

## FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERCAPAINYA SPM KESEHATAN PADA PELAYANAN PENDERITA HIPERTENSI DI KABUPATEN GUNUNGGKIDUL

*FACTORS INFLUENCING THE ACHIEVEMENT OF HEALTH SERVICE STANDARDS HYPERTENSION SERVICES IN GUNUNGGKIDUL REGENCY*

Sinta Saska Diana, Sutopo Patria Jati, Eka Yunila Fatmasari

Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro

Tanggal submit: 27 Desember 2023; Tanggal penerimaan: 30 Maret 2023

### ABSTRAK

Penilaian kinerja penyelenggaraan urusan wajib berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat dapat dilihat melalui capaian SPM. Capaian SPM Penderita Hipertensi Kabupaten Gunungkidul pada tahun 2021 yaitu sebesar 8,02%, masih belum mencapai target nasional sebesar 100%. Target yang masih belum tercapai ini menjadi indikator masih perlu ditingkatkan kembali pelayanan yang diberikan kepada masyarakat melalui analisis faktor-faktor yang mempengaruhi proses implementasi kebijakan SPM pelayanan penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik berupa wawancara mendalam (in-depth interview) dan observasi langsung. Hasil dari penelitian ini yaitu penerapan SPM pelayanan penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul sudah sesuai dengan peraturan yang berlaku, akan tetapi terdapat permasalahan dalam mencapai target SPM yang telah ditentukan yaitu terdapat kendala dalam hal sasaran yang belum menggunakan data riil penderita hipertensi, kurangnya SDM pelayanan penderita hipertensi, jumlah sasaran yang tidak sebanding dengan SDM puskesmas, rendahnya kesadaran penderita hipertensi untuk melakukan pengobatan rutin di fasilitas kesehatan, belum terintegrasi dengan baik jejaring fasilitas kesehatan terkait dengan pencatatan dan pelaporan pelayanan penderita hipertensi dan kegiatan Posbindu PTM yang belum bisa berjalan secara mandiri tanpa pendampingan dari puskesmas.

**Kata kunci:** Hipertensi; SPM Kesehatan; Implementasi Kebijakan

### ABSTRACT

SPM is a benchmark in assessing the performance of the implementation of mandatory affairs related to basic services to the community. The achievement of SPM for Hypertension Patients in Gunungkidul Regency has not yet reached the standard that has been set. This study aims to analyze the implementation of health SPM policies for health care for patients with hypertension in Gunungkidul Regency using a qualitative research method with an analytical descriptive approach in the form of in-depth interviews and direct observation. In this study, subjects were selected through a purposive sampling technique, namely the person in charge of P2PTM puskesmas and health workers at interna poly in RSUD Wonosari as the main informants while the triangulation informants in this study were posbindu cadres, P2PTM staff at the Gunungkidul District Health Office and people with hypertension. The results of this study are the problems of service for hypertension sufferers in Gunungkidul in achieving the predetermined SPM target, namely there are obstacles in terms of targets that have not used real data for hypertension sufferers, lack of human resources for services for hypertension sufferers, the number of targets that are not comparable to the human resources of health centers, low awareness of patients hypertension to carry out routine treatment at health facilities, has not been well integrated with the network of health facilities related to recording and reporting services for hypertension sufferers and PTM Posbindu activities that cannot run independently without assistance from the puskesmas.

**Keywords:** Hypertension; Minimum Health Service Standards; Policy Implementation

### PENDAHULUAN

Dalam rangka desentralisasi, pemerintah pusat menyerahkan sebagian urusan pemerintah kepada pemerintah daerah sehingga pemerintah daerah berkewajiban menyediakan jenis pelayanan tersebut. Penyelenggaraan urusan wajib merupakan penyediaan pelayanan dasar kepada masyarakat sesuai standar pelayanan minimal (SPM) yang telah ditetapkan pemerintah.

SPM merupakan tolak ukur dalam penilaian kinerja penyelenggaraan urusan wajib berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat. Dengan penerapan SPM akan terjamin kualitas minimal suatu pelayanan publik bagi masyarakat sehingga akan terjadi pemerataan pelayanan publik dan menghindari terjadinya kesenjangan pelayanan antar daerah.<sup>1</sup>

Menurut amanat Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019,

pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota wajib memberikan pelayanan dasar bidang kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal yang bersifat promotif dan preventif mencakup peningkatan kesehatan, perlindungan spesifik, diagnosis dini dan pengobatan cepat serta pencegahan kecacatan dan rehabilitasi.<sup>2</sup>

Dalam menyelenggarakan SPM, pemerintah daerah dapat mengeluarkan peraturan daerah untuk mengatur lebih lanjut pelaksanaan SPM tersebut seperti pada Peraturan Bupati Gunungkidul Nomor 100 tahun 2019 tentang Pedoman Operasional Pemenuhan SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten Gunungkidul.<sup>3</sup>

Menurut *world health organization* (WHO) sebesar 22% total penduduk dunia menderita hipertensi, dan dari sejumlah penderita tersebut kurang dari seperlima yang melakukan upaya pengendalian terhadap tekanan darah yang dimiliki.<sup>4</sup>

Menurut data BPJS Kesehatan, total biaya INA CBG's penyakit kardiometabolik pada tahun 2014-2016 mencapai Rp 36,3 triliun atau 28% dari total biaya pelayanan kesehatan rujukan dengan hipertensi sebagai peringkat teratas dengan jumlah biaya Rp 12,1 triliun.<sup>5</sup>

Penderita penyakit komorbid selain menjadi kelompok yang rentan terpapar Covid-19 juga menjadi kelompok dengan risiko kematian yang tinggi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Nanda (2021) pasien hipertensi berisiko 2,109 kali lebih tinggi terinfeksi Covid-19 dibandingkan pasien yang tidak memiliki hipertensi.<sup>6</sup>

Jumlah estimasi penderita hipertensi di atas 15 tahun di Kabupaten Gunungkidul menurut profil kesehatan DIY 2020 yaitu 77.026 penderita sedangkan yang mendapatkan pelayanan yaitu 33.143 penderita sehingga persentase cakupan pelayanan penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul sebesar 43% yang merupakan dua terendah di Provinsi DIY setelah Kabupaten Gunungkidul.<sup>7</sup>

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul, belum tercapainya target ini dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya yaitu jumlah SDM pelaksana dan jumlah serta kualitas barang/jasa pelayanan kesehatan penderita hipertensi. Tiga Puskesmas dengan jumlah penderita Hipertensi terbanyak yang digunakan peneliti sebagai lokasi penelitian yaitu Puskesmas Wonosari II,

Puskesmas Saptosari, dan Puskesmas Ponjong I.<sup>8</sup>

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan pendekatan implementasi kebijakan *top-down*. Peneliti menggunakan model implementasi kebijakan yang diperkenalkan oleh Van Meter dan Van Horn sebagai teori utama dalam penelitian ini.

Berdasarkan data laporan SPM Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul, pada tahun 2021 capaian pelayanan penderita hipertensi yang diperoleh sebesar 7,93%. Capaian standar pelayanan minimal merupakan indikator penting dalam penilaian kinerja pemerintah daerah, target yang masih belum tercapai ini menjadi indikator masih perlu ditingkatkan kembali pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Selain itu, hipertensi masih menjadi masalah kesehatan utama yang perlu penanganan yang serius.

Oleh karena itu, perlu dilakukan analisis mengenai implementasi kebijakan standar pelayanan minimal pelayanan penderita hipertensi agar diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi proses implementasi kebijakan melalui pendekatan *top-down* yaitu melalui teori Van Metetr Van Horn

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik berupa wawancara mendalam (*in-depth interview*) dan observasi langsung yang bertujuan untuk menganalisis implementasi standar pelayanan minimal kesehatan pelayanan kesehatan penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul.

Penelitian ini dilakukan di fasilitas kesehatan puskesmas dan rumah sakit. Puskesmas yang menjadi lokasi dari penelitian ini adalah Puskesmas Wonosari II, Puskesmas Saptosari dan Puskesmas Ponjong I. Rumah sakit yang akan menjadi lokasi penelitian ini adalah RSUD Wonosari. Dalam penelitian ini subjek penelitian dipilih melalui teknik *purposive sampling*.

Dalam penelitian ini, peneliti menganalisis implementasi kebijakan SPM penderita hipertensi melalui pendekatan teori van metter dan van horn dengan 6 variabel yang diteliti yaitu standar, tujuan, dan sasaran kebijakan, sumber daya (manusia, dana, material), hubungan antar organisasi (komunikasi dan koordinasi), karakteristik organisasi pelaksana (struktur birokrasi, norma- norma, pola hubungan), sikap para pelaksana, dan lingkungan (sosial, politik, dan ekonomi).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Variabel Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi dalam Mencapai SPM Kesehatan

#### 1. Pengukuran Tekanan Darah Sebulan Sekali

Pengukuran tekanan darah sebulan sekali di Kabupaten Gunungkidul dilakukan melalui kegiatan pelayanan di dalam gedung puskesmas, kegiatan posbindu, Prolanis, skrining kesehatan usia produktif dan pelayanan di jejaring fasilitas kesehatan yaitu rumah sakit dan klinik.

Kegiatan pengukuran tekanan darah juga sudah dilakukan di RSUD Wonosari sebelum dilakukan anamnesis kepada pasien. Pengukuran tekanan darah di posbindu dapat membantu puskesmas dalam menemukan penderita hipertensi di wilayahnya yang nantinya akan dirujuk ke puskesmas untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut.

Pengukuran tekanan darah menjadi penting untuk dilakukan terutama bagi penderita hipertensi. Menurut penelitian Yonata (2016) peningkatan darah yang persisten dapat menyebabkan terjadinya kerusakan ginjal, penyakit jantung koroner dan dapat menyebabkan stroke apabila tidak dilakukan deteksi dini dan pengobatan yang sesuai.<sup>9</sup>

Jika mengacu pada peraturan kegiatan pengukuran tekanan darah dikatakan sesuai standar apabila dilakukan sebulan sekali. Akan tetapi dalam pelaksanaannya terdapat kendala yaitu kurangnya kesadaran dari masyarakat untuk melakukan pemeriksaan secara rutin di fasilitas kesehatan.

#### 2. Edukasi Perubahan Gaya Hidup dan Kepatuhan Minum Obat

Pelaksanaan kegiatan edukasi kepada pasien hipertensi di Kabupaten Gunungkidul dilakukan secara langsung kepada pasien penderita hipertensi saat kegiatan pelayanan di dalam gedung puskesmas, kegiatan posbindu, kegiatan prolanis maupun saat skrining kesehatan usia produktif.

