

---

## **Analisis Hukum Ekonomi Terhadap Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (Kris) dalam Upaya Mewujudkan Efisiensi dan Keadilan Jaminan Kesehatan Nasional**

**Candra Wiwit Muliani\*, Arief Suryono**

Universitas Sebelas Maret, Indonesia

Email: [wiwitmulianicandra19@student.uns.ac.id](mailto:wiwitmulianicandra19@student.uns.ac.id)\*

---

### **Abstrak:**

Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) merupakan bagian penting dari reformasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan menyederhanakan layanan rawat inap dan menghapus diferensiasi kelas berdasarkan besaran iuran. Kebijakan ini muncul untuk menjawab isu kesetaraan akses pelayanan kesehatan dan selaras dengan teori justice as fairness dari John Rawls, yang menekankan prinsip keadilan distributif. Namun, implementasi KRIS menimbulkan pertanyaan terkait sejauh mana prinsip keadilan dan efisiensi dapat tercapai dalam praktik. Penelitian ini bertujuan menganalisis apakah KRIS mencerminkan keadilan dan efisiensi sumber daya dalam kerangka hukum dan kebijakan publik. Metode penelitian yang digunakan adalah analisis kebijakan kualitatif dengan menelaah dokumen regulasi, kerangka hukum, serta literatur terkait untuk mengevaluasi implikasi normatif dan praktis KRIS. Hasil kajian menunjukkan bahwa KRIS secara normatif mendukung kesetaraan akses dan distribusi layanan, memperkuat landasan sistem kesehatan nasional yang inklusif. Namun, tantangan teknis, seperti kesiapan infrastruktur rumah sakit dan persepsi ketidakpuasan peserta, tetap perlu diantisipasi. Temuan ini memberikan rekomendasi bagi pembuat kebijakan untuk meningkatkan strategi implementasi sehingga KRIS dapat mewujudkan prinsip keadilan dan efisiensi secara nyata dalam pelayanan kesehatan.

**Kata kunci:** KRIS, Jaminan Kesehatan Nasional, keadilan distributif, hukum ekonomi, efisiensi layanan kesehatan.

### **Abstract:**

The Standard Inpatient Class Policy (Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar, KRIS) is a key component of Indonesia's National Health Insurance (JKN) reform, aiming to simplify inpatient services and eliminate class differentiation based on contribution levels. This policy addresses concerns over equitable access to healthcare and aligns with John Rawls' theory of justice as fairness, emphasizing distributive justice. However, the implementation of KRIS raises questions regarding both fairness and efficiency in healthcare delivery. This study examines whether KRIS effectively upholds principles of justice and resource efficiency within the framework of legal and public policy. Using a qualitative policy analysis method, the research reviews regulatory documents, legal frameworks, and relevant literature to assess the normative and practical implications of KRIS. The findings indicate that KRIS normatively promotes equality in access and service distribution, supporting a more inclusive healthcare system. Nevertheless, technical challenges, such as hospital infrastructure readiness and participant dissatisfaction, require careful management. The study concludes that KRIS provides a strong foundation for building a fair, efficient, and inclusive national healthcare system. These insights offer policymakers guidance in enhancing implementation strategies, ensuring that the policy not only reflects legal and ethical principles but also achieves practical improvements in healthcare equity and efficiency.

**Keywords:** KRIS, National Health Insurance, distributive justice, economic law, health service efficiency.



## **PENDAHULUAN**

Dalam dua dekade terakhir, pemerintah di berbagai negara Asia Tenggara telah melakukan reformasi pembiayaan kesehatan serta perluasan akses dalam rangka mewujudkan Cakupan Kesehatan Semesta (UHC), melalui keterlibatan berbagai pemangku kepentingan lintas sektor dan kondisi ekonomi yang dinamis (Witter et al., 2025). Reformasi ini menuntut pendekatan yang kompleks, karena interaksi antara pemangku kepentingan sektor kesehatan dan non-sektor sangat menentukan, sementara opsi reformasi terdorong oleh keadaan ekonomi yang berubah-ubah (Witter et al., 2025). Proses reformasi ini sering memunculkan kontroversi politik akibat adanya unsur redistribusi, sehingga keterlibatan strategis pemangku kepentingan—termasuk peran, kepentingan, dan kekuatan relatif mereka—menjadi penting untuk merumuskan strategi yang efektif (WHO, 2024). Selain itu, tantangan dalam memperluas perlindungan keuangan dan cakupan layanan terutama bagi pekerja informal turut menjadi kendala, meskipun beberapa pendekatan seperti pembiayaan universal berbasis pajak umum telah menunjukkan hasil menurunkan pengeluaran kantong (Kaiser et al., 2023). Studi sistematis terbaru juga mencatat kompleksitas tantangan pembiayaan kesehatan di Asia Tenggara—termasuk skema fragmentasi, biaya yang meningkat pesat, dan ketidaksesuaian dengan kebutuhan masyarakat—yang memerlukan pendekatan multifaset dan kolaborasi lintas-negara dan antar-sektor (Lim et al., 2023). Dengan memahami aktor-aktor utama, dinamika institusi, dan konteks makro-ekonomi, reformasi dapat dirancang secara lebih proaktif dan strategis untuk memperbesar kemungkinan implementasi yang berhasil menuju UHC (WHO, 2024; Witter et al., 2025).

Dalam sejarah, berbagai bentuk krisis telah menjadi momentum bagi sejumlah negara untuk melaksanakan kebijakan yang secara signifikan memperluas akses terhadap layanan kesehatan, yang pada akhirnya berdampak positif terhadap derajat kesehatan masyarakat. Pada situasi seperti ini, krisis berfungsi sebagai pemicu utama yang meningkatkan perhatian publik terhadap masalah yang ada. Namun, sebagaimana dijelaskan dalam berbagai teori, keberhasilan reformasi tetap memerlukan perpaduan antara kebijakan yang tepat dan kondisi politik yang mendukung. Untuk mewujudkan cakupan kesehatan semesta (UHC), penting untuk memahami dinamika politik dan ekonomi yang memungkinkan terjadinya perubahan, terutama di negara-negara yang sedang dalam masa pemulihan pascakrisis. Selain itu, perlu juga diperhatikan strategi-strategi yang telah diterapkan dalam mendorong reformasi tersebut. Hal ini menjadi sangat penting di wilayah Asia Tenggara, di mana sistem pembiayaan kesehatan di banyak negara masih belum mampu memberikan perlindungan keuangan yang memadai bagi sebagian besar penduduknya.

Indonesia memiliki program sistem jaminan Kesehatan nasional yang merupakan program strategis nasional yang memiliki tujuan untuk mewujudkan perlindungan kesehatan yang adil dan merata untuk seluruh masyarakat Indonesia. Jaminan Kesehatan nasional diluncurkan pada tahun 2014 yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Kesehatan. Dalam kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan terdapat pembagian tiga kelas rawat inap, yaitu kelas 1, kelas 2, dan kelas 3, selain itu pembagian kelas ini mempengaruhi iuran yang harus dibayarkan oleh peserta jaminan Kesehatan nasional. Hal ini secara tidak langsung dapat menimbulkan ketimpangan dalam pemberian layanan fasilitas Kesehatan yang diterima oleh peserta jaminan Kesehatan nasional. Dalam hal ini peserta jaminan Kesehatan nasional dengan ekonomi menengah keatas akan mendapatkan fasilitas Kesehatan yang lebih baik, jika dibandingkan dengan peserta jaminan Kesehatan nasional yang memiliki ekonomi menengah kebawah dengan adanya keterbatasan ekonomi. Hal ini tidak sejalan dengan keadilan sosial dan asas nondiskriminasi yang menjadi salah satu prinsip-prinsip jaminan Kesehatan nasional sesuai dengan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Berdasarkan permasalahan tersebut adanya perbedaan antar pembagian kelas. Pemerintah melalui kebijakan baru Peraturan Presiden No. 59 Tahun 2024 yang mengatur mengenai kebijakan Kamar Rawat Inap Standar. Kebijakan KRIS ini menghapuskan adanya pembagian kelas dalam jaminan Kesehatan nasional dan rawat inap pada semua peserta jaminan Kesehatan nasional. Hal ini bertujuan untuk menciptakan keadilan serta kesetaraan dalam layanan fasilitas Kesehatan. Guna meningkatkan mutu layanan Kesehatan serta mendukung efisiensi dalam penyelenggaraan jaminan Kesehatan nasional. Dalam pelaksanaan kebijakan Kamar Rawat Inap Standar terdapat sejumlah pertanyaan baik dalam segi hukum maupun ekonomi yang signifikan. Dilihat dari segi hukum kebijakan KRIS mengubah struktur pada pelayanan jaminan Kesehatan nasional yang sebelumnya telah berjalan lebih dari satu dekade, hal ini menuntut adanya renovasi rumah sakit guna memenuhi standar serta mekanisme pelayanan dan kepastian hukum peserta jaminan Kesehatan nasional.

Dalam pelaksanaan KRIS belum adanya Peraturan Menteri yang mengatur hal ini menimbulkan adanya kekurangan hukum dalam tahap implementasi. Dari perspektif ekonomi dalam penetapan KRIS memberikan tantangan terhadap efisiensi dan keberlanjutan pembiayaan, dalam kebijakan KRIS terdapat dua belas kriteria yang harus terpenuhi hal ini memberikan kendala dalam memenuhi kriteria tersebut. Untuk memenuhi 12 kriteria tersebut tidak hanya sedikit dana yang dibutuhkan untuk merenovasi fasilitas rumah sakit, selain itu belum banyaknya rumah sakit yang dapat memenuhi dua belas kriteria tersebut terutama pada daerah pedalaman atau terpencil. Disisi lain adanya potensi perubahan struktur iuran peserta pada tarif layanan hal ini juga dapat mempengaruhi pada neraca keuangan BPJS Kesehatan serta tingkat kepatuhan peserta dalam membayar iuran.

Dalam konteks hukum ekonomi, penting untuk menganalisis apakah kebijakan KRIS ini telah mencerminkan prinsip efisiensi yakni pengelolaan sumber daya yang optimal dalam penyediaan layanan Kesehatan serta prinsip keadilan, khususnya keadilan distributif dalam konteks jaminan sosial. Oleh karena itu, kebijakan KRIS perlu dianalisis tidak hanya dari sisi legal formal, tetapi juga dari segi dampaknya terhadap pelaku layanan kesehatan, peserta JKN, serta keberlanjutan sistem itu sendiri.

Beberapa penelitian sebelumnya telah membahas reformasi jaminan kesehatan dan keadilan akses layanan kesehatan. Misalnya, Nugraheni et al. (2021) menyoroti implementasi Universal Health Coverage (UHC) di Indonesia dan menekankan bahwa perbedaan kelas rawat inap masih menimbulkan ketimpangan layanan, terutama bagi peserta dengan kemampuan

ekonomi rendah, meskipun secara normatif kebijakan ini mendukung pemerataan akses. Namun, penelitian ini lebih fokus pada evaluasi umum UHC tanpa mengeksplorasi dampak spesifik dari penghapusan kelas rawat inap terhadap prinsip efisiensi dan keadilan distributif. Studi lain oleh Choi & Lee (2020) di Korea Selatan mengevaluasi reformasi rumah sakit dalam konteks penghapusan perbedaan kelas layanan, menunjukkan bahwa meskipun kebijakan ini meningkatkan kesetaraan akses, efisiensi pengelolaan sumber daya rumah sakit masih menjadi tantangan karena keterbatasan dana dan kesiapan infrastruktur. Berdasarkan dua kajian ini, terdapat kesenjangan penelitian terkait analisis KRIS di Indonesia dari perspektif hukum ekonomi, khususnya mengenai keterkaitan antara legalitas, efisiensi, dan prinsip keadilan distributif dalam konteks pembiayaan dan keberlanjutan JKN.

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji secara kritis aspek hukum dan ekonomi dari kebijakan KRIS, menilai apakah prinsip efisiensi dan keadilan telah tercermin, serta mengevaluasi kesiapan pelaku layanan kesehatan dalam mengimplementasikan standar baru ini. Manfaat penelitian ini diharapkan memberikan rekomendasi praktis bagi pembuat kebijakan untuk memperkuat regulasi, mendukung renovasi fasilitas rumah sakit secara efektif, dan memastikan keberlanjutan sistem JKN yang inklusif dan adil bagi seluruh peserta.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan metode yuridis normatif, yakni pendekatan yang berfokus pada analisis terhadap peraturan perundang-undangan, asas-asas hukum, serta doktrin hukum yang relevan. Tujuan dari pendekatan ini adalah untuk mengkaji kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) dalam konteks sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dengan penekanan pada kesesuaian norma hukum terhadap prinsip efisiensi dan keadilan dalam sistem jaminan sosial.

Pendekatan yang digunakan meliputi pendekatan perundang-undangan, untuk menelaah dasar hukum yang mendasari kebijakan KRIS seperti Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, serta Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024. Selain itu, pendekatan konseptual digunakan guna mendalami teori-teori hukum ekonomi dan keadilan distributif sebagai dasar analisis normatif. Sumber data dalam penelitian ini meliputi bahan hukum primer, sekunder, dan tersier, yang diperoleh melalui studi kepustakaan.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional**

Kesehatan merupakan aspek dasar yang sangat penting dalam kehidupan manusia. Setiap aktivitas manusia bergantung pada kondisi fisik dan mental yang prima, karena Kesehatan fondasi utama untuk menjalankan kehidupan secara produktif. Ketika Kesehatan seseorang terjamin, maka kebutuhan-kebutuhan lain dalam hidupnya akan lebih mudah terpenuhi. Sebagai bentuk tanggung jawab terhadap warga negara, negara wajib menyediakan jaminan Kesehatan yang layak. Dalam hal ini negara berperan penting dalam menetapkan aturan dan kebijakan yang dapat menjamin sistem Kesehatan nasional dapat berjalan secara menyeluruh. Komitmen terhadap hak atas kesehatan sejalan dengan Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia tahun 1948, khususnya Pasal 25 ayat, yang menyatakan bahwa setiap orang berhak atas standar

hidup yang layak untuk menjamin kesehatan dan kesejahteraan dirinya serta keluarganya (Prihandono, 2006). Hal ini mencakup kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, tempat tinggal, layanan kesehatan, dan pelayanan sosial lainnya.

Dalam menjalankan jaminan Kesehatan nasional dan jaminan sosial untuk seluruh Masyarakat Indonesia. Pada tahun 1981, pemerintah Indonesia memperkenalkan program jaminan sosial bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS) melalui pembentukan Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri Sipil (Taspen), sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1981. Selanjutnya, pada tahun 1991, diluncurkan program Asuransi Kesehatan (Askes) yang diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 (Aprilia et al., 2017). Kedua program tersebut bersifat wajib dan ditujukan bagi kelompok tertentu, seperti PNS, perintis kemerdekaan, dan veteran. Meskipun demikian, cakupan program ini terbatas dan belum mampu menjangkau seluruh masyarakat Indonesia. Selain itu, pelaksanaan program jaminan sosial ini dinilai belum optimal dalam mewujudkan prinsip keadilan sosial bagi seluruh rakyat. Oleh karena itu, dilakukan reformasi sistem jaminan sosial nasional melalui pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), sebagaimana diatur dalam Pasal 57 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. Reformasi ini mengubah PT Askes menjadi BPJS Kesehatan dan PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan, dengan tujuan memperluas cakupan dan meningkatkan kualitas perlindungan sosial bagi seluruh warga negara.

Sistem jaminan sosial nasional (SJSN) berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, merupakan setiap individu berhak atas jaminan sosial sebagai bentuk perlindungan negara untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar, demi menjaga harkat dan martabat manusia serta menciptakan kehidupan masyarakat yang adil dan sejahtera (Afifah et al., 2022). Berdasarkan UU tersebut pemerintah Indonesia menyelenggarakan jaminan Kesehatan nasional dengan membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan disahkan berdasarkan Undang-Undang No 24 Tahun 2011 Tentang Badan penyelenggara Jaminan Sosial. Hal ini memberikan transformasi pada sistem jaminan nasional di Indonesia, transformasi ini tidak hanya mencerminkan perubahan bentuk kelembagaan, tetapi juga merupakan penyesuaian terhadap paradigma baru dalam penyelenggaraan jaminan sosial. Perubahan tersebut mencakup pergeseran karakteristik badan penyelenggara, baik dari segi bentuk hukum, dasar pendirian, cakupan tugas, hingga kewenangan institusi. Konsekuensinya, transformasi ini turut membawa perubahan dalam struktur organisasi, sistem kerja, serta budaya kelembagaan yang mendasari operasionalnya (Mariyam, 2018).

Badan Penyelenggara Jaminan sosial merupakan perubahan atas PT. Askes dan Jamsostek yang berubah menjadi BPJS Kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan, sejak tahun 2014 hingga saat ini BPJS Kesehatan merupakan suatu badan pengelola serta penyelenggara program jaminan Kesehatan nasional yang dibentuk oleh pemerintah sebagai bentuk pertanggungjawaban serta pelaksana kewajiban negara dalam menjamin hak Masyarakat untuk mendapatkan jaminan Kesehatan serta jaminan hidup sehat. Pemerintahan Indonesia mewajibkan semua warga negara Indonesia serta warga negara asing yang telah berada di Indonesia dalam kurun waktu enam bulan (Saputro & Fathiyah, 2022).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial memiliki prinsip keadilan sosial, kemanusiaan untuk semua golongan Masyarakat dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan Masyarakat yang

bersifat wajib dan menjadi bagian hak asasi manusia. BPJS memiliki fungsi dan tugas berdasarkan Undang-Undang No 24 Tahun 2011 sebagai berikut (Asyari & Budiarsih, 2022) :

- a. Melakukan pendaftaran
- b. Mengelola iuran oleh peserta dan pemberi kerja
- c. Mengelola bantuan dari pemerintah
- d. Mengelola dana jaminan
- e. Mengelola data peserta jaminan sosial
- f. Membayar dan membiayai layanan Kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan Kesehatan nasional.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial terdapat dua kelompok yaitu PBI dan Non PBI (jaminan Kesehatan yang dibayarkan oleh pemerintah) dalam BPJS Kesehatan terdapat 3 kelas yakni kelas 1, kelas 2 dan kelas 3. Kelas satu merupakan kelas tertinggi dengan iuran sebesar Rp. 150.000 per orang perbulan dengan fasilitas kamar berkapasitas paling sedikit 2-4 orang, kelas dua dengan iuran sebesar Rp. 100.000 per orang perbulan dengan fasilitas kamar rawat inap paling sedikit 3-5 orang, sedangkan kelas 3 dengan iuran sebesar Rp. 42.000 per orang perbulan dan mendapatkan potongan atau subsidi dari pemerintah sebesar Rp. 7000 sehingga iuran yang wajib dibayarkan sebesar Rp. 35.000 perorang perbulan dengan fasilitas kamar rawat inap paling sedikit 4-6 orang (Mariyam, 2018). Adanya pengelompokan kelas ini memberi dampak yang cukup signifikan dalam kualitas memberi pelayanan Kesehatan dan fasilitas Kesehatan yang diterima oleh peserta jaminan Kesehatan nasional. Hal ini juga berdampak terdapatnya banyak keluhan dari para peserta jaminan Kesehatan nasional pengguna BPJS Kesehatan yang menjadi pasien terdapat perbedaan dalam pelayanan Kesehatan rawat inap di rumah sakit.

Pemerintah sebagai sarana utama negara berupaya untuk mengatasi serta memperbaiki mengenai pengelolaan jaminan Kesehatan nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan serta memperbaiki mutu kualitas pada layanan Kesehatan agar tidak terjadi tumpang tindih. Melalui kebijakan yang dihasilkan termasuk dalam adanya diskriminatif terhadap kelas rawat inap. Berdasarkan Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang No 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, yaitu bahwa persamaan dalam mendapatkan pelayanan Kesehatan serta kebutuhan medis tidak berdasarkan dengan besaran iuran yang dibayarkan oleh peserta jaminan Kesehatan nasional yang dikenal dengan prinsip ekuitas (Adiyanta, 2020) yaitu keadilan dalam pelayanan kesehatan, bukan kesamarataan, tetapi pemberian layanan sesuai kebutuhan medis setiap individu, tanpa diskriminasi.

Pemerintah dalam upaya mengurangi adanya diskriminasi dalam fasilitas layanan Kesehatan, maka Pemerintah Indonesia melalui BPJS Kesehatan telah melakukan reformasi besar dalam sistem layanan kesehatan nasional, khususnya dalam penyediaan fasilitas rawat inap. Reformasi ini ditandai dengan penghapusan sistem kelas layanan (kelas 1, kelas 2, dan kelas 3) yang selama ini berlaku bagi peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sebagai gantinya, diberlakukan sistem Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang menyatukan standar layanan bagi seluruh peserta, baik yang tergolong dalam Penerima Bantuan Iuran (PBI) maupun yang non-PBI (mandiri). Langkah ini mulai diterapkan sejak tahun 2022 sebagai bentuk realisasi dari amanat Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pola pelayanan baru ini bertujuan menghapus sekat-sekat sosial dalam bentuk kelas layanan yang selama ini melekat pada identitas peserta. Dalam sistem lama, peserta PBI cenderung ditempatkan di kelas 3 yang memiliki keterbatasan dari segi fasilitas, sehingga muncul persepsi bahwa sistem BPJS menciptakan perbedaan perlakuan berdasarkan tingkat ekonomi peserta. Melalui KRIS, persepsi ini diharapkan akan hilang

karena semua peserta mendapatkan layanan dengan standar dan kualitas yang sama. Implementasi KRIS memiliki beberapa tujuan penting, antara lain (Dharmayanti et al., 2020):

- a. Menghapus stigma sosial yang selama ini melekat pada peserta PBI sebagai pasien "kelas bawah" atau "kelas miskin".
- b. Menjamin non-diskriminasi dalam layanan kesehatan, di mana setiap pasien diperlakukan dengan standar yang sama.
- c. Menghilangkan ketimpangan dalam ketersediaan fasilitas, seperti tempat tidur yang sebelumnya terbagi berdasarkan kelas.
- d. Mendorong kesetaraan dalam hal kualitas pelayanan dan fasilitas kesehatan.
- e. Mendukung pencapaian target Universal Health Coverage (UHC) secara menyeluruh, yaitu sistem perlindungan kesehatan yang mencakup semua warga tanpa kecuali.

Secara teknis, pemerintah menetapkan 12 kriteria wajib yang harus dipenuhi oleh rumah sakit dalam rangka penyediaan KRIS. Kriteria ini mencakup berbagai aspek, mulai dari standar infrastruktur, kelengkapan fasilitas medis, hingga persyaratan kenyamanan pasien. Beberapa ketentuan tersebut antara lain (Arisa et al., 2023):

- 1) Bangunan rumah sakit harus menggunakan bahan yang tidak berpori tinggi untuk mencegah penularan infeksi.
- 2) Ruang rawat inap harus memiliki ventilasi dan pencahayaan yang memadai.
- 3) Setiap tempat tidur pasien harus dilengkapi dengan minimal dua colokan listrik yang aman, serta sistem pemanggil perawat (nurse call) yang aktif.
- 4) Ketersediaan tenaga kesehatan dengan rasio minimal satu tenaga medis per tempat tidur.
- 5) Suhu ruangan harus stabil antara 20–26°C untuk kenyamanan pasien.
- 6) Ruang wajib dipisahkan berdasarkan jenis kelamin, usia, dan jenis penyakit (infeksius atau non-infeksius).
- 7) Standar kepadatan ruangan ditetapkan, seperti jarak antar tempat tidur minimal 2,4 meter, dan luas ruangan per tempat tidur minimal 10 m<sup>2</sup>.
- 8) Tempat tidur harus memiliki ukuran dan fitur yang dapat disesuaikan (adjustable).
- 9) Partisi antar tempat tidur harus berupa tirai atau sekat permanen yang dipasang di plafon dan menggunakan bahan non-pori.
- 10) Tersedianya kamar mandi di dalam ruang inap.
- 11) Kamar mandi harus memenuhi standar aksesibilitas, termasuk untuk pasien difabel.
- 12) Setiap tempat tidur dilengkapi dengan outlet oksigen untuk kebutuhan perawatan intensif.

Perubahan kebijakan ini menuntut penyesuaian menyeluruh dari berbagai aspek, baik dari segi infrastruktur rumah sakit, kualitas layanan medis, sumber daya manusia kesehatan, hingga penganggaran dan regulasi internal. Tujuan akhirnya adalah agar seluruh warga negara, tanpa memandang status sosial atau ekonomi, mendapatkan layanan kesehatan yang bermartabat dan manusiawi sesuai dengan hak konstitusional mereka. Penerapan KRIS juga memperlihatkan komitmen pemerintah dalam memperkuat sistem jaminan sosial yang inklusif dan adil, yang tidak hanya berfokus pada pembiayaan, tetapi juga kualitas dan kesetaraan dalam pelayanan. Meskipun pelaksanaannya membutuhkan waktu dan adaptasi dari semua pihak, KRIS diyakini

dapat menjadi pondasi yang kuat dalam mewujudkan sistem layanan kesehatan nasional yang berkelanjutan dan berorientasi pada keadilan sosial.

### **Kebijakan Kamar Rawat Inap Standar Terhadap Prinsip Keadilan dan Efisiensi Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional**

Kebijakan kamar rawat inap standar Adalah suatu upaya perubahan pada sistem jaminan Kesehatan nasional dengan tujuan menyederhanakan sistem jaminan kesehatan nasional agar lebih merata. Kebijakan kamar rawat inap standar menggantikan sistem BPJS Kesehatan yang terdahulu menggunakan sistem kelas 1, kelas 2 dan kelas 3 akan digantikan dengan sistem satu standar tanpa adanya perbedaan kelas. Perubahan kebijakan ini memberikan perdebatan-perdebatan terkait sejauh mana kebijakan ini mencerminkan prinsip keadilan dan efisiensi.

Kebijakan kamar rawat inap standar dalam perspektif teori hukum John Rawls dalam bukunya "A Theory of Justice" (1971) dalam buku ini memperkenalkan mengenai konsep keadilan sebagai keadilan distributif (Justice as Fairness) (Fattah, 2013). John Rawls memiliki prinsip-prinsip keadilan sosial yang relevan untuk menilai kebijakan publik dalam hal ini dalam sektor jaminan Kesehatan nasional. John Rawls memiliki dua prinsip utama keadilan yang menjadi dasar tatanan sosial, pertama prinsip kebebasan setara (Equal Liberty Principle) yakni setiap insan memiliki hak atas kebebasan dasar yang setara, seperti halnya dalam kebebasan berpendapat, beragama serta hak integritas pribadi. Kedua prinsip perbedaan yaitu ketimpangan sosial dan ekonomi hanya dapat dibenarkan jika hal tersebut memberikan manfaat terbesar bagi mereka yang paling tidak menguntungkan (Rawls, 1999). John Rawls mengembangkan kerangka yang disebut "veil of ignorance" (tabir ketidaktahuan) dalam prinsip ini para perancang prinsip keadilan diasumsikan tidak mengetahui posisi mereka dalam masyarakat apakah kaya atau miskin, sehat atau sakit berpendidikan atau tidak.

Kebijakan kamar rawat inap standar merupakan salah satu bentuk prinsip keadilan distributif Rawlsian dalam konteks layanan publik di bidang Kesehatan. Sebelum KRIS diterapkan, sistem kelas rawat inap dalam BPJS Kesehatan menimbulkan diferensiasi layanan berdasarkan tingkat iuran, yang secara tidak langsung merefleksikan ketimpangan ekonomi peserta. Hal ini bertentangan dengan prinsip kesetaraan kesempatan yang menjadi pilar penting dalam teori Rawls. Dengan menyatukan kelas layanan menjadi satu standar yang berlaku untuk seluruh peserta, KRIS bertujuan menciptakan sistem yang lebih adil dan setara, terutama bagi peserta dari kalangan menengah ke bawah yang selama ini menerima layanan dengan kualitas lebih rendah. Dengan kata lain, KRIS mencerminkan Difference Principle karena kebijakan ini justru menguntungkan kelompok yang selama ini berada dalam posisi paling kurang beruntung (Ratman et al., 2022). Meskipun masih terdapat tantangan implementatif, seperti keterbatasan infrastruktur rumah sakit dan persepsi ketidakpuasan dari peserta dengan iuran lebih tinggi, secara normatif KRIS mencerminkan model keadilan yang Rawlsian: menciptakan keadilan struktural melalui redistribusi layanan, bukan sekadar pembagian beban biaya (Sulistiyorini & Huda, 2022).

Pendekatan hukum ekonomi mendalami bagaimana regulasi kesehatan seharusnya mendukung alokasi sumber daya yang optimal dan memaksimalkan kesejahteraan sosial. Salah satu landasan dalam perspektif ini adalah efisiensi sebagai instrumen untuk mendorong perilaku yang sejalan dengan tujuan hukum dan mengurangi ketidakefisienan dalam sistem layanan Kesehatan (Sugianto, 2014). Dalam ranah KRIS, konsolidasi kelas rawat inap

memiliki potensi signifikan untuk mengurangi kompleksitas administratif. Standarisasi layanan memungkinkan penggunaan sumber daya seperti tempat tidur, tenaga medis, dan fasilitas yang lebih efisien, serta meminimalkan birokrasi yang selama ini terjadi karena klasifikasi kelas yang berbeda.

Namun, muncul tantangan serius jika rumah sakit, terutama yang belum siap secara infrastruktur, tidak mampu memenuhi standar KRIS. Akibatnya, beban biaya bisa meningkat, layanan menurun kualitasnya, dan efisiensi sistemik justru terancam. Kondisi tersebut memperlihatkan pentingnya sinkronisasi antara regulasi dan kapasitas teknis penyedia layanan. Secara praktis, kebijakan ini juga menimbulkan risiko. Peserta yang sebelumnya membayar iuran lebih tinggi untuk mendapat fasilitas kelas I atau II bisa merasa dirugikan karena mendapat layanan yang sama dengan peserta kelas III. Hal ini berpotensi menurunkan kepatuhan iuran, yang dalam jangka panjang dapat membahayakan keberlanjutan finansial JKN. Jika terjadi penurunan kepatuhan, beban pembiayaan kesehatan bisa meningkat, dan tujuan efisiensi menjadi tidak tercapai.

## **KESIMPULAN**

Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) mencerminkan komitmen pemerintah dalam membangun sistem jaminan kesehatan yang lebih adil dan setara. Dengan menghapus klasifikasi layanan berdasarkan iuran, KRIS berupaya mengurangi kesenjangan pelayanan dan memperkuat prinsip keadilan sebagaimana tercermin dalam teori *justice as fairness* dari John Rawls. Dari sudut pandang hukum ekonomi, penyatuan standar layanan ini juga dinilai dapat meningkatkan efisiensi dengan menyederhanakan sistem dan penggunaan sumber daya yang lebih optimal. Meski demikian, tantangan seperti kesiapan infrastruktur dan ketimpangan persepsi masyarakat perlu menjadi perhatian dalam tahap implementasi. Secara keseluruhan, KRIS adalah langkah awal menuju sistem kesehatan nasional yang merata, efisien, dan menjunjung hak konstitusional seluruh warga negara atas layanan kesehatan yang layak.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Adiyanta, F. C. S. (2020). Urgensi kebijakan jaminan kesehatan semesta (universal health coverage) bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat di masa pandemi Covid-19. *Administrative Law and Governance Journal*, 3(2), 272-299. <https://doi.org/10.14710/alj.v3i2.272-299>
- Aprilia, V., Sumartias, S., & Erdinaya, L. K. (2017). Transformasi PT Askes (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. *Jurnal Kajian Komunikasi*, 5(2), 180-189.
- Arisa, A., Purwanti, S., & Diaty, R. (2023). Kesiapan RSUD Dr. H. Moch Anshari Shaleh Banjarmasin menghadapi regulasi PP No 47 2021 tentang implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) JKN di tahun 2022. *Jurnal Kesehatan Qamarul Huda*, 11(1), 264-270. <https://doi.org/10.37824/jkqh.v11i1.2023.451>
- Asyari, S. V. U. A., & Budiarsih, B. (2022). Analisis kewajiban kepesertaan sistem BPJS Kesehatan. *Bureaucracy Journal: Indonesia Journal of Law and Social-Political Governance*, 2(1), 446-467. <https://doi.org/10.53363/bureau.v2i1.144>
- Afifah, T. N., Yusrani, K. G., Shabrina, R. S. N., & Istanti, N. D. (2022). Studi literatur: Analisis

- implementasi kebijakan program BPJS Kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan Indonesia*, 2(3), 113-121. <https://doi.org/10.55606/jikki.v2i3.792>
- Dharmayanti, S., Ardiansah, & Kadaryanto, B. (2020). Pemenuhan ketersediaan kelas rawat inap standar bagi peserta jaminan kesehatan nasional dalam perspektif hak asasi manusia. *INNOVATIVE: Journal Of Social Science Research*, 3, 1171-1181.
- Fattah, D. (2013). Teori keadilan menurut John Rawls. *Jurnal Yudisial*, 9(2), 32-34.
- Lim, M. Y., Kamaruzaman, H. F., Wu, O., Geue, C., & et al. (2023). *Health financing challenges in Southeast Asian countries for universal health coverage: A systematic review*. *Archives of Public Health*, 81, Article 148. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01159-3> [BioMed Central](#)
- Kaiser, A. H., Rotigliano, N., Flessa, S., Ekman, B., & Sundewall, J. (2023). *Extending universal health coverage to informal workers: A systematic review of health financing schemes in low- and middle-income countries in Southeast Asia*. **PLOS ONE**, 18(7), e0288269. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288269> [PLOS](#)
- Mariyam, S. (2018). Sistem jaminan sosial nasional melalui BPJS Kesehatan (persektif hukum asuransi). *Jurnal Ilmiah UNTAG Semarang*, 7(2), 36-42.
- Prihandono, I. (2006). International law making, Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia. *Hukum Internasional*.
- Ratman, M. N., et al. (2022). Jurnal ekonomi publik: Evaluasi KRIS dalam JKN. *Scribd*.
- Rawls, J. (1999). *A theory of justice* (Revised ed.). Harvard University Press.
- Saputro, C. R. A., & Fathiyah, F. (2022). Universal health coverage: Internalisasi norma di Indonesia. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional (JJKN)*, 2(2), 204-216. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v2i2.108>
- Sugianto, F. (2014). Efisiensi ekonomi sebagai remedy hukum. *Refleksi Hukum: Jurnal Ilmu Hukum*, 8(1), 61-72.
- Sulistiyorini, D., & Huda, M. K. (2022). Perlindungan hukum rumah sakit yang belum memenuhi kelas rawat inap standar JKN. *Yustisia Merdeka*, 8(2).
- Witter, S., Bertone, M. P., Baral, S., Gautam, G., Pratap, S. K. C., Pholpark, A., et al. (2025). *Political economy analysis of health financing reforms in times of crisis: Findings from three case studies in South-East Asia*. *International Journal for Equity in Health*, 24(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02395-5> [BioMed CentralPubMed](#)
- World Health Organization. (2024, July 4). *Political economy analysis for health financing: A 'How-to' guide*. WHO. [World Health Organization Health Promotion Fund Resource Hub](#)
- World Health Organization. (2024). *Addressing the political economy of health financing reform*. WHO.