dan bermutu bagi seluruh penduduk Indonesia (Rizqi et al., 2022).

Sejak pelaksanaannya, sistem JKN terus mengalami transformasi kebijakan untuk merespons peningkatan kebutuhan kesehatan dan dinamika sistem pelayanan kesehatan nasional. Upaya transformasi ini diarahkan agar Indonesia dapat mencapai UHC yang adil, efektif, responsif, dan berkelanjutan, sejalan dengan rekomendasi global mengenai tata kelola sistem jaminan kesehatan (World Health Organization, 2023). Dalam beberapa tahun terakhir, pemerintah memperkenalkan tiga kebijakan strategis yang diproyeksikan membawa perubahan signifikan terhadap tata kelola layanan, yaitu Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) melalui Perpres 59/2024, Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi melalui Permenkes 16/2024, dan sistem pembayaran Indonesia Diagnosis Related Groups (iDRG) yang dijadwalkan mulai diterapkan pada Oktober 2025.

KRIS ditetapkan sebagai upaya memastikan kesetaraan fasilitas rawat inap bagi seluruh peserta BPJS Kesehatan, menggantikan kelas 1–3 dengan satu standar

pelayanan yang menekankan aspek mutu, keamanan, dan kenyamanan sesuai standar nasional. (Tarmizi, 2024) Selanjutnya, Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi hadir untuk meningkatkan efisiensi dan ketepatan rujukan, dengan mekanisme merujuk pasien langsung ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan klinis sesuai kebutuhan medisnya, menggantikan model rujukan berjenjang konvensional yang dinilai kurang optimal. (Amaliyah, 2026) Di sisi lain, kebijakan iDRG dirancang untuk memperbaiki mekanisme pembayaran rumah sakit dari INA-CBGs menuju sistem klasifikasi kasus yang dinilai lebih akurat, transparan, dan akuntabel dalam pengendalian biaya serta peningkatan efisiensi layanan (Rizal, 2025).

Artikel ini menggunakan pendekatan Health Policy Triangle (HPT) yang dikembangkan oleh Walt & Gilson sebagai kerangka analisis untuk memahami integrasi ketiga kebijakan tersebut. Pendekatan ini menyoroti empat dimensi utama kebijakan kesehatan, yaitu konten kebijakan, konteks sosial-politik, proses perumusan dan implementasi, serta aktor-aktor yang terlibat, sehingga memungkinkan analisis yang komprehensif dan mendalam (Walt & Gilson, 1994). Data sekunder yang digunakan dalam artikel ini diperoleh dari berbagai sumber resmi, termasuk regulasi pemerintah, publikasi BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan (2023–2025), laporan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), dokumen WHO, serta literatur ilmiah terkait.