Edukasi yang diberikan berupa edukasi gaya hidup sehat, kelola stress, upaya menjaga agar tekanan darah dapat stabil, dan edukasi untuk pemeriksaan rutin di puskesmas setiap bulannya serta meminum obat secara teratur.

Kegiatan edukasi diberikan oleh petugas puskesmas, dokter dan perawat yang bertugas di RSUD Wonosari, dan terkadang juga dilakukan oleh kader posbindu.

Dokter atau perawat yang bertugas di RSUD Wonosari memberikan edukasi mengenai penyakit pasien, tatalaksananya, pola makan yang harus diterapkan, obat-obatan yang harus dikonsumsi, tindakan yang akan dilakukan selanjutnya, dan pencegahannya. Selain dengan penyampaian secara langsung, edukasi juga diberikan melalui media televisi di ruang tunggu pasien.

Pemberian edukasi menjadi bagian yang penting dalam pengobatan penderita hipertensi. Menurut Rahmadina (2012) masalah kesehatan tidak hanya disebabkan faktor kelalaian individu. Faktor ketidaktahuan masyarakat akibat kurangnya memperoleh informasi yang benar terkait suatu penyakit juga menjadi faktor penyebab terjadinya masalah kesehatan.<sup>10</sup>

#### 3. Melakukan Rujukan bila Diperlukan

Pelaksanaan rujukan pada penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul dilakukan kepada pasien yang membutuhkan rujukan baik pasien BPJS maupun non BPJS.

Pasien yang akan dirujuk ke fasilitas kesehatan lanjutan merupakan pasien hipertensi yang sudah beberapa kali diberi obat akan tetapi tekanan darahnya tidak turun dan dengan keluhan berat atau memiliki komplikasi.

Terkait dengan rujukan pasien penderita hipertensi di RSUD Wonosari, RSUD Wonosari menerima pasien rujukan dari dalam wilayah Gunungkidul maupun dari luar wilayah Gunungkidul. Menurut SOP RSUD Wonosari, rujukan pasien hipertensi dilakukan selama 90 hari kemudian dilakukan mekanisme rujuk balik ke FKTP sesuai dengan BPJS pasien bagi pengguna layanan BPJS Kesehatan sedangkan bagi pasien umum akan disesuaikan dengan kemampuan pasien.

Pasien yang sudah terkontrol sebelum tiga bulan akan dilakukan rujuk balik ke FKTP dengan memberikan edukasi kepada penderita hipertensi tatalaksana yang harus dilakukan oleh pasien atau keluarga setelah melakukan pengobatan. Pelaksanaan tindakan setiap kali kunjungan pasien di RSUD Wonosari maksimal dilakukan dua kali tindakan sehingga terkadang terdapat kendala apabila dalam satu kunjungan pasien perlu dilakukan lebih dari dua tindakan.

Posbindu juga memiliki peran dalam mekanisme rujukan ke puskesmas. Apabila ditemukan warga dengan tekanan darah di atas batas normal saat pelaksanaan posbindu kader akan memberikan surat keterangan pada warga untuk mendapatkan monitoring lebih lanjut di puskesmas setempat.

## **Variabel Standar, Tujuan dan Sasaran Kebijakan pada Pelaksanaan Program Pelayanan Penderita Hipertensi dalam Mencapai SPM di Kabupaten Gunungkidul**

### **1. Kebijakan yang Mengatur mengenai SPM Bidang Kesehatan Pelayanan Penderita Hipertensi**

Kebijakan yang mengatur mengenai SPM bidang kesehatan pelayanan penderita hipertensi yang digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan program yaitu Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada SPM Bidang Kesehatan dan Peraturan Bupati Nomor 100 Tahun 2019 tentang Pedoman Operasional Pemenuhan SPM Bidang Kesehatan.

### **2. Kesesuaian Penerapan Kebijakan SPM Bidang Kesehatan Pelayanan Penderita Hipertensi dengan Peraturan yang Berlaku**

Pelaksanaan pelayanan penderita Hipertensi di Kabupaten Gunungkidul berdasarkan penelitian yang telah dilakukan sudah sesuai dengan peraturan yang berlaku yaitu sesuai dengan standar yang mengatur dalam Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 dan Peraturan Bupati Gunungkidul Nomor 100 Tahun 2019 yaitu pengukuran tekanan darah sebulan sekali, edukasi gaya hidup dan kepatuhan minum obat serta melakukan rujukan apabila ditemukan kasus yang membutuhkan mekanisme rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

### **3. Pemahaman pelaksana terkait dengan tujuan kebijakan dan program yang dilaksanakan**

Tujuan dari penyelenggaraan SPM Kesehatan adalah agar setiap warga negara dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas melalui pelayanan dasar yang diberikan secara minimal yang menjadi urusan pemerintahan wajib sebagai upaya pencegahan sekunder.

Dalam pelayanan kesehatan penderita hipertensi hal ini dilakukan melalui penerapan pengukuran tekanan darah sebulan sekali di fasilitas kesehatan, edukasi perubahan gaya hidup dan kepatuhan minum obat, serta melakukan rujukan jika dibutuhkan.<sup>2</sup>

Tujuan kebijakan SPM Pelayanan Penderita Hipertensi menurut informan penanggung jawab P2PTM puskesmas yaitu dengan dilaksanakannya SPM Kesehatan, penderita hipertensi dapat terlayani, status kesehatannya dapat terjaga, dan dapat menekan angka hipertensi dengan

menyelenggarakan layanan sesuai dengan syarat syarat yang tertuang di kebijakan SPM Kesehatan. Sedangkan untuk program yang dilaksanakan yaitu sesuai dengan peraturan yang mengatur tentang SPM Kesehatan pelayanan penderita hipertensi.

Tujuan SPM kesehatan menurut informan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul yaitu sebagai pelayanan minimal atau fasilitasi akses layanan penderita hipertensi yang wajib diberikan oleh pemerintah.

Program atau kegiatan yang dilakukan yaitu perencanaan dengan memberikan pemahaman terkait dengan SPM kesehatan kepada pengelola program di puskesmas agar pengelola program dapat merencanakan bentuk kegiatan pelayanan penderita hipertensi, kegiatan pelayanan penderita hipertensi di fasilitas kesehatan dan pencatatan pelaporan.

Pemahaman pelaksana program terkait tujuan SPM kesehatan pelayanan penderita hipertensi dan program yang dilaksanakan sudah cukup baik dalam hal ini pelaksana program mengetahui tujuan pelaksanaan SPM kesehatan pelayanan penderita hipertensi dan menyelenggarakan program yang sesuai dengan kebijakan SPM kesehatan pelayanan penderita hipertensi.

### **4. Strategi dalam mencapai tujuan kebijakan/program**

Strategi yang dilakukan di Kabupaten Gunungkidul untuk mencapai tujuan kebijakan yaitu melalui kegiatan prolans, posbindu, menyelenggarakan senam, memberikan edukasi dan sosialisasi kepada sasaran, skrining kesehatan usia produktif, memberikan pengingat melalui *whatsapp* kepada pasien penderita hipertensi untuk melakukan pemeriksaan secara rutin di puskesmas, membina padukuhan dengan sosialisasi kegiatan yang diselenggarakan puskesmas serta melalui pelaporan dari jejaring fasilitas kesehatan.

Kabupaten Gunungkidul sedang melakukan upaya untuk memiliki data riil penderita hipertensi yang dilakukan dengan mendata penderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas melalui pendataan *by name by address*.

Diselenggarakannya kegiatan luar gedung seperti vaksinasi, posbindu, dan skrining kesehatan yang dalam pelaksanaannya melakukan pengukuran tekanan darah pada masyarakat juga berperan dalam menemukan penderita hipertensi untuk dilakukan rujukan ke puskesmas.

Dalam kegiatan posbindu terdapat peran dari kader yang sangat strategis dalam mendukung

pelaksanaan pelayanan penderita hipertensi. Kader memiliki peran untuk menggerakkan masyarakat dalam memanfaatkan UKBM dan pelayanan kesehatan dasar, mengelola UKBM, melakukan penyuluhan kepada masyarakat, mencatat kegiatan pemberdayaan masyarakat dan melaporkan permasalahan kesehatan kepada tenaga kesehatan.<sup>11</sup>

Di Kabupaten Gunungkidul kader posbindu dilibatkan secara aktif dalam pelayanan penderita hipertensi melalui penyelenggaraan posbindu PTM.

Selain itu terdapat pertemuan rutin dan pelatihan bagi penanggungjawab P2PTM dan kader posbindu yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan dan puskesmas.

Untuk mengintegrasikan pelayanan penderita hipertensi di Gunungkidul, Dinas Kesehatan juga berupaya untuk mengundang rumah sakit terkait dengan pencatan dan pelaporan pelayanan penderita hipertensi.

Kabupaten Gunungkidul juga tengah merancang aplikasi yang dapat mengintegrasikan jejaring fasilitas kesehatan di Gunungkidul terkait dengan pencatatan pelayanan yang diberikan sehingga diharapkan dapat membantu dan memudahkan pelaporan pelayanan penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul dan meningkatkan angka capaian yang diperoleh.

## **5. Sasaran dalam pelaksanaan standar pelayanan minimal bidang kesehatan penderita hipertensi**

Berdasarkan Permenkes Nomor 4 Tahun 2019 dan Peraturan Bupati Nomor 100 Tahun 2019 sasaran penderita hipertensi ditetapkan oleh Kepala Daerah menggunakan data RISKESDAS terbaru. Penentuan sasaran pelayanan penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul dilakukan melalui penghitungan jumlah sasaran menggunakan basis data penduduk yang diterbitkan perangkat daerah yang membidangi administrasi kependudukan.

Menurut penyampaian informan penanggungjawab P2PTM puskesmas, sasaran pelayanan penderita hipertensi yaitu penderita hipertensi usia 15 tahun ke atas. Berdasarkan penyampaian informan, sasaran pelayanan penderita hipertensi yang disampaikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul masih berubah ubah antara menggunakan sasaran dengan perhitungan melalui estimasi atau menggunakan data riil.

Hal ini sesuai dengan Surat edaran Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul Nomor 445/4555.Tu.3 tentang operasional standar

pelayanan minimal bidang kesehatan di sampaikan bahwa sasaran program awal tahun menggunakan data estimasi sedangkan sasaran akhir tahun menggunakan data riil yang diperoleh melalui hasil pendataan dan layanan kesehatan.<sup>12</sup>

Perbedaan perhitungan sasaran ini berpengaruh terhadap perbedaan capaian SPM Kesehatan pelayanan penderita hipertensi antara menggunakan data riil penderita hipertensi dan estimasi dari jumlah penduduk. Capaian SPM dari sasaran menggunakan data riil (4028) yaitu sebesar 19% sedangkan capaian sasaran menggunakan data estimasi (6025) yaitu sebesar 8,02%.

