

Kesiapan Penerapan Pelayanan Kelas Standar Rawat Inap dan Persepsi Pemangku Kepentingan

The Readiness of The Implementation of Standardized Classroom Services for Inpatient and The Stakeholder Perception

Golda Kurniawati¹, Citra Jaya², Sekarnira Andikashwari³, Yulita Hendrartini⁴, Tonang
Dwi Ardyanto⁵, Kasir Iskandar⁶, Muttaqien⁷, Syamsu Hidayat⁸, Risky Tsalatshita⁹, Haryo
Bismantara¹⁰

¹⁻³Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (golda.kurniawati@bpjs-kesehatan.go.id)

⁴⁻¹⁰ Universitas Gadjah Mada (UGM)

Abstrak: Salah satu amanah dari Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah adanya pelayanan medis dan non-medis yang sama, tidak ada perbedaan, dalam rangka mencapai keadilan sosial. Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), keadilan ini diterjemahkan sebagai pelayanan kelas standar rawat inap untuk menggantikan tingkatan fasilitas akomodasi rawat inap yang saat ini berlaku. Memasuki tahun keempat implementasi Program JKN, amanah ini masih belum dapat terwujud. Untuk itu, studi ini berupaya menganalisis kemungkinan penerapan kelas standar rawat inap, termasuk menghitung ketersediaan tempat tidur di Indonesia untuk mendukung penerapan tersebut. Studi ini menggunakan *mixed method* di mana studi kuantitatif dilakukan melalui metode survei terhadap 520 responden peserta JKN yang pernah mendapatkan pelayanan rawat inap di rumah sakit. Studi kualitatif dilakukan melalui wawancara dan diskusi terarah pada pembuat kebijakan Program JKN. Hasil studi menunjukkan bahwa seluruh responden studi dari peserta maupun pembuat kebijakan mendukung penerapan kelas standar rawat inap dengan preferensi yang beragam. Meskipun demikian, disepakati bahwa diperlukan waktu setidaknya 5 tahun untuk memastikan penerapan kelas standar rawat inap dapat dilaksanakan dengan baik. Rumah sakit khususnya membutuhkan waktu untuk mempersiapkan sarana dan prasarana agar sesuai dengan ketentuan kelas standar rawat inap. Studi ini merekomendasikan kepada seluruh pemangku kepentingan untuk mendukung kebijakan kelas standar rawat inap. Tenggat waktu penerapan kelas standar rawat inap pada dokumen Peta Jalan Jaminan Kesehatan perlu direvisi, dilengkapi dengan beberapa regulasi tambahan dan sosialisasi yang intensif.

Kata kunci: kelas standar rawat inap; Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional; rumah sakit

Abstract: *One of the mandates of Indonesia's National Social Security System Act (Law Number 40 Year 2004) for the National Health Insurance program (JKN) is the introduction of a standard medical and non-medical services to promote the principles of equality and social justice. Under the JKN program, such equality is translated as a standard inpatient room to replace the current tiered accommodation facilities.*

Entering the fourth year of JKN, the standard inpatient room remains unimplemented. Therefore, this study aims to analyze the chances of implementing standard inpatient room under the JKN scheme including calculating bed availability to support such policy. This study uses a mixed method approach where the quantitative analysis is conducted through a survey to 520 respondents of JKN members who experienced inpatient services in hospitals. The qualitative analysis is conducted through in-depth interview and focus group discussions to patients and JKN policy makers. The study shows that the majority of respondents from patients and policy makers support the implementation of standard inpatient room with different preferences. Nevertheless, the general consensus is that such implementation requires adequate time of at least 5 years to ensure proper execution. Specifically, hospitals need time to prepare the infrastructures based on the standard inpatient room requirements. This study recommends all related stakeholders to support the standard inpatient room policy by revising the implementation timeline in the JKN Road Map document, enacting technical regulations, and intensive campaigning.