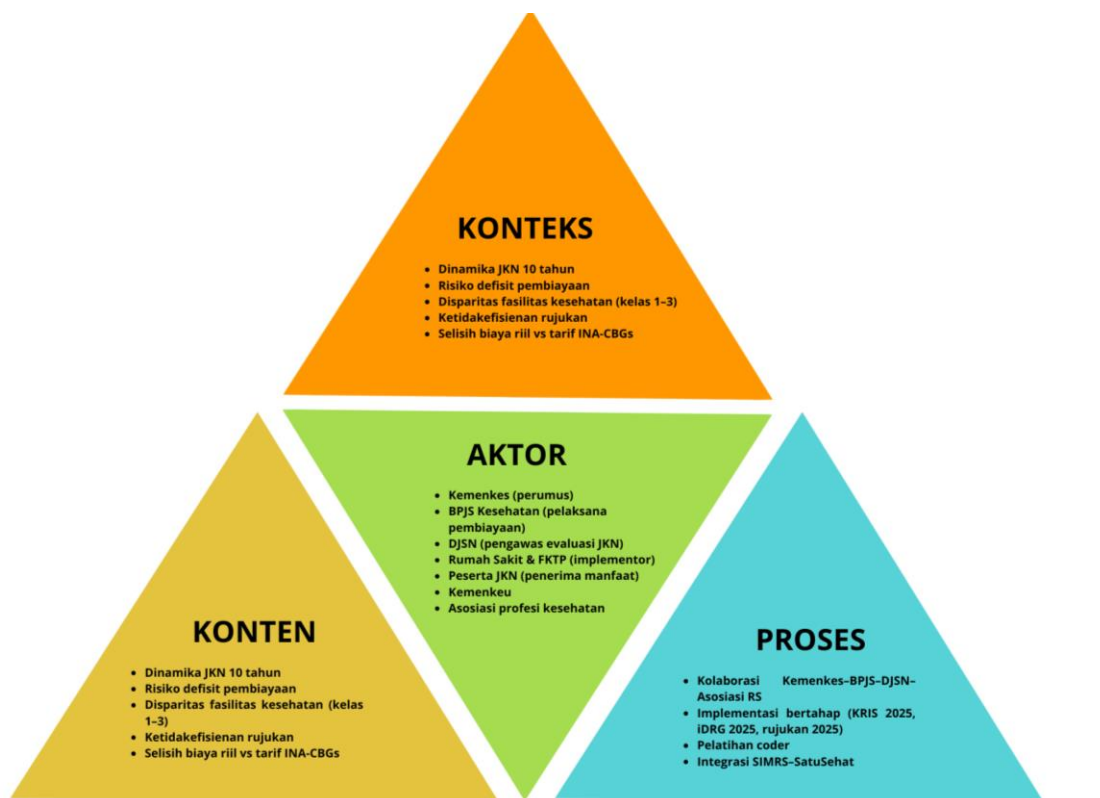
METODE

Pendekatan penelitian yang digunakan adalah studi dokumen kualitatif dengan metode *narrative policy analysis* yang mengacu pada prinsip Health Policy

Triangle (HPT) yang dikembangkan oleh Walt & Gilson. Penelitian ini menelaah berbagai sumber resmi dan akademik terkini tahun 2023–2025, termasuk Perpres 59/2024 tentang Kelas Rawat Inap Standar, Permenkes 16/2024 tentang Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi, serta siaran pers dan laporan dari Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), dan WHO, disertai literatur ilmiah yang relevan. HPT digunakan karena mampu mengintegrasikan empat elemen yang saling berhubungan konten, konteks, proses, dan aktor untuk memberikan pandangan holistik terhadap kebijakan

kesehatan (Hardisman, 2025). Setiap kebijakan dianalisis berdasarkan tujuan, ruang lingkup, mekanisme operasional, landasan hukum, dinamika sistem kesehatan, proses perumusan hingga implementasi, serta aktor-aktor yang terlibat, seperti instansi pemerintah, lembaga donor, asosiasi profesi, fasilitas pelayanan kesehatan, dan peserta JKN. Dampak kebijakan kemudian ditelaah pada tiga dimensi utama, yaitu manajemen rumah sakit, kepuasan peserta, dan implikasi pembiayaan nasional. Validitas analisis dijaga melalui triangulasi sumber dan konsistensi penelusuran data.

HASIL



Gambar 1 Skematis Hubungan Komponen Kebijakan Dalam Segitiga Kebijakan

Analisis menggunakan kerangka Health Policy Triangle (Walt & Gilson) menunjukkan bahwa tiga kebijakan utama

dalam reformasi JKN membentuk satu kesatuan arah kebijakan yang saling melengkapi. Dari sisi konten, KRIS melalui

Perpres 59/2024 menghadirkan standar 12 kriteria ruang rawat inap yang seragam, termasuk batasan maksimal empat tempat tidur per kamar dan keberadaan kamar mandi di dalam ruang. Kebijakan ini menjadi pijakan penting untuk mengurangi disparitas layanan rawat inap yang selama ini muncul akibat sistem kelas 1–3.

Sementara itu, Permenkes 16/2024 memperkenalkan Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi, yang menggeser pola rujukan berjenjang menjadi rujukan yang berorientasi pada kebutuhan medis. Integrasi SatuSehat–SIRANAP dalam kebijakan ini berpotensi mengurangi antrean rujukan dan memungkinkan pasien mendapatkan layanan sesuai kondisi klinis secara lebih cepat. Di sisi pembiayaan, penerapan iDRG menggantikan INA-CBGs dengan pengelompokan kasus berdasarkan diagnosis, prosedur, dan tingkat keparahan. Pendekatan ini menawarkan struktur tarif yang lebih akurat dan dinilai mampu mengurangi kesenjangan antara biaya riil dan tarif klaim yang sebelumnya dilaporkan signifikan.

