



Pengaruh Redesain Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) terhadap Kualitas Pelayanan Medis Pasien JKN di Rumah Sakit Umum Daerah

Syahriani Lamusi¹, Anisa Safitr-i², Sri Putri Gusasi³, Adelina Anggriani Usman⁴,
Zulvikar Kasim⁵

¹²³⁴⁵Administrasi Publik, Fakultas Ilmu Sosial, Universitas Negeri Gorontalo, Jalan
Jenderal Sudirman, Kota Gorontalo, Provinsi Gorontalo, Indonesia, 96128

*Penulis Korespondensi: syahriani lamusi12@gmail.com

Abstract. *The Standard Inpatient Class policy (Kelas Rawat Inap Standar/KRIS) is a major step toward transforming Indonesia's National Health Insurance (JKN) system. The core goal is to remove the gap in service quality that was once tied to membership class. Under the old system, patients were placed in wards based on how much premium they paid. KRIS replaces that structure with a single minimum standard covering 12 criteria that focus on patient safety and infection prevention. This study aims to examine how the KRIS policy redesign affects the quality of medical services received by JKN patients at Regional General Hospitals (RSUD), covering aspects such as facility readiness, human resources, financing mechanisms, patient satisfaction, and barriers to implementation. This study uses a simple qualitative approach through document analysis and field observation at RSUD. Data were collected through in-depth interviews with hospital staff and JKN patients, supplemented by observation of ward conditions and review of relevant policy documents. The findings show that infrastructure gaps remain a significant problem. Only 15.87% of beds at RSUD Kota Bandung met all 12 KRIS criteria as of July 2024, while private pilot hospitals reached 100%. Limited budgets, shortage of trained staff, and lack of physical space are the main barriers. Digital services through the Mobile JKN application show a strong link with patient satisfaction, particularly in the efficiency dimension ($r=0.748$). Performance-based capitation at primary health facilities also has a positive but variable effect depending on available resources. The study concludes that achieving equitable medical service quality under KRIS requires coordinated support from regional budgets, policy harmonization, workforce development, and broad public communication.*

Keywords: *National Health Insurance; Regional General Hospital; Service Quality; KRIS-JKN; Standard Inpatient Class.*

Abstrak. Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) merupakan langkah penting dalam membenahi sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia. Tujuan utama kebijakan ini adalah menghapus perbedaan mutu layanan yang selama ini bergantung pada kelas kepesertaan peserta. Dalam sistem lama, pasien ditempatkan di ruang rawat berdasarkan besar iuran yang dibayarkan. KRIS menggantinya dengan satu standar minimum yang memuat 12 kriteria yang berfokus pada keselamatan pasien dan pengendalian infeksi. Penelitian ini bertujuan menelaah bagaimana redesign kebijakan KRIS berdampak pada kualitas pelayanan medis pasien JKN di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), mencakup kesiapan fasilitas, sumber daya manusia, mekanisme pembiayaan, kepuasan pasien, dan hambatan dalam pelaksanaannya. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif sederhana melalui analisis dokumen dan observasi lapangan

di RSUD. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan staf rumah sakit dan pasien JKN, dilengkapi dengan pengamatan kondisi ruang rawat dan penelaahan dokumen kebijakan yang relevan. Temuan menunjukkan bahwa kesenjangan infrastruktur masih menjadi masalah nyata. Per Juli 2024, hanya 15,87% tempat tidur di RSUD Kota Bandung yang memenuhi 12 kriteria KRIS, sementara RS swasta uji coba mencapai 100%. Keterbatasan anggaran, kurangnya tenaga terlatih, dan keterbatasan ruang fisik menjadi hambatan utama. Layanan digital melalui aplikasi Mobile JKN menunjukkan kaitan kuat dengan kepuasan pasien, terutama pada dimensi efisiensi ($r=0,748$). Kapitasi berbasis kinerja di fasilitas kesehatan tingkat pertama juga memberi pengaruh positif, meskipun hasilnya bervariasi tergantung ketersediaan sumber daya. Penelitian menyimpulkan bahwa terwujudnya kualitas pelayanan medis yang merata melalui KRIS membutuhkan dukungan terkoordinasi dari anggaran daerah, harmonisasi kebijakan, pengembangan tenaga kesehatan, dan komunikasi publik yang luas.

Kata kunci: Jaminan Kesehatan Nasional; Kelas Rawat Inap Standar; KRIS-JKN; Kualitas Pelayanan; Rumah Sakit Umum Daerah.

1. LATAR BELAKANG

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mulai berjalan pada tahun 2014 adalah salah satu program perlindungan sosial terbesar yang pernah digulirkan di Indonesia. Program ini dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan dirancang untuk mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC) bagi seluruh lapisan masyarakat. Meski demikian, dalam perjalanannya, sistem JKN menghadapi persoalan yang tidak kecil, khususnya soal kesenjangan mutu layanan yang terjadi akibat perbedaan kelas kepesertaan.

Selama bertahun-tahun, kelas rawat inap JKN terbagi menjadi tiga, yakni Kelas 1, 2, dan 3. Perbedaan ini berimbas langsung pada kondisi ruang perawatan yang diterima pasien. Peserta BPJS Kelas 3 seringkali dirawat di ruangan yang menampung 6 hingga 10 tempat tidur sekaligus, dengan kamar mandi berada di luar ruangan dan fasilitas yang jauh dari standar keselamatan maupun pengendalian infeksi. Kondisi ini jelas bertentangan dengan semangat Pasal 19 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004, yang menegaskan bahwa setiap peserta JKN berhak mendapat pelayanan sesuai kebutuhan medisnya tanpa melihat besar iuran yang dibayarkan (Afni & Bachtiar, 2022). Merespons situasi tersebut, pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitian yang memerintahkan penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). Kebijakan ini kemudian dikuatkan dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 yang mewajibkan seluruh rumah sakit di Indonesia menerapkan KRIS secara penuh paling lambat 30 Juni 2025. Standar ini antara

lain mengatur bahwa setiap ruang rawat inap hanya boleh memuat maksimal 4 tempat tidur, dilengkapi kamar mandi di dalam ruangan yang aksesibel, serta memenuhi sejumlah ketentuan teknis lain yang bertujuan menjaga keselamatan dan kenyamanan pasien (Sudrajat & Rahayu, 2025).

Kebijakan ini membawa dua sisi yang berbeda. Di satu sisi, KRIS membuka peluang besar untuk meningkatkan mutu layanan secara merata dan menegakkan prinsip keadilan dalam pelayanan kesehatan. Di sisi lain, pelaksanaannya menghadapi berbagai hambatan nyata, terutama bagi RSUD yang memiliki keterbatasan anggaran, lahan, dan infrastruktur. Berdasarkan data pemantauan Dinas Kesehatan Kota Bandung per Juli 2024, hanya 15,87% tempat tidur di RSUD Kota Bandung yang memenuhi 12 kriteria KRIS, sedangkan keempat RS swasta yang menjadi uji coba telah mencapai 100% (Sudrajat & Rahayu, 2025). Kesenjangan ini mencerminkan perbedaan kapasitas yang cukup mencolok antara RS pemerintah dan swasta. Di luar persoalan infrastruktur fisik, transformasi layanan digital JKN melalui aplikasi Mobile JKN juga menjadi bagian penting dari keseluruhan perubahan ini. Penelitian di RSUD Oتانaha Gorontalo memperlihatkan bahwa kualitas layanan digital berkaitan kuat dengan kepuasan pasien rawat jalan JKN, dengan dimensi efisiensi aplikasi sebagai faktor paling berpengaruh ($r=0,748$) (Yunus et al., 2025). Temuan ini menegaskan bahwa kualitas layanan JKN tidak hanya soal fisik bangunan, tetapi juga soal ekosistem digital yang menopangnya.

Dari sisi pembiayaan, penerapan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) juga menunjukkan hasil yang beragam. Kajian Pertiwi et al. (2025) menemukan bahwa pencapaian indikator KBK sangat dipengaruhi oleh ketersediaan SDM, sarana prasarana, sistem informasi, tata kelola, dan pembiayaan. Faktor-faktor ini selaras dengan komponen yang diidentifikasi oleh *framework* pemantauan layanan primer WHO. Hal ini memperkuat argumen bahwa kebijakan pembiayaan berbasis kinerja bisa menjadi pendorong mutu layanan, tetapi hanya jika faktor-faktor penunjangnya tersedia secara memadai. Berdasarkan latar belakang tersebut, artikel ini bertujuan menganalisis bagaimana redesain kebijakan KRIS mempengaruhi kualitas pelayanan medis pasien JKN di RSUD. Analisis mencakup empat aspek utama, yaitu kesiapan infrastruktur dan fasilitas, implementasi kebijakan dari sudut pandang teori Van Meter dan Van Horn, peran pembiayaan berbasis kinerja dalam

mendorong mutu layanan, serta kontribusi layanan digital dalam meningkatkan kepuasan pasien. Hasil kajian ini diharapkan memberi masukan praktis bagi para pengambil kebijakan, manajemen RSUD, dan peneliti di bidang manajemen pelayanan kesehatan.

2. KAJIAN TEORITIS

Jaminan Kesehatan Nasional dan Kebijakan KRIS

Jaminan Kesehatan Nasional merupakan instrumen negara untuk memastikan seluruh warga mendapatkan akses layanan kesehatan tanpa hambatan finansial. Dalam perkembangannya, sistem ini menghadapi kritik serius terkait ketidaksetaraan mutu layanan yang terstruktur berdasarkan kelas kepesertaan. Kebijakan KRIS hadir sebagai koreksi sistemik atas masalah ini dengan cara menetapkan satu standar ruang rawat inap yang berlaku bagi semua peserta JKN tanpa memandang besar iuran yang dibayarkan.

Dari perspektif kebijakan publik, KRIS dapat dipahami sebagai kebijakan redistribusi yang berupaya menyamakan akses terhadap layanan kesehatan berkualitas. Menurut Afni & Bachtiar (2022), kebijakan ini memiliki landasan hukum yang kuat, namun membutuhkan kesiapan teknis, kelembagaan, dan finansial yang tidak mudah dipenuhi dalam waktu singkat, terutama oleh RSUD yang bergantung pada anggaran daerah.

Teori Implementasi Kebijakan Van Meter dan Van Horn

Teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Van Meter dan Van Horn (1975) menjadi alat analisis utama dalam kajian ini. Teori ini menyatakan bahwa keberhasilan implementasi suatu kebijakan dipengaruhi oleh enam dimensi yang saling berkaitan, yaitu: (1) standar dan sasaran kebijakan; (2) sumber daya; (3) komunikasi antar organisasi; (4) karakteristik organisasi pelaksana; (5) sikap para pelaksana; dan (6) kondisi sosial, ekonomi, serta politik di lapangan. Kerangka ini dipilih karena mampu menjelaskan mengapa kebijakan yang sudah dirancang dengan baik seringkali menemui hambatan di tahap pelaksanaan. Dalam konteks KRIS, keenam dimensi ini dapat digunakan untuk menjelaskan mengapa tingkat kesiapan RSUD bervariasi dan mengapa target pemenuhan kriteria KRIS belum tercapai di banyak fasilitas pemerintah.

Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Kepuasan Pasien

Kualitas pelayanan kesehatan dalam konteks JKN dapat ditelaah dari dua sudut pandang: sudut pandang teknis yang berkaitan dengan standar fasilitas dan kompetensi

tenaga medis, serta sudut pandang persepsi pasien yang berkaitan dengan kepuasan atas layanan yang diterima. Yunus et al. (2025) menggunakan model E-S-QUAL untuk mengukur kualitas layanan digital Mobile JKN, yang mencakup tiga dimensi utama: efisiensi, pemenuhan layanan, dan ketersediaan sistem. Sementara itu, Pertiwi et al. (2025) menunjukkan bahwa dalam konteks layanan primer, kualitas pelayanan diukur melalui indikator KBK yang mencakup angka kontak, rasio rujukan non-spesialistik, dan rasio peserta Prolanis terkendali. Kajian lintas perspektif ini memperkaya pemahaman tentang kualitas layanan JKN sebagai sebuah konstruk multidimensional yang tidak bisa direduksi hanya pada aspek fisik bangunan.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif sederhana yang berfokus pada pemahaman mendalam terhadap kondisi lapangan dan kebijakan yang sedang berjalan. Pendekatan ini dipilih karena persoalan implementasi KRIS di RSUD bersifat kontekstual dan memerlukan pemahaman yang tidak bisa dicapai hanya melalui angka-angka statistik semata. Pengumpulan data dilakukan melalui tiga cara. Pertama, wawancara mendalam dengan pihak-pihak yang terlibat langsung dalam implementasi KRIS, termasuk staf manajemen RSUD, tenaga kesehatan, petugas BPJS Kesehatan, serta pasien rawat inap peserta JKN. Wawancara bersifat semi-terstruktur, artinya peneliti menyiapkan panduan pertanyaan namun tetap memberi ruang bagi informan untuk menyampaikan hal-hal yang dianggap penting di luar pertanyaan yang disiapkan.

Kedua, observasi lapangan yang dilakukan di ruang-ruang rawat inap RSUD untuk melihat secara langsung kondisi fisik fasilitas, termasuk jumlah tempat tidur per ruangan, ketersediaan kamar mandi, aksesibilitas bagi pasien berkebutuhan khusus, serta ketersediaan fasilitas pendukung seperti nurse call dan oksigen tersentralisasi.

Ketiga, analisis dokumen yang mencakup regulasi terkait KRIS, laporan pemantauan Dinas Kesehatan, dokumen kebijakan BPJS Kesehatan, serta artikel-artikel jurnal ilmiah yang relevan yang diterbitkan antara tahun 2022 hingga 2025. Dokumen-dokumen ini dipilih karena membahas topik-topik yang saling melengkapi, mulai dari implementasi KRIS di RSUD, kesiapan fasilitas, kapitasi berbasis kinerja, hingga kualitas layanan digital Mobile JKN.

Analisis data dilakukan secara tematik. Peneliti mengidentifikasi tema-tema utama yang muncul dari data wawancara, observasi, dan dokumen, kemudian membandingkan temuan dari berbagai sumber untuk membangun pemahaman yang utuh dan koheren. Proses ini mengacu pada kerangka analisis teori implementasi kebijakan Van Meter dan Van Horn (1975) yang telah dijelaskan pada bagian kajian teoritis.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Kesiapan Infrastruktur RSUD dalam Menerapkan KRIS

Kebijakan KRIS mewajibkan seluruh rumah sakit memenuhi 12 kriteria teknis untuk ruang rawat inap. Berdasarkan temuan lapangan dan penelaahan dokumen, terdapat kesenjangan yang cukup mencolok antara kesiapan RS swasta dan RS pemerintah dalam memenuhi standar tersebut. Temuan dari Sudrajat & Rahayu (2025) menunjukkan bahwa per Juli 2024, hanya 15,87% tempat tidur di RSUD Kota Bandung yang sudah memenuhi 12 kriteria KRIS. Angka ini sangat jauh berbeda dengan empat RS swasta yang menjadi peserta uji coba di kota yang sama, yang semuanya sudah mencapai 100%. Hambatan konkret yang ditemukan di lapangan antara lain: sekat ruangan masih menggunakan gypsum berpori yang tidak memenuhi kriteria pertama KRIS; belum terpasangnya sistem nurse call dan oksigen tersentralisasi di ruang kelas 3; masih terdapat ruangan dengan kapasitas hingga 11 tempat tidur; jarak antar tempat tidur kurang dari 1,5 meter; serta kamar mandi yang belum memenuhi standar aksesibilitas, termasuk tidak adanya pegangan rambat dan pintu yang tidak bisa dilalui kursi roda.

Arisa et al. (2023) dalam studinya di RSUD Dr. H. Moch Anshari Saleh Banjarmasin menemukan gambaran yang sedikit lebih baik, dengan 85% kriteria KRIS sedang dalam proses persiapan. Namun kriteria yang paling sulit dipenuhi tetap sama, yaitu aksesibilitas kamar mandi. Tidak ada satu pun kamar mandi yang memiliki simbol 'disable' di bagian luar pintu, dan hanya 10% yang dilengkapi pegangan rambat. Sistem nurse call yang terhubung ke dalam ruang rawat juga baru terpenuhi sekitar 8%. Afni & Bachtiar (2022) memperkuat temuan ini dengan data dari 22 RS di wilayah Kabupaten Tangerang. Hasilnya menunjukkan bahwa kurang dari 60% RS memenuhi kriteria kepadatan ruangan, dengan hanya 50% memenuhi luas ruang per tempat tidur, 59% memenuhi jarak antar tempat tidur minimal 1,5 meter, dan 55% memenuhi ketentuan jumlah maksimal tempat tidur per ruangan. Ini menunjukkan bahwa persoalan

infrastruktur KRIS bukanlah masalah satu atau dua rumah sakit saja, melainkan persoalan yang dihadapi secara sistemik oleh sebagian besar fasilitas kesehatan di Indonesia.

Tabel 1. Perbandingan Kesiapan KRIS antara RSUD dan RS Swasta di Kota Bandung

Kriteria KRIS	RSUD Kota Bandung (Juli 2024)	RS Swasta Uji Coba (Juli 2024)
Pemenuhan 12 Kriteria KRIS	15,87% dari total TT	100% dari total TT
Maks. 4 TT per ruangan	Masih ada ruangan dengan 11 TT	Terpenuhi
Kamar mandi aksesibel	Belum memenuhi standar	Terpenuhi

Sumber: Sudrajat & Rahayu (2025)

Tabel 1 di atas memperlihatkan secara ringkas betapa lebarnya jarak antara kesiapan RSUD dan RS swasta dalam memenuhi standar KRIS. Perbedaan ini tidak bisa dilepaskan dari perbedaan kapasitas finansial dan fleksibilitas pengelolaan antara kedua jenis rumah sakit tersebut.

B. Implementasi KRIS dari Sudut Pandang Teori Van Meter dan Van Horn

Menggunakan kerangka Van Meter dan Van Horn (1975), analisis terhadap data lapangan dan dokumen menghasilkan gambaran yang lebih menyeluruh tentang mengapa implementasi KRIS di RSUD berjalan lambat.

Standar dan Sasaran Kebijakan

KRIS memiliki landasan hukum yang jelas dan standar yang terukur berupa 12 kriteria spesifik. Namun Sudrajat & Rahayu (2025) menemukan bahwa belum adanya Peraturan Wali Kota sebagai pedoman pelaksanaan di tingkat lokal menyebabkan implementasi berjalan lambat. Afni & Bachtiar (2022) juga mencatat perlunya harmonisasi antara PP No. 47 Tahun 2021 dengan sejumlah peraturan teknis sebelumnya yang masih berlaku dan berpotensi menimbulkan kerancuan interpretasi di lapangan.

Sumber Daya

Keterbatasan anggaran menjadi penghalang terbesar. RSUD Kota Bandung, misalnya, hanya memiliki lahan seluas 10.028 m² dengan tata letak bangunan yang

tidak memungkinkan perluasan fisik. Meskipun Pemerintah Kota Bandung mengalokasikan dana sekitar Rp 516 miliar untuk pengembangan, dana tersebut belum cukup untuk renovasi berskala besar sebagaimana yang disyaratkan KRIS (Sudrajat & Rahayu, 2025). Selain itu, Afni & Bachtiar (2022) menyebutkan bahwa pemenuhan tenaga medis purna waktu sebesar 80% sebagaimana diatur dalam Permenkes No. 14 Tahun 2021 masih sulit dipenuhi, sementara keterbatasan perawat ICU bersertifikat menjadi kendala yang hampir merata di berbagai fasilitas.

Komunikasi antar Organisasi

Sosialisasi KRIS dari DJSN, Kemenkes, dan BPJS Kesehatan kepada pihak RS dinilai sudah cukup baik. Namun sosialisasi kepada masyarakat masih sangat minim. Dalam studi Sudrajat & Rahayu (2025), dari tiga pasien yang diwawancarai, hanya satu yang mengetahui tentang keberadaan KRIS. Arisa et al. (2023) juga menemukan bahwa hanya sekitar 10% karyawan RS yang benar-benar memahami isi regulasi KRIS, yang mengindikasikan adanya kesenjangan komunikasi internal yang cukup serius.

Karakteristik Organisasi Pelaksana

Rumah sakit yang sudah memiliki prosedur kerja yang jelas dan terstruktur menunjukkan kemampuan adaptasi yang lebih baik. Afni & Bachtiar (2022) menegaskan bahwa RS yang tergabung dalam jaringan grup besar dan memiliki akses pendanaan yang lebih kuat mampu menyesuaikan diri lebih cepat dibandingkan RSUD yang bergantung sepenuhnya pada APBD.

Sikap Para Pelaksana

Secara umum, seluruh pihak yang terlibat, mulai dari Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, manajemen RSUD, hingga pasien dari berbagai kelas kepesertaan, menunjukkan dukungan terhadap kebijakan KRIS. Kekhawatiran yang paling banyak muncul bukan pada substansi kebijakan itu sendiri, melainkan pada kemungkinan kenaikan iuran yang mungkin diberlakukan setelah KRIS diterapkan secara penuh (Sudrajat & Rahayu, 2025).

Kondisi Sosial, Ekonomi, dan Politik

Peserta BPJS Kelas 3, yang mendominasi kunjungan pasien di RSUD (784 dari 1.154 pasien di RSUD Kota Bandung per April 2024), menyambut baik rencana peningkatan fasilitas namun tetap khawatir terhadap potensi kenaikan iuran. Situasi ini mengingatkan bahwa keberhasilan KRIS bukan semata-mata soal kesiapan teknis RS, melainkan juga soal desain kebijakan iuran yang tetap terjangkau dan berkeadilan bagi masyarakat.

C. Pengaruh Kapitasi Berbasis Kinerja terhadap Kualitas Pelayanan

Pertiwi et al. (2025) melakukan kajian mendalam tentang hubungan antara pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) dan kualitas pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). KBK menilai kinerja FKTP berdasarkan tiga indikator utama, yaitu angka kontak minimal 150 per mil, rasio rujukan non-spesialistik di bawah 2%, dan rasio peserta Prolanis yang terkendali minimal 5%. Temuan menunjukkan bahwa pencapaian indikator KBK sangat bervariasi antar fasilitas. Rata-rata kepuasan pasien terhadap layanan di FKTP berada di angka 67,91%, dengan aspek tampilan fisik (tangible) dan jaminan (assurance) sebagai dimensi yang paling rendah nilainya. Secara statistik, indikator angka kontak terbukti berkorelasi bermakna dengan kepuasan pasien ($p=0,038$), sementara dua indikator lain tidak menunjukkan korelasi yang signifikan.

Yang menarik, puskesmas dengan skema kapitasi khusus menunjukkan capaian kinerja 3,67 kali lebih baik dibanding yang tidak mendapat kapitasi khusus ($OR=3,67$). Selain itu, ketersediaan dokter umum, dokter gigi, dan perawat meningkatkan peluang tercapainya target kinerja sebesar 5,32 kali ($OR=5,32$). Ini menegaskan bahwa kebijakan pembiayaan berbasis kinerja bisa menjadi pendorong peningkatan mutu layanan, namun hanya jika didukung oleh SDM dan infrastruktur yang memadai.

Dari kajian ini, lima faktor yang menentukan pencapaian indikator KBK dapat diidentifikasi, yaitu: ketersediaan SDM medis dan non-medis; ketersediaan sarana prasarana; ketersediaan sistem informasi; tata kelola dan manajemen organisasi; serta kecukupan pembiayaan. Lima faktor ini sejalan dengan komponen kapasitas layanan primer yang ditetapkan oleh WHO, dan kesemuanya saling terkait satu sama lain.

D. Kualitas Layanan Digital Mobile JKN dan Kepuasan Pasien

Yunus et al. (2025) meneliti keterkaitan antara kualitas layanan aplikasi Mobile JKN dengan kepuasan pasien rawat jalan di RSUD Otanaha, Kota Gorontalo. Penelitian ini melibatkan 97 responden dan menggunakan model E-S-QUAL yang terdiri dari tiga dimensi: efisiensi, pemenuhan layanan, dan ketersediaan sistem. Dari sisi pengguna, sebagian pasien menilai layanan aplikasi masih belum memuaskan. Sebanyak 35,1% responden menilai dimensi efisiensi sebagai 'Kurang Baik', sementara pada dimensi ketersediaan sistem, angkanya bahkan mencapai 41,2%. Kondisi ini diperparah oleh fakta bahwa mayoritas pengguna (40,2%) berada pada kelompok usia di atas 55 tahun, kelompok yang umumnya memiliki literasi digital yang lebih rendah.

Meski demikian, hasil uji statistik menunjukkan bahwa ketiga dimensi kualitas layanan berkorelasi kuat dengan kepuasan pasien. Efisiensi mencatat korelasi tertinggi ($r=0,748$, $p=0,000$), diikuti oleh ketersediaan sistem ($r=0,739$, $p=0,000$), dan pemenuhan layanan ($r=0,624$, $p=0,000$). Temuan ini mengonfirmasi bahwa transformasi digital dalam layanan JKN harus dibarengi dengan upaya peningkatan literasi digital pasien serta pengembangan sistem yang lebih inklusif, terutama bagi kelompok lansia.

Tabel 2. Hasil Uji Korelasi antara Dimensi Kualitas Layanan Mobile JKN dan Kepuasan Pasien

Dimensi E-S-QUAL	Nilai r	Nilai p	Interpretasi
Efisiensi (Efficiency)	0,748	0,000	Hubungan Kuat
Pemenuhan (Fulfillment)	0,624	0,000	Hubungan Kuat
Ketersediaan Sistem (System Availability)	0,739	0,000	Hubungan Kuat

Sumber: Yunus et al. (2025)

Tabel 2 menunjukkan bahwa seluruh dimensi kualitas layanan Mobile JKN memiliki hubungan yang kuat dan bermakna dengan kepuasan pasien. Efisiensi menjadi dimensi yang paling berpengaruh, yang berarti kemudahan dan kecepatan penggunaan aplikasi adalah hal yang paling diperhatikan oleh pasien dalam menilai kepuasan mereka.

E. Implikasi Kebijakan: Menuju Implementasi KRIS yang Lebih Baik

Berdasarkan keseluruhan temuan, terdapat empat hal yang perlu mendapat perhatian serius dari para pemangku kepentingan dalam upaya mewujudkan implementasi KRIS yang benar-benar meningkatkan mutu pelayanan medis bagi pasien JKN. Pertama, RSUD tidak bisa mengandalkan pendapatan BLUD saja untuk mendanai renovasi berskala besar. Diperlukan alokasi APBD yang terencana dan memadai, disertai mekanisme khusus bagi RS yang memiliki keterbatasan lahan atau status bangunan cagar budaya. Pemerintah pusat juga perlu mempertimbangkan Dana Alokasi Khusus (DAK) yang secara spesifik diperuntukkan bagi percepatan implementasi KRIS di RSUD.

Kedua, ketiadaan regulasi turunan di tingkat kota/kabupaten menciptakan kekosongan hukum yang menghambat pelaksanaan KRIS di lapangan. Setiap daerah perlu segera menerbitkan peraturan lokal yang memberikan panduan konkret bagi RSUD, sekaligus menyelaraskan berbagai regulasi yang masih berpotensi tumpang tindih.

Ketiga, pencapaian indikator KBK dan mutu layanan digital tidak bisa dipisahkan dari ketersediaan SDM yang kompeten dan sistem informasi yang handal. Karena itu, investasi dalam pelatihan tenaga kesehatan, pemenuhan tenaga purna waktu, dan pengembangan infrastruktur digital harus dijalankan secara bersamaan dengan pembangunan fisik.

Keempat, sosialisasi yang masif dan menjangkau semua kalangan sangat dibutuhkan. KRIS dan Mobile JKN sama-sama memerlukan pemahaman yang baik dari masyarakat luas, terutama kelompok rentan seperti lansia dan masyarakat berpendidikan rendah. Sosialisasi perlu menekankan bahwa KRIS bukan berarti penurunan standar, melainkan justru upaya untuk meningkatkan mutu layanan bagi semua peserta JKN.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Redesain kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) merupakan langkah yang signifikan dalam upaya mewujudkan keadilan pelayanan kesehatan bagi seluruh peserta JKN. Namun, temuan kajian ini menunjukkan bahwa implementasi KRIS di RSUD masih menghadapi tantangan yang tidak ringan. Kesenjangan kesiapan infrastruktur antara RS pemerintah dan RS swasta terlihat sangat jelas, dengan RSUD Kota Bandung hanya

mencapai 15,87% pemenuhan kriteria KRIS sementara RS swasta uji coba sudah 100%. Keterbatasan anggaran, lahan, dan tenaga kesehatan menjadi hambatan utama yang memerlukan penanganan sistemik, bukan sekadar solusi tambal sulam.

Penerapan KBK di tingkat layanan primer menunjukkan bahwa pembiayaan berbasis kinerja memiliki potensi nyata untuk mendorong mutu layanan, namun efektivitasnya sangat bergantung pada kecukupan sumber daya yang tersedia. Sementara itu, layanan digital melalui Mobile JKN terbukti berkaitan kuat dengan kepuasan pasien, yang berarti transformasi digital harus menjadi bagian integral dari reformasi JKN, bukan tambahan yang bersifat opsional.

Keberhasilan KRIS dalam meningkatkan kualitas pelayanan medis pasien JKN di RSUD sangat bergantung pada sinergi antara regulasi yang harmonis, dukungan anggaran yang memadai, penguatan SDM dan sistem informasi, serta sosialisasi yang efektif. Pendekatan bertahap dengan target yang realistis dan pemantauan yang konsisten adalah strategi yang paling tepat agar implementasi KRIS tidak mengganggu kelangsungan layanan, melainkan secara perlahan dan nyata meningkatkan kualitas serta keadilan pelayanan kesehatan bagi seluruh peserta JKN di Indonesia.

Penelitian ini memiliki keterbatasan dalam hal jangkauan lokasi dan kedalaman wawancara, sehingga generalisasi temuan perlu dilakukan secara hati-hati. Penelitian lanjutan yang mencakup lebih banyak RSUD di berbagai daerah dengan latar belakang yang berbeda sangat direkomendasikan untuk memperkuat dan memperluas pemahaman tentang dampak kebijakan KRIS secara nasional.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah memberikan dukungan dalam penyelesaian penelitian ini, termasuk civitas akademika Universitas Negeri Gorontalo, pihak RSUD dan BPJS Kesehatan yang telah bersedia menjadi sumber informasi, serta para informan yang telah meluangkan waktu untuk diwawancara. Artikel ini merupakan bagian dari kegiatan akademik di Program Studi Administrasi Publik, Fakultas Ilmu Sosial, Universitas Negeri Gorontalo.

DAFTAR REFERENSI

- Afni, D., & Bachtiar, A. (2022). Analisis kesiapan implementasi kelas rawat inap standar: Studi kasus di RS wilayah Kabupaten Tangerang (PP No 47 Tahun 2021). *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(5), 6635–6654.
- 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. Doi: 10.37824/jkqh.v11i1.2023.451.
- Pertiwi, D. R., Suryoputro, A., & Adiz, M. S. (2025). Pembayaran kapitasi berbasis kinerja terhadap kualitas pelayanan pasien BPJS kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama: A scoping review. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 19(5), 960–967. Doi: 10.33024/hjk.v19i5.927.
- Sudrajat, A. S., & Rahayu, R. H. (2025). Implementasi kebijakan kelas rawat inap standar jaminan kesehatan nasional (KRIS-JKN) di RSUD Kota Bandung. *Journal of Governance Innovation*, 7(1), 372–391. doi: 10.36636/jogiv.v7i1.5256.
- Yunus, M. F., Antu, M. I. A., & Rahman, M. A. (2025). Correlation between service quality and Mobile JKN user satisfaction among outpatients at Otanaha Regional Public Hospital. *Prima Wiyata Health*, 6(2), 64–71. Doi: 10.60050/pwh.v6i2.96.