Keywords: *standard inpatient room; National Health Insurance Road Map; hospital*

PENDAHULUAN

Sejak 1 Januari 2014, Pemerintah Indonesia mengimplementasikan Program Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang bertujuan memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Pemerintah menargetkan *Universal Health Coverage (UHC)* sudah dapat tercapai pada tahun 2019, yang mana salah satu sarannya adalah paket manfaat medis dan non-medis (kelas perawatan) yang sama, tidak ada perbedaan, untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat. Hal ini secara tegas dinyatakan dalam Pasal 23 Ayat 4 Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamanahkan perawatan di kelas standar bagi peserta JKN-KIS yang membutuhkan rawat inap di rumah sakit. Kelas perawatan yang dituju adalah kelas I (satu kamar tiga orang) atau setidaknya kelas II. Meski demikian, memasuki tahun keempat pelaksanaan JKN-KIS, amanah tersebut belum dapat terwujud.

Salah satu kendalanya adalah keterbatasan jumlah tempat tidur di rumah sakit. *World Health Organization* atau *WHO* menetapkan standar ideal ketersediaan tempat tidur di rumah sakit, yaitu 1 tempat tidur untuk 1.000 penduduk. Secara umum, rasio ketersediaan 166.104 tempat tidur rumah sakit mitra BPJS Kesehatan untuk melayani 183,5 juta peserta BPJS Kesehatan atau sekitar 1 tempat tidur untuk 1.100 penduduk. Ini belum sesuai dengan standar ideal *WHO*. Jumlah tempat tidur yang bervariasi antardaerah juga menyulitkan peserta untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan sesuai haknya.

Tujuan

Berdasarkan permasalahan tersebut, studi ini dilaksanakan untuk mengetahui kemungkinan penerapan pelayanan kelas standar rawat inap pada tahun 2019 berdasarkan kelas rawat yang dituju. Dalam rangka mencapai tujuan tersebut, studi ini juga menganalisis kebutuhan ruang rawat inap

kelas standar di seluruh rumah sakit. Hasil analisis kemudian digunakan untuk merumuskan langkah persiapan yang harus dilakukan oleh para *stakeholder*, serta rekomendasi tindak lanjut bagi penerapan pelayanan kelas standar rawat tahun 2019.

Kerangka Konsep dan Variabel yang Dinilai

Penerapan pelayanan kelas standar rawat inap dipengaruhi oleh empat aspek, yaitu (a) kesiapan jumlah tempat tidur kelas standar, (b) besaran tarif kelas standar rawat, (c) besaran iuran peserta JKN-KIS, serta (d) persepsi pemangku kepentingan (*stakeholder*) terhadap penerapan kelas standar rawat inap. Namun dalam studi ini mengangkat dua aspek, yakni kesiapan tempat tidur dan persepsi pemangku kepentingan. Pertama, kesiapan tempat tidur. Saat ini rumah sakit masih menyediakan pelayanan dengan kelas rawat inap VIP, I, II, dan III. Perubahan menuju kelas standar akan menimbulkan perubahan infrastruktur di rumah sakit yang harus disiapkan dengan mempertimbangkan kebutuhan tempat tidur untuk pelayanan rawat inap seluruh masyarakat Indonesia pada tahun 2019.

Kedua, persepsi pemangku kepentingan. Pemangku kepentingan yang berperan dalam penerapan pelayanan kelas standar rawat inap terbagi menjadi pihak regulator yang terdiri dari Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Kementerian Kesehatan RI, Kementerian Keuangan RI, dan BPJS Kesehatan. Sedangkan pemangku kepentingan dari pihak pelaksana layanan kesehatan terdiri dari Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), Asosiasi Rumah Sakit Daerah (ARSADA), Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI), dan manajemen rumah sakit. Selain itu pemangku kepentingan, yang tak kalah penting adalah peserta JKN-KIS, khususnya dalam konteks kajian ini adalah peserta JKN-KIS yang pernah menggunakan layanan rawat inap di rumah sakit.

