

# Rumah Sakit Berbasis Kompetensi: Siapkah Indonesia?

Penulis: Eva Sutyowati Permatasari

Email: [evasutyowati@student.uns.ac.id](mailto:evasutyowati@student.uns.ac.id)

**RUMAH SAKIT BERBASIS KOMPETENSI: SIAPKAH INDONESIA?**  
Mutu pelayanan penting, keadilan akses tidak kalah penting.

**RUMAH SAKIT BERBASIS KOMPETENSI**

- SUMBER DAYA MANUSIA
- SARANA-PRASARANA
- ALAT KESEHATAN

**KOMPETENSI TINGGI**

- SDM lengkap
- Alat kesehatan canggih
- Kasus kompleks tertangani
- Pendapatan lebih besar

**RUMAH SAKIT DAERAH TERPENCIL**

**KEKURANGAN**

- DOKTER SPESIALIS
- ALAT KESEHATAN
- PELATIHAN
- ANGGARAN

**TANTANGAN**

- Distribusi SDM tidak merata
- Risiko kesenjangan layanan
- Pembiayaan tidak seimbang

**REFORMASI KLASIFIKASI HARUS MENJAMIN KESETARAAN AKSES DAN MUTU**

**TUJUAN:** MUTU PELAYANAN MENINGKAT, KESENJANGAN MENYEMPIT

**KEBIJAKAN AFIRMATIF:** PEMERATAAN SDM DAN PEMBIAYAAN

**AKSES KESEHATAN BERKUALITAS:** UNTUK SEMUA, DI SELURUH INDONESIA

Pemerintah berencana menerapkan klasifikasi rumah sakit berbasis kompetensi mulai tahun 2027 sebagai implementasi Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024. Berdasarkan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun 2025, kebijakan ini dikembangkan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan rujukan sekaligus meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit melalui sistem klasifikasi yang lebih mencerminkan kemampuan pelayanan. Hasil evaluasi Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa rumah sakit dengan kelas yang sama belum tentu memiliki kompetensi yang sama dalam menangani kasus penyakit tertentu.

Dari sisi kebijakan, perubahan ini patut diapresiasi. Selama ini klasifikasi rumah sakit lebih menitikberatkan pada pemenuhan persyaratan administratif, seperti jenis pelayanan, sumber daya manusia kesehatan, sarana dan prasarana, peralatan kesehatan, serta kapasitas pelayanan. Namun, pendekatan tersebut belum sepenuhnya menggambarkan kemampuan rumah sakit dalam

menangani kasus sesuai tingkat kompleksitas pelayanan. Melalui klasifikasi berbasis kompetensi, pemerintah berharap masyarakat dan pemangku kepentingan memperoleh gambaran yang lebih akurat mengenai kemampuan layanan yang dimiliki setiap rumah sakit.

Namun, pertanyaan mendasarnya adalah: apakah Indonesia sudah siap?

Dalam rancangan klasifikasi baru, kompetensi rumah sakit dinilai berdasarkan pemenuhan standar pada setiap jenis pelayanan yang meliputi sumber daya manusia kesehatan, sarana dan prasarana, serta peralatan kesehatan. Di antara ketiga komponen tersebut, ketersediaan sumber daya manusia kesehatan menjadi faktor yang paling menentukan kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan. Di sinilah tantangan terbesar muncul.

Meskipun rasio tenaga kesehatan di Indonesia terus meningkat, distribusinya masih belum merata antarwilayah. WHO melaporkan bahwa dokter spesialis sebagian besar masih terkonsentrasi di wilayah perkotaan dan hanya tiga provinsi yang memiliki sedikitnya satu dokter per 1.000 penduduk (Mahendradhata *et al.*, 2017). Kondisi tersebut juga tercermin dalam data Kementerian Kesehatan tahun 2024 yang menunjukkan bahwa 65,88% dokter spesialis yang memberikan pelayanan di rumah sakit berada di Pulau Jawa dan Bali, sedangkan wilayah Nusa Tenggara, Kalimantan, Sulawesi, Maluku, dan Papua secara bersama-sama hanya memiliki 15,91% dokter spesialis. Ketimpangan distribusi ini menjadi tantangan utama dalam implementasi klasifikasi rumah sakit berbasis kompetensi karena kemampuan layanan rumah sakit sangat bergantung pada ketersediaan dokter spesialis dan subspecialis.

Konsekuensinya, rumah sakit yang memiliki banyak dokter subspecialis akan lebih mudah memperoleh status kompetensi yang lebih tinggi, sedangkan rumah sakit di daerah berpotensi tertinggal karena keterbatasan sumber daya manusia yang belum tentu dapat mereka atasi sendiri.

Kondisi tersebut dapat menimbulkan tantangan kebijakan. Di satu sisi, pemerintah ingin mempercepat akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang bermutu. Namun, di sisi lain, apabila distribusi dokter spesialis dan subspecialis tidak segera diperbaiki, rumah sakit di daerah akan semakin sulit memenuhi standar kompetensi yang ditetapkan. Akibatnya, pasien berpotensi semakin terkonsentrasi ke rumah sakit besar yang memiliki kapasitas pelayanan lebih lengkap.

Tantangan berikutnya muncul pada aspek pembiayaan. Dalam rancangan kebijakan disebutkan bahwa mekanisme pembayaran pelayanan rumah sakit akan disesuaikan dengan kemampuan layanan dan kompleksitas kasus yang ditangani. Artinya, rumah sakit dengan kompetensi yang lebih tinggi berpotensi memperoleh pendapatan yang lebih besar karena menangani kasus yang lebih kompleks. Sebaliknya, rumah sakit dengan kompetensi yang masih terbatas dapat kehilangan peluang pengembangan akibat volume kasus dan sumber pembiayaan yang lebih kecil.

Apabila mekanisme tersebut tidak diimbangi dengan kebijakan afirmatif, maka dapat muncul fenomena *the rich get richer* atau "yang kuat semakin kuat". Rumah sakit besar akan semakin berkembang karena memperoleh lebih banyak pasien, pendapatan, dan tenaga spesialis. Sebaliknya, rumah sakit di daerah akan semakin sulit mengejar ketertinggalan.

Karena itu, sebelum menerapkan klasifikasi rumah sakit berbasis kompetensi secara penuh pada tahun 2027, pemerintah perlu memastikan bahwa pemerataan dokter spesialis dan subspecialis menjadi prioritas utama. Reformasi klasifikasi rumah sakit tidak boleh berhenti pada perubahan nomenklatur dari kelas A, B, C, dan D menjadi rumah sakit berbasis kompetensi. Reformasi tersebut harus mampu menjamin bahwa masyarakat di Papua, Nusa Tenggara, Kalimantan, maupun wilayah terpencil lainnya memiliki kesempatan yang sama untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu.

Mutu pelayanan memang penting. Namun, dalam sistem kesehatan nasional, keadilan akses tidak kalah pentingnya. Rumah sakit berbasis kompetensi akan menjadi lompatan besar apabila mampu meningkatkan mutu pelayanan sekaligus mempersempit kesenjangan akses kesehatan. Sebaliknya, tanpa pemerataan sumber daya kesehatan, kebijakan ini justru berisiko menciptakan bentuk baru ketimpangan pelayanan kesehatan di Indonesia.

## Referensi

Kementerian Kesehatan RI (2024). *Profil Kesehatan Indonesia 2024*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Available at: <https://kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2024>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Tahun 2025*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Available at: [https://keslan.kemkes.go.id/lakip\\_files/LKj%20Ditjen%20Keslan%20Tahun%202025%20Final\\_ttd-1.pdf](https://keslan.kemkes.go.id/lakip_files/LKj%20Ditjen%20Keslan%20Tahun%202025%20Final_ttd-1.pdf)

Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, et al. (2017). *The Republic of Indonesia Health System Review*. WHO Regional Office for the Western Pacific. Available at: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f5cb7eae-ed89-4a62-ae0d-d66eaceb9174/content>

Peraturan Pemerintah RI Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Available at: <https://kemkes.go.id/id/peraturan-pemerintah-ri-no-28-tahun-2024-tentang-peraturan-pelaksanaan-uu-kesehatan>

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/details/258028/uu-no-17-tahun-2023>