Pada dimensi konteks, ketiga kebijakan tersebut muncul sebagai respons terhadap tantangan implementasi JKN yang sudah berlangsung selama satu dekade. Tantangan tersebut mencakup potensi defisit pembiayaan, ketimpangan mutu layanan antar kelas perawatan—di mana 3.060 dari

3.176 rumah sakit telah memenuhi kesiapan KRIS—serta kemacetan rujukan dari FKTP ke rumah sakit. Selain itu, adanya perbedaan bermakna antara biaya riil dan tarif INA-CBGs ($p < 0.001$) memperkuat urgensi pembaruan sistem pembayaran.

Dimensi proses menunjukkan bahwa reformasi ini dirancang melalui mekanisme kolaboratif antara Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, DJSN, dan asosiasi rumah sakit. Tahapan implementasi disusun secara bertahap: masa transisi KRIS hingga Juni 2025, uji coba rujukan berbasis kompetensi mulai Oktober 2025, dan penerapan nasional iDRG pada periode yang sama. Upaya ini didukung oleh pelatihan coder, peningkatan kesiapan SIMRS, serta integrasi sistem dengan platform SatuSehat.

Dalam dimensi aktor, keterlibatan multipihak tampak jelas. Kementerian Kesehatan memainkan peran sentral dalam perumusan kebijakan, BPJS Kesehatan mengatur mekanisme pembiayaan, dan DJSN mengawasi efektivitas penyelenggaraan JKN. Rumah sakit dan FKTP menjadi pelaksana utama di lapangan, sementara peserta JKN merupakan penerima manfaat langsung dari perubahan ini. Kolaborasi dengan Kementerian Keuangan dan organisasi profesi kesehatan turut memperkuat proses implementasi.

Implementasinya dilakukan di rumah sakit sebagai mandat langsung regulasi nasional yang wajib diterapkan sesuai ketentuan. (Desria et al., 2025) Pasal 46A peraturan tersebut mengatur 12 kriteria standar ruang rawat inap, termasuk kapasitas maksimal empat tempat tidur per kamar, ketersediaan kamar mandi dalam unit perawatan, hingga persyaratan keselamatan pasien. (Peraturan

PEMBAHASAN

Konten Kebijakan KRIS (Perpres 59/2024)

Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) ditetapkan melalui Perpres No. 59/2024 sebagai upaya menyeragamkan fasilitas ruang rawat inap bagi seluruh peserta JKN, tanpa membedakan status sosial maupun kelas iuran. (Tarmizi, 2024)



Presiden RI Nomor, 2024) Pada tahap awal, KRIS tidak langsung menghapus kelas 1–3, namun menerapkan masa transisi hingga 30 Juni 2025 di mana rumah sakit tetap dapat menggunakan sistem kelas lama sambil menyesuaikan fasilitas secara bertahap. (Peraturan Presiden RI Nomor, 2024) Secara hukum, kebijakan ini diperkuat oleh prinsip ekuitas dalam UU SJSN serta aturan teknis seperti Perpres 64/2020 dan PP 47/2021 yang telah mewajibkan rumah sakit menyediakan proporsi tempat tidur kelas standar—60% untuk RS pemerintah dan 40% untuk RS swasta—sebelum KRIS diberlakukan sepenuhnya. (Tarmizi, 2024) Dengan demikian, pemerintah melalui berbagai regulasi telah memberi fondasi yang jelas bagi rumah sakit untuk melakukan percepatan pemenuhan fasilitas, termasuk pendanaan dan penyediaan sarana-prasarana. Pemerintah juga diharapkan memberi dukungan bagi rumah sakit yang menghadapi kendala, terutama terkait keterbatasan anggaran. (Raafiana et al., 2025)

Studi implementasi KRIS di RSUD Kota Bandung pada Juli 2024 menunjukkan bahwa baru 15,87% ruang rawat inap memenuhi 12 kriteria KRIS. Hambatan yang muncul meliputi jarak tempat tidur yang terlalu dekat, kamar mandi yang belum sesuai standar aksesibilitas, serta perlunya pembaruan tirai dan perlengkapan lain. Keterbatasan anggaran menjadi faktor utama dan mendorong kebutuhan dukungan APBD untuk mempercepat pemenuhan standar. (Sudrajat and Rahayu, 2025) Dari sisi proses, penyusunan KRIS dilakukan melalui kolaborasi DJSN, Kemenkes, dan asosiasi rumah sakit. Perpres 59/2024 mengatur alur transisi hingga Juli 2025 serta menugaskan Kemenkes, BPJS, Kemenkeu, dan DJSN melakukan evaluasi manfaat, tarif, dan iuran