METODE

Rancangan kajian ini menggunakan *feasibility study* atau studi kelayakan. Studi kelayakan ini melihat berbagai aspek, antara lain: (a) aspek akseptabilitas dengan mengkaji persepsi pemangku kepentingan dalam implementasi kelas standar rawat inap, (b) aspek legalitas dengan mengkaji regulasi yang ada dan rekomendasi regulasi yang dibutuhkan untuk implementasi kebijakan kelas standar rawat inap, dan (c) aspek kesiapan rumah sakit sebagai unit pelayanan kesehatan untuk melaksanakan layanan kelas standar rawat inap.

Kajian dilakukan dengan pendekatan campuran (*mixed method*), yaitu kombinasi antara studi kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif digunakan dengan cara survei terhadap 520 peserta JKN-KIS dari 13 divisi regional BPJS Kesehatan. Untuk memastikan keterwakilan peserta maka dilakukan seleksi menggunakan *stratified random sampling* untuk masing-masing kelas

rawat inap yang pernah mereka gunakan, yakni kelas I, kelas II, kelas III, dan VIP. Survei terhadap peserta JKN-KIS ini dilakukan untuk mengukur kemauan peserta membayar iuran jika diterapkan pelayanan kelas standar rawat inap dan persepsi terhadap layanan kesehatan kelas standar. Selain itu metode kuantitatif juga dilakukan untuk menghitung potensi perubahan tarif untuk setiap jenis rumah sakit, dan ketersediaan tempat tidur kelas standar di rumah sakit.

Simulasi penghitungan tarif dilakukan terhadap setiap jenis rumah sakit yang dipilih (tiap kelas rumah sakit dipilih satu perwakilan) untuk setiap divisi regional dengan menggunakan metode *activity based costing* untuk menghitung *hospital-based rate*. Sedangkan ketersediaan tempat tidur kelas standar dianalisis berdasarkan data sekunder berupa data perjanjian kerja sama (kontrak) BPJS Kesehatan dengan rumah sakit di setiap provinsi. Sementara untuk metode kualitatif digunakan teknik wawancara mendalam untuk pemangku kepentingan dari pihak regulator dan *Focus Group Discussion (FGD)* untuk pemangku kepentingan dari pihak penyedia layanan kesehatan. Pendekatan kualitatif juga digunakan untuk menganalisis regulasi guna mengetahui kelayakan pelayanan kelas standar rawat inap serta mengkaji langkah persiapan yang harus dilakukan para pemangku kepentingan.

Kajian ini dilakukan di tingkat pusat dan daerah. Untuk tingkat pusat dilakukan di Daerah Khusus Ibukota Jakarta melalui wawancara mendalam. Sedangkan di daerah, dilakukan kombinasi wawancara mendalam dan analisis data sekunder dengan rumah sakit yang sudah dipilih, asosiasi rumah sakit, dan peserta JKN-KIS di 13 divisi regional BPJS Kesehatan. Pemilihan rumah sakit ditentukan dengan mempertimbangkan keterwakilan tipe rumah sakit, tingkat kemampuan finansial, dan sifat kepemilikan rumah sakit. Adapun ke-13 divisi regional yang menjadi lokasi pengambilan data dalam kajian ini adalah Medan, Padang, Belitung Timur, Kota Tangerang, Bandung, Kota Yogyakarta, Ponorogo, Penajam Paser Utara, Kota Makassar, Luwuk, Lombok Timur, Kota Pontianak, dan Kota Jakarta.

HASIL

Persepsi Pemangku Kepentingan

Persepsi Pemangku Kepentingan terhadap Kelas Standar Perawatan

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD, respons narasumber terhadap rencana penerapan layanan kelas standar rawat inap terbagi menjadi setuju, tidak setuju, dan menyetujui dengan beberapa persyaratan, seperti iuran yang sama atau tarif yang dinaikkan. Sedangkan dari aspek kesiapan, dari 34 rumah sakit mitra BPJS Kesehatan di daerah yang menjadi responden menjawab siap, tidak siap, dan ragu-ragu. Sebanyak 21 rumah sakit menjawab tidak siap, 9 rumah sakit

menjawab ragu, dan hanya 4 rumah sakit yang menjawab siap. Dari 34 rumah sakit tersebut, sebanyak 22 rumah sakit memiliki preferensi kelas I sebagai kelas standar perawatan, sedangkan 10 rumah sakit memiliki preferensi kelas II, dan 2 rumah sakit memiliki preferensi kelas III.