Sasaran pelayanan penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul ditentukan melalui perhitungan estimasi disebabkan belum adanya data riil penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul. Pendataan penderita hipertensi baru dimulai di tahun 2021.

## **Variabel Sumber Daya pada Pelaksanaan Program Pelayanan Penderita Hipertensi dalam Mencapai SPM di Kabupaten Gunungkidul**

### **1. Sumber Daya Manusia Pelayanan Penderita Hipertensi**

Berdasarkan Permenkes No 4 Tahun 2019 standar personil sumber daya manusia kesehatan tenaga kesehatan dalam pelayanan penderita hipertensi meliputi dokter atau bidan atau perawat atau tenaga kesehatan masyarakat.

Ketersediaan sumber daya manusia pada pelayanan penderita hipertensi di Puskesmas Wonosari II dan Puskesmas Ponjong I menurut informan penanggungjawab P2PTM sudah mencukupi, akan tetapi informan Puskesmas Saptosari mengungkapkan ketersediaan SDM pada pelayanan penderita hipertensi di Puskesmas Saptosari masih belum mencukupi sehingga masing-masing individu harus memegang lebih dari satu kegiatan.

Menurut informan, sumber daya manusia pelayanan penderita hipertensi terdiri dari tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam bidang kesehatan yang menjalankan tugas sesuai dengan peran yang telah diberikan. SDM pada pelayanan penderita hipertensi terdiri dari penanggung jawab P2PTM, dokter, perawat, bidan, ahli gizi dan tenaga promosi kesehatan.

Menurut informan Dinas Kesehatan mayoritas penanggung jawab P2PTM puskesmas di Kabupaten Gunungkidul adalah perawat dan tiap puskesmas mayoritas dipegang oleh satu orang penanggung jawab P2PTM.

Penanggung jawab P2PTM di puskesmas menurut informan perlu untuk memiliki latar belakang sebagai tenaga kesehatan karena diperlukan pemahaman terkait dengan penyakit seperti hipertensi dan diabetes mellitus.

Pelatihan yang diikuti pelaksana program yaitu pelatihan dari Provinsi DIY seperti pelatihan pandu PTM dan deteksi dini faktor risiko sedangkan untuk kader Posbindu terdapat pelatihan deteksi dini faktor risiko PTM dan pelatihan singkat pengukuran tekanan darah yang diselenggarakan oleh Puskesmas.

Selain itu terdapat pelatihan dari Kemenkes di tahun 2022 yaitu pelatihan kader Posyandu dan Posyandu Prima terkait dengan PTM yang melibatkan Dinas Kesehatan, Puskesmas dan Posbindu.

Bagi penanggungjawab P2PTM puskesmas juga terdapat sosialisasi dan pertemuan rutin yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul untuk menginformasikan terkait dengan SPM Kesehatan.

Kegiatan di luar gedung juga melibatkan peran dari Pemdus dan kader Posbindu. Ketersediaan kader Posbindu menurut informasi dari kader Posbindu sendiri sudah mencukupi. Kader Posbindu mayoritas tidak memiliki latar belakang tenaga kesehatan.

Pelayanan penderita hipertensi terbantu oleh peran kader Posbindu yang merupakan kader terlatih yang dapat melakukan pengukuran tekanan darah dan edukasi kepada peserta posbindu. Di beberapa posbindu yang sudah mandiri turut serta melibatkan peran warganya yang memiliki latar belakang sebagai petugas kesehatan untuk melakukan pemeriksaan di posbindu.

Pelatihan bagi kader posbindu sudah diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul dan puskesmas di masing masing wilayah kerja. Pelatihan yang diberikan terkait dengan pengukuran tekanan darah, informasi kesehatan dan pencatatan pelaporan ke puskesmas.

Ketersediaan SDM dalam pelayanan penderita hipertensi di RSUD Wonosari menurut penyampaian informan sudah mencukupi. Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul juga sudah memberikan pelatihan dan *workshop* bagi SDM Kesehatan di RSUD Wonosari. Menurut informan tidak terdapat kendala dalam hal sumber daya manusia pelayanan penderita hipertensi di RSUD Wonosari.

Kendala SDM pelayanan penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul yaitu beban kerja

penanggung jawab P2PTM yang tinggi karena mengampu beberapa program atau kegiatan serta penanggung jawab program P2PTM yang sudah senior sehingga terdapat kendala dalam pengumpulan data penderita hipertensi yang masih dilakukan secara manual.

Menurut observasi peneliti terkait dengan SDM perlu penambahan jumlah penanggungjawab program P2PTM untuk meningkatkan cakupan pelayanan yang diberikan. Tenaga kesehatan di puskesmas memiliki beban kerja yang tinggi selain harus melaksanakan pelayanan di dalam gedung juga harus melakukan kegiatan di luar gedung serta pencatatan dan pelaporan dari program yang dilaksanakan. Program yang dilaksanakan juga tidak hanya satu program, setiap penanggung jawab P2PTM bertanggung jawab atas terselenggaranya pelayanan penderita hipertensi, diabetes melitus, dan pelayanan usia produktif di wilayah kerjanya.

Hal ini sejalan dengan penelitian Mujiati (2016) bahwa beban kerja petugas FKTP khususnya di Puskesmas cukup besar. Petugas di FKTP rata rata merangkap tugas atau pekerjaan lain yang melebihi jam kerja yang telah ditentukan. Beban kerja yang tinggi ini menyebabkan pelayanan yang diberikan tidak maksimal sehingga beban kerja SDM Kesehatan di FKTP merupakan hal penting yang harus diperhatikan.<sup>13</sup>

Perlu dilakukan perencanaan dan pemenuhan SDM Kesehatan di tiap puskesmas dengan baik dan benar. Menurut Balqis (2014) perbedaan daerah antara desa dan kota berdasarkan aspek sosiologis, geografis, kependudukan serta sarana dan prasarana menyebabkan adanya kesulitan dalam membuat standar jumlah kebutuhan tenaga kesehatan di setiap puskesmas dan rumah sakit. Oleh karena itu perlu dilakukan pemenuhan tenaga kesehatan yang memperhatikan berbagai aspek agar sesuai dengan kondisi tiap fasilitas kesehatan.<sup>14</sup>

## 2. Sumber Daya Finansial Pelayanan Penderita Hipertensi

Pembiayaan SPM pelayanan penderita hipertensi dianggarkan untuk pengadaan posbindu KIT, pelaksanaan skrining, pengadaan tensimeter digital, pengadaan formulir pelayanan kesehatan dan KIE pada penderita hipertensi, pengadaan bahan atau media KIE, pengadaan obat hipertensi dan biaya transport petugas. Berdasarkan Peraturan Bupati Nomor 100 tahun 2019 sendiri di Kabupaten Gunungkidul dalam pemenuhan SPM Kesehatan pembiayaan dibebankan pada APBD dan sumber lain yang sah.<sup>3</sup>

Ketersediaan anggaran menurut informan penanggungjawab P2PTM Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul sudah mencukupi dalam operasional pelayanan penderita hipertensi. Anggaran pelayanan hipertensi digunakan untuk menyelenggarakan kegiatan pelayanan di puskesmas serta kegiatan monitoring dan evaluasi.

Sumber anggaran pelayanan penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul berasal dari dana APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah), DAU (Dana Alokasi Umum), dana PIWK (Pagu Indikatif Wilayah Kecamatan), dana PIS (Pagu Indikatif Sektoral) dan swadaya masyarakat untuk pelaksanaan posbindu PTM.

Sedangkan Sumber daya finansial dalam pelayanan penderita hipertensi di RSUD Wonosari menurut penyampaian informan berasal dari anggaran pemerintah daerah Kabupaten Gunungkidul, anggaran RSUD Wonosari dan dari BPJS Kesehatan.

PIWK merupakan maksimal anggaran yang diberikan berdasar wilayah kecamatan dan dilaksanakan oleh SKPD melalui Musrenbang Kecamatan berdasar kebutuhan dan prioritas program sedangkan PIS adalah maksimal anggaran yang diberikan kepada SKPD berdasar kebutuhan dan prioritas program.<sup>15</sup>

Dana BOK sendiri di tahun 2022 Kabupaten Gunungkidul tidak menganggarkan untuk pelayanan penderita hipertensi. Penganggaran dalam pelayanan penderita hipertensi ini tergantung pembagian dari sub bagian perencanaan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.

Proses alokasi dana dalam pelaksanaan pelayanan penderita hipertensi di puskesmas di Kabupaten Gunungkidul dilakukan melalui perencanaan setiap tahunnya yang dianggarkan untuk masing masing kegiatan.

Dalam penghitungan pembiayaan penyelenggaraan SPM Kesehatan pelayanan penderita hipertensi pemerintah perlu melakukan pemetaan pembiayaan agar tidak terdapat *double counting* sehingga tidak perlu dilakukan alokasi anggaran pada pelayanan kuratif dan rehabilitatif yang telah ditanggung oleh jaminan kesehatan nasional (JKN). Rencana pemenuhan pelayanan dasar dalam SPM Bidang kesehatan dilakukan oleh pemerintah daerah melalui penyusunan dokumen perencanaan dan penganggaran pembangunan daerah sebagai prioritas belanja daerah.<sup>2</sup>

Menurut informan Puskesmas Ponjong I diperlukan tambahan dana untuk meningkatkan

pelayanan seperti pengadaan tensimeter digital untuk setiap posbindu, menambah tenaga admin, dan peningkatan kualitas obat hipertensi. Terkait dengan ketersediaan anggaran di dalam penyelenggaraan posbindu menurut informan kader masih kurang mencukupi. Dalam dua tahun terakhir anggaran desa juga banyak terserap untuk penanganan Covid-19.

Di Kabupaten Gunungkidul sendiri pendanaan SPM Kesehatan untuk mencapai target yang ditentukan sudah mencukupi, akan tetapi serapan anggaran pengelolaan pelayanan penderita hipertensi masih belum maksimal.

Berdasarkan laporan target dan capaian program Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul triwulan 1 tahun 2021 diketahui serapan anggaran pengelolaan pelayanan penderita dari target 3,87% pada triwulan 1 dana baru terserap sebanyak 1,2%.<sup>16</sup>

Anggaran yang belum terserap maksimal ini dapat dianggarkan untuk menambah jumlah tenaga kesehatan seperti tenaga harian lepas dan meningkatkan pelayanan luar gedung puskesmas seperti merutinkan penyelenggaraan posbindu untuk meningkatkan keterjangkauan pelayanan di masyarakat, serta memberikan pelatihan terkait dengan pengukuran tekanan darah dan pencatatan dan pelaporan secara rutin kepada seluruh kader posbindu sehingga dapat menambah jumlah kader mandiri.

### 3. Sumber Daya Material Pelayanan Penderita Hipertensi

Sumber daya material (barang dan jasa) yang harus dipenuhi agar pelayanan penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul sesuai dengan standar yaitu tensimeter digital, obat hipertensi, buku pedoman pelayanan hipertensi, media KIE hipertensi dan formulir pencatatan dan pelaporan.<sup>3</sup>

Ketersediaan dan proses pemenuhan sarana dan prasarana pelayanan penderita hipertensi menurut informan penanggung jawab P2PTM dan Dinas Kesehatan sudah mencukupi karena cenderung pada kebutuhan tensimeter dan obat hipertensi. Pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana penunjang pelayanan penderita hipertensi diperoleh melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.

Pengadaan tensimeter selain dilakukan oleh Dinas Kesehatan juga dapat dilakukan oleh desa atau swadaya masyarakat. Sarana prasarana di posbindu yang menunjang pelayanan penderita hipertensi untuk pengukuran tekanan darah yaitu

tensimeter menurut penyampaian dari kader sudah mencukupi. Akan tetapi ketersediaan tensimeter digital di setiap posbindu di Kabupaten Gunungkidul masih belum merata.

Menurut penyampaian informan RSUD Wonosari sarana prasarana di poli penyakit dalam juga sudah terpenuhi dengan baik dan tidak terdapat kendala. Di Kabupaten Gunungkidul terdapat aplikasi Smart Sisfomas yang digunakan oleh puskesmas untuk melihat informasi penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan di puskesmas sehingga menunjang dalam pelaporan pelayanan di tiap puskesmas.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan dan observasi secara langsung semua sumber daya material yaitu tensimeter digital, obat hipertensi, buku pedoman pelayanan hipertensi, media KIE hipertensi dan formulir pencatatan dan pelaporan tersebut sudah tersedia di puskesmas.

### **Variabel Hubungan antar Organisasi Pelaksana (Dinas Kesehatan, Pelaksana Program, dan Sasaran Program) pada Pelaksanaan Program Pelayanan Penderita Hipertensi dalam Mencapai SPM di Kabupaten Gunungkidul**

#### **1. Komunikasi Dinas Kesehatan dengan Pelaksana Program Pelayanan Penderita Hipertensi**

Komunikasi dan koordinasi antara Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul dengan penanggungjawab P2PTM dilakukan secara rutin minimal empat kali dalam setahun melalui rapat koordinasi. Dalam pertemuan rutin tersebut akan disampaikan informasi berkaitan dengan SPM Kesehatan terbaru, isi SPM Kesehatan, target yang harus dicapai, sasaran program, cara pencapaian SPM, penyamaan persepsi pencapaian SPM dan validasi data.

Selain itu juga akan disampaikan jika terdapat informasi atau kebijakan terbaru dari provinsi atau pusat dan kegiatan yang dapat dilaksanakan untuk menjadi daya ungkit dalam mencapai target SPM Kesehatan seperti melakukan kegiatan skrining kesehatan secara serentak. Dalam rapat koordinasi tersebut juga akan dilakukan evaluasi kegiatan tahun lalu dan koordinasi terkait dengan kegiatan yang akan diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.

Menurut penanggung jawab P2PTM Puskesmas, informasi yang masih kurang jelas dan tidak konsisten yaitu terkait dengan sasaran program antara menggunakan data riil penderita hipertensi atau menggunakan data estimasi

dari jumlah penduduk. Menurut informan, tidak terdapat hambatan dalam menjalin komunikasi dan koordinasi antara pelaksana program (Puskesmas) dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.

Komunikasi dan koordinasi antara Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul dengan RSUD Wonosari terkait SPM Kesehatan pelayanan penderita hipertensi baru dilakukan pada bulan Agustus 2022 dengan mengundang staf rekam medis rumah sakit, oleh karena itu belum terbangun pemahaman pada rumah sakit bahwa rumah sakit juga berperan dalam penyelenggaraan SPM Kesehatan pelayanan penderita hipertensi sebelum penyampaian informasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul kepada RSUD Wonosari dan beberapa rumah sakit lainnya.

Sedangkan untuk koordinasi dan komunikasi antara puskesmas dengan kader dilakukan melalui pertemuan secara rutin. Saat pertemuan tersebut puskesmas memberikan arahan kepada kader kegiatan apa yang harus diselenggarakan dan informasi apa yang perlu disampaikan kepada masyarakat.

Membangun komunikasi yang baik antara Dinas Kesehatan dengan pelaksana program pelayanan penderita merupakan hal yang penting untuk dilakukan. Menurut Aspawati (2022) peran pimpinan memiliki pengaruh besar dalam menekankan pentingnya program kepada petugas. Dengan adanya interaksi timbal balik antara pimpinan dan petugas membuat komunikasi yang terjalin semakin baik.<sup>17</sup>

#### **2. Komunikasi Pelaksana Program dengan Sasaran Pelayanan Penderita Hipertensi**

Komunikasi antara pelaksana program dengan sasaran pelayanan penderita hipertensi dilakukan melalui edukasi saat pelayanan rutin di puskesmas, penyuluhan, sosialisasi dan edukasi saat melaksanakan integrasi dengan kegiatan lain seperti vaksinasi dimana puskesmas dapat bertemu masyarakat secara langsung.

Penyampaian informasi kepada penderita hipertensi dan keluarga yang mengantar dilakukan oleh dokter dan perawat atau petugas puskesmas yang bertugas saat kegiatan di luar gedung. Metode penyampaian dilakukan secara lisan saat dilakukan pemeriksaan rutin dan menggunakan bantuan data dari rekam medis pasien.

Pasien yang memiliki BPJS akan diarahkan untuk mengikuti kegiatan Prolanis. Peserta baru Prolanis akan diberikan edukasi terkait dengan kegiatan Prolanis dan akan dimasukkan

ke grup *whatsapp* peserta Prolanis. Pasien penderita hipertensi non BPJS juga akan tetap diberikan edukasi untuk melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan. Saat kegiatan posbindu petugas puskesmas memberikan arahan kepada warga untuk melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan dan rutin meminum obat.

Kader menyampaikan informasi terkait kegiatan posbindu saat diselenggarakannya kegiatan PKK, mengajak secara langsung atau melalui grup *whatsapp* desa. Informasi yang disampaikan kader terkait dengan penyelenggaraan kegiatan posbindu, germas, kegiatan senam, edukasi hidup sehat kepada masyarakat.

Pemahaman sasaran berbeda beda tiap individunya, akan tetapi mayoritas masyarakat saat ini sudah mulai sadar terhadap kondisi kesehatannya. Pasien yang memahami informasi yang disampaikan petugas cenderung memberikan pertanyaan atau umpan balik dari informasi yang disampaikan. Hambatan yang dihadapi yaitu apabila pasien lansia yang datang tidak ditemani oleh keluarganya sehingga terdapat kesulitan dalam menerima informasi yang diberikan yang disebabkan oleh daya dengar yang mulai menurun.

Menurut Safitri (2021) komunikasi kesehatan sangat berperan dalam pelayanan kesehatan bagi tenaga medis dalam memberikan layanan dan edukasi kepada masyarakat untuk meningkatkan kesadaran individu, risiko kesehatan dan solusi kesehatan. Edukasi yang diberikan perlu menggunakan bahasa yang mudah dipahami agar pesan dapat tersampaikan dengan baik selain itu tenaga kesehatan yang bertugas perlu untuk meluruskan informasi yang keliru dan memberikan motivasi kepada pasien untuk terus menjalankan aturan dengan baik dan benar.<sup>18</sup>

Menurut Menawati (2015) untuk mewujudkan komunikasi kesehatan melalui promosi kesehatan diperlukan partisipasi, pemberdayaan yang holistik, lintas sektor, dan berkesinambungan melalui berbagai strategi seperti partisipasi efektif dari sektor terkait dan melibatkan peran profesional dalam komunikasi dengan pasien atau pengunjung fasilitas kesehatan primer.<sup>19</sup>

## **Variabel Karakteristik Organisasi Pelaksana pada Pelaksanaan Program Pelayanan Penderita Hipertensi dalam Mencapai SPM di Kabupaten Gunungkidul**

### **1. Aturan Kerja**

Peraturan turunan yang mengatur lebih lanjut SPM bidang kesehatan pelayanan penderita

hipertensi di Kabupaten Gunungkidul yaitu Peraturan Bupati Nomor 100 Tahun 2019 tentang Pedoman Operasional Pemenuhan SPM Bidang Kesehatan.

Di Puskesmas Wonosari II, Puskesmas Ponjong I, dan Puskesmas Saptosari sendiri tidak terdapat peraturan turunan yang mengatur lebih lanjut mengenai SPM pelayanan penderita hipertensi. Sedangkan di Puskesmas Ponjong I terdapat SOP atau pedoman yang mengatur mengenai pelayanan penderita hipertensi. SOP ini merupakan standar yang dibuat dalam pelayanan kepada pasien penderita hipertensi mulai dari pasien datang hingga pasien pulang di Puskesmas Ponjong I.

Menurut Taufiq (2019) SOP digunakan sebagai acuan petugas dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya dan sebagai alat penilaian kinerja yang berfokus pada penilaian kinerja internal lembaga terutama terkait dengan kejelasan proses kerja dalam suatu organisasi atau unit penanggungjawab. Dengan dibuat dan diterapkannya SOP diharapkan dapat tercapai kelancaran kegiatan operasional, terwujudnya koordinasi, dan meminimalkan terjadinya tumpang tindih proses kegiatan. Dari penerapan SOP di lingkungan kerja akuntabilitas kinerja dapat terukur dan dapat menjadi bahan evaluasi.<sup>20</sup>

Di RSUD Wonosari sendiri terdapat SOP dalam pelayanan penderita hipertensi yang diterbitkan melalui SK rumah sakit yang memuat penjelasan mengenai hipertensi, tata laksana dan pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Menurut informan penanggungjawab P2PTM puskesmas tidak terdapat sanksi yang diperoleh puskesmas apabila SPM Pelayanan Penderita Hipertensi tidak mencapai target yang telah ditentukan. Tindak lanjut yang dilakukan yaitu berupa evaluasi rutin dan analisis penyebab tidak tercapainya target SPM serta rencana tindak lanjut selanjutnya.

Sedangkan menurut informan Dinas Kesehatan sanksi yang diperoleh apabila SPM Kesehatan tidak mencapai target yang ditentukan yaitu adanya pengurangan dalam pendanaan atau anggaran.

### **2. Struktur Organisasi**

Tidak terdapat struktur organisasi tertentu dalam pelayanan penderita hipertensi di puskesmas akan tetapi dalam struktur puskesmas bagian yang bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan penderita hipertensi yaitu bagian P2PTM.

Penanggung jawab program P2PTM bertanggung jawab pada penyelenggaraan program

pelayanan penderita hipertensi beserta pencatatan pelaporannya kepada Dinas Kesehatan. Selain itu terdapat penanggung jawab SPM yang bertugas mengkoordinir penanggungjawab program.

Pembagian tugas dan wewenang di puskesmas dilakukan langsung oleh Kepala Puskesmas. Penanggungjawab P2PTM puskesmas diambil dari SDM tenaga kesehatan seperti perawat dan bidan. Pelaksana program dalam pelayanan penderita hipertensi memiliki kemampuan dalam bidang medis dan kesehatan untuk menunjang pelaksanaan pelayanan penderita hipertensi seperti pengukuran tekanan darah yang dilakukan oleh perawat, anamnesa, edukasi dan peresepan obat yang dilakukan oleh dokter.

Sedangkan di RSUD Wonosari pelayanan penderita hipertensi dilakukan oleh poli penyakit dalam. Dalam melaksanakan pelayanannya poli penyakit dalam bekerjasama dengan bagian lain seperti bagian gizi, IGD, rekam medis dan poliklinik lainnya.

Pembagian tugas dan wewenang pada pelayanan penderita hipertensi di RSUD Wonosari disesuaikan dengan tugas dan kompetensi yang dimiliki seperti dokter memiliki tugas dan wewenang dalam melakukan anamnesa pasien, berkaitan dengan diet pasien merupakan tugas dan wewenang dari ahli gizi.

Koordinasi antara puskesmas dengan Dinas Kesehatan dilakukan melalui mekanisme pelaporan rutin setiap bulannya (pelaporan SPM Kesehatan dan pelaporan SIPTM), dan kegiatan monitoring evaluasi. Pencatatan dan pelaporan dilakukan secara rutin setiap bulan secara offline melalui excel yang dikirimkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.

Selain pelaporan pelayanan rutin di Puskesmas, fasilitas kesehatan di wilayah kerja Puskesmas juga melaporkan pelayan penderita hipertensi yang diberikan. Data dari jejaring fasilitas kesehatan terkait dengan pelayanan penderita hipertensi akan dikirimkan ke puskesmas di wilayah kerjanya. Akan tetapi belum semua fasilitas kesehatan di Kabupaten Gunungkidul mengirimkan laporan pelayanannya kepada puskesmas di wilayah kerjanya.

Sedangkan kader posbindu melaporkan kegiatannya kepada puskesmas melalui form yang telah disediakan oleh puskesmas yaitu melalui lembar Kartu Menuju Sehat (KMS) yang berisi data faktor risiko penyakit menular peserta Posbindu yang merupakan program dari Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul. Warga dengan tekanan

darah tinggi akan dilakukan rujukan ke puskesmas dan apabila terdapat warga dengan faktor risiko dari perilaku sehari-hari akan diberikan edukasi oleh petugas puskesmas.

Mekanisme monitoring dan evaluasi pelayanan penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul dilakukan melalui rapat koordinasi dengan mengundang seluruh puskesmas di Kabupaten Gunungkidul untuk melakukan evaluasi hasil capaian dan validasi data. Selain itu terdapat kegiatan monitoring dan evaluasi langsung ke puskesmas yaitu monev bidang terpadu dan monev lapangan. Monev bidang terpadu dilakukan minimal setahun sekali begitu juga dengan monev lapangan. Sehingga setiap puskesmas di Kabupaten Gunungkidul minimal mendapatkan dua kali monev secara langsung dari Dinas Kesehatan.

Dalam kegiatan monev langsung akan dilihat bagaimana pencatatan dan pelaporan di puskesmas, apakah puskesmas sudah memiliki data riil penderita hipertensi, dan hambatan yang dihadapi dalam penyelenggaraan program untuk dikomunikasikan ke Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul.

Menurut Melati (2019) kegiatan pencatatan dan pelaporan dengan kegiatan monitoring saling memiliki keterkaitan. Tidak tersedianya data mutu pelayanan yang lengkap dan instrumen pengumpulan data menyebabkan kegiatan monev sulit dilaksanakan. Salah satu kendala dalam pelaksanaan monev yaitu petugas yang melaksanakan monev belum memahami bagaimana proses pengumpulan data yang baik dan benar. Keterbatasan waktu dan tenaga yang menyebabkan belum terpenuhinya semua poin dalam tahap perencanaan monev menyebabkan monev yang dilakukan kurang memberikan asas manfaat untuk meningkatkan mutu pelayanan.<sup>21</sup>

Hambatan dalam pengorganisasian pelaksanaan program pelayanan penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul yaitu belum terkoneksinya jejaring fasilitas kesehatan antar wilayah kerja dan belum terdapatnya pelaporan pasien hipertensi dari rumah sakit ke puskesmas. Selain itu jumlah SDM puskesmas dalam pelayanan penderita hipertensi tidak sebanding dengan sasaran yang harus mendapatkan pelayanan.

Menurut penelitian Kori (2013) semakin banyak adanya rangkap jabatan maka semakin banyak tugas tambahan yang terlambat untuk diselesaikan sehingga menyebabkan beban kerja petugas semakin besar yang berpengaruh pada kinerja sehingga akan berdampak pada mutu layanan.<sup>22</sup>

## **Variabel Sikap Pelaksana pada Pelaksanaan Program Pelayanan Penderita Hipertensi dalam Mencapai SPM di Kabupaten Gunungkidul**

### **1. Tanggapan pelaksana pelayanan penderita hipertensi terhadap SPM Kesehatan Pelayanan Penderita Hipertensi**

Menurut penanggungjawab P2PTM puskesmas, pelaksana program menerima kebijakan terkait dengan SPM pelayanan penderita hipertensi dan memberikan tanggapan yang baik. Apabila terdapat kebijakan atau arahan terbaru penanggungjawab program akan memberikan sosialisasi kepada staf terkait dengan peraturan terbaru tersebut.

Begitu juga dengan tanggapan dari kader posbindu. Kader merasa senang dengan diselenggarakannya kegiatan posbindu, kader mengharapkan kegiatan posbindu dapat berjalan rutin setiap bulannya. Akan tetapi karena SDM puskesmas yang terbatas sehingga pelaksanaan posbindu tidak dapat dilakukan setiap bulannya.

Menurut informan, kebijakan yang ada sudah sesuai dengan kebutuhan pada pelayanan penderita hipertensi dan membantu dalam menyelesaikan permasalahan hipertensi sebagai dasar dalam bergerak dan menyelenggarakan program. Dalam menangani permasalahan hipertensi dibutuhkan peran berbagai faktor selain dari segi kebijakan dibutuhkan juga peran aktif dan kesadaran masyarakat serta kecukupan sarana dan prasarana.

### **2. Penerimaan terhadap kebijakan SPM Kesehatan Pelayanan Penderita Hipertensi**

Definisi penerimaan menurut Agustina (2019) dapat diartikan sebagai persepsi dari pemangku kepentingan dalam menerima, mendapatkan keuntungan relatif atau merasakan manfaat, dukungan atau kredibilitas dalam pelaksanaan atau implementasi suatu kebijakan.<sup>23</sup>

Pelaksana program pelayanan penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul menerima dengan baik kebijakan SPM Kesehatan Pelayanan Penderita Hipertensi. Penerimaan staf pelaksana terhadap kebijakan SPM pelayanan penderita hipertensi yaitu dengan melaksanakan sebaik mungkin tugas yang telah diberikan dengan menjalankan program pelayanan hipertensi seperti melalui pelayanan di dalam gedung, kegiatan prolansis, dan kegiatan skrining serta posbindu yang bekerjasama dengan kader.

### **3. Kepatuhan pelaksana program pelayanan penderita hipertensi**

Kepatuhan menurut Agustina (2019) merupakan sejauh mana intervensi dapat dilakukan sesuai dengan protokol, rencana atau kebijakan. Kepatuhan dapat berupa ketaatan, pelaksanaan sesuai yang diharapkan, integritas perawatan, kualitas pelaksanaan program, intensitas atau dosis pelaksanaan.<sup>23</sup>

Menurut penanggung jawab P2PTM puskesmas dan informan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul dalam pelayanan penderita hipertensi pelaksana program sudah melaksanakan pelayanan sesuai dengan peraturan yang mengatur yaitu melalui pengecekan tekanan darah, pemberian edukasi gaya hidup sehat dan kepatuhan minum obat, melaksanakan mekanisme rujukan dan menyelenggarakan kegiatan yang dilakukan untuk mencapai target yang telah ditentukan.

## **Variabel Lingkungan (Sosial, Politik, dan Ekonomi) pada Pelaksanaan Program Pelayanan Penderita Hipertensi dalam Mencapai SPM di Kabupaten Gunungkidul**

### **1. Variabel Sosial**

Penyakit hipertensi merupakan penyakit yang dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti genetik, pola hidup dan kondisi psikososial. Perilaku sosial masyarakat yang berpengaruh terhadap pelayanan penderita hipertensi yaitu terkait pemahaman penderita hipertensi terhadap penyakit hipertensi itu sendiri. Penderita yang tidak memahami jika hipertensi harus melakukan kontrol secara rutin cenderung menarik diri dan tidak melakukan pemeriksaan rutin saat hipertensi yang mereka derita sudah stabil.

Intervensi atau edukasi yang diberikan kepada penderita hipertensi perlu melihat kondisi sasaran yang dituju karena terdapat perbedaan tingkat pemahaman masyarakat terkait penyakit hipertensi.

Penderita hipertensi yang mayoritas sudah lanjut usia memiliki kendala untuk melakukan pemeriksaan rutin di puskesmas karena jarak puskesmas yang jauh dari tempat tinggalnya dan keluarga yang bekerja sehingga tidak dapat mengantar penderita untuk melakukan pemeriksaan.

Menurut Tumenggung (2013) dukungan sosial keluarga memiliki hubungan yang erat dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan program diet. Penyakit hipertensi yang merupakan penyakit kronis

yang dapat kambuh kapan saja apabila pasien tidak melaksanakan program yang ditetapkan petugas dan penyakit yang membutuhkan pengobatan dalam waktu yang lama menjadikan dukungan dari keluarga sangat berpengaruh dalam keberhasilan kesembuhan pasien.<sup>24</sup>

Faktor pola makan dan faktor riwayat keluarga yang menderita hipertensi juga berpengaruh terhadap kejadian hipertensi. Perilaku masyarakat yang mengkonsumsi garam melebihi batas yang ditentukan dapat menjadi faktor penyebab hipertensi.

Seperti yang disampaikan informan RSUD Wonosari pernah terdapat kasus pasien hipertensi dalam tiga generasi, ternyata di wilayah tempat tinggal pasien tersebut memiliki kebiasaan sarapan menggunakan air garam dan di wilayah tersebut memang memiliki angka hipertensi yang tinggi.

Menurut penyampaian kader posbindu, masyarakat saat ini sudah memiliki kesadaran yang semakin baik terhadap kondisi kesehatannya. Masyarakat melakukan pengecekan derajat kesehatan sudah berdasarkan kesadaran pribadi. Masyarakat juga turut aktif dalam menyelenggarakan senam untuk mendorong warga melakukan aktifitas fisik. Akan tetapi saat ini terdapat pola makan serba instan dan faktor gaya hidup yang juga berpengaruh terhadap kejadian hipertensi.

## **2. Variabel Politik**

Kerjasama dan dukungan yang dilakukan dengan jejaring fasilitas kesehatan seperti praktik dokter dan klinik yaitu melalui pelaporan pelayanan penderita hipertensi kepada puskesmas yang dilakukan setiap bulannya. Terdapat juga kerjasama dengan BPJS dalam penyelenggaraan Prolanis.

Dukungan dan kerjasama dari instansi lain juga dilakukan melalui penyelenggaraan lokakarya mini lintas sektor yang diadakan setiap bulan dan akan disampaikan terkait capaian dan kendala pada pelayanan penderita hipertensi di puskesmas. Dilakukan juga dukungan dan kerjasama dengan Bappeda Kabupaten Gunungkidul. Koordinasi dengan Bappeda dilakukan karena Bappeda merupakan instansi terkait penganggaran dan memberikan dukungan dalam pelaksanaan SPM.

Bappeda sendiri merupakan SKPD yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan tugas dan fungsi perencanaan pembangunan daerah melalui penyusunan tahapan kegiatan yang melibatkan berbagai unsur pemangku kepentingan untuk pemanfaatan dan pengalokasian sumber daya.<sup>16</sup>

Sedangkan dukungan dan kerjasama di RSUD Wonosari dalam pelayanan penderita hipertensi dilakukan dengan FKTP, dokter keluarga, rumah sakit swasta dalam rujukan pasien hipertensi. Selain itu terdapat kerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional di rumah sakit. Kerjasama dengan Dinas Kesehatan dilakukan dalam pelaporan dan pertanggungjawaban pelaksanaan pelayanan di lingkungan RSUD Wonosari dan kegiatan pelatihan.

Posbindu dalam menyelenggarakan kegiatannya bekerjasama dengan puskesmas sesuai dengan wilayahnya masing masing. Posbindu juga melaporkan hasil kegiatannya kepada Puskesmas. Posbindu bekerjasama dengan pemerintah desa dan kelurahan dalam penyelenggaraan kegiatannya seperti terkait dengan pendanaan, pengadaan alat, dan penerbitan surat tertentu seperti surat keterangan bagi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan di posbindu.

Untuk mencapai tujuan SPM Kesehatan pelayanan penderita hipertensi dapat dilakukan upaya analisis stakeholder. Menurut Yuliansyah (2016) analisis stakeholder dapat dilakukan untuk mengetahui arah kebijakan sebagai bentuk upaya penguatan kebijakan. Dengan adanya gambaran yang jelas mengenai kepentingan, kekuasaan, kekuatan dan kapasitas serta pengaruh dari tiap stakeholder dapat digunakan untuk melihat peluang terbaik mencapai tujuan kebijakan.<sup>25</sup>

Menurut informan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul kebijakan lain yang mempengaruhi pelaksanaan pelayanan penderita hipertensi yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Dari pelaksanaan kegiatan PIS-PK dapat diketahui pelayanan yang masih rendah dan sudah cukup bagus di indeks keluarga sehat. Di Kabupaten Gunungkidul cakupan hipertensi masih rendah sehingga menjadi intervensi PIS-PK di tahun ini.

Selain itu terdapat Permendagri Nomor 100 Tahun 2018 yang sekarang dicabut dan diganti dengan Permendagri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal. Dengan kebijakan ini mengatur bahwa setiap warga negara berhak mendapatkan layanan kesehatan minimal beserta mekanismenya.

## **3. Variabel Ekonomi**

Menurut Rakasiwi (2021) pendapatan seseorang dapat mempengaruhi status kesehatannya.

Seseorang dengan pendapatan lebih tinggi memiliki probabilitas lebih sehat dibandingkan pendapatan yang lebih rendah. Pendapatan seseorang dapat mencerminkan pengeluaran konsumsi yang dilakukan, seseorang dengan pendapatan lebih tinggi cenderung menggunakan asuransi kesehatan dan menerapkan pola hidup sehat dengan memperhatikan asupan makanan bergizi dan olahraga yang dilakukan.<sup>26</sup>

Berdasarkan informasi dari informan penanggungjawab P2PTM puskesmas kondisi perekonomian sasaran pelayanan penderita hipertensi bermacam-macam, terdapat berbagai strata ekonomi dari sasaran pelayanan penderita hipertensi. Pasien non BPJS dengan kondisi perekonomian yang kurang mengalami kesulitan untuk melakukan pemeriksaan secara rutin. Selain itu faktor pasien yang tidak memiliki alat transportasi juga berpengaruh terhadap pasien yang tidak melakukan kontrol secara rutin.

Stress yang disebabkan faktor ekonomi menurut informan menjadi salah satu pencetus terjadinya hipertensi yang sangat berpengaruh terutama saat masa pandemi covid-19 dimana banyak masyarakat yang kehilangan pekerjaan. Kondisi perekonomian yang kurang baik juga berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita dan gizi yang kurang seimbang. Penderita dengan kondisi perekonomian yang kurang baik terkadang terkendala untuk membeli obat yang diresepkan akan tetapi tidak terjamin dalam BPJS Kesehatan.

Menurut data BPS Gunungkidul penduduk Gunungkidul tergolong penduduk usia tua. Persentase penduduk usia 65 tahun keatas yaitu 14,67 persen. Rasio beban ketergantungan (*dependency ratio*) yaitu sebesar 50,37 persen yang artinya setiap 100 orang penduduk usia produktif menanggung 50,37 penduduk usia tidak produktif.

Pola konsumsi rumah tangga di Kabupaten Gunungkidul pada tahun 2020 untuk konsumsi makanan yaitu sebesar 51,84 persen dan konsumsi non makanan yaitu sebesar 48,14 persen. Biaya kesehatan masuk ke dalam biaya non makanan terbesar kedua yaitu 11,14 persen bersama dengan biaya pendidikan, akomodasi, kebutuhan harian, dan jasa lainnya.

Menurut penyampaian informan, mayoritas penduduk memiliki mata pencaharian sebagai petani dan buruh. Wilayah yang mengalami masa panen saat musim penghujan dan kekeringan saat musim kemarau sehingga warganya mengalami kesulitan ekonomi saat masa tersebut. Hal ini

sejalan dengan data BPS Gunungkidul bahwa sektor pertanian masih mendominasi pasar kerja di Gunungkidul yaitu sebesar 42,66 persen.<sup>27</sup>

## KESIMPULAN

Permasalahan pelayanan penderita hipertensi di Gunungkidul dalam mencapai target SPM yang telah ditentukan yaitu terdapat kendala dalam hal sasaran yang belum menggunakan data riil penderita hipertensi, kurangnya SDM pelayanan penderita hipertensi, jumlah sasaran yang tidak sebanding dengan SDM puskesmas, rendahnya kesadaran penderita hipertensi untuk melakukan pengobatan rutin di fasilitas kesehatan, belum terintegrasi dengan baik jejaring fasilitas kesehatan terkait dengan pencatatan dan pelaporan pelayanan penderita hipertensi dan kegiatan Posbindu PTM yang belum bisa berjalan secara mandiri tanpa pendampingan dari Puskesmas. Kendala-kendala tersebut saling mempengaruhi satu sama lain yang berpengaruh terhadap capaian SPM Kesehatan Pelayanan Penderita Hipertensi di Kabupaten Gunungkidul.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Umar, Zulkarnain. "Analisis Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Untuk Peningkatan Kualitas Layanan Publik di Daerah." *JAKPP (Jurnal Analisis Kebijakan & Pelayanan Publik)* (2017): 1-13.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
3. Peraturan Bupati Gunungkidul Nomor 100 Tahun 2019 Tentang Pedoman Operasional Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
4. Infodatin Hipertensi. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019) <https://www.bpjskesehatan.go.id/bpjs/in dex.php/post/read/2017/536/Avoid-CardiometabolicbyOptimized-PROLANIS> diakses pada 137 Maret 2022
5. Nanda, Cicilia Cristin Septa, Sri Indaryati, and Dheni Koerniawan. "DM Pengaruh Komorbid Hipertensi dan Diabetes Mellitus terhadap Kejadian COVID-19: Comorbid COVID-19." *Jurnal Keperawatan Florence Nightingale* 4.2 (2021): 68-72.
6. Profil Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2020

7. Rencana Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul Tahun 2021
8. Yonata, Ade, and Arif Satri Putra Pratama. "Hipertensi sebagai faktor pencetus terjadinya stroke." *Jurnal Majority* 5.3 (2016): 17-21.
9. Rahmadiana, Metta. "Komunikasi kesehatan: sebuah tinjauan." *Jurnal Psikogenesis* 1.1 (2012): 88-94.
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2019 Tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan
11. Surat edaran Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul Nomor 445/4555.Tu.3 tentang operasional standar pelayanan minimal bidang kesehatan
12. Mujiati, Mujiati, and Yuyun Yuniar. "Ketersediaan sumber daya manusia kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam era Jaminan Kesehatan Nasional di delapan Kabupaten-Kota di Indonesia." *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan* 26.4 (2016): 201-210.
13. Balqis, Balqis, Nurhayani Nurhayani, and Rezky Kurnia Geswar. "Kesiapan Stakeholder dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Gowa." *Jurnal Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan Indonesia* 3.01 (2014): 8238.
14. Peraturan Bupati Gunungkidul Nomor 2 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyusunan Pagu Indikatif Wilayah Kecamatan
15. Laporan Target dan Capaian Program Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul Triwulan 1 (Januari-April) Tahun 2021
16. Aspawati, Nurrahmi, et al. "Studi Kualitatif: Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Dinas Kesehatan." *J'Aisyiah Med* 7.1 (2022): 1-16.
17. Safitri, Putriana Fuji, and Rizma Adlia Syakurah. "Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Komunikasi Kesehatan di Pelayanan Kesehatan Primer Selama Masa Pandemi Covid-19." *Majalah Kedokteran Andalas* 44.6 (2021): 345- 356.
18. Menawati, Tita, and Hendra Kurniawan. "Pentingnya Komunikasi Dalam Pelayanan Kesehatan Primer." *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala* 15.2 (2015): 120-124.
19. Taufiq, Abd Rohman. "Penerapan standar operasional prosedur (SOP) dan akuntabilitas kinerja Rumah Sakit." *Profita: Komunikasi Ilmiah dan Perpajakan* 12.1 (2019): 56-66.
20. Melati, Melati, Erika Revida, and Megawati Sinambela. "Hubungan Monitoring Dan Evaluasi Dengan Kualitas Pelayanan Di Puskesmas Sei Suka-Batubara." *Jurnal Inovasi Kesehatan Masyarakat* 1.1 (2019): 9-17.
21. Ningsih, Kori Puspita, Bhisma Murti, and A. Md Sugeng. Hubungan Beban Kerja dan Kepuasan Kerja dengan Kinerja Karyawan di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Mata "Dr. Yap" Yogyakarta. Diss. Universitas Muhammadiyah Surakarta, 2013.
22. Agustina, Shinta Chyntia, Laksono Trisnantoro, and Dwi Handono. "Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK) Menggunakan Tenaga Kontrak di Kabupaten Kulon Progo Tahun 2018." *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI* 8.3 (2019): 104-112.
23. Tumenggung, Imran. "Hubungan dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan diet pasien hipertensi di RSUD Toto Kabila Kabupaten Bone Bolango." *Jurnal Health and Sport* 7.01 (2013).
24. Yuliansyah, Mohammad Alfian, Nuryadi Nuryadi, and Yennike Tri Herawati. "Analisis Stakeholder dalam Kebijakan Pemenuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember (Stakeholder Analysis in Compliance Policy of The First-Level Health Facilities in National Health Insurance at." *Pustaka Kesehatan* 4.1 (2016): 152-159.
25. Rakasiwi, Liani Surya, and Achmad Kautsar. "Pengaruh Faktor Demografi dan Sosial Ekonomi terhadap Status Kesehatan Individu di Indonesia." *Kajian Ekonomi dan Keuangan* 5.2 (2021): 146-157.
26. Statistik Daerah Kabupaten Gunungkidul 2021. Badan Pusat Statistik Kabupaten Gunungkidul. 2021

## PERBEDAAN UTILITAS PASIEN DM DI FKTP SEBELUM DAN SESUDAH PENERAPAN KEBIJAKAN KAPITASI BERBASIS KINERJA (KBK) DI KOTA CIMAH

### (ANALISIS DATA SAMPEL BPJS 2015-2020)

*DIFFERENCES IN THE UTILITY OF DM PATIENTS IN FKTP BEFORE AND AFTER POLICY IMPLEMENTATION PERFORMANCE BASED CAPTATION (KBK) IN CIMAH CITY (BPJS SAMPLE DATA ANALYSIS 2015 - 2020)*

Elita Ivanna Gultom<sup>1</sup>, Irvan Afriandi<sup>2</sup>, Sharon Gondodiputro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran, Jl. Professor Eyckman No.38, Pasteur Kec. Sukajadi, Kota Bandung, Jawa Barat, 40161, Indonesia

<sup>2</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran, Jl. Professor Eyckman No.38, Pasteur Kec. Sukajadi, Kota Bandung, Jawa Barat, 40161, Indonesia

<sup>3</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran, Jl. Professor Eyckman No.38, Pasteur Kec. Sukajadi, Kota Bandung, Jawa Barat, 40161, Indonesia  
Email: elita21001@mail.unpad.ac.id

Tanggal submisi: 4 Desember 2023; Tanggal penerimaan: 30 Maret 2023

#### ABSTRAK

Diabetes Mellitus Tipe 2 merupakan jenis penyakit diabetes mellitus (DM) yang paling banyak terjadi, terhitung lebih dari 90% kasus dan merupakan diagnosis terbanyak di FKTP Tahun 2019-2020. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan utilitas KBK melalui karakteristik peserta, kepatuhan dan rujukan di FKTP Kota Cimahi.

Desain penelitian yang digunakan analisis kuantitatif komparatif dengan menggunakan data sekunder yang memenuhi syarat variabel dan menerima pelayanan di FKTP Kota Cimahi Tahun 2018 – 2020. Berdasarkan data sampel BPJS, Proporsi Peserta DM yang ada di Kota Cimahi sebanyak 14,08 % dari dan peserta DM Tipe 2 sebanyak 468 (77,74 %) peserta.

Hasil penelitian pada kasus peserta JKN DM rerata usia (p value : 0,008), Jenis kelamin (p value:0,138), Kepatuhan (p value : 0,201) Distribusi rujukan (p value : 0,256) mencerminkan adanya perbedaan pada rerata usia sebelum dan sesudah penerapan kebijakan KBK dan tidak adanya perbedaan pada jenis kelamin, kepatuhan dan rujukan sebelum dan sesudah KBK di FKTP Kota Cimahi pada kasus peserta DM. Pada peserta JKN DM tipe 2 didapatkan rerata usia hasil (p value : 0,025), Jenis kelamin (p value : 0,141), Kepatuhan (p value : 0,201), rujukan (p value : 0,746) dapat disimpulkan adanya perbedaan pada rerata usia sebelum dan sesudah kebijakan KBK dan tidak ada perbedaan jenis kelamin, kepatuhan dan rujukan pada peserta DM Tipe 2 di FKTP Kota Cimahi sebelum dan sesudah penerapan kebijakan KBK.

Kebijakan KBK yang perlu dievaluasi ulang dalam pelayanan di FKTP yang mendorong efektivitas kualitas pelayanan sehingga peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) baik DM maupun DM Tipe 2 mendapatkan pelayanan yang terbaik.

**Kata Kunci :** Elita Ivanna Gultom; Jurnal JKJI; BPJS; FKTP; KBK; Kota Cimahi

#### ABSTRACT

*Type 2 Diabetes Mellitus is the most common type of diabetes mellitus (DM), accounting for more than 90% of cases and is the most common diagnosis in FKTP 2019-2020. This study aims to analyze the differences in KBK utility through participant characteristics, adherence and referrals at FKTP Kota Cimahi.*

*The research design used comparative quantitative analysis using secondary data that met the variable requirements and received services at the Cimahi City FKTP in 2018 – 2020. Based on the BPJS sample data, the proportion of DM participants in Cimahi City was 14.08% and DM participants were Type 2 as many as 468 (77.74%) participants.*

*The results of the study in the case of JKN DM participants mean age (p value: 0.008), gender (p value: 0.138), compliance (p value: 0.201) Referral distribution (p value: 0.256) reflects the difference in the average age before and after implementation CBC policy and no differences in gender, adherence and referrals before and after KBK at FKTP Cimahi City in cases of DM participants. For JKN DM type 2 participants, the average age of outcome (p value: 0.025), gender (p value: 0.141), compliance (p value: 0.201), referrals (p value: 0.746) can be concluded that there is a difference in the mean age before and after the CBC policy and there were no differences in sex, compliance and referrals to Type 2 DM participants at Cimahi City FKTP before and after the implementation of the CBC policy.*

*KBK policies that need to be re-evaluated in services at FKTPs that encourage the effectiveness of service quality so that National Health Insurance (JKN) participants, both DM and DM Type 2, get the best service.*

**Keywords :** Elita Ivanna Gultom; JKJI Journal; BPJS; FKTP; KBK; Cimahi City

## PENDAHULUAN

Di Indonesia, Penyakit Tidak Menular (PTM) dengan Diabetes Mellitus (DM) menjadi prioritas utama.<sup>1</sup> Peningkatan kasus DM ditandai dengan sebagai salah satu penyakit kronis yang ditanggung pembiayaannya oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan, dan merupakan kasus diagnosa terbanyak di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).<sup>2</sup> Hasil Riskesdas Kasus DM Tipe 2 Tahun 2013 sebanyak 6.9 % dan 2018 menjadi 8,5% sedangkan di Provinsi Jawa Barat dari 1,3% pada tahun 2013 menjadi 1,7% pada tahun 2018.<sup>3</sup> Kasus kejadian penyakit DM di Kota Cimahi mengalami kenaikan kasus DM dari tahun 2019 sampai 2021.<sup>4</sup> BPJS Kesehatan melakukan upaya penguatan dengan meningkatkan promotif preventif di FKTP agar meminimalisir kasus PTM dengan konsep penerapan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK).<sup>5</sup> KBK merupakan salah satu capaian kinerja untuk meningkatkan standar pelayanan kesehatan yang diberikan oleh BPJS sejak tahun 2019.<sup>6</sup> BPJS Kesehatan memberlakukan sistem KBK pada FKTP seperti puskesmas, klinik pratama, dan dokter umum. KBK akan meningkatkan pemanfaatan FKTP dari peningkatan angka kepatuhan dan tingkat layanan peserta JKN yang ada di FKTP serta kendali rujukan.<sup>6</sup> Pemanfaatan FKTP sebagai komponen sistem kendali mutu pelayanan dimaksudkan untuk meningkatkan efektivitas pelaksanaan program JKN melalui pembayaran KBK.<sup>7</sup> Pemanfaatan FKTP dapat dilihat dari jumlah peserta JKN yang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang meningkat dari tahun ke tahun dan jumlah uang yang dibayarkan untuk pelayanan kesehatan.<sup>8</sup> Pemanfaatan fasilitas kesehatan sebagai pelayanan kesehatan mengidentifikasi determinan dalam prosesnya, terdiri atas tiga kategori, yaitu faktor predisposisi (demografi, struktur sosial, dan kepercayaan kesehatan), karakteristik atau kemampuan yang terdiri atas sosial, sumber daya, beban biaya, dan penilaian klinik).<sup>9</sup> Data Sampel BPJS tahun 2015-2020 dirilis oleh BPJS Kesehatan mencerminkan semua wilayah, baik negara, provinsi, maupun kota dan kota. Data dari sampel BPJS dapat dianalisis sehingga dapat digunakan sebagai dasar untuk menilai sistem pelayanan kesehatan dan mendorong perilaku hidup sehat di Indonesia. Penelitian mengenai Utilitas Pasien DM Tipe 2 di FKTP Kota Cimahi yang memiliki cakupan BPJS Kesehatan belum pernah dilakukan, khususnya menggunakan data periode penelitian tahun 2015–2020. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk

menganalisis perbedaan utilitas FKTP sebelum dan sesudah penerapan Kebijakan KBK sebagai salah satu upaya penguatan FKTP yang tercermin dalam karakteristik peserta JKN DM, kepatuhan dan rujukan dari peserta JKN DM.

## METODE PENELITIAN

Setelah mendapat persetujuan dari Komisi Etik Universitas Padjadjaran Bandung (No. 745/UN6.KEP/EC/2022). Penelitian ini menggunakan desain analitik komparatif. Data yang digunakan adalah Data Sampel BPJS Kesehatan tahun 2015 s.d 2020. Populasi penelitian terdiri dari data penderita kontekstual dengan diagnosis DM (E10) dan DM Tipe 2 (E 11) yang mendapat pengobatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Kota Cimahi dari 2015 hingga 2020. Setiap data yang memiliki variabel dijelaskan secara lengkap dilakukan analisis. Setiap data sampel telah mengalami pembobotan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan agar dapat menunjukkan kondisi Kota Cimahi secara utuh. Pengolahan dan analisis data menggunakan software STATA dan SPSS.

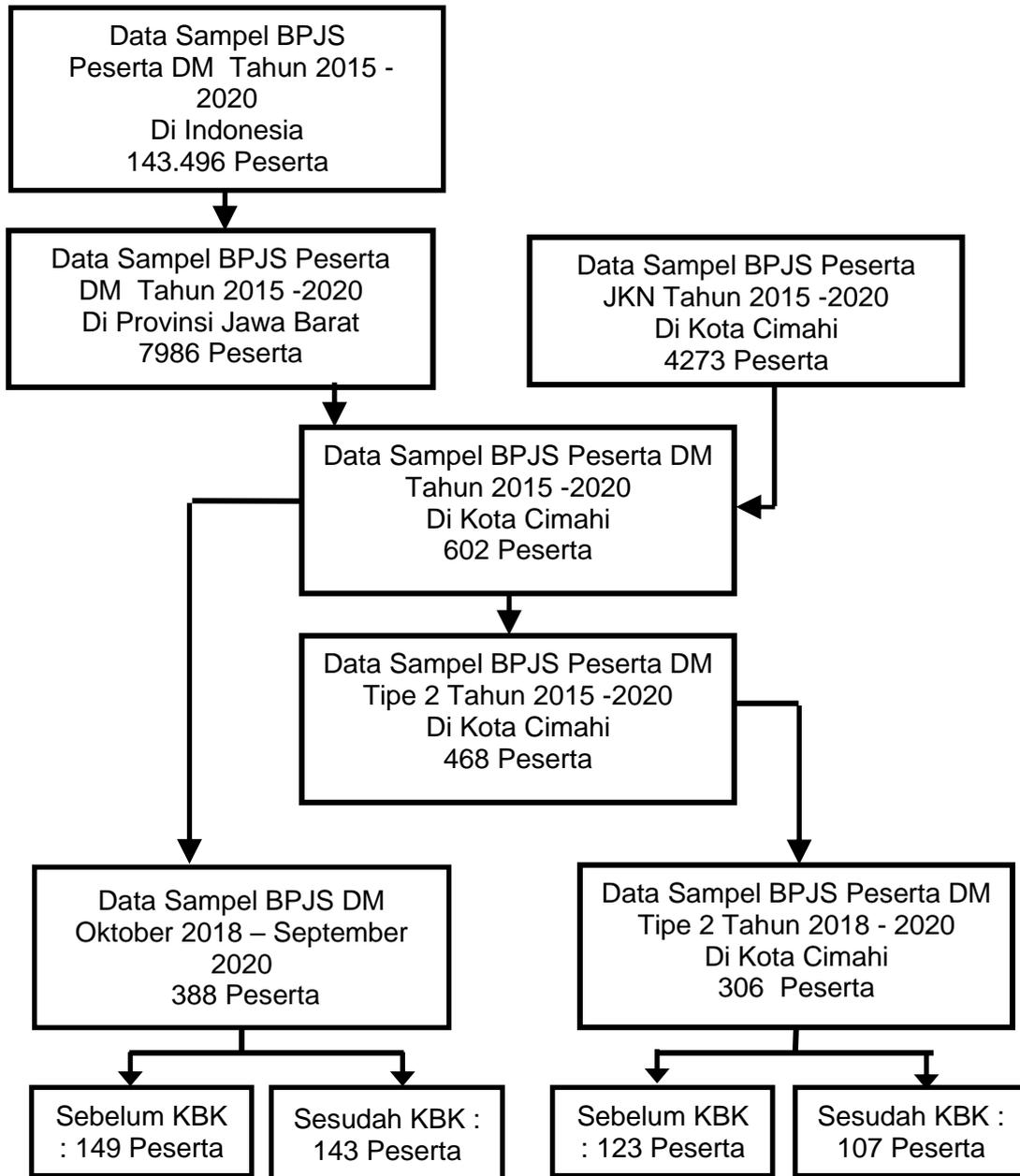
## HASIL DAN PEMBAHASAN

Jumlah peserta JKN yang melakukan kunjungan ke FKTP Kota Cimahi sebanyak 4273 peserta, tercakup dalamnya peserta DM sebanyak 602 peserta (14,08 %), Proporsi penderita DM lebih besar dibanding dengan hasil Riskesdas Tahun 2018.<sup>3</sup> Proporsi DM Tipe 2 (77.74) % lebih kecil dibanding hasil penelitian IDF Tahun 2021 sebesar 90 %.<sup>10</sup>

Berdasarkan data tabel 1 menunjukkan proporsi kasus DM dan DM Tipe 2 yang berbeda dipengaruhi oleh adanya data missing dalam data sampel, variabel data set yang belum tersedia untuk mendukung penegakan diagnosis serta kasus pandemi covid yang terjadi pasca penerapan kebijakan KBK.

Berdasarkan tabel 2 dan tabel 3, didapatkan hasil adanya perbedaan usia peserta yang berkunjung sebelum dan sesudah penerapan kebijakan KBK dengan nilai p (0,008). Hal ini sesuai dengan hasil Riskesdas 2018 proporsi kasus DM untuk usia 55 – 64 tahun memiliki tren yang semakin meningkat.<sup>3</sup> Sejalan dengan hasil penelitian Garnita (2012) faktor umur mempengaruhi kejadian DM, dimana usia 40 – 50 tahun mempunyai peluang 5,5 x lebih tinggi. semakin meningkat seiring peningkatan umur hingga usia 55 – 64 tahun.<sup>11</sup> Menurut penelitian

**Struktur Data Sampel Penelitian**



Gambar 1 : Struktur Data Sampel Penelitian

Tabel 1. Sampel Peserta JKN yang pernah berkunjung ke FKTP Kota Cimahi Tahun 2015 – 2020

	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	Total	%
Sampel peserta JKN Kota Cimahi	323		480		656		831		929		1054		4273	
Sampel peserta terdiagnosis DM	45	13,93	53	11,04	116	17,68	120	14,44	167	17,98	101	9,58	602	14,09
Sampel peserta terdiagnosis DM Tipe 2	29	64,44	42	79,25	91	78,45	93	77,50	135	80,84	78	77,23	468	77,74

**Tabel 2. Karakteristik Peserta DM Sebelum dan Sesudah penerapan Kebijakan KBK di FKTP Kota Cimahi**

No	Frekuensi	Sebelum KBK		Sesudah KBK		P Value
		Okt 2018-Sept 2019		Okt 2019-Sept 2020		
		n	%	n	%	
1	Sampel Peserta	149		143		-
2	Rerata Usia	48,4		53,3		u= 8727 p=0,008
3	Jenis Kelamin					0,138
	a. Laki-laki	46	30,9	56	39,2	
	b. Perempuan	103	69,1	87	60,8	
	Total	149	100	143	100	
4	Status Perkawinan					-
	a. Kawin	112	75,1	110	76,9	
	b. Belum Kawin	8	5,4	17	11,9	
	c. Cerai	29	19,5	16	11,2	
	Total	149	100	143	100	
5	Hubungan Keluarga					-
	a. Peserta	87	58,4	79	55,2	
	b. Suami	6	4,0	4	2,8	
	c. Istri	55	36,9	50	35,0	
	d. Anak	1	0,7	10	7,0	
	Total	149	100	143	100	

**Tabel 3. Karakteristik Peserta DM tipe 2 Sebelum dan Sesudah penerapan Kebijakan KBK di FKTP Kota Cimahi**

No	Frekuensi	Sebelum KBK		Sesudah KBK		P Value
		Okt 2018-Sept 2019		Okt 2019-Sept 2020		
		n	%	n	%	
1	Sampel Peserta	123		107		-
2	Rerata Usia	48,9		53,6		u= 5453 p=0,025
3	Jenis Kelamin					0,141
	a. Laki-laki	38	30,9	43	40,2	
	b. Perempuan	85	69,1	64	59,8	
	Total	123	100	107	100	
4	Status Perkawinan					-
	a. Kawin	91	73,9	78	72,9	
	b. Belum Kawin	6	4,9	13	12,1	
	c. Cerai	26	21,2	16	15	
	Total	123	100	107	100	
5	Hubungan Keluarga					-
	a. Peserta	71	57,8	62	58	
	b. Suami	5	4,0	3	2,8	
	c. Istri	46	37,4	35	32,7	
	d. Anak	1	0,8	7	6,5	
	Total	123	100	107	100	

Lomboan (2018) adanya hubungan antara umur peserta JKN dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, dikarenakan umur yang semakin dewasa akan mempertimbangkan pengalamannya

dalam memanfaatkan pelayanan kesehatannya.<sup>12</sup> Umur mempengaruhi kebutuhan dan pengetahuan seseorang yang akan berperan dalam pengambilan keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.<sup>13</sup>

Hasil penelitian didapatkan peserta JKN jenis kelamin perempuan DM (60,8%) dan DM Tipe 2 (59,8%) baik sebelum dan sesudah penerapan kebijakan KBK lebih banyak memanfaatkan FKTP. Dan tidak adanya perbedaan jenis kelamin peserta sebelum dan sesudah penerapan kebijakan KBK. Hal ini selaras dengan penelitian Logen (2010) perempuan akan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan disebabkan oleh aktifitas sehari – hari yang lebih luang dan perempuan yang memiliki rasa khawatir yang lebih tinggi terkait dengan kondisi kesehatannya.<sup>14</sup> Menurut penelitian Shalev et al (2005) penderita DM perempuan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dan memiliki angka kesakitan yang lebih tinggi dibandingkan dengan pria.<sup>15</sup> Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian Girma (2011) perempuan lebih banyak yang mengalami gangguan kesehatan sehingga memanfaatkan pelayanan kesehatan.<sup>16</sup> Penelitian Rangkuti (2018) menunjukkan pengguna JKN di RSU Muhammadiyah Sumatera Utara menunjukkan pasien DM tipe 2 lebih banyak berjenis kelamin perempuan.<sup>17</sup> Sedangkan hasil penelitian Usman (2020) penderita DM lebih banyak perempuan dikarenakan pola