(Kementrian Kesehatan RI, 2024). Karena kelas iuran belum berubah, Perpres 64/2020 tetap menjadi acuan sampai ada regulasi baru. Implementasi KRIS dengan demikian memerlukan koordinasi lintas lembaga serta peran aktif pemerintah pusat, daerah, dan rumah sakit, mengingat kesiapan fasilitas menjadi penentu utama keberhasilan.

Konten Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi (Permenkes 16/2024)

Transformasi sistem kesehatan Indonesia mencakup enam pilar, di mana pilar kedua berfokus pada peningkatan akses dan kualitas layanan sekunder. PP No. 28/2024 Pasal 820 mengatur bahwa klasifikasi rumah sakit didasarkan pada kemampuan pelayanan, sarana-prasarana, peralatan, serta SDM kesehatan. (Permenkes, RI, 2024) Permenkes No. 16/2024 merevisi sistem rujukan lama yang berbasis jenjang ($D \rightarrow C \rightarrow B \rightarrow A$) dan menggantinya dengan mekanisme rujukan yang berorientasi pada kebutuhan medis dan kompetensi fasilitas kesehatan. Dalam sistem baru, dokter di fasilitas primer memasukkan diagnosis ke *SatuSehat Rujukan* yang telah terhubung dengan data kapasitas RS melalui geotagging dan SIRANAP, sehingga pasien diarahkan ke fasilitas yang paling kompeten dan terdekat. (Permenkes, RI, 2024). Peraturan ini menegaskan bahwa rujukan tidak hanya mempertimbangkan biaya, tetapi juga aksesibilitas, mutu, dan keselamatan pasien, sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 2 ayat (2)–(4).

Kebijakan ini muncul sebagai respons terhadap masalah klasik rujukan berjenjang, seperti lambatnya penanganan, perpindahan pasien antar RS yang tidak perlu, dan ketidakefisienan pembiayaan. (Sofya, 2025) Implementasi dimulai dengan uji coba sejak Oktober 2025 dan target

penyakit ginjal kronis, terdapat perbedaan signifikan antara biaya aktual dan tarif INA-CBGs ($p=0,000$). (Sulisyaningrum dkk, 2022) Temuan serupa juga dilaporkan (Nilawati dkk, 2025) pada pasien rawat inap, dengan perbedaan signifikan

penuh pada awal 2026. (Amaliyah, 2026) Menurut pernyataan pejabat Kemenkes, sistem ini mempercepat akses pasien dan meningkatkan kesesuaian penanganan berdasarkan kompetensi fasilitas. Dari sisi proses kebijakan, penyusunan dilakukan Kemenkes dengan rekomendasi DJSN dan BPJS untuk memperbarui Permenkes lama. Sosialisasi dilakukan melalui dinas kesehatan dan penyelenggara layanan. Actor kunci meliputi Kemenkes, BPJS Kesehatan, asosiasi dokter dan rumah sakit, serta pemerintah daerah sebagai pengelola implementasi lokal. (Amaliyah, 2026)

Konten Sistem Pembayaran iDRG

Indonesia Diagnosis Related Groups (iDRG) diperkenalkan sebagai reformasi sistem pembayaran JKN menggantikan INA-CBGs. Walaupun belum memiliki Permenkes tersendiri, dasar hukumnya terdapat dalam Perpres 82/2018 dan perubahan melalui Perpres 59/2024 yang memberi kewenangan kepada Menteri Kesehatan untuk menetapkan standar tarif layanan JKN (Perpres No. 82/2018). Permenkes 26/2021 serta Permenkes 3/2023 menjadi landasan teknis sistem tarif INA-CBGs, dan Kemenkes kemudian menerbitkan SE Nomor HK.02.02/MENKES/936/2025 yang menetapkan uji coba nasional iDRG dimulai Oktober 2025. Sistem ini dirancang meningkatkan efisiensi dan transparansi pembiayaan kesehatan nasional.