Sedangkan narasumber pemangku kepentingan di tingkat pusat yang masing-masing berasal dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan (Ditjen Yankes Kemenkes), Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), BPJS Kesehatan, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan (PPJK Kemenkes), dan Kementerian Keuangan (Kemenkeu), memiliki preferensi berimbang, yaitu dua narasumber (Ditjen Yankes dan Bappenas) memilih kelas I, dua narasumber (DJSN dan BPJS Kesehatan) memilih kelas II, dan dua narasumber (PPJK Kemenkes RI dan Kemenkeu RI) memilih kelas III.

PEMBAHASAN

Persepsi Pemangku Kepentingan Terhadap Tarif Tunggal

Tarif tunggal mempunyai tiga pengertian, yakni tarif tunggal sebagai konsekuensi kelas standar, tarif tunggal untuk semua kelas rumah sakit (A, B, C, D), dan tarif tunggal untuk semua regional tarif INA-CBGs (*Indonesia Case Base Groups*). Untuk pengertian pertama, rumah sakit umumnya menginginkan tarif tunggal di kelas I atau kelas II, karena tarif kelas III terlalu rendah. Untuk pengertian kedua, umumnya rumah sakit setuju adanya tarif tunggal dengan mengacu tarif rumah sakit kelas A atau B karena pendapatan rumah sakit dan dokter otomatis akan bertambah. Untuk pengertian ketiga, sejumlah responden mengatakan jika ada tarif tunggal untuk seluruh Indonesia, maka harus mempertimbangkan beberapa hal antara lain biaya transportasi, nilai risiko pekerjaan, serta insentif dokter di daerah terpencil di luar Jawa. Tarif tunggal disepakati oleh rumah sakit sepanjang tidak berpotensi mengurangi manfaat dan pendapatan yang saat ini sudah diperoleh.

Persepsi Pemangku Kepentingan Terhadap Manfaat Tunggal

Secara umum pemangku kepentingan sepakat dengan konsep manfaat tunggal meskipun untuk menentukan standar manfaat yang akan diterima oleh masyarakat perlu diformulasikan secara hati-hati karena masyarakat dan rumah sakit sudah terbiasa dengan perbedaan kelas rawat yang memungkinkan adanya variasi pelayanan. Apalagi strata sosial masyarakat masih cukup kuat, sehingga seringkali ada permakluman terhadap perbedaan manfaat sesuai kelas rawat.

Persepsi Masyarakat Terhadap Kelas Standar Rawat Inap

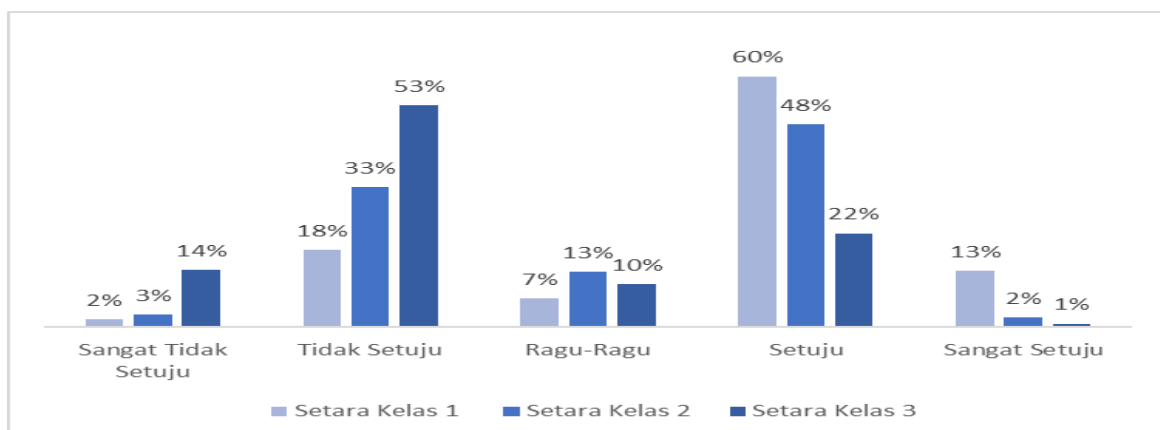
Untuk mengetahui persepsi masyarakat terhadap kelas standar rawat inap, kajian ini melakukan survei terhadap 520 pasien rumah sakit di 13 daerah yang terdiri dari 38% pasien kelas

I, 40% pasien kelas II, dan 22% pasien kelas III. Proporsi pasien kelas III relatif lebih rendah dibandingkan kelas II dan I karena kajian ini tidak melibatkan kelompok peserta penerima bantuan iuran (PBI). Iuran untuk kelompok PBI dibayarkan oleh pemerintah sehingga pendapat mereka terkait kelas standar tidak relevan dalam kajian ini. Sedangkan jika dilihat dari aspek kepesertaan, maka responden terdiri dari 42% pekerja penerima upah (PPU), 34% pekerja bukan penerima upah (PBPU), dan 24% bukan pekerja (BP).

Dari 520 responden tersebut, 68% atau 354 orang menyetujui kelas standar. Alasan yang paling banyak dikemukakan oleh responden di antaranya penerapan kelas standar akan mengurangi diskriminasi dalam pelayanan kesehatan dan akan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, sedangkan yang menolak umumnya beralasan pada faktor kemampuan membayar iuran JKN-KIS yang berbeda-beda. Jika berdasarkan kelas kepesertaan, proporsi terbesar yang setuju adalah kelompok peserta kelas III (79%), sedangkan proporsi terendah adalah kelompok peserta kelas I (59%).

Setelah sebagian besar responden dapat menerima wacana kelas standar, maka aspek selanjutnya adalah kelas rawat yang akan dijadikan sebagai acuan kelas standar. Jika dibandingkan dengan pertanyaan yang sama untuk kelas I maupun kelas II, terlihat perubahan preferensi yang cukup besar. Opsi kelas I sebagai kelas standar disetujui lebih dari 70% responden dan opsi kelas II sebagai kelas standar disetujui oleh lebih dari 50% responden, sedangkan hanya 23% responden yang setuju menjadikan kelas III sebagai kelas standar. Pandangan kelas III memiliki kualitas pelayanan yang lebih rendah bila dibandingkan dengan kelas I dan II kelihatannya masih cukup kuat di masyarakat. Sehingga meskipun wacana kelas perawatan tunggal secara normatif dapat diterima oleh masyarakat, standar kelas yang dimaksud oleh masyarakat sangat dipengaruhi oleh preferensi berdasarkan latar belakang status sosial ekonomi.

Figur 1. Tingkat Persetujuan Responden Terhadap Konsep Kelas Standar Rawat Inap



Persepsi Masyarakat Terhadap Iuran Tunggal

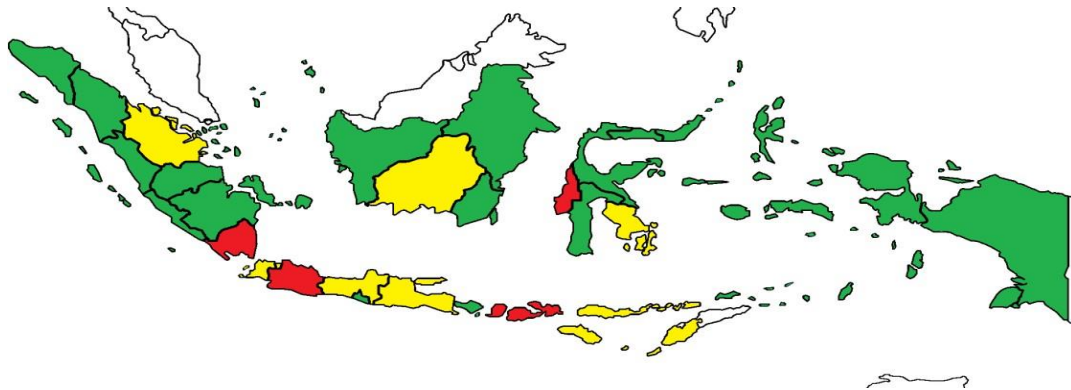
Kelas kepesertaan dan jenis kepesertaan masyarakat dalam JKN-KIS sangat mempengaruhi preferensi membayar iuran kelas standar. Peserta kelas I cenderung tidak setuju jika iuran tunggal ditetapkan di kelas yang lebih rendah. Peserta kelas II juga cenderung tidak setuju membayar iuran tunggal di kelas yang lebih rendah, tapi lebih setuju jika ditetapkan di kelas I. Sedangkan untuk peserta kelas III, ekspektasi pelayanan yang lebih baik di kelas II dengan tambahan iuran yang tidak begitu tinggi tampaknya telah mendorong dukungan iuran tunggal ditetapkan di kelas II. Kecenderungan pendapat ini berlaku merata untuk ketiga kelompok kepesertaan: PPU, PBPU, dan BP, meskipun dengan proporsi yang bervariasi.

Kesiapan Tempat Tidur

Kesiapan Tempat Tidur per Provinsi

Analisis kebutuhan tempat tidur (TT) per provinsi dilakukan menggunakan data sekunder jumlah penduduk dari Biro Pusat Statistik (BPS) tahun 2015 dan data jumlah rumah sakit dari Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Kementerian Kesehatan yang diakses pada bulan Maret 2017. Dari hasil analisis, dapat disimpulkan secara nasional, angka ketersediaan TT rumah sakit masih belum memenuhi kebutuhan seluruh penduduk Indonesia. Jumlah kebutuhan TT rumah sakit untuk 249.185.766 penduduk Indonesia adalah 249.188 TT, namun TT yang tersedia sampai data ini diambil hanya sekitar 218.427 TT, yang berarti masih terdapat kekurangan 30.759 TT untuk memenuhi kebutuhan standar di Indonesia.

Jika ditilik dalam perspektif provinsi, 14 provinsi telah memiliki jumlah TT di atas standar 1 : 1000. Hal ini berarti terdapat 20 provinsi di Indonesia yang masih belum memenuhi standar kebutuhan TT. Provinsi yang masih belum memenuhi standar ketersediaan TT adalah: (1) Riau; (2) Sumatera Selatan; (3) Bengkulu; (4) Lampung; (5) Jambi; (6) Jawa Barat; (7) Jawa Tengah; (8) Banten; (9) Jawa Timur; (10) Nusa Tenggara Barat; (11) Nusa Tenggara Timur; (12) Kalimantan Barat; (13) Kalimantan Selatan; (14) Kalimantan Tengah; (15) Sulawesi Tengah; (16) Sulawesi Tenggara; (17) Gorontalo; (18) Sulawesi Barat; (19) Maluku Utara; dan (20) Papua.

Figur 2. Rasio Tempat Tidur Terhadap Penduduk***Kesiapan Tempat Tidur Berdasarkan Kelas***

Untuk mengukur kesiapan TT berdasarkan kelas, jumlah TT rumah sakit yang dibutuhkan berdasarkan kelas perawatan dibandingkan dengan standar kebutuhan rumah sakit per penduduk pada masing-masing provinsi. Jika kelas standar yang digunakan adalah kelas III, maka dengan ketersediaan TT di kelas III saat ini, masih dibutuhkan sekitar 128.766 TT tambahan untuk memenuhi kebutuhan TT seluruh warga di kelas III. Jika kelas standar yang digunakan adalah kelas II, maka dengan ketersediaan TT di kelas II sekarang akan lebih banyak TT tambahan yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan standar kelas II yaitu sekitar 191.858 TT. Jika kelas standar yang digunakan adalah kelas I, maka TT tambahan yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan standar kelas I adalah sekitar 208.506 TT.

Tabel 1. Kebutuhan Tempat Tidur Sesuai Dengan Kelas Perawatan

Kelas Standar Terpilih	Kebutuhan TT (1:1.000)	Ketersediaan Saat Ini	Jumlah TT Kelas Lain*	Kebutuhan TT Tambahan Tahun 2019
Kelas I	248.168	39.223	171.688	37.257
Kelas II		55.306	155.605	
Kelas III		116.382	94.529	

Utilisasi Per Kelas Rumah Sakit Peserta JKN-KIS

Secara umum, rata-rata utilisasi rawat inap paling banyak adalah untuk perawatan kelas III, disusul oleh utilisasi rawat inap perawatan kelas I, dan rata-rata utilisasi paling rendah adalah untuk rawat inap rumah sakit di kelas II. Hal ini juga terlihat dari besaran rasio utilisasi di mana rasio utilisasi kelas III rawat inap rumah sakit merupakan yang paling tinggi (10%) di antara rasio utilisasi rawat inap rumah sakit di kelas I (9%) dan kelas II (7%). Meskipun secara nasional utilisasi di kelas III merupakan yang tertinggi, lain halnya jika dilihat di tingkat provinsi. Beberapa provinsi, seperti Bali, Bengkulu dan Sumatera Selatan, mempunyai tingkat utilisasi perawatan kelas I rumah sakit lebih tinggi dibandingkan kelas-kelas rawat lainnya.

Kebutuhan Regulasi

Regulasi yang ada saat ini dinilai masih belum cukup untuk memberikan perlindungan implementasi kebijakan rumah sakit dengan kelas standar perawatan. DJSN dan BPJS Kesehatan menekankan bahwa diperlukan regulasi khusus yang menyatakan bahwa dalam implementasi JKN-KIS, perawatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan merupakan layanan berdasarkan standar kelas perawatan yang terdefiniskan dengan baik (bukan terbagi ke dalam tiga kelas seperti sekarang). Selain itu, diperlukan penyesuaian terkait regulasi dalam perundang-undangan yang mengatur tarif INA-CBGs agar dapat mendukung implementasi kelas standar dalam pelayanan di era JKN-KIS. Secara operasional, penafsiran Peraturan Pemerintah No. 12 Tahun 2013 perlu untuk dikaji ulang.

SIMPULAN

Arah kebijakan yang tertuang dalam Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional, khususnya terkait manfaat tunggal medis dan nonmedis pada tahun 2019, masih belum bisa dicapai pada tahun 2019. Kebijakan manfaat kelas standar dalam Program JKN-KIS dianggap layak diterapkan pada masa mendatang dan kebijakan ini didukung oleh peserta, rumah sakit, dan pemangku kepentingan lain. Namun mengimplementasikan kebijakan tersebut diperlukan waktu setidaknya- tidaknya lima tahun untuk mempersiapkan infrastruktur di rumah sakit.

Rumah sakit pemerintah lebih mudah bertransformasi menjadi satu kelas perawatan (kelas standar) dengan dukungan subsidi dari pemerintah. Hal ini diperkuat pernyataan Kemenkeu yang berkomitmen mengalokasikan dana mendukung implementasi kebijakan kelas standar. Sebaliknya masalah yang dihadapi rumah sakit swasta adalah keterbatasan dana untuk investasi jika kelas standar diimplementasikan. Sebagian besar peserta dengan hak kelas perawatan di kelas II mau menerima kebijakan satu kelas perawatan (kelas standar) dengan konsekuensi membayar tambahan

iuran, sedangkan sebagian pasien kelas III tidak bersedia membayar tambahan iuran jika dinaikkan manfaatnya di kelas II.

Kebutuhan tempat tidur pada tahun 2019 (dengan asumsi jumlah RS pada tahun 2017) secara nasional adalah 37.257 TT. Jika kebijakan kelas standar diimplementasikan, maka dibutuhkan tambahan tempat tidur untuk masing masing kelas perawatan sebagai berikut: (a) jika ditetapkan pada kelas III = 131.786 TT, (b) jika ditetapkan pada kelas II = 192.861 TT, (c) jika ditetapkan pada kelas I = 208.945 TT.

Rekomendasi Kebijakan

Direkomendasikan untuk dilakukan revisi Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional khususnya terkait target waktu implementasi manfaat kelas standar dalam Program JKN-KIS, dilakukan penguatan regulasi dalam bentuk Peraturan Presiden untuk mengatur pengertian kelas standar serta Peraturan Menteri Kesehatan untuk standardisasi fisik kelas perawatan di rumah sakit, dilakukan sosialisasi ke pemangku kepentingan pemerintah, peserta, dan rumah sakit untuk persiapan implementasi kebijakan manfaat kelas standar bagi peserta JKN-KIS, serta peran serta kementerian/lembaga dalam mengawal implementasi kebijakan kelas standar, antara lain: **peran BAPPENAS** untuk memfasilitasi arah kebijakan kelas standar dalam *health sector review* pada tahun 2018, serta mengalokasikan anggaran reinvestasi penyesuaian kelas perawatan yang ada saat ini dengan kelas standar, **Peran Kemenkes** untuk menyusun regulasi standar teknis kelas rawat inap RS dengan konsep Kelas Standar untuk Program JKN-KIS dan kelas di atas standar, menyesuaikan regulasi terkait kelas RS dalam hal kebutuhan SDM, cakupan pelayanan dan sarana prasarana pelayanan untuk menunjang Kelas Standar, serta menyesuaikan regulasi terkait tarif INA-CBGs dan urun biaya terkait pelayanan peserta JKN-KIS di kelas standar dan naik kelas.

Dibutuhkan juga **peran Kemenko PMK** untuk mengkoordinir kementerian dan lembaga terkait untuk persiapan implementasi kebijakan kelas standar, **peran DJSN** untuk merumuskan kebijakan kelas standar sebagai manfaat dalam JKN-KIS, mengawal dan monitoring implementasi kebijakan kelas standar., serta mengevaluasi implementasi kelas standar, **peran Pemda** untuk mendorong peran Pemerintah Daerah dalam memenuhi kebutuhan fasilitas kesehatan (penambahan tempat tidur bagi daerah yang masih kekurangan jumlah tempat tidur) melalui pembangunan RS baru atau penambahan kapasitas tempat tidur di RS, serta mendorong komitmen Pemerintah Daerah khususnya Pemda pada wilayah daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) untuk dapat memberikan insentif finansial langsung dan tidak langsung bagi para dokter dan dokter spesialis yang bekerja di daerah tersebut, serta **peran BPJS Kesehatan** untuk menyosialisasikan kebijakan kelas standar kepada peserta dan masyarakat, menyiapkan sistem informasi pelayanan di RS terkait dengan implementasi kelas standar (sistem klaim, sistem kepesertaan), serta

menyesuaikan format kredensialing RS dengan penilaian fisik kelas perawatan standar.

REFERENSI

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 (2004).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 (2009). pasal 29 ayat (1) huruf b. Undang-Undang Nomor 25 (2009) tentang Pelayanan Publik pada Bab II Pasal 4.

Dartanto, T., Dharmawan, G. F., Setyonugroho, L. D., Dewi, L. P. R. K., Martiningsih, D., Baros, W. A., Dhanalvin, E. 2017. Dampak Program JKN-KIS Terhadap Kemiskinan. Ringkasan Riset JKN-KIS Edisi 04 Bulan November 2017

Mahendradatha, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., Prawira, J. 2017. The Republic of Indonesia Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 7 No. 1 2017

BPJS Kesehatan, 2017. Data Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut 2017

Kurniawan, M. F., 2019. Penetapan Kelas Standar Pelayanan JKN sebagai Amanah UU SJSN. Policy Brief No. 03/Oktober/2019. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada