

Analisis Yuridis Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar dalam Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Nasional Berdasarkan Keadilan

Vincensius Leonard Sally^{1*}, Anwar Cengkeng², Yovita Arie Mangesti³

^{1,2}Universitas Widyagama Malang Program Pascasarjana Magister Hukum Kesehatan

³Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya Dekan Fakultas Hukum

Corresponding Author's e-mail: leonardsallyvincensius@gmail.com



e-ISSN: 2964-0962

SEIKAT: Jurnal Ilmu Sosial, Politik dan Hukum

<https://ejournal.45mataram.ac.id/index.php/seikat>

Vol. 5, No. 4, Agustus 2026

Page: 2943 - 2960

Available at:

<https://ejournal.45mataram.ac.id/index.php/seikat/article/view/3270>

DOI:

<https://doi.org/10.55681/seikat.v5i4.3270>

Article History:

Received: 07-07-2026

Revised: 26-08-2026

Accepted: 26-08-2026

Abstract : *This research examines the Standard Inpatient Class (KRIS) policy within the National Health Insurance (JKN) system administered by BPJS Kesehatan. The core issue investigates the policy's alignment with the principles of justice, equity, and the right to quality healthcare, analyzed through justice theory, welfare state theory, and public policy implementation theory. Using a normative juridical method, this study analyzes primary, secondary, and tertiary legal materials. The findings indicate that, conceptually, the KRIS policy aligns with constitutional mandates. However, implementation is hindered by ambiguous normative standards, the absence of strict sanctions for non-compliant hospitals, and a lack of governmental financial support. The study concludes that the KRIS policy represents a forward step for national health, yet requires clearer regulations, socialization, and comprehensive government infrastructure support. It recommends intensified monitoring, law enforcement, and increased patient empowerment to demand high-quality healthcare services.*

Keywords: *Standard Class; Social Insurance; Social Justice.*

Abstrak : Penelitian ini menganalisis kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) dalam program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dari perspektif keadilan, negara kesejahteraan, dan implementasi kebijakan publik. Menggunakan metode yuridis normatif, penelitian mengkaji kesesuaian kebijakan dengan asas keadilan dan ekuitas. Hasil penelitian menunjukkan secara filosofis kebijakan KRIS sejalan dengan amanat konstitusi. Namun dalam praktiknya, implementasi terkendala kekaburan norma, ketiadaan sanksi tegas, dan minimnya dukungan finansial bagi rumah sakit kurang mampu untuk memenuhi 12 kriteria fasilitas standar. Penelitian menyimpulkan bahwa evaluasi menyeluruh, pengawasan, dan insentif fiskal dari pemerintah pusat dan daerah sangat krusial. Selain itu, peningkatan literasi hukum diperlukan agar pasien menjadi konsumen cerdas yang mampu menuntut hak pelayanan kesehatan bermutu.

Kata Kunci: Kelas Standar; Asuransi Sosial; Keadilan Sosial.

PENDAHULUAN

Status kesehatan merupakan permasalahan utama yang dihadapi oleh setiap negara di dunia. Status kesehatan dari masyarakat memiliki hubungan saling mempengaruhi dengan kemajuan suatu bangsa di berbagai bidang meliputi ekonomi, sosial, dan budaya. Sebab itu, jaminan atas hak kesehatan menjadi penting. Yang utama dari hak atas kesehatan terletak pada dua elemen pokok yaitu hak atas pelayanan kesehatan yang berkualitas dan hak atas perlindungan kesehatan yang

komprehensif.¹ Dari sudut pandang filsafat, diskusi tentang hak atas kesehatan berkisar tentang arti hak itu sendiri, peran negara dalam memenuhi hak warga negara akan kesehatan, dan prinsip keadilan sosial dalam sistem pelayanan kesehatan tanpa adanya diskriminasi. Hak atas kesehatan sering dipandang sebagai hak yang mendasar dan berlaku untuk umum. Maka hak atas kesehatan lebih tepat dimaknai sebagai hak untuk mencapai standar kesehatan tertinggi yang dapat dijangkau (the highest attainable standard of health) dan negara berkewajiban memenuhinya.² Definisi standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai akan bervariasi tergantung pada konteks waktu, tempat, serta sumber daya yang tersedia. Keterbatasan sumber daya menuntut hukum untuk dapat melindungi hak-hak individu bahkan ketika standar tertinggi yang diharapkan tidak sepenuhnya tercapai.

Negara memiliki kewajiban, baik secara pasif (tidak mengganggu hak individu untuk sehat) maupun aktif (menyediakan dan menjamin akses layanan kesehatan yang memadai). Terdapat dua pandangan utama mengenai peran negara dalam hal ini:

1. Negara sebagai penyedia utama: Negara memikul tanggung jawab penuh atas penyelenggaraan sistem kesehatan publik. Negara wajib menjamin ketersediaan fasilitas kesehatan, layanan yang kesehatan yang bermutu, dan tenaga profesional kesehatan yang memadai bagi seluruh warga negara
2. Negara sebagai regulator dan pengawas: Dalam model ini, penyediaan layanan kesehatan dapat diserahkan kepada sektor swasta, namun negara tetap harus memastikan bahwa aksesibilitas terhadap layanan kesehatan terjamin dan praktik diskriminasi dihilangkan.

Dalam Pasal 12 Kovenan Internasional Hak-Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya menyatakan bahwa ‘setiap orang mempunyai hak untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental’. Ketentuan ini menjelaskan bahwa hak atas kesehatan merupakan hak individu dan negara memiliki kewajiban memenuhinya.³

Keadilan dalam konteks hak kesehatan menuntut adanya pemerataan akses terhadap sarana dan sumber daya pelayanan kesehatan, serta kualitas pelayanan yang sama tanpa diskriminasi. Untuk menjamin pemenuhan hak atas kesehatan warga negara maka pasal 34 ayat (3) UUD Negara Republik Indonesia 1945 menegaskan bahwa ‘Negara bertanggung jawab untuk menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dan pelayanan umum yang layak.’ Konstitusi telah mengamanatkan bahwa penyediaan fasilitas kesehatan adalah tanggung jawab negara, dan negara wajib memastikan bahwa masyarakat memiliki akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.⁴

Adanya ketentuan mengenai kesejahteraan sosial dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945, maka negara mewujudkannya dengan disahkan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Hal ini merupakan komitmen negara untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial yang bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Program jaminan sosial meliputi: a) jaminan kesehatan; b) jaminan kecelakaan kerja; c) jaminan hari tua; d) jaminan pensiun; dan e) jaminan kematian.⁵ Undang-Undang No. 24 tahun 2011 menetapkan

¹ Nova, Esterlita, et.al, *Tanggung jawab Negara atas Pemenuhan Kesehatan di Bidang Ekonomi, Sosial, dan Budaya*, Lex Privatum, Vol.XI/No.4 (2023, Apr).

² Komisi Nasional Hak Asasi Manusia, *Komentar Umum: Hak Sipil dan Politik, Hak Ekonomi Sosial dan Budaya*, (Jakarta: Komnas HAM, 2009, hlm 171

³ Ibid., hlm 112

⁴ Susanti, Yulia, et al., *Hak Pasien dalam Menentukan Layanan kesehatan dalam Hubungannya dengan Kelas Rawat Inap Standar BPJS Kesehatan*, Unes Law Review Vol. 6, No. 4 (2024, Juni).

⁵ Nova, Esterlita, et. al, Op. Cit

bahwa Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Program Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, yaitu kesamaan perlakuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis tanpa diskriminasi.⁶

Undang-undang no. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pasal 23 pada ayat (4), menyebutkan bahwa dalam hal peserta membutuhkan rawat inap di rumah sakit, maka kelas pelayanan di rumah sakit diberikan berdasarkan **kelas standar**. Maka sebagai upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat dan untuk mewujudkan amanat Pasal 23 ayat (4) Undang-Undang No. 40 tahun 2004 yang mengatur kelas standar dalam pelayanan rawat inap di rumah sakit, maka pada tahun 2021 pemerintah mencanangkan kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) melalui Peraturan Pemerintah (PP) No. 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumah-sakitan, yang menetapkan jumlah tempat tidur rawat inap untuk pelayanan rawat inap kelas standar paling sedikit 40-60% dari seluruh tempat tidur rumah sakit (pasal 18).⁷

Peraturan Presiden (Perpres) No.59 tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Perpres No. 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, pada pasal 1 angka 4b mendefinisikan, 'Kelas Rawat Inap Standar adalah standar minimum pelayanan rawat inap yang diterima oleh peserta' dan pemberlakuan Kelas Rawat Inap Standar bagi Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan paling lambat tanggal 30 Juni 2025.⁸ Kelas Rawat Inap Standar menetapkan 12 (duabelas) kriteria standar untuk ruang rawat inap (sesuai pasal 46A), yaitu:

1. Komponen bangunan: Bangunan harus memiliki tingkat porositas yang rendah untuk mencegah penyebaran penyakit.
2. Ventilasi udara: Sistem ventilasi yang memadai untuk menjaga kualitas udara.
3. Pencahayaan ruangan: Pencahayaan yang cukup baik dari sumber alami maupun buatan.
4. Kelengkapan tempat tidur: Tempat tidur yang nyaman dan sesuai standar medis.
5. Nakas per tempat tidur: Meja kecil di samping tempat tidur untuk menyimpan barang-barang pasien.
6. Temperatur ruangan: Suhu ruangan yang terkontrol dan nyaman.
7. Pengaturan ruang rawat: Ruangan dibagi berdasarkan jenis kelamin, usia (anak atau dewasa), dan jenis penyakit (infeksi atau non-infeksi).
8. Kepadatan ruang rawat: Kepadatan ruang rawat pada kriteria KRIS diatur agar maksimal empat tempat tidur per ruangan dengan jarak minimal 1,5 meter antar tepi tempat tidur. Pengaturan ini bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan dan privasi pasien, serta memastikan sirkulasi udara yang baik di dalam ruangan.
9. Tirai/partisi antar tempat tidur: Tirai atau partisi untuk memberikan privasi bagi pasien.
10. Kamar mandi dalam: Kamar mandi di dalam ruangan rawat inap yang mudah diakses.
11. Standar aksesibilitas kamar mandi: Kamar mandi yang memenuhi standar aksesibilitas.
12. Outlet oksigen: Tersedianya outlet oksigen di setiap ruangan untuk kebutuhan darurat medis.

Dalam Undang-undang nomor 40 tahun 2004 dan Perpres nomor 82 tahun 2018, maupun Perpres nomor 59 tahun 2024, manfaat adalah faedah jaminan yang menjadi hak peserta dan anggota keluarganya. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri dari dua jenis, yaitu:

⁶ Dharma Wiasa, I Nyoman, *Jaminan Kesehatan Nasional Yang Berkeadilan Menuju Kesejahteraan Sosial*, (Sigi SulTeng: Feniks Muda Sejahtera, 2022), hal 32 – 37

⁷ Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 47 tahun 2021, *Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan*,

⁸ Nola, Luthvi Febryka., *Polemik Pengaturan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) Rumah Sakit*, Pusat Analisis Keparlemenan Badan Keahlian Setjen DPR-RI, Isu Sepekan Bidang Kesra Komisi IX, minggu ke-3 (2024).

1. manfaat medis berupa layanan kesehatan yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan
2. manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang diatur oleh BPJS Kesehatan.

Secara umum, mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau fasilitas layanan kesehatan secara wajar, efisien dan efektif, serta diberikan secara aman dan memuaskan, sesuai norma, etika, hukum, sosial-budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen.⁹

Manajemen mutu terpadu (Total Quality Management/TQM) adalah penerapan metode kuantitatif dari semua fungsi manajemen dan sumber daya manusia untuk memperbaiki dalam penyediaan bahan baku maupun pelayanan pada tingkatan tertentu dimana kebutuhan pelanggan terpenuhi dimasa sekarang dan dimasa datang. Penerapan total quality management dalam bidang kesehatan haruslah mengutamakan pemenuhan kebutuhan kualitas pelayanan dengan cara mengadakan perbaikan terus menerus terhadap seluruh aspek yang ada. Kerangka kerja manajemen mutu yang efektif dalam layanan kesehatan menggabungkan beberapa komponen yang saling terkait. Setiap komponen memegang peranan penting dalam menangani berbagai dimensi dalam pelayanan, termasuk aspek perawatan pasien, keselamatan pasien, dan kepatuhan terhadap regulasi yang berlaku.¹⁰

Pelayanan kesehatan adalah lingkungan yang penuh resiko, setiap kegagalan proses dapat langsung mengakibatkan bahaya bagi keselamatan pasien, berakibat sanksi hukum, bahkan peningkatan biaya yang tak terkendali. Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan pasal 1 butir 2, yang dimaksud dengan mutu layanan kesehatan adalah tingkat layanan kesehatan yang dapat meningkatkan luaran kesehatan secara optimal, sesuai standar yang ditetapkan, dan perkembangan ilmu pengetahuan, serta memenuhi hak dan kewajiban pasien. Penilaian mutu pelayanan kesehatan umumnya dilakukan berdasarkan beberapa dimensi utama. Salah satu kerangka kerja yang populer adalah lima aspek komponen mutu yang dikenal dengan nama SERVQUAL (Service Quality) yang diperkenalkan oleh A. Parasuraman, Valarie A. Zeithami, dan Leonard L. Berry (1980) antara lain:

1. Bukti fisik (Tangibles): Kemampuan penyedia layanan untuk menunjukkan eksistensi dan kualitasnya berupa elemen-elemen berwujud yang dapat dilihat dan dirasakan pasien,
2. Keandalan (Reliability): Mencerminkan kemampuan penyedia layanan kesehatan untuk memberikan pelayanan yang dijanjikan secara konsisten, akurat, tepat waktu, dan dapat dipercaya, tanpa melakukan kesalahan, sehingga memenuhi atau bahkan melampaui ekspektasi pasien
3. Daya tanggap (Responsiveness): Mengacu pada kemauan untuk membantu dan menanggapi kebutuhan pasien dengan cepat dan efisien.
4. Jaminan (Assurance): Sebuah proses sistematis dan berkelanjutan untuk memastikan bahwa layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien memenuhi atau melampaui standar mutu yang telah ditetapkan, dengan tujuan membangun kepercayaan pasien melalui pelayanan yang aman, efektif, efisien, dan berorientasi pada kepuasan pasien.
5. Empati (Empathy): mencerminkan kemampuan tenaga kesehatan untuk memahami, merasakan, dan berbagi perasaan, pikiran, serta kondisi pasien secara mendalam, lalu meresponsnya dengan tindakan yang peduli dan komunikatif, menciptakan hubungan

⁹ Reni Permata, et.al., *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan* (Bandung: Media Sains Indonesia, 2025), hlm 2

¹⁰ Ibid., hlm 67.

terapeutik yang kuat dan meningkatkan kepuasan serta hasil kesehatan pasien secara keseluruhan.¹¹

Menurut World Health Organization (WHO), mutu pelayanan kesehatan adalah layanan yang meningkatkan kemungkinan hasil kesehatan yang diinginkan, selaras dengan ilmu pengetahuan terkini, dan memenuhi harapan masyarakat. Mutu ini diukur berdasarkan enam dimensi utama: efektif, efisien, dapat diakses, berpusat pada pasien, adil, dan aman.

Enam dimensi mutu pelayanan kesehatan menurut WHO

1. Efektif (Effective): Memberikan pelayanan yang berbasis bukti ilmiah dan bertujuan meningkatkan hasil kesehatan pasien.
2. Efisien (Efficient): Memaksimalkan penggunaan sumber daya yang ada dengan meminimalkan pemborosan.
3. Dapat diakses (Accessible): Memberikan layanan yang tepat waktu, tersedia, dan dapat dijangkau oleh semua orang yang membutuhkan.
4. Berpusat pada pasien (Patient-centered): Melibatkan pasien dan keluarganya dalam pengambilan keputusan yang menghormati keinginan, kebutuhan, dan nilai-nilai mereka.
5. Adil (Equitable): Menjamin bahwa pelayanan diberikan tanpa memandang status sosial, ekonomi, atau latar belakang pasien.
6. Aman (Safe): Meminimalkan resiko cedera atau bahaya bagi pasien (patient safety) dan petugas kesehatan selama proses pelayanan.¹²

Menurut Undang-Undang No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan, rumah sakit didefinisikan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna. Rumah sakit harus mampu memberikan layanan mulai dari promotif (peningkatan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (pengobatan), rehabilitatif (pemulihan), hingga paliatif (pengurangan penderitaan pada penyakit berat). Rumah sakit memiliki kewajiban untuk menyediakan fasilitas perawatan yang meliputi rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Selain itu, rumah sakit diharapkan berperan penting dalam sistem kesehatan nasional dengan memperhatikan prinsip inklusivitas, keadilan, dan pemerataan akses bagi semua lapisan masyarakat, terutama mereka yang berada di wilayah terpencil dan rentan.

Mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah hal penting yang diatur secara ketat. Menurut berbagai teori, mutu adalah tingkat kesempurnaan pelayanan yang diselenggarakan sesuai standar profesi, kode etik, serta mendekati hasil yang diinginkan dan mengurangi faktor yang tidak diinginkan. Manajemen mutu merupakan rangkaian kegiatan untuk meningkatkan mutu pelayanan secara terus-menerus. Hal ini mencakup penerapan standar pelayanan dan kode etik. Indikator mutu adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai capaian mutu, seperti angka kematian ibu, angka kematian bayi, kepuasan pasien, dan tingkat infeksi nosokomial. Rumah sakit diwajibkan untuk terus meningkatkan mutu pelayanannya melalui berbagai mekanisme, seperti akreditasi dan audit internal.

Sejak diluncurkan, program BPJS Kesehatan membawa harapan besar sebagai solusi atas ketidak-adilan akses layanan kesehatan di Indonesia yang selama ini hanya bisa dijangkau oleh masyarakat kaya. Tapi dalam pelaksanaannya, masih banyak masyarakat yang merasa pelayanan tidak adil, entah karena fasilitas yang tidak merata, antrian panjang, atau perlakuan berbeda antar kelas peserta. Dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat dan untuk mewujudkan amanat Pasal 23 ayat (4) Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengatur kelas standar dalam pelayanan rawat inap di rumah sakit (RS), maka Peraturan Presiden (Perpres) No.59 tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Perpres

¹¹ Idris, Haerawati, *Mutu Pelayanan Kesehatan*, (Palembang: UFT. Penerbit dan Percetakan Universitas Sriwijaya, 2019), hlm 11-32

¹² World Health Organization, *Quality Health Services*, <https://www.who.int/>, diakses pada 19 Mei 2025

No. 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, pada pasal 1 angka 4b berbunyi: Kelas Rawat Inap Standar adalah standar minimum pelayanan rawat inap yang diterima oleh peserta, menetapkan 12 kriteria standar kamar rawat inap dan pemberlakuan Kelas Rawat Inap Standar bagi rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan paling lambat tanggal 30 Juni 2025 (pasal 103B).¹³ Hingga saat ini, BPJS Kesehatan masih menerapkan sistem kelas rawat inap yang terdiri dari tiga tingkatan yaitu kelas 1, kelas 2, dan kelas 3. Setiap kelas memiliki perbedaan dalam hal fasilitas dan jumlah biaya yang harus dibayarkan oleh peserta.

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan bulan Mei 2025 terdapat sebanyak 3.240 rumah sakit di Indonesia, di mana sebanyak 2.715 rumah sakit atau 83,7% sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Rumah sakit tersebut terdiri dari 1.068 rumah sakit pemerintah dan 1.647 rumah sakit swasta. Rumah sakit ini yang nantinya ditargetkan dapat menerapkan KRIS. Namun realisasinya, baru 2.554 rumah sakit yang sudah melakukan pengisian kesiapan implementasi KRIS di aplikasi RS Online. Itu pun, baru 1.436 rumah sakit yang sudah memenuhi 12 kriteria KRIS (siap implementasi KRIS 1 Juli 2025) atau hanya 57,28%. Sementara sisanya, sebanyak 786 rumah sakit (30,78%) baru memenuhi 9–11 kriteria KRIS dan diestimasi baru memenuhi 12 kriteria pada akhir 2025. Kemudian, ada 189 rumah sakit (7,40%) yang baru memenuhi 5–8 kriteria KRIS, 46 rumah sakit (1,80%) baru memenuhi 1–4 kriteria KRIS, serta 70 rumah sakit (2,47%) yang sama sekali belum memenuhi kriteria KRIS. Rumah sakit yang maksimal baru memenuhi 8 kriteria KRIS ini perlu upaya ekstra untuk memenuhi 12 kriteria KRIS pada akhir 2025.¹⁴

Target implementasi Kelas Rawat Inap Standar yang ditentukan pada akhir tahun 2025 membawa implikasi finansial yang besar bagi rumah sakit, terutama yang harus melakukan perombakan Belanja modal (CapEx/Capital Expenditure) secara signifikan untuk memenuhinya. Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 hanya mengatur tentang kewajiban rumah sakit dalam hal penyediaan tempat tidur kelas standar dengan 12 kriteria standar ruang rawat inap, namun belum ada aturan yang secara eksplisit merinci sanksi bagi rumah sakit yang tidak dapat memenuhi ketentuan kriteria KRIS. Fokus investasi modal yang luar biasa besar untuk pemenuhan kriteria KRIS berpotensi mengalihkan alokasi anggaran dan perhatian manajemen dari penguatan fasilitas pelayanan kesehatan primer.

Berdasarkan latar belakang di atas, penelitian ini krusial untuk dilakukan guna menganalisis:

1. Bagaimana analisis kebijakan Kelas Rawat Inap Standar peserta program Jaminan Kesehatan Nasional?
2. Bagaimana implikasi kebijakan Kelas Rawat Inap Standar dalam upaya peningkatan mutu pelayanan program Jaminan Kesehatan Nasional yang berkeadilan?

Diharapkan penelitian ini dapat memberi manfaat pemahaman tentang konsep Kelas Rawat Inap Standar, dasar hukum penerapan kebijakan, hak atas kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional, analisa kesiapan sarana prasarana pelayanan kesehatan dalam menghadapi tantangan peningkatan mutu layanan kesehatan yang adil, serta implikasinya terhadap mutu pelayanan dan rasa keadilan bagi semua pihak. Tujuannya mendorong pemerintah untuk menetapkan aturan pelaksanaan kebijakan pengaturan Kelas Rawat Inap Standar yang akan memberi kepastian hukum dan menjamin hak atas layanan kesehatan yang setara dan bermutu tanpa mengorbankan kepentingan pihak pemberi layanan. Sehingga memberi kepastian dan perlindungan hukum bagi pemberi layanan dan peserta Jaminan Kesehatan untuk keberlangsungan program Sistem Jaminan Sosial Nasional yang sesuai asas dan prinsip keterbukaan, portabilitas, dan amanah serta keadilan bagi semua pihak. Selain itu bagi masyarakat yang merupakan peserta wajib program Jaminan

¹³ Nola, Luthvi Febryka. *Polemik Pengaturan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) Rumah sakit* (Jakarta: Pusat Analisis Keparlemenan Badan Keahlian Setjen DPR-RI, Isu Sepekan Bidang Kesra Komisi IX, 2024).

¹⁴ Maulana, Akbar al Ishaqi, *BPJS Kesehatan dan Nasib Kelas Rawat Inap Standar (KRIS)*, finansial.bisnis.com, diakses 27 Mei 2025

Kesehatan Nasional dapat memahami hak dan kewajiban mereka sehingga dapat bekerja sama untuk memperjuangkan hak atas layanan kesehatan yang bermartabat dan adil.

METODE PENELITIAN

Penelitian ilmu hukum merupakan penelitian yang doktrinal karena keilmuan hukum bersifat preskriptif, dan bukan deskriptif sebagaimana ilmu eksakta maupun ilmu sosial humaniora lainnya. Preskripsi yakni menyatakan apa yang diharuskan oleh hukum. Penelitian hukum merupakan suatu proses untuk menemukan aturan hukum, asas, prinsip hukum maupun doktrin dalam hukum untuk menjawab isu hukum yang dihadapi. Sehingga penelitian hukum dilakukan untuk menghasilkan argumentasi, teori, konsep baru sebagai preskripsi dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi terhadap permasalahan hukum.

Menurut jenis, sifat, dan tujuannya penelitian hukum secara umum dibedakan menjadi 3 jenis penelitian hukum yakni:

1. Penelitian hukum normative
2. Penelitian hukum empiris
3. Penelitian hukum normative-empiris.

Penelitian hukum normative (Normative Law Research) merupakan penelitian hukum yang mengkaji hukum yang dikonsepsikan sebagai norma atau kaidah yang berlaku dalam masyarakat guna mencapai tujuan yang telah ditentukan. Metode penelitian hukum normative diartikan sebagai sebuah metode penelitian atas aturan-aturan perundangan (vertical), maupun hubungan harmoni perundang-undangan (horizontal).

Penelitian ini berfokus pada kajian kaidah-kaidah hukum, norma, asas-asas, dan peraturan perundang-undangan. Jenis Penelitian ini merupakan penelitian yuridis normative dengan pendekatan per-Undang-undangan dan pendekatan konseptual atas isu dan permasalahan yang timbul dari sebuah kebijakan baru terkait penghapusan kelas rawat inap kelas 1, 2, 3 menjadi Kelas Rawat Inap Standar Rumah Sakit dengan tujuan menyelesaikan masalah perlakuan diskriminatif dalam pelayanan peserta Jaminan Kesehatan Nasional untuk memenuhi kewajiban negara atas hak kesehatan masyarakat sesuai amanah Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945. Analisis dilakukan dengan mengkaji kesesuaian antara regulasi kebijakan Kelas Rawat Inap Standar dengan undang-undang yang lebih tinggi atau asas-asas hukum seperti keadilan.

Penelitian hukum menggunakan berbagai pendekatan, dengan tujuan untuk mendapatkan informasi dari berbagai aspek mengenai isu yang diteliti. Pendekatan diartikan sebagai usaha untuk mengadakan hubungan dengan orang atau metode untuk mencapai pengertian tentang masalah penelitian. Peter Mahmud Marzuki dalam buku Penelitian Hukum membagi pendekatan penelitian menjadi:

1. Pendekatan undang-undang (Statute approach)
2. Pendekatan kasus (Case approach)
3. Pendekatan historis (Historical approach)
4. Pendekatan komparatif (Comparative approach)
5. Pendekatan konseptual (Conceptual approach)

Metode pendekatan yang digunakan pada tesis ini adalah pendekatan perundang-undangan dan pendekatan konseptual, dari bahan hukum primer, sekunder, dan tersier yang telah dikumpulkan kemudian di lakukan analisa preskriptif menggunakan teori Keadilan, teori Negara Kesejahteraan, dan teori Implementasi Kebijakan Publik terhadap norma kebijakan Kelas Standar Rawat Inap peserta BPJS Kesehatan yang menjadi permasalahan dalam implementasinya terhadap kualitas pelayanan dan rasa keadilan bagi semua pihak.

Dalam penelitian normative mengandalkan bahan hukum sebagai sumber utama. Bahan hukum sudah ada dalam aturan hukum itu sendiri, yang didapat dengan cara penelitian kepustakaan. Bahan hukum berasal dari:

1. Bahan hukum primer

Yaitu berupa bahan hukum yang memiliki kekuatan mengikat, antara lain:

- a. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945,
- b. Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional,
- c. Undang-Undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial,
- d. Undang-Undang nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan,
- e. Peraturan Presiden nomor 59 tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan

2. Bahan hukum sekunder

Yaitu berupa buku Hukum, jurnal hukum yang berisi asas hukum, dan hasil penelitian terdahulu tentang Jaminan Kesehatan dan kebijakan Kelas Rawat Inap Standar.

3. Bahan hukum tersier

Yaitu yang berkaitan dengan topik penelitian berasal dari berita elektronik, data sensus, laporan Dewan Jaminan Sosial Nasional, dan laporan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Setelah isu hukum ditetapkan, peneliti selanjutnya akan melakukan penelusuran untuk mencari bahan hukum yang relevan terhadap isu hukum kebijakan Kelas Rawat Inap Standar. Bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier dikumpulkan dengan melakukan penelusuran (*searching*) menggunakan tehnik studi Pustaka atas peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan isu permasalahan kebijakan Kelas Rawat Inap Standar yang diteliti,

Bahan hukum yang telah dikumpulkan dan dikelompokkan kemudian ditelaah dengan menggunakan pendekatan konseptual dan pendekatan perundang-undangan untuk memperoleh gambaran atau jawaban terhadap permasalahan yang menjadi fokus kajian penelitian. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan metode analisis yang bersifat kualitatif yaitu dengan cara melakukan penafsiran (*interpretasi*) terhadap bahan-bahan hukum yang telah diolah. Penggunaan metode penafsiran ini bertujuan untuk menafsirkan hukum, apakah terhadap bahan hukum tersebut khususnya bahan hukum primer terdapat kekosongan norma hukum, antinomi norma hukum, dan norma hukum yang kabur. (tidak jelas). Analisis deskriptif kualitatif digunakan untuk menganalisis, menggambarkan, dan menjelaskan secara sistematis bagaimana kebijakan Kelas standar tersebut berimplikasi pada mutu pelayanan dan mencerminkan prinsip-prinsip keadilan sosial, memahami konteks dan latar belakang kebijakan, serta mengungkapkan dinamika, interaksi dan hubungan antar fenomena yang diteliti sehingga menghasilkan kesimpulan dan saran yang diharapkan untuk memberi sumbangsih pemikiran bagi solusi masalah terkait pemenuhan hak kesehatan warga negara.¹⁵

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Analisis Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional

Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar yang diatur dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 59 tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Perpres Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, mewajibkan penghapusan sistem kelas rawat inap kelas 1, 2, dan 3 bagi peserta program asuransi sosial jaminan kesehatan BPJS Kesehatan dan menggantinya secara bertahap dengan sistem kelas standar. Secara normatif kebijakan ini bertujuan untuk menjamin kesetaraan pelayanan yang tidak diskriminatif, memberi rasa keadilan bagi semua peserta, dan untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan bagi seluruh peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tanpa membedakan status sosial dan besaran iuran. Kebijakan ini merupakan pelaksanaan Undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang menetapkan Kelas Standar bagi peserta Jaminan Kesehatan yang membutuhkan perawatan inap di rumah sakit.

Dari sudut pandang hukum, kebijakan Kelas Rawat Inap Standar ini berakar pada prinsip-prinsip hukum:

- a. Keadilan sosial, yang menjamin semua peserta jaminan kesehatan BPJS, tanpa memandang besaran premi/iuran yang dibayarkan atau status sosial, untuk memperoleh layanan rawat

¹⁵ Muhaimin, *Metode Penelitian Hukum*, (Mataram: Mataram University Press, 2020), hlm 17-72

- inap minimal yang setara tanpa diskriminasi sesuai kebutuhan medis dan bermartabat sebagai manusia.
- b. Perlindungan keselamatan pasien dengan standarisasi fasilitas rawat inap melalui ketentuan 12 kriteria yang bertujuan untuk meningkatkan keselamatan bagi pasien, keamanan dalam perawatan, dan kenyamanan pasien, yang merupakan bagian dari hak pasien atas pelayanan kesehatan yang bermutu.
 - c. Efisiensi dan efektivitas sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); Kebijakan ini juga bertujuan untuk mengendalikan biaya layanan kesehatan yang seringkali sangat mahal dan memastikan keberlanjutan program Jaminan Kesehatan Nasional BPJS dalam jangka panjang dengan efisiensi biaya perawatan dan pengobatan.

Menurut Perpres nomor 59 tahun 2024, Rumah sakit wajib memenuhi 12 (duabelas) kriteria fasilitas fisik rawat inap antara lain: komponen bangunan yang memenuhi standar, kepadatan kamar rawat inap maksimal 4 tempat tidur perkamar dengan jarak antara tepi tempat tidur sekitar 1,5 meter, ventilasi udara dan pencahayaan yang memadai, tempat tidur yang dapat dioperasikan secara elektrik atau manual, nakas (lemari kecil) per tempat tidur yang setara, kamar mandi dalam ruangan dengan standar aksesibilitas, tersedianya sistem oksigen sentral di setiap tempat tidur perawatan dan kriteria teknis lainnya yang bertujuan untuk memastikan lingkungan perawatan yang aman dan layak bagi keselamatan pasien. Rumah sakit kesulitan memenuhi kriteria ini karena memerlukan dana investasi besar, yang tidak selalu tersedia di rumah sakit dengan anggaran terbatas. Kriteria-kriteria seperti fasilitas kamar mandi dalam dan outlet oksigen sentral merupakan tantangan besar bagi rumah sakit kelas C dan D yang seringkali berada di wilayah dengan infra-struktur dan sumber daya yang terbatas.

Berdasarkan data Dirjen Yankes Rujukan Kemenkes R.I. pada Update kebijakan dan implementasi Kelas Rawat Inap Standar pada 11 Juli 2024, dari total 3.057 Rumah sakit se-Indonesia, hanya 1.062 Rumah sakit yang siap implementasi kebijakan Kelas Rawat Inap Standar yaitu sebesar 43 % (per tanggal 10 Juli 2024).¹⁶ Sementara itu, berdasarkan data Kementerian Kesehatan pada Mei 2025 terdapat sebanyak 3.240 rumah sakit di Indonesia, baru 1.436 rumah sakit yang sudah memenuhi 12 kriteria KRIS (siap implementasi KRIS 1 Juli 2025) atau hanya 57,28%. Sementara sisanya, sebanyak 786 rumah sakit (30,78%) baru memenuhi 9–11 kriteria KRIS dan diestimasi baru memenuhi 12 kriteria pada akhir 2025. Kemudian, ada 189 rumah sakit (7,40%) yang baru memenuhi 5–8 kriteria KRIS, 46 rumah sakit (1,80%) baru memenuhi 1–4 kriteria KRIS, serta 70 rumah sakit (2,47%) yang sama sekali belum memenuhi kriteria KRIS. Rumah sakit yang maksimal baru memenuhi 8 kriteria KRIS ini perlu upaya ekstra untuk memenuhi 12 kriteria KRIS pada akhir 2025.¹⁷

Berikut Gambar/Tabel, Update Hasil Survey Kesiapan Seluruh RS dalam Implementasi KRIS Per 1 Juli 2025

¹⁶ Hanri, Muhammad, et.al., *Kajian perlindungan sosial dan tenaga kerja: Era baru kelas rawat inap BPJS Kesehatan*, LPEM FEB UI: Labor Market Brief, vol. 5, Nomor 5, (2024)

¹⁷ Maulana, Akbar al Ishaqi, Op.Cit.

Dari sudut pandang teori keadilan John Rawls, kebijakan Kelas Rawat Inap Standar merupakan langkah penting menuju keadilan sosial dalam sistem jaminan kesehatan di Indonesia. Dengan menstandarisasi fasilitas layanan kesehatan dan menghilangkan perbedaan kelas, kebijakan ini berpotensi untuk memberikan akses yang lebih adil kepada semua peserta BPJS Kesehatan. Namun, kesuksesan kebijakan ini akan sangat bergantung pada pelaksanaannya yang efektif, termasuk memastikan bahwa standar layanan yang tinggi dapat dicapai di seluruh wilayah Indonesia, dan besaran iuran yang adil diterapkan untuk melindungi kelompok yang paling tidak beruntung serta memberi rasa keadilan secara ekonomi bagi rumah sakit sebagai mitra pelayanan jaminan kesehatan BPJS.¹⁸

Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit masih menghadapi tantangan terkait kekaburan norma, yang berpotensi mempengaruhi perwujudan kepastian, keadilan, dan kemanfaatan sebuah kebijakan publik. Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang bertujuan menyeragamkan standar minimum fasilitas ruang rawat inap bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memiliki permasalahan:

a. Kekaburan norma berupa:

- 1) Ketidadaan sanksi bagi rumah sakit yang melanggar: Salah satu kekurangannya adalah ketidadaan norma yang secara eksplisit mengatur sanksi tegas bagi rumah sakit yang tidak dapat memenuhi 12 kriteria KRIS pada rentang waktu yang ditentukan (yang diundur menjadi 31 Desember 2025). Hal ini menimbulkan ketidak-pastian hukum mengenai konsekuensi yang dihadapi oleh rumah sakit yang belum siap. Berdampak pada perbedaan fasilitas kamar rawat inap antara rumah sakit yang telah memenuhi secara penuh dengan rumah sakit yang cuma mampu memenuhi kurang dari 8 kriteria walaupun dengan kelas rumah sakit yang sama.
- 2) Ketidak-jelasan iuran dan besaran klaim bagi rumah sakit yang merupakan hak rumah sakit selaku mitra kerjasama penyelenggaraan jaminan kesehatan: Perpres nomor 59 tahun 2024 menghapus sistem kelas secara bertahap dan digantikan dengan sistem kelas rawat inap standar, namun besaran iuran kepesertaan jaminan kesehatan yang baru belum ditetapkan dan masih mengacu pada Perpres nomor 64 tahun 2020. Besaran klaim bagi rumah sakitpun masih menggunakan tarif Ina-CBGs yang menyisakan polemik terkait beban operasional dibanding penerimaan rumah sakit. Ketidak-jelasan tarif iuran dan besaran klaim di masa transisi ini dapat menimbulkan kebingungan di masyarakat dan pengelola rumah sakit dalam menghitung besaran dana rencana investasi dan berdampak bagi keberlanjutan pelayanan.
- 3) Adanya Pengaturan teknis lebih lanjut: Perpres mendelegasikan banyak pengaturan teknis pelaksanaan kebijakan kelas standar ke Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes). Keterlambatan atau ketidak-jelasan dalam regulasi turunan ini dapat menyebabkan kekaburan dalam implementasi praktis di lapangan.

b. Dari perspektif tujuan hukum:

- 1) Kepastian hukum: Adanya standar minimum 12 kriteria bertujuan memberi manfaat bagi pasien peserta JKN-BPJS bahwa mereka akan menerima fasilitas rawat inap yang layak, berbeda dari kelas sebelumnya. Namun, ketidadaan sanksi dan iuran serta tarif yang disebutkan di atas justru mengurangi kepastian hukum dalam fase transisi.
- 2) Keadilan: Kebijakan ini didasari prinsip keadilan sosial dan ekuitas untuk menghilangkan kesenjangan pelayanan rawat inap antar kelas peserta JKN-BPJS yang tujuannya agar semua peserta mendapatkan perlakuan yang sama dalam layanan medis. Namun, muncul kekhawatiran terkait potensi ketidak-adilan jika rumah sakit

¹⁸ Aprita, Serlika, Rio Adhitya., *Filsafat Hukum*, (Depok: Rajawali Pers, 2020), hlm 359-367

tidak sama dalam memenuhi standar, atau jika peserta terpaksa membayar selisih biaya untuk manfaat fasilitas non-medis yang lebih tinggi, atau penurunan standar pelayanan bagi peserta kelas 1.

- 3) Kemanfaatan: Kebijakan ini diharapkan bermanfaat untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Namun, implementasinya menghadapi tantangan kesiapan infra-struktur di banyak rumah sakit, terutama rumah sakit swasta atau di daerah. Jika fasilitas belum siap, kemanfaatan kebijakan dalam meningkatkan mutu layanan secara merata bisa terhambat, bahkan beresiko menurunkan kualitas pelayanan di rumah sakit yang kurang mampu memenuhi kriteria kelas standar.

Secara normatif, kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) memiliki landasan hukum melalui Perpres nomor 59 tahun 2024 dan memiliki tujuan mulia untuk mewujudkan keadilan dan peningkatan mutu layanan kesehatan. Namun terdapat kekaburan norma berupa ketiadaan sanksi, ketidakjelasan hak rumah sakit, serta tantangan dalam implementasi yang merata berpotensi menghambat terwujudnya kepastian, keadilan dan kemanfaatan kebijakan publik ini secara optimal. Diperlukan regulasi pelaksana yang lebih jelas, lebih lengkap, lebih rinci dan dukungan fiskal pemerintah yang kuat untuk memastikan kesiapan semua rumah sakit serta pengawasan secara rutin dan terpadu untuk memastikan pelaksanaan kebijakan sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai.

Analisis Implikasi Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar Dalam Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Nasional Yang Berkeadilan

Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar yang diatur dalam Perpres No. 59 tahun 2024, bertujuan menyamakan standar minimum fasilitas rawat inap bagi semua peserta JKN-BPJS, dengan menyederhanakan sistem kelas yang ada sebelumnya. Belum adanya penetapan iuran dan tarif klaim yang baru secara final hingga batas waktu penerapan penuh dapat membingungkan peserta dan pihak rumah sakit mengenai hak dan kewajiban finansial mereka setelah sistem kelas 1, 2, dan 3 dihapus. Meskipun 12 kriteria telah ditetapkan kapasitas rumah sakit untuk memenuhinya secara serentak masih beragam. Norma yang mengharuskan rumah sakit pemerintah menyediakan 60% dan rumah sakit swasta 40% tempat tidur sesuai kriteria kelas standar (KRIS) secara bertahap menunjukkan pengakuan adanya kendala implementasi, juga menciptakan variasi standar di lapangan selama masa transisi.

Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) didasari oleh prinsip keadilan sosial dan kesetaraan akses layanan dengan menghilangkan kesenjangan fasilitas rawat inap berdasarkan kelas. Norma kebijakan membebaskan tanggung jawab besar kepada rumah sakit (terutama swasta) untuk melakukan renovasi dan penyesuaian fasilitas yang membutuhkan dana investasi besar. Belum adanya penetapan besaran iuran kepesertaan kelas standar dan masih menggunakan ketentuan besaran klaim berdasarkan tarif Ina-CBGs yang kurang memperhitungkan resiko beban operasional rumah sakit serta tanpa dukungan finansial dan skema insentif yang jelas dan memadai dari pemerintah atau BPJS, dapat menimbulkan ketidak-adilan ekonomi bagi penyelenggara layanan, yang potensial berdampak pada kemampuan mereka untuk tetap bekerja sama dalam program Jaminan Kesehatan Nasional BPJS. Masih adanya polemik mengenai kekhawatiran peserta kelas 1 dan 2 yang sebelumnya dapat mengakses fasilitas yang lebih baik akan mengalami penurunan kualitas, menunjukkan adanya area norma yang belum sepenuhnya tuntas diatur untuk memenuhi rasa keadilan bagi semua segmen peserta.

Implikasi kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap mutu pelayanan kesehatan, dengan analisis berdasarkan teori manajemen mutu Servqual (Service Quality), cenderung mengarah pada peningkatan standar fisik (Dimensi Tangibles) dan pemerataan fasilitas, namun masih menyisakan tantangan dalam dimensi lainnya seperti kehandalan, daya tanggap, jaminan, dan empati. Analisis implikasi kebijakan KRIS-JKN berdasarkan kelima dimensi mutu Servqual antara lain:¹⁹

¹⁹ Idris, Haerawati, *Mutu Pelayanan Kesehatan*, UPT. Penerbit dan Percetakan Universitas Sriwijaya, ed-1,

a. Tangibles (Bukti Fisik/Fasilitas)

Implikasi paling bermakna dari kebijakan Kelas Rawat Inap Standar-JKN terletak pada dimensi fisik/tangibles. Kebijakan ini menetapkan 12 kriteria minimum sarana dan prasarana rawat inap, seperti maksimal 4 tempat tidur per kamar, adanya kamar mandi dalam, ventilasi, pencahayaan, dan kelengkapan tempat tidur standar. Implikasi positifnya terjadi peningkatan fasilitas fisik yang merata bagi semua peserta JKN, terutama bagi peserta kelas 3 yang sebelumnya seringkali berada di ruangan padat (bisa 6-10 tempat tidur). Hal ini diharapkan dapat meningkatkan kenyamanan pasien dan mengurangi resiko infeksi nosokomial. Tantangan pemenuhan kesiapan rumah sakit dalam memenuhi 12 kriteria ini bervariasi, banyak rumah sakit (terutama swasta) masih dalam proses penyesuaian infrastruktur, yang memerlukan dana investasi besar dan penyesuaian operasional. Kegagalan pemenuhan kriteria oleh rumah sakit yang tidak memiliki dana investasi dan tidak tersedianya infra-struktur yang dibutuhkan untuk menunjang pemenuhan akan menyebabkan penurunan standar akreditasi dan penghentian kerja-sama dengan BPJS Kesehatan yang pada akhirnya merugikan peserta.

b. Reliability (Kehandalan)

Dimensi Reliability/kehandalan berkaitan dengan kemampuan rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang dijanjikan secara akurat dan konsisten. Dengan adanya standarisasi fasilitas melalui kebijakan KRIS, diharapkan ada kehandalan yang lebih baik dalam penyediaan lingkungan perawatan yang seragam dan berkualitas. Namun, kehandalan dalam aspek medis misal ketepatan diagnosis dan perawatan yang tidak membahayakan pasien sangat bergantung pada faktor lain seperti kompetensi tenaga medis dan manajemen internal Rumah Sakit, yang tidak secara langsung diatur oleh standar fisik.

c. Responsiveness (Daya Tanggap)

Dimensi ini mengukur kemauan staf untuk membantu pasien dan memberikan layanan yang cepat dan tepat. Penurunan rasio tempat tidur per kamar (maksimal 4 tempat tidur per kamar) berpotensi meningkatkan daya tanggap perawat dan tenaga medis karena beban pengawasan pasien per ruangan menjadi lebih terkelola. Namun dimensi ini juga terkait erat dengan jumlah dan distribusi tenaga medis, yang mungkin tetap menjadi tantangan operasional di beberapa fasilitas kesehatan khususnya di daerah.

d. Assurance (Jaminan)

Aspek jaminan meliputi pengetahuan, kemampuan/ketrampilan, dan komunikasi staf untuk menanamkan rasa percaya diri dan aman pada pasien. Standarisasi layanan melalui kebijakan kelas standar bertujuan untuk memberikan jaminan mutu pelayanan minimum kepada peserta JKN agar pasien merasa lebih nyaman karena mendapatkan fasilitas yang setara. Namun, aspek jaminan ini lebih terkait dengan profesionalisme dan komunikasi efektif staf medis, yang memerlukan pelatihan dan pengawasan manajemen yang berkelanjutan di luar standar fisik kelas standar.

e. Empathy (Empati)

Dimensi empati berfokus pada perhatian individual yang diberikan oleh penyedia layanan kesehatan kepada pasien. Lingkungan yang lebih nyaman dan tidak terlalu padat (karena batasan 4 tempat tidur per kamar) dapat menciptakan suasana yang lebih kondusif untuk interaksi antara pasien dan tenaga medis, sehingga membuka peluang untuk meningkatkan empati. Namun, empati adalah kualitas inter-personal yang sangat bergantung pada budaya organisasi dan pelatihan staf, bukan semata-mata pada kriteria fisik ruangan.

Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar ini diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien, dan memberikan kenyamanan yang lebih baik bagi seluruh peserta JKN. Ketidak-jelasan perhitungan tarif klaim bagi rumah sakit dan iuran baru kepesertaan kelas standar setelah kebijakan Kelas standar diterapkan secara penuh menimbulkan kekhawatiran tentang

keberlanjutan pendanaan program Jaminan Kesehatan Nasional bagi rumah sakit secara keseluruhan. Jika tarif yang ditetapkan tidak memadai, rumah sakit mungkin kesulitan menjaga mutu layanan yang diharapkan dan akan mengurangi kemanfaatan optimal bagi pasien.

Secara normatif, kebijakan Kelas Rawat Inap Standar memiliki landasan hukum yang kuat yaitu Perpres No. 59 tahun 2024 tentang Jaminan Kesehatan dan tujuan mulia untuk peningkatan mutu serta kesetaraan layanan. Namun implementasinya menghadapi kekaburan norma terutama terkait:

- a. Ketiadaan sanksi secara eksplisit bagi Rumah sakit yang tidak dapat memenuhi 12 kriteria KRIS setelah tenggat waktu Desember 2025
- b. Mekanisme finansial dan tarif yang adil secara ekonomi pasca-transisi.
- c. Skema dukungan fiskal yang adil bagi rumah sakit untuk penyesuaian infra-struktur.
- d. Pengaturan detail mengenai opsi layanan tambahan bagi peserta yang menginginkan fasilitas di atas standar minimum.

Aspek-aspek ini berpotensi menghambat perwujudan kepastian, keadilan, dan kemanfaatan yang optimal dalam pelayanan kesehatan bagi peserta.

Banyak rumah sakit, terutama rumah sakit swasta kelas D dan rumah sakit di daerah, menghadapi tantangan besar dalam memenuhi 12 kriteria tersebut karena keterbatasan infrastruktur dan anggaran. Hal ini mengindikasikan bahwa norma yang ada mungkin tidak mempertimbangkan kondisi nyata dan kemampuan keuangan semua fasilitas kesehatan secara adil, yang berpotensi menyebabkan ketidak-lengkapan dalam panduan teknis untuk rumah sakit dengan sumber daya terbatas. Norma 12 kriteria cenderung fokus pada aspek fisik bangunan (non-medis) seperti jumlah tempat tidur per kamar, komponen bangunan, dan ketersediaan kamar mandi. Kriteria standar fisik ini tidak secara langsung dan konsisten menjamin peningkatan manfaat medis (kualitas perawatan klinis) bagi pasien, selain hanya manfaat non-medis (kenyamanan dan keselamatan pasien). Hasil analisa deskriptif menunjukkan bahwa tujuan kebijakan KRIS untuk menciptakan keadilan dan kesetaraan pelayanan rawat inap merupakan prinsip yang adil secara konseptual. Namun dalam implementasinya, adanya kekaburan norma menyebabkan ketidak-setaraan secara prosedural.

Rumah sakit yang mampu memenuhi kriteria dengan cepat dapat terus bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, sementara yang tidak mampu beresiko kehilangan kerja sama, yang secara tidak langsung merugikan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di daerah tersebut karena pilihan fasilitas kesehatan menjadi terbatas. Ketidak-mampuan rumah sakit dalam memenuhi kriteria menyebabkan penurunan akses atau kualitas pelayanan medis (karena Rumah sakit terbebani biaya penyesuaian atau keluar dari kerjasama sistem JKN), maka keadilan dalam manfaat medis menjadi terganggu. Hal ini menimbulkan tantangan signifikan dalam mencapai keadilan substansial, terutama dalam memastikan keseimbangan antara peningkatan manfaat non-medis dan jaminan akses serta kualitas manfaat medis yang merata bagi seluruh peserta JKN di Indonesia.

Teori negara kesejahteraan menekankan pentingnya pemerintah memenuhi kesejahteraan masyarakat umum, termasuk akses layanan kesehatan yang adil dan merata bagi semua warga negara, tanpa diskriminasi. Kekaburan norma berupa ketiadaan sanksi tegas bagi rumah sakit yang tidak memenuhinya dapat menyebabkan perbedaan signifikan antar rumah sakit dalam memenuhi kriteria Kelas Rawat Inap Standar. Akibatnya, pasien di rumah sakit dengan fasilitas minimal (meskipun secara norma memenuhi syarat) mungkin menerima manfaat medis yang secara kualitas berbeda dibandingkan dengan pasien di rumah sakit dengan fasilitas lebih baik, meskipun keduanya berada di kelas standar yang sama. Hal ini melanggar prinsip ekuitas (kesamaan) dalam pelayanan kesehatan. Meskipun tujuan kebijakan kelas standar (KRIS) adalah mulia, yaitu menghilangkan kesenjangan layanan rawat inap dan mendorong kesamaan hak, namun norma yang mengatur standar minimal 12 kriteria bersifat umum dan masih memerlukan penafsiran terkait detail teknis di lapangan. Ketiadaan norma mengenai dukungan dan atau insentif fiskal serta sanksi yang efektif bagi rumah sakit yang belum memenuhi standar secara tepat waktu menciptakan ruang ketidak-pastian dalam jaminan akses yang seragam.²⁰

²⁰ Wirata, Gede, *Kebijakan Sosial: Kebijakan Pemerintah untuk Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat dan*

Analisis berdasarkan teori Implementasi Kebijakan publik Van Meter dan Van Horn:²¹

- a. Standar dan sasaran kebijakan (Policy Standards and Objectives): Norma yang kabur secara signifikan melemahkan komponen ini. Selain ketiadaan sanksi tegas bagi rumah sakit yang tidak memenuhi 12 kriteria standar sampai batas waktu yang ditentukan, ketidak-jelasan standar fisik bangunan secara detail menjadi hambatan utama dalam implementasi karena pelaksana kebijakan (direktur rumah sakit, staf teknis) tidak memiliki panduan/petunjuk teknis yang tegas dan seragam.
- b. Sumber daya (Resources): Implementasi kebijakan kriteria KRIS membutuhkan sumber daya finansial dan teknis yang besar untuk renovasi atau pembangunan fasilitas. Keterbatasan dana investasi untuk merenovasi atau membangun infrastruktur sesuai ketentuan menyebabkan masih banyak rumah sakit belum dapat memenuhinya. Sementara ketersediaan sumber daya tenaga kesehatan belum sepenuhnya tercukupi sesuai kebutuhan ideal.
- c. Karakteristik organisasi pelaksana (Characteristics of the Implementing Agencies): Efektivitas implementasi sangat bergantung pada kesiapan organisasi pelaksana (rumah sakit pemerintah dan swasta) dan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang jelas. Norma yang tidak jelas menghambat penyusunan SOP internal yang efektif, sehingga menyebabkan variasi kesiapan antar rumah sakit.
- d. Sikap (Disposisi) pelaksana (Dispositions of the Implementors): Adanya kekaburan norma dapat memengaruhi sikap pelaksana. Beberapa mungkin menjadi ragu, sementara yang lain mungkin menafsirkan secara minimalis, yang selanjutnya memperburuk inkonsistensi dalam penerapan standar. Kekurangan dana investasi dan sumber daya manusia kesehatan akan mempengaruhi sikap pelaksana dalam pemenuhan kriteria kelas standar.
- e. Komunikasi antar organisasi dan aktivitas pelaksana (Inter-organizational Communication and Enforcement Activities): Komunikasi dan koordinasi antara pemerintah pusat, BPJS Kesehatan, dan rumah sakit menjadi tidak efektif karena tidak adanya standar yang jelas untuk dirujuk bersama. Kebijakan kelas standar yang tidak memperhitungkan keadilan ekonomi bagi rumah sakit dan beban investasi yang besar tanpa insentif fiskal dari pemerintah atau BPJS akan menghambat aktivitas pelaksana kebijakan.
- f. Kondisi lingkungan ekonomi, sosial, dan politik (Economic, Social, and Political Conditions): Kondisi ini turut mempengaruhi, di mana rumah sakit di daerah dengan sumber daya terbatas kesulitan memenuhi kriteria kelas standar tersebut.

Analisis menyimpulkan bahwa kekaburan norma 12 kriteria fisik bangunan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) dan keterbatasan sumber daya baik finansial maupun tenaga medis dan tenaga kesehatan merupakan hambatan utama terhadap implementasi yang adil dan efektif. Hal ini secara langsung mengganggu pencapaian tujuan kebijakan untuk menciptakan keadilan dalam manfaat medis dan non-medis bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan.

Pengentasan Kemiskinan, cet-1, Purwokerto: Penerbit CV Pena Persada, 2022, hlm 29-43

²¹ Jumroh, et.al., *Implementasi Pelayanan Publik: Teori dan Praktik*, cet-1, (Solok: Penerbit Insan Cendekia Mandiri Solok, 2021), hlm 132-141

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Analisis kebijakan Kelas Rawat Inap Standar peserta program Jaminan Kesehatan Nasional adalah sejalan dengan prinsip ekuitas dan keadilan sosial. Tujuannya adalah memastikan akses layanan kesehatan yang adil dan setara bagi semua peserta, terutama bagi peserta dari kelas 3 dan Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang sebelumnya mungkin mendapatkan fasilitas kurang memadai. Namun adanya kekaburan norma berupa ketiadaan sanksi tegas dan ketidak-jelasan iuran kelas standar serta besaran tarif klaim rumah sakit yang merupakan hak rumah sakit selaku mitra kerjasama menimbulkan ketidak-pastian hukum mengenai konsekuensi yang dihadapi oleh rumah sakit yang belum siap, yang menimbulkan kebingungan di masyarakat dan pengelola rumah sakit. Hal ini beresiko menyebabkan kesenjangan layanan antar rumah sakit, yang bertentangan dengan prinsip keadilan. Pelaksanaan yang belum optimal (banyak rumah sakit belum memenuhi kriteria KRIS) menunjukkan bahwa jaminan kesehatan yang layak belum sepenuhnya dapat terpenuhi secara efektif. Kekaburan norma secara langsung berdampak pada faktor standar dan tujuan/sasaran kebijakan serta komunikasi antar pelaksana yang akhirnya dapat menyebabkan kegagalan implementasi. Adanya kekaburan norma dan tantangan dalam implementasi, berpotensi menghambat terwujudnya keadilan, kepastian dan kemanfaatan kebijakan publik ini secara optimal yang menimbulkan ketidak puasan pasien peserta Jaminan Kesehatan serta dapat memicu sengketa medik.

Saran

a. Penyempurnaan norma kebijakan:

Pemerintah dan BPJS Kesehatan perlu segera menyempurnakan regulasi terkait kebijakan Kelas Rawat Inap Standar, memperjelas standar, kriteria, dan terutama model pembiayaan (iuran) yang adil secara ekonomi dan berkelanjutan. Perlu ada kajian mendalam sebelum penetapan iuran dan tarif klaim untuk menghindari polemik dan beban bagi masyarakat maupun pihak rumah sakit. Mengatasi kekaburan norma dengan merevisi peraturan (Perpres/Permenkes) untuk merumuskan standar dan tujuan kebijakan KRIS yang lebih presisi, terukur, dan tidak ambigu, sehingga memudahkan interpretasi dan pelaksanaan di lapangan. BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan wajib menyediakan informasi yang transparan dan mudah diakses mengenai hak dan kewajiban peserta dalam skema Kelas Rawat Inap Standar, termasuk prosedur rujukan dan penanganan keluhan, untuk memastikan tidak ada kelompok yang dirugikan karena keterbatasan informasi.

Kebijakan harus fokus pada pemerataan fasilitas kesehatan yang memenuhi standar kriteria KRIS di seluruh daerah, termasuk daerah terpencil, untuk mengurangi kesenjangan pelayanan kesehatan antar wilayah dan memastikan hak konstitusional warga negara atas kesehatan terpenuhi. Membentuk mekanisme pengawasan independen untuk memonitor kepatuhan rumah sakit terhadap standar kriteria Kelas Rawat Inap Standar dan menegakkan sanksi yang tegas bagi yang melanggar, guna menjamin keadilan dalam pelayanan. Selain rawat inap, negara perlu memperkuat pelayanan kesehatan primer (Puskesmas) dan menekankan aspek promotif-preventif untuk mengurangi beban pembiayaan kuratif jangka panjang dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

b. Peningkatan kesiapan implementasi:

Pemerintah harus memberikan dukungan konkret, baik dalam bentuk pendampingan teknis maupun bantuan anggaran (insentif fiskal) kepada rumah sakit yang masih mengalami kendala infrastruktur, terutama di daerah, agar dapat memenuhi standar kriteria Kelas Rawat Inap Standar tanpa mengganggu kapasitas pelayanan. Memastikan ketersediaan sumber daya esensial, termasuk tenaga medis yang kompeten, sarana prasarana, dan anggaran operasional, di setiap rumah sakit pelaksana. Ketidak-cukupan sumber daya saat ini menjadi hambatan utama implementasi.

c. Sosialisasi dan komunikasi efektif:

Melakukan sosialisasi yang masif dan berkesinambungan kepada seluruh pemangku kepentingan (peserta, tenaga kesehatan, manajemen rumah sakit) mengenai tujuan dan teknis pelaksanaan kebijakan Kelas Rawat Inap Standar untuk menciptakan pemahaman dan dukungan

bersama. Memperbaiki saluran komunikasi dan koordinasi antara pemerintah pusat (Kemenkes, BPJS Kesehatan), pemerintah daerah (Dinas Kesehatan), dan fasilitas kesehatan (Rumah Sakit swasta/pemerintah) untuk menyamakan persepsi dan prosedur pelaksanaan kebijakan KRIS.

d. Monitoring dan evaluasi berbasis teori implementasi dan manajemen mutu:

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi harus menggunakan kerangka yang komprehensif, untuk mengidentifikasi hambatan spesifik pada setiap variabel (standar dan tujuan, sumber daya, komunikasi antar-institusi, sikap pelaksana, karakteristik pelaksana atau struktur birokrasi, dan faktor kondisi ekonomi, dan sosial-politik) dan merumuskan solusi yang tepat sasaran. Peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien yang berkelanjutan akan memberi manfaat medis yang sesuai kebutuhan medis dan harapan peserta JKN-BPJS yang pada akhirnya menghindarkan dari resiko medis dan sengketa.

UCAPAN TERIMA KASIH

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang atas rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan penelitian hukum dengan judul "Analisis Yuridis Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar dalam Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Nasional berdasarkan Keadilan" ini dengan baik dan tepat waktu. Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Hukum Kesehatan pada Program Pendidikan Pasca Sarjana Konsentrasi Hukum Kesehatan Universitas Widyagama Malang.

Penulisan penelitian ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih setulusnya kepada:

1. Dr. Anwar Cengkeng, S.H., M.H., selaku Rektor Universitas Widyagama Malang, juga selaku dosen Pembimbing I yang telah meluangkan waktu, memberikan arahan, saran, dan motivasi berharga selama proses penyusunan penelitian ini.
2. Prof. Dr. Ir. Aji Suraji, S.T., M.Sc., I.P.U., ASEAN Eng., selaku Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Widyagama Malang
3. Dr. Lukman Hakim, S.H., M.Hum. selaku Ketua Program Pendidikan Magister Ilmu Hukum Universitas Widyagama Malang
4. Dr. Sirajuddin, S.H., M.H., selaku dosen pemateri mata kuliah Metodologi Penelitian dan Ketua Program Pendidikan Magister Ilmu Hukum Universitas Widyagama Malang sebelumnya.
5. Dr. Yovita Arie Mangesti, S.H., M.H., selaku Dosen Pembimbing II yang turut memberikan kontribusi pemikiran dan masukan konstruktif.
6. Para Dosen Penguji pada sidang tesis ini dipertahankan yang telah memberi kesempatan dan dukungan moral.

Serta seluruh Dosen pengampu mata kuliah yang sejak awal perkuliahan hingga penelitian ini selesai disusun dan seluruh staf yang telah memberikan data dan informasi yang diperlukan. Istri tercinta dr. Martina Oematan atas doa, dukungan moral, dan kasih sayang yang tiada henti. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, yang secara langsung maupun tidak langsung telah membantu terselesaikannya penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan demi perbaikan di masa mendatang. Harapan penulis, semoga hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi positif bagi pengembangan ilmu pengetahuan hukum, menjadi bahan evaluasi bagi pemerintah dan BPJS Kesehatan dalam implementasi program JKN, serta bermanfaat bagi para pembaca.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Kota Kupang, 11 Juli 2026

Vincensius Leonard Sally

DAFTAR PUSTAKA

- Aprita, Serlika, Rio Adhitya. (2020). *Filsafat Hukum*. Rajawali Pers.
- Dharma Wiasa, I Nyoman. (2022). *Jaminan Kesehatan Nasional Yang Berkeadilan Menuju Kesejahteraan Sosial*, (Cet.1). Penerbit Feniks Muda Sejahtera
- Idris, Haerawati.(2019). *Mutu Pelayanan Kesehatan*. (Ed.1 cet.1). UPT. Penerbit dan Percetakan Universitas Sriwijaya.
- Jumroh, et.al. (2021), *Implementasi Pelayanan Publik: Teori dan Praktik*. (cet-1), Penerbit Insan Cendekia Mandiri Solok,
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.(2013). *Buku Pegangan Sosialisasi: Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.(2016). *Buku Panduan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi Populasi Kunci*.
- Komisi Nasional Hak Asasi Manusia.(2009). *Komentar Umum: Hak Sipil dan Politik, Hak Ekonomi Sosial dan Budaya*.
- Komisi Nasional Hak Asasi Manusia.(2009). *Komentar Umum: Kovenan Internasional Hak Sipil dan Politik; Kovenan Internasional Hak Ekonomi Sosial dan Politik. Komnas HAM*.
- Muhaimin. (2020). *Metode Penelitian Hukum*. cet-1. Mataram University Press.
- Permata, Reni. et.al.(2025). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*.
- Wirata,Gede.(2022). *Kebijakan Sosial: Kebijakan Pemerintah untuk Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat dan Pengentasan Kemiskinan.*, cet-1, Penerbit CV Pena Persada.

Peraturan Perundang-Undangan

- Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- Undang Undang Republik Indonesia nomor 4 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan.
- Peraturan Pemerintah (PP) No. 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahan sakitan
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
- Peraturan Presiden (Perpres) No. 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan
- Esterlita, Nova Y.R. et.al. (2013). *Tanggung jawab Negara atas Pemenuhan Kesehatan di Bidang Ekonomi, Sosial, dan Budaya*. Jurnal Lex Privatum Vol.XI/No.4/ Apr/2023
- Hanri, Muhammad. et.al.(2024, Mei). *Kajian perlindungan sosial dan tenaga kerja: Era Baru Kelas rawat inap BPJS Kesehatan*. LPEM FEB UI: Jurnal Labor Market Brief. vol. 5. Nomor 5
- Maulana, Akbar al Ishaqi. (2025, Mei 27). *BPJS Kesehatan dan Nasib Kelas Rawat Inap Standar (KRIS)*. finansial.bisnis.com.
- Nola, Luthvi Febryka. (2024, Mei minggu ke-3). *Polemik Pengaturan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) Rumah Sakit*. Pusat Analisis Keparlemenan Badan Keahlian Setjen DPR RI. Isu Sepekan Bidang Kesra Komisi IX.
- Nova, Esterlita. et. Al. (2023, April). *Tanggung-jawab Negara atas Pemenuhan Kesehatan di Bidang Ekonomi, Sosial dan Budaya*, Lex Privatum Vol. XI/No.4/ Apr/2023
- Susanti, Yulia, et al. (2024, Juni). *Hak Pasien dalam Menentukan Layanan kesehatan dalam Hubungannya dengan Kelas Rawat Inap Standar BPJS Kesehatan*. Unes Law Review Vol. 6. No. 4.
- World Health Organization (2025, 19 Mei): Fact Sheets/ *Quality Health Service*.
<https://www.who.int/>