Kajian akademik menunjukkan banyak kasus di mana tarif INA-CBGs tidak menutupi biaya riil rumah sakit. Pada pasien penyakit ginjal kronis, terdapat perbedaan signifikan antara biaya aktual dan tarif INA-CBGs ($p=0,000$). (Sulisyaningrum dkk, 2022) Temuan serupa juga dilaporkan (Nilawati dkk, 2025) pada pasien rawat inap, dengan perbedaan signifikan

menggunakan uji *paired t-test* ($p<0,001$). Faktor penyebab ketidaksesuaian biaya meliputi komponen farmasi dan laboratorium yang tinggi. Dengan demikian, transisi ke iDRG dianggap relevan untuk mengurangi defisit biaya dan meningkatkan akurasi pembiayaan.

iDRG dikembangkan untuk mengelompokkan pasien berdasarkan diagnosis, prosedur, dan tingkat keparahan, sehingga tarif lebih mencerminkan kompleksitas kasus. (Indri, n.d.)(Rizal, 2025) Kemenkes menyatakan bahwa sejak 2016 sistem ini dirancang untuk menghasilkan pembiayaan yang lebih adil dan efisien serta menyediakan data epidemiologi nasional yang lebih kuat. Uji coba sejak Maret 2025 di lima kota besar menunjukkan respons positif dari rumah sakit sebagai bagian dari penyempurnaan sistem. (Rizal, 2025) Implementasi melibatkan Kemenkes, BPJS Kesehatan, asosiasi rumah sakit, dan DJSN, serta pembahasan lintas kementerian terkait implikasi anggaran. Secara keseluruhan, struktur kebijakan iDRG mencakup konten tarif berbasis DRG, kebutuhan efisiensi pembiayaan, proses uji coba, dan kolaborasi multi-aktor.

Dampak Kebijakan pada Manajemen Rumah Sakit

Ketiga kebijakan tersebut memberikan dampak langsung terhadap manajemen rumah sakit, terutama dalam aspek sumber daya manusia, sarana-prasarana, sistem informasi, dan pembagian peran antar fasilitas layanan. Dari sisi sumber daya manusia, rumah sakit perlu meningkatkan kompetensi petugas dalam mengoperasikan sistem baru. Implementasi iDRG, misalnya, membutuhkan tenaga coder yang terlatih karena setiap kasus harus dikelompokkan ke dalam klasifikasi DRG

yang baru. Selain itu, penerapan Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi menuntut dokter FKTP dan tenaga kesehatan di rumah sakit memahami kriteria rujukan terbaru serta cara menggunakan platform SatuSehat Rujukan secara tepat. KRIS juga memerlukan peningkatan kapasitas pada aspek keselamatan pasien dan pengelolaan ruang rawat, termasuk pemenuhan 12 kriteria standar seperti penataan maksimal empat tempat tidur dalam satu kamar untuk menjaga mutu dan keselamatan pelayanan. (Tarmizi, 2024)

Dari aspek sarana-prasarana, kebijakan KRIS memiliki dampak besar pada infrastruktur rumah sakit. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 mewajibkan rumah sakit menyesuaikan berbagai fasilitas, seperti ukuran ruangan, jumlah tempat tidur, pencahayaan, ventilasi, serta penyediaan toilet di dalam kamar untuk memenuhi standar kelas tunggal. Data Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa dari 3.176 rumah sakit di Indonesia, sebanyak 3.060 rumah sakit siap melaksanakan KRIS, dan hingga April 2024 sebanyak 2.558 rumah sakit telah memenuhi seluruh kriteria yang dipersyaratkan. (Tarmizi, 2024) Penataan KRIS juga dipengaruhi oleh ketentuan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021, yang mengatur bahwa rumah sakit pemerintah wajib menyediakan minimal 60% tempat tidur untuk kelas standar, sementara rumah sakit swasta minimal 40%. Meskipun implementasinya menghadapi hambatan seperti keterbatasan infrastruktur, kesiapan SDM, dan resistensi internal, strategi penguatan bertahap diharapkan mampu meningkatkan mutu dan pemerataan layanan rawat inap secara nasional. (Adelia et al., 2025)

Pada aspek pelaporan klaim dan sistem informasi, penerapan iDRG mengharuskan pembaruan pada Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). Rumah sakit harus melengkapi berkas klaim dengan kode DRG terbaru, yang berbeda dari sistem INA-CBGs sebelumnya, sehingga proses input, verifikasi, dan pelaporan perlu diadaptasi. Selain itu, pemanfaatan SatuSehat Rujukan terintegrasi dengan data SIRANAP menuntut rumah sakit untuk memperbarui ketersediaan tempat tidur secara real-time agar proses rujukan berjalan akurat dan efisien. Integrasi kode DRG pada sistem klaim diharapkan dapat meningkatkan akurasi penagihan dan transparansi pembayaran.

