



UPAYA PEMERATAN KESEHATAN NASIONAL MELALUI KEBIJAKAN KELAS
STANDAR (*LITERATUR REVIEW*)

Oleh
Finish Weny Arntanti
Universitas Jenderal Soedirman, Jawa Tengah, Indonesia
Email: finish.arntanti@mhs.unsoed.ac.id

Abstrak

Pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat merupakan salah satu kewajiban pemerintah sesuai dengan amanat UUD 1945 yang menuntut pemerintah untuk memenuhi hak-hak dasar masyarakat Indonesia. Pemenuhan hak tersebut dilakukan dengan pengadaan jaminan kesehatan yang saat ini disebut sebagai jaminan kesehatan nasional (JKN). Dalam menganalisis upaya pemerintah untuk memenuhi tujuan pemerataan jaminan kesehatan, pada penelitian ini digunakan studi literatur. Hasil yang diperoleh pada penelitian ini adalah untuk mengatasi pemberian pelayanan kesehatan yang tidak merata dan permasalahan pendanaan yang dialami oleh pemerintah dalam membayarkan subsidi, pemerintah memutuskan strategi terbaru yang akan dilakukan, yakni penetapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang bertujuan untuk memberikan layanan kesehatan secara merata tanpa melihat besaran iuran yang dikeluarkan oleh masyarakat. Sebagai strategi untuk memenuhi tujuan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat, dilakukan analisis SWOT pada kebijakan ini, analisis kekuatan (*strenght*) yakni pengendalian pada layanan yang berpotensi terlalu mahal, memaksimalkan peran Puskesmas, pengendalian biaya, pemberian layanan kesehatan dalam hal rawat inap pasien dapat lebih merata. Kelemahan (*weakness*), adanya potensi pengurangan atau bahkan penghapusan layanan yang memiliki biaya berlebih, kenaikan tarif iuran, penurunan fasilitas yang diberikan, hanya berfokus pada layanan non-medis, dan adanya kemungkinan bagi fasilitas-fasilitas kesehatan untuk menata ulang infrastruktur. Analisis kesempatan atau peluang (*opportunity*) yakni peningkatan kualitas fasilitas kamar rawat inap rumah sakit, peningkatan kepuasan masyarakat, khususnya bagi para peserta yang sebelumnya mendaftar pada kelas III. Tantangan (*threat*) yang akan dihadapi adalah adanya ketidakpuasan dari masyarakat, diantaranya kemungkinan adanya kenaikan tarif iuran, penurunan fasilitas bagi para peserta yang sebelumnya menjadi peserta kelas I, adanya kemungkinan pengurangan layanan kesehatan yang bisa *discover* oleh BPJS.

Kata Kunci: Hak Kesehatan, Kebijakan Kelas Standar, Analisis strategi

PENDAHULUAN

Hak kesehatan nasional merupakan salah satu jaminan hak-hak dasar kemanusiaan dalam hal hak atas memperoleh pelayanan kesehatan, yang wajib dipenuhi oleh negara, khususnya Indonesia. Dalam istilah kesehatan, hak atas memperoleh kesehatan dapat juga disebut sebagai hak atas kesehatan atau hak memperoleh derajat kesehatan yang optimal (Hidayat, 2016). Jaminan memperoleh pelayanan kesehatan tersebut seperti yang

tertuang pada dasar hukum penyelenggaraan pemerintahan Indonesia, Undang-undang Dasar (UUD) 1945 pada pasal 28H ayat (1) yang berbunyi “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Jaminan memperoleh hak kesehatan tersebut kemudian diwujudkan dengan ditetapkannya Undang-undang (UU)



Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan yang didalamnya memuat “Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau”.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang optimal merupakan bagian dari pembangunan nasional berkelanjutan Indonesia dalam aspek kesejahteraan masyarakat. Dalam aspek ini, bidang kesehatan memiliki kedudukan yang sederajat dengan hak asasi manusia lainnya sehingga memiliki hak atas kesehatan sangat penting untuk diwujudkan sebagai kewajiban pemerintah. Upaya pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat dapat dilakukan dengan berbagai cara yang meliputi program pencegahan dan penyembuhan (penanganan). Upaya pencegahan dapat diartikan sebagai upaya untuk menciptakan lingkungan yang sehat dengan kondisi yang layak bagi kesehatan dengan tersedianya segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, efisien dan terjangkau untuk masyarakat. Upaya penyembuhan dapat dipenuhi melalui penyediaan pelayanan kesehatan meliputi pengadaan jaminan sosial atas kesehatan, sarana kesehatan, tenaga medis yang berkualitas, dan pembiayaan yang terjangkau oleh masyarakat.

Pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat di Indonesia dilakukan dengan pengadaan jaminan kesehatan yang saat ini disebut sebagai jaminan kesehatan nasional (JKN). Sebelum dicetuskannya JKN, perjalanan jaminan kesehatan di Indonesia pertama kali diberikan hanya kepada PNS dan penerima pensiun yang diatur melalui Surat Keputusan Presiden RI No. 230 Tahun 1968 dan disebut sebagai Asuransi Kesehatan Sukarela (Askes). Kemudian pada tahun 1992 dikeluarkan tiga undang-undang yang berkaitan dengan asuransi kesehatan, yakni UU No.2 Tahun 1992 dan Peraturan Pemerintah (PP) No. 69 Tahun 1992 yang memberikan landasan bagi PT.ASKES untuk memperluas sasarannya di luar PNS dan penerima pensiun. Selanjutnya terdapat UU No.3 Tahun 1992 tentang Jaminan

Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) dan UU Kesehatan No. 23 Tahun 1992 tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).

Setelah amandemen UUD 1945, pada pasal 34 ayat (2) disebutkan bahwa Indonesia akan mengembangkan Sistem Jaminan Sosial, yang kemudian dilaksanakan melalui penetapan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk memberikan jaminan sosial atas kesehatan kepada seluruh masyarakat. SJSN diselenggarakan dengan mekanisme asuransi sosial di mana setiap peserta wajib membayar iuran guna memberikan perlindungan atas risiko sosial ekonomi yang menimpa dan/atau anggota keluarganya. Dalam SJSN juga disebutkan bahwa pemerintah memiliki komitmen untuk melaksanakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap seluruh masyarakat Indonesia yang dimulai per 1 Januari 2014. Seluruh upaya dan strategi pemenuhan hak atas kesehatan (JKN, Askes, Jamsostek, JPKM, dan sebagainya) kemudian diintegrasikan dalam satu badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan (BPJS Kesehatan).

Penyelenggaraan strategi untuk pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat kurang lebih telah berjalan selama sembilan tahun sejak ditetapkannya SJSN. Namun seperti yang kita ketahui selama ini penyelenggaraan pelayanan kesehatan masih banyak kekurangan dan dapat dikatakan cukup jauh dari tujuan SJSN itu sendiri. Berbagai masalah pelayanan masih terus terjadi di kalangan masyarakat dimulai dengan aksesibilitas yang kurang, pelayanan yang memakan waktu lama, tenaga kesehatan yang kurang berkualitas, dan yang terpenting mutu dari fasilitas kesehatan yang tidak merata untuk masyarakat, sementara dari sisi pemerintah kendala penyelenggaraan yang masih belum dapat teratasi adalah pendanaan penyelenggaraan.

Masalah-masalah tersebut sudah lama menjadi tantangan pemerintah dalam penyelenggaraan kesehatan di Indonesia,



berbagai strategi pun telah diupayakan oleh pemerintah, untuk itu inovasi terbaru dari strategi penyelesaian masalah tersebut adalah adanya kebijakan kelas rawat inap standar rumah sakit (KRIS). Kebijakan KRIS menurut Kementerian Kesehatan dalam wawancaranya dengan Kompas TV (09/02/2023) akan secara bertahap mulai dilakukan dan direncanakan berlaku sepenuhnya pada 2024.

Kebijakan ini merupakan pengaturan rawat inap yang sebelumnya ditentukan dengan kelas BPJS akan dihapus namun tarif iuran tetap sama. Penetapan KRIS ini berkaitan dengan pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit berdasarkan kelas-kelas pada BPJS menjadi satu kelas saja atau kelas tunggal. KRIS JKN disusun berdasarkan beberapa peraturan perundangan, yakni berdasarkan UU No. 40 tahun 2004 tentang SJSN pasal 19 ayat (1) dan pasal 23 ayat (4) dengan peraturan pelaksana berdasarkan Peraturan Presiden No. 64 Tahun 2020 tentang perubahan kedua atas Peraturan Presiden No. 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Di mana dalam pasal 54A disebutkan “Untuk kelangsungan pendanaan jaminan kesehatan menteri bersama kementerian/lembaga terkait, organisasi profesi, dan asosiasi fasilitas kesehatan melakukan peninjauan manfaat jaminan kesehatan sesuai kebutuhan dasar kesehatan dan rawat inap kelas standar paling lambat bulan Desember 2022” yang kemudian pada pasal 54B dijelaskan bahwa “Manfaat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54A diterapkan secara bertahap sampai dengan paling lambat tahun 2022 dan pelaksanaannya dilakukan secara berkesinambungan untuk meningkatkan tata kelola jaminan kesehatan”.

Secara umum tujuan ditetapkannya KRIS adalah strategi untuk memberikan layanan kesehatan secara merata tanpa melihat besaran iuran yang dikeluarkan oleh masyarakat. Hingga saat ini KRIS masih merupakan sebuah konsep ujicoba pada beberapa rumah sakit di Indonesia. Berdasarkan hal tersebut, penelitian ini

ditujukan untuk mengetahui bagaimana strategi tersebut dapat digunakan sebagai upaya pemerataan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

METODE PENELITIAN

Perjalanan pemenuhan hak atas kesehatan bagi masyarakat Indonesia telah dilakukan sejak tahun 1968 sejak diberikannya akses Asuransi Kesehatan hingga saat ini pemberian hak atas kesehatan diberikan melalui Jaminan Kesehatan Nasional. Namun meski sudah dilaksanakan begitu lama, masih banyak saja permasalahan yang terjadi dan masih belum tercapainya tujuan untuk pemerataan hak atas kesehatan kepada masyarakat. Dalam upaya pemenuhan tujuan tersebut, pemerintah Indonesia mencanangkan strategi terbaru jaminan kesehatan nasional yang disebut sebagai KRIS atau Kelas Rawat Inap Standar, dengan tujuan pemerataan pemberian layanan kesehatan kepada masyarakat tanpa melihat besaran iuran yang dikeluarkan masyarakat. Untuk itu penelitian ini dilakukan.

Analisis pada penelitian ini menggunakan studi literatur atau disebut juga sebagai metode kepustakaan. Prosedur penulisan penelitian ini dilalui berdasarkan empat tahap yaitu: pertama, mengidentifikasi masalah. Kedua, mengumpulkan data. Ketiga, mengklasifikasikan data, dan Keempat, menganalisis data. Setelah data-data dan informasi yang diperoleh dalam penelitian ini, kemudian dideskripsikan dan dianalisis tanpa bermaksud menggeneralisasi populasi (Sugiyono, 2012). Data-data dan informasi yang diambil untuk dianalisis pada penelitian ini berasal dari berbagai sumber yang kredibel seperti buku, jurnal ilmiah, hingga media elektronik yang memuat berita yang berkaitan dan lain sebagainya.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS)



Kebijakan KRIS dikabarkan mulai diimplementasikan ujobannya pada September 2022 pada beberapa rumah sakit. Ujicoba tersebut dilakukan oleh RSUP Abdullah Rivai Palembang, RSUP Surakarta, RSUP Tadjudin Chalid Makassar dan RSUP Leimena Ambon.

KRIS sebagai terobosan terbaru yang digagas pemerintah untuk mengatasi masalah pelayanan kesehatan yang kerap kali terjadi, yakni pemberian pelayanan kesehatan yang tidak merata dan juga permasalahan pendanaan yang dialami oleh pemerintah dalam membayarkan subsidi penyelenggaraan kesehatan. Dilansir melalui CNN Indonesia setiap bulannya diketahui bahwa BPJS mengalami defisit Rp 1,5 triliun, sebuah ketimpangan dari biaya bulanan yang dikumpulkan oleh BPJS Kesehatan melalui iuran kepada masyarakat. Direktur Jaminan Pelayanan menyampaikan bahwa setiap bulannya BPJS telah mengumpulkan Rp 6 triliun dari iuran BPJS masyarakat, namun ternyata biaya yang harus dikeluarkan setiap bulannya mencapai Rp 7,5 triliun pada tahun 2019.

Namun dalam wawancaranya dengan media, Direktur Utama BPJS, Ali Ghufon menyampaikan, dalam rapat kerja Komisi IX DPR (4/7/22), bahwa “Defisit lebih dari Rp 50 triliun, makanya mengakibatkan persoalan rumit. Dibikin Perpres (64 Tahun 2020) dan harus cepat selesai. Dalam pasal 54A eksplisit jelas disebutkan berkelanjutan program pendanaan KRIS agar tidak defisit. Sekarang sudah tidak defisit”. Berdasarkan pernyataan Direktur Utama BPJS Kesehatan tersebut dapat diartikan bahwa penetapan kelas standar ini bukan lagi untuk menutup defisit, karena permasalahan tersebut sudah selesai. Namun untuk mencegah terjadinya defisit di masa yang akan datang agar dapat memberikan cakupan layanan yang lebih luas lagi pada masyarakat.

Berkaitan dengan cakupan layanan, kepesertaan JKN saat ini telah mencapai 241,79 juta jiwa per 30 Juni 2022. Jumlah tersebut masih cukup jauh dari target yang dimuat dalam

RPJMN 2024 yakni 275 juta jiwa atau menyentuh 98% dari total penduduk Indonesia. Namun biarpun begitu, setiap tahunnya kepesertaan JKN terus bertambah setiap tahunnya sejak diimplementasikan, hal ini menandakan semakin banyaknya masyarakat yang sadar akan pentingnya kesehatan. Rincian jumlah peserta JKN BPJS dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 1. Jumlah Peserta Jaminan Kesehatan

| Tahun | Jumlah peserta (Juta Jiwa) |
|-------|-------------------------------|
| 2014 | 144,42 |
| 2015 | 156,79 |
| 2016 | 171,94 |
| 2017 | 187,98 |
| 2018 | 208,05 |
| 2019 | 224,14 |
| 2020 | 222,46 |
| 2021 | 235,71 |
| 2022 | 241,79 |

Sumber : Diolah dari Databoks, 2022

Kepesertaan masyarakat di atas masih terdiri dari berbagai macam kepesertaan yang terdapat pada kebijakan JKN BPJS sebelumnya, yakni terdiri dari peserta Pekerja Penerima Upah Penyelenggara Negara (PPU PN), Pekerja Penerima Upah selain Penyelenggara Negara (PPU BU), Penerima Bantuan Iuran APBN (PBI APBN) dan Penerima Bantuan Iuran APBD (PBI APBD). Di mana berbagai macam peserta tersebut terbagi menjadi pemilik BPJS JKN Kelas I, II, dan III.

Dalam rangka penghapusan kelas-kelas tersebut di masa yang akan datang melalui kebijakan KRIS, terdapat dua belas standar yang harus dipenuhi. Dua belas standar tersebut



berdasarkan aturan teknis Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor Hk.02.02/I/1811/2022 Tentang Petunjuk Teknis Kesiapan Sarana Prasarana Rumah Sakit Dalam Penerapan Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional, meliputi:

1. Komponen Bangunan yang akan digunakan tidak boleh memiliki tingkat prioritas tinggi agar tidak mudah menyimpan debu dan mikroorganismes yang menyebabkan transmisi serta mudah untuk dibersihkan;
2. Ventilasi udara yang memadai, yakni untuk ruang perawatan biasa minimal 6 kali/jam dan untuk ruang isolasi minimal 12 kali/jam;
3. Pencahayaan ruangan, yakni 250 lux untuk penerangan dan 50 lux untuk pencahayaan tidur;
4. Kelengkapan tempat tidur, yakni setiap tempat tidur wajib memiliki dua kotak kontak dan tidak boleh ada pencabangan/sambungan langsung tanpa pengamanan arus serta adanya bel perawat atau *nurse call* yang terhubung dengan pos perawat atau *nurse station*;
5. Nakas per tempat tidur yang dilengkapi dengan kunci;
6. Suhu dan kelembaban ruangan di mana pengaturan suhu ruangan rawat inap harus berada antara 20°C – 26°C suhu kamar dengan tingkat kelembapan kurang dari atau sama dengan 60%;
7. Ruang rawat dibagi berdasarkan jenis kelamin, usia, penyakit (infeksi, non infeksi) dan ruang rawat gabung;
8. Kepadatan ruang rawat (kamar) dan kualitas tempat tidur yakni jarak antar tempat tidur minimal 1,5m dan jarak antara tepi tempat tidur ke tempat tidur sebelahnya, jumlah tempat tidur per ruang rawat inap maksimal 4 set, ukuran tempat tidur minimal dengan panjang 200 cm lebar 90 cm dan tinggi 50-80 cm (ruang rawat inap anak disesuaikan dengan usia), Pengukuran tempat tidur dari titik luar ke titik luar tempat tidur. Tempat tidur menggunakan minimal 2 posisi yaitu elevasi area kepala dan area kaki (2 crank) dan menggunakan pengaman di sisi tempat tidur.
9. Tirai/partisi antar tempat tidur, rel yang dibenamkan menempel di plafon atau menggantung dengan jarak tirai 30 cm dari lantai dan panjang tirai (bagian non porosif) minimal 200 cm. Jika rel menempel di plafon menggunakan tirai dengan bahan jaring untuk memperbaiki ventilasi dan pencahayaan, tirai menggunakan bahan non porosif (tidak berpori/tidak menyerap air) berwarna cerah, mudah dibersihkan untuk pencegahan dan pengendalian infeksi serta memudahkan kontrol kebersihan;
10. Kamar mandi dalam ruangan rawat inap minimal terdapat satu ruang;
11. Kamar mandi sesuai dengan standar aksesibilitas yakni terdapat tulisan/symbol “disable” pada bagian luar, memiliki ruang gerak yang cukup untuk pengguna kursi roda, dilengkapi pegangan rambat (*handrail*), permukaan lantai tidak licin dan tidak boleh menyebabkan genangan, terdapat bel perawat yang terhubung langsung;
12. Outlet oksigen pada setiap tempat tidur harus dilengkapi dengan *flownmeter* yang berada pada bagian belakang tempat tidur pasien.

Dengan adanya dua belas standar di atas, pemberlakuan kelas standar KRIS yang akan dilaksanakan bukan merupakan kelas minimalis, namun mengacu pada standar pelayanan yang ditetapkan. Terlebih kebijakan



.....
 ini akan dijadikan sebagai program unggul dan menjadi pilihan utama masyarakat. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Muttaqien selaku anggota Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), “Kelas standar itu bukan kelas yang minimalis, bukan yang rendah, tetapi ada standarisasi mutu. Jadi, ketika rumah sakit ingin bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, ada proses kredensialing, maka ada standarisasi yang harus dipenuhi. Kalau dia di bawah kriteria, dia belum bisa menjadi faskes BPJS Kesehatan. Ketika rumah sakit ingin standarnya lebih tinggi dari ini, tentu akan lebih baik lagi” (Beritasatu, 2021).

B. KRIS Sebagai Strategi Pemerintah

KRIS yang akan dilaksanakan secara menyeluruh pada tahun 2024 pada dasarnya merupakan strategi kebijakan yang digunakan untuk mencapai tujuan pemberian pelayanan kesehatan yang merata kepada masyarakat tanpa melihat besaran iuran yang dibayarkan oleh masyarakat. Strategi publik adalah rencana yang terkait dengan serangkaian tindakan dan mencakup seluruh elemen yang kasat mata maupun yang tak kasat mata guna menjamin keberhasilan pencapaian kesejahteraan. Menurut Geoff Mulgan (2009) strategi merupakan pemanfaatan sumber daya dan kekuatan publik oleh badan-badan publik secara sistematis untuk mencapai tujuan.

Untuk mengetahui apakah kebijakan ini dapat dianggap mampu untuk mencapai tujuan pemerataan hak kesehatan masyarakat, akan dijabarkan beberapa analisis berdasarkan strength (kekuatan), weakness (kelemahan), opportunity (peluang), threat (tantangan) dari kebijakan tersebut.

1. Strength (Kekuatan)

Pada kebijakan KRIS yang menjadi kekuatan untuk dilaksanakannya kebijakan ini adalah pertama, dengan melaksanakan kebijakan ini Pemerintah dapat melakukan pengendalian pada layanan yang berpotensi terlalu mahal. Ketika kebijakan ini diimplementasikan pihak BPJS akan

menganalisis secara menyeluruh layanan apa saja yang cukup sering dibutuhkan oleh masyarakat dan layanan apa saja yang membutuhkan biaya lebih namun jarang dibutuhkan oleh masyarakat, dengan begitu anggaran untuk layanan yang tidak sering dibutuhkan tersebut dapat dialihkan pada layanan atau kebutuhan lainnya.

Kedua, dengan diimplementasikannya KRIS pemerintah akan memaksimalkan peran dari Puskesmas. Sehingga kedepannya pemberian layanan, terutama untuk pasien yang meminta rujukan rawat inap, tidak hanya di screening di awal, namun juga akan diberikan tindakan promotif dan preventif oleh Puskesmas.

Ketiga, kebijakan KRIS dapat digunakan untuk pengendalian biaya penyelenggaraan kesehatan sehingga kondisi defisit anggaran BPJS seperti yang terjadi pada tahun-tahun sebelumnya tidak lagi terjadi. Keempat, pada kebijakan KRIS ini iuran yang akan ditagihkan kepada masyarakat bersifat tunggal. Dalam rangka melakukan pemerataan, kedepannya tarif iuran yang ditagihkan akan disesuaikan kembali dengan standarisasi KRIS. Kelima, pemberian layanan kesehatan dalam hal rawat inap pasien dapat lebih merata pada masyarakat.

2. Weakness (Kelemahan)

Kelemahan dari strategi kebijakan ini yang pertama adalah apabila terdapat banyak layanan yang berpotensi memiliki biaya yang mahal, maka layanan tersebut akan berpotensi untuk dikurangi atau bahkan mungkin dihapuskan, sehingga masyarakat tidak lagi dapat mendapatkan layanan tersebut. Kedua adalah adanya sistem tarif tunggal, selain menjadi kelebihan, hal ini juga dapat menjadi kelemahan kebijakan KRIS. Hal tersebut dikarenakan apabila penyesuaian kembali tarif iuran dengan kelas standar ternyata menaikkan jumlah iuran yang akan ditagihkan kepada masyarakat, maka akan menimbulkan kembali ketidakpuasan masyarakat. Ketiga, selain ditakutkan dengan adanya kenaikan iuran tarif,



.....

khususnya bagi peserta BPJS yang sebelumnya mendaftar pada kelas III, para peserta yang sebelumnya mendaftar pada kelas I akan merasakan penurunan fasilitas yang diberikan akibat standar kelas tersebut. Keempat, kebijakan ini hanya berfokus pada layanan non-medis, sementara standarisasi mengenai obat, visitasi dokter, ketersediaan kamar belum diperbaharui, padahal hal tersebut merupakan hal yang sangat penting dalam pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat.

Kelemahan yang terakhir adalah adanya kemungkinan bagi fasilitas-fasilitas kesehatan untuk menata ulang infrastruktur untuk menyesuaikan dengan kebijakan di mana hal tersebut membutuhkan biaya yang tidak sedikit.

3. Opportunity (Peluang/Kesempatan)

Pertama peningkatan kualitas fasilitas kamar rawat inap rumah sakit, dengan adanya dua belas standar yang ditetapkan maka ruang rawat inap memiliki fasilitas yang lebih lengkap. Kedua peningkatan kepuasan masyarakat, khususnya bagi para peserta yang sebelumnya mendaftar pada kelas III, adanya standarisasi ini sangat membantu masyarakat agar pasien mendapatkan fasilitas kamar yang lebih baik.

4. Threat (Tantangan)

Tantangan yang akan timbul kedepannya apabila kebijakan ini diterapkan secara menyeluruh diantaranya adalah adanya ketidakpuasan dari masyarakat di mana ketidakpuasan tersebut timbul dari berbagai hal yang pertama adalah kemungkinan adanya kenaikan tarif iuran, penurunan fasilitas bagi para peserta yang sebelumnya menjadi peserta kelas I, dan ketidakpuasan terakhir diakibatkan adanya kemungkinan pengurangan layanan kesehatan yang bisa dicover oleh BPJS. Ketidakpuasan di atas cenderung akan dirasakan oleh para peserta yang sebelumnya berada pada kelas I sehingga akan ada kemungkinan untuk beralih pada rumah sakit lainnya yang tidak bekerjasama dengan BPJS (swasta). Tantangan lainnya adalah adanya kemungkinan banyak rumah sakit yang tidak

dapat mengikuti standarisasi tersebut akibat kemungkinan besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk menata ulang infrastruktur sesuai dengan standar yang ditetapkan pada kebijakan KRIS.

PENUTUP

Kesimpulan

Pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat merupakan salah satu kewajiban pemerintah dalam melakukan penyelenggaraan pemerintahan. Hal ini sesuai dengan amanat UUD 1945 yang menuntut pemerintah untuk memenuhi hak-hak dasar masyarakat Indonesia. Pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat tersebut dilakukan dengan pengadaan jaminan kesehatan yang saat ini disebut sebagai jaminan kesehatan nasional (JKN). Penyelenggaraan jaminan kesehatan saat ini memiliki inovasi terbaru, yakni kebijakan kelas rawat inap standar (KRIS). Kebijakan tersebut bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang merata kepada seluruh masyarakat tanpa melihat besaran iuran yang dibayarkan oleh masyarakat. Kebijakan tersebut berupa pemenuhan standar fasilitas ruang rawat inap pasien rumah sakit. Kebijakan KRIS telah mulai diujicoba pada lima rumah sakit di Indonesia, yakni Ujicoba tersebut dilakukan oleh RSUP Abdullah Rivai Palembang, RSUP Surakarta, RSUP Tadjudin Chalid Makassar dan RSUP Leimena Ambon.

Sebagai strategi untuk memenuhi tujuan pemerataan kesehatan, analisis kekuatan (*strenght*) pada kebijakan ini adalah dapat melakukan pengendalian pada layanan yang berpotensi terlalu mahal, memaksimalkan peran dari Puskesmas, dapat digunakan untuk pengendalian biaya, pemberian layanan kesehatan dalam hal rawat inap pasien dapat lebih merata. Adapun yang menjadi kelemahan (*weakness*) kebijakan ini adalah adanya potensi pengurangan atau bahkan penghapusan layanan yang memiliki biaya berlebih, kenaikan tarif iuran akibat sistem tarif tunggal, penurunan



fasilitas yang diberikan akibat standar kelas bagi para peserta yang sebelumnya mendaftar kelas I, kebijakan ini hanya berfokus pada layanan non-medis, sementara standarisasi mengenai obat, visitasi dokter, ketersediaan kamar belum diperbaharui, dan adanya kemungkinan bagi fasilitas-fasilitas kesehatan untuk menata ulang infrastruktur. Kesempatan atau peluang (*opportunity*) dengan diadakannya kebijakan ini adalah peningkatan kualitas fasilitas kamar rawat inap rumah sakit, peningkatan kepuasan masyarakat, khususnya bagi para peserta yang sebelumnya mendaftar pada kelas III. Analisis terakhir yang dilakukan adalah tantangan (*threat*) yang akan dihadapi adalah adanya ketidakpuasan dari masyarakat, diantaranya kemungkinan adanya kenaikan tarif iuran, penurunan fasilitas bagi para peserta yang sebelumnya menjadi peserta kelas I, adanya kemungkinan pengurangan layanan kesehatan yang bisa *discover* oleh BPJS, ketidakpuasan ini tentunya akan mengarahkan pemerintah menjadi lebih jauh dari tujuan yang ingin dicapai.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Affandi, H. (2019). Implementasi Hak atas Kesehatan Menurut Undang-Undang Dasar 1945: antara Pengaturan dan Realisasi Tanggung Jawab Negara. *Jurnal Hukum Positum*, 4(1), 36. <https://doi.org/10.35706/positum.v4i1.3006>
- [2] Hidayat, R. (2016). Hak Atas Derajat Pelayanan Kesehatan yang Optimal. *Syarliah: Jurnal Hukum dan Pemikiran*, 16(2), 127-134.
- [3] Marbun, R. Sugiyanto, & Dea, V. (2021). Optimalisasi Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Pada Masyarakat Di Era Pandemi Covid-19. *SELAPARANG Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan*, 4(3), 513. <https://doi.org/10.31764/jpmb.v4i3.4794>
- [4] Nurhalimah, S. (2020). Covid-19 dan Hak Masyarakat atas Kesehatan. *SALAM: Jurnal Sosial Dan Budaya Syar-i*, 7(6), 543–554. <https://doi.org/10.15408/sjsbs.v7i6.15324>
- [5] Shinta, H. E. (2021). Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JKPM). *Journal Ilmu Sosial, Politik Dan Pemerintahan*, 2(2), 1–8. <https://doi.org/10.37304/jispar.v2i2.360>
- [6] Trisanti, I., Hidayah, N., Madera, D., & Ariyani, F. P. (2019). Kualitas Pelayanan Pasien Bpjs Kelas Iii Berdasarkan Fasilitas Di Ruang Nifas Rsu Aisyiyah Kudus. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 10(1), 1. <https://doi.org/10.26751/jikk.v10i1.628>
- [7] Wati, R. L., Elisabet, B. M., Goenawan, G., Nurhanifah, N., & Pratomo, H. (2021). Segitiga Kebijakan dan Analisis SWOT Mengenai Implementasi Kebijakan PSBB dalam Penanggulangan COVID-19 di DKI Jakarta. *Perilaku Dan Promosi Kesehatan: Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior*, 3(1), 24. <https://doi.org/10.47034/ppk.v3i1.4342>
- [8] Wijayanti, L. (2020). Dampak Kebijakan Kenaikan Iuran BPJS Terhadap Pengguna BPJS. *ISOQUANT: Jurnal Ekonomi, Manajemen Dan Akuntansi*, 4(1), 58. <https://doi.org/10.24269/iso.v4i1.318>
- [9] Sugiyono. (2012). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.