Dalam hal pembagian peran antar rumah sakit, Sistem Rujukan Berbasis Kompetensi menghasilkan perubahan besar pada pola rujukan nasional. FKTP menjadi pintu masuk utama bagi peserta dan berperan dalam menentukan rujukan berdasarkan kompetensi fasilitas kesehatan, bukan lagi sekadar mengikuti jenjang administratif. Rumah sakit kelas A, B, C, dan D tidak lagi mengikuti pola rujukan berjenjang otomatis, tetapi bersaing berdasarkan kapabilitas layanan. Konsekuensinya, rumah sakit tingkat menengah dapat menerima rujukan langsung untuk kasus tertentu, sementara rumah sakit kelas A diprioritaskan untuk kasus yang paling kompleks. Integrasi kebijakan rujukan, KRIS, dan iDRG menuntut koordinasi yang lebih kuat antar rumah sakit dalam jejaring layanan serta penataan kapasitas sesuai kebutuhan wilayah.

Secara keseluruhan, manajemen rumah sakit dituntut untuk bertransformasi melalui penguatan kapasitas SDM, peningkatan infrastruktur, pembaruan sistem



informasi, serta penataan peran layanan. (Peraturan Presiden RI Nomor, 2024) Studi kebijakan sebelumnya menunjukkan bahwa transisi menuju sistem pembayaran berbasis DRG dapat mendorong rumah sakit meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan, meskipun tetap menyimpan risiko perilaku strategis seperti *upcoding* atau *early discharge*. Oleh karena itu, dukungan berupa pelatihan berkelanjutan, monitoring, dan evaluasi bersama antara BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan menjadi faktor penting agar implementasi kebijakan berlangsung efektif dan berorientasi pada mutu layanan.

Dampak Kebijakan pada Kepuasan Peserta JKN

Penerapan sistem rujukan berbasis kompetensi memberikan dampak langsung terhadap peningkatan akses pelayanan kesehatan bagi peserta JKN. Kebijakan ini memungkinkan pasien memperoleh layanan yang sesuai dengan kebutuhan medisnya tanpa hambatan administratif yang selama ini muncul akibat rujukan berjenjang. Sebelum kebijakan baru diberlakukan, pasien wajib melalui alur berlapis dari fasilitas D menuju C, B, hingga A, yang kerap memperlambat penanganan. Saat ini, pasien dapat dirujuk langsung ke rumah sakit yang memiliki kompetensi dan kapasitas yang diperlukan, sehingga proses menjadi lebih cepat, tepat, dan efisien. (Permenkes, RI, 2024) Perubahan ini juga bertujuan mengatasi masalah klasik sistem rujukan berjenjang yang selama ini menyulitkan pasien dan menyebabkan perpindahan antar rumah sakit yang tidak perlu. Integrasi SatuSehat melalui geotag serta pemanfaatan SIRANAP memudahkan identifikasi rumah sakit terdekat dengan ketersediaan tempat tidur, sehingga akses semakin cepat dan potensi

antrean di FKTP serta rumah sakit tingkat lanjut dapat berkurang.

Peningkatan mutu pelayanan terutama terlihat melalui implementasi KRIS, yang menstandarkan kualitas ruang perawatan bagi seluruh peserta JKN, khususnya kelompok menengah ke bawah. Ruang rawat inap yang sebelumnya dapat menampung 8–12 pasien per kamar kini ditetapkan maksimal empat pasien dengan fasilitas kamar mandi dalam, sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024. Penataan ruang ini tidak hanya meningkatkan kenyamanan, tetapi juga berkontribusi pada keselamatan pasien sebagai indikator mutu pelayanan. (Peraturan Presiden RI Nomor, 2024) Di sisi lain, iDRG memberikan insentif finansial bagi rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang tepat sesuai tingkat keparahan kasus sekaligus mengurangi tindakan berlebihan seperti *over-treatment*. Dengan kombinasi rujukan berbasis kompetensi dan sistem pembayaran iDRG, rumah sakit terdorong meningkatkan kualitas klinis karena pasien ditangani oleh fasilitas dengan kemampuan yang sesuai dan menerima kompensasi yang sejalan dengan kompleksitas layanan.

Dimensi keadilan juga menjadi fokus utama dari ketiga kebijakan tersebut. KRIS menjamin kesetaraan perlakuan bagi peserta JKN, dengan menetapkan standar ruang rawat inap yang sama untuk pasien BPJS di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan (Peraturan Presiden RI Nomor, 2024). Rujukan berbasis kompetensi memperluas keadilan dalam distribusi layanan dengan memastikan pasien dirujuk berdasarkan kebutuhan klinis dan bukan kemampuan finansial; peserta pun tetap memiliki opsi untuk melakukan peningkatan layanan melalui asuransi tambahan bila diperlukan. (Permenkes, RI, 2024) Sementara itu, iDRG



memperbaiki keadilan pendanaan karena tarif ditetapkan berdasarkan beban klinis yang sebenarnya, sehingga rumah sakit tidak dirugikan atau diuntungkan secara tidak proporsional akibat kondisi pasien. Secara keseluruhan, ketiga kebijakan tersebut memperkuat keadilan prosedural sekaligus keadilan hasil dalam skema JKN.

Secara menyeluruh, peserta JKN diperkirakan memperoleh manfaat berupa akses yang lebih cepat ke fasilitas yang tepat, mutu rawat inap yang lebih baik, serta kepastian perlakuan yang setara di seluruh kelas sosial. Meski demikian, masa transisi membutuhkan upaya sosialisasi yang kuat agar masyarakat memahami perubahan alur pelayanan. WHO menekankan pentingnya edukasi publik untuk meningkatkan literasi kesehatan dan membangun kepercayaan terhadap sistem rujukan dan pembayaran yang baru. Komunikasi yang efektif dari pemerintah dan BPJS Kesehatan akan sangat menentukan tingkat kepuasan pengguna serta mengurangi kekhawatiran yang mungkin timbul selama proses penyesuaian berlangsung.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kajian segitiga kebijakan Walt & Gilson menunjukkan bahwa konten ketiga kebijakan KRIS, rujukan berbasis kompetensi, dan sistem pembayaran iDRG secara konseptual saling melengkapi dalam mewujudkan JKN yang lebih adil, berkualitas, dan efisien. Konteks sosial-politik yang melatarbelakangi kebijakan ini, seperti mandat ekuitas dalam SJSN serta meningkatnya tekanan pembiayaan JKN, menjadi pendorong utama pemerintah untuk melakukan reformasi struktural. Proses perumusan kebijakan berlangsung melalui mekanisme konsultasi lintas-aktor, mencakup Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, DJSN, Kementerian Keuangan,

serta organisasi profesi dan asosiasi fasilitas kesehatan, termasuk rumah sakit dan FKTP. Keterlibatan peserta JKN sebagai penerima manfaat juga mempengaruhi arah kebijakan, terutama dalam aspek mutu pelayanan dan kemudahan akses.

Dampak integratif dari ketiga kebijakan tersebut terhadap manajemen rumah sakit, kepuasan peserta, dan pembiayaan nasional menunjukkan kecenderungan positif. Mutu rawat inap meningkat melalui penerapan standar KRIS, sementara akses pelayanan menjadi lebih cepat melalui sistem rujukan berbasis kompetensi. Pada saat yang sama, iDRG meningkatkan efisiensi klaim melalui mekanisme pembayaran berbasis kompleksitas kasus. Untuk memaksimalkan efektivitas kebijakan, beberapa rekomendasi strategis dapat diterapkan, termasuk peningkatan kapasitas SDM rumah sakit dan FKTP melalui pelatihan intensif mengenai sistem rujukan baru dan pengodean iDRG; penguatan infrastruktur teknologi informasi kesehatan agar integrasi SatuSehat dan SIRANAP berfungsi optimal; serta sosialisasi dan edukasi publik yang luas untuk memperkuat kepercayaan peserta dan memastikan pemahaman yang benar terkait hak memilih fasilitas berdasarkan kompetensi. Selain itu, pemantauan kolaboratif antara Kemenkes, BPJS Kesehatan, dan DJSN diperlukan untuk menilai dampak kebijakan terhadap keberlanjutan pembiayaan JKN, termasuk kemungkinan kebutuhan penyesuaian iuran atau dukungan subsidi tambahan.

Implementasi ketiga kebijakan secara berkesinambungan harus tetap berpijak pada prinsip keadilan dan akses pelayanan yang setara bagi seluruh peserta. Penelitian lanjutan direkomendasikan untuk mengevaluasi secara empiris perubahan



kualitas layanan, dinamika beban klaim, serta persepsi pengguna setelah kebijakan diimplementasikan. Dengan landasan kebijakan yang holistik serta kolaborasi lintas pemangku kepentingan, integrasi KRIS, rujukan berbasis kompetensi, dan iDRG memiliki potensi besar memperkuat fondasi JKN menuju pelayanan kesehatan universal yang lebih berkeadilan dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Adelia N, Sukma A, Sembiring P, Gurning FP. Studi Literatur : Tantangan dan Strategi Pelayanan Kesehatan dalam Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di Indonesia Literature Review : Challenges and Strategies of Health Services in Implementing the Standard Inpatient Class (KRIS) Policy in Indonesia 2025;8:4318–26.
<https://doi.org/10.56338/jks.v8i7.7827>.
2. Amaliyah S. Mulai 2026, Pasien BPJS Bisa Langsung Dirujuk ke RS Sesuai Kompetensi 2026:1–5.
3. Desria K, Novita A, Hendarwan H. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Evaluasi dalam Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap 2025:201–17.
4. Hardisman. Manajemen Kebijakan Kesehatan. 2025.
5. Indri. Mulai Oktober 2025, Tatip Layanan JKN Gunakan sistem iDRG, Ini Penjelasan Kemenkes. n.d.
6. Kementerian Kesehatan RI. Kelas Rawat Inap Standar Jamin Pelayanan Pasien tak Dibeda-bedakan 2024.
<https://kemkes.go.id/eng/kelas-rawat-inap-standar-jamin-pelayanan-pasien-tak-dibeda-bedakan>.
7. Nilmawati dkk. Analisis Selisih Biaya Riil dan Tarif Paket INA-CBGs 2025;3:17–21.
<https://doi.org/10.63004/jfs.v3i1.604>.
8. Pemerintah Republik Indonesia. Undang-undang (UU) Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Indonesia: LN. 2004/ No. 150, TLN NO. 4456, LL SETNEG : 24 HLM; 2004.
9. Peraturan Presiden RI Nomor 59 Presiden. Mengingat :Peraturan Presiden Nomor 59 tahun 2024 TentangPerubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan 2024.
10. Permenkes, RI N. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2024 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perseorangan 2024.
11. Raafiana M, Andriani H, Indonesia U, Raafiana M, Andriani H. Kesiapan rumah sakit dalam implementasi kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) JKN: Sebuah tinjauan literatur. 2025;10:435–44.
12. Rizal F. Pemerintah Terapkan Sistem Pembayaran iDRG untuk Layanan JKN Mulai 1 Oktober. War Pontianak 2025.
13. Rizqi C, Saputro A, Fathiyah F. Universal Health Coverage : Internalisasi Norma di Indonesia 2022;2:204–16.
14. Sofya R. Pemerintah Hapus Rujukan Pasien BPJS Kesehatan Berjenjang 2025:1.
15. Sudrajat AS, Rahayu RH. Implementasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional (KRIS-JKN) di RSUD Kota Bandung 2025;7.
16. Sulisyaningrum dkk. Analisis



- Perbedaan Biaya Riil dengan Tarif INA-CBG ' s dan Faktor Yang Mempengaruhinya untuk Chronic Kidney Disease Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional 2022:6–12.
17. Tarmizi S. Kelas Rawat Inap Standar Jamin Pelayanan Pasien Tak Dibedakan. KEMENKES 2024:1.
18. World Health Organization. Tracking Universal Health Coverage. InGlobal Monitoring Report(pp. 1–135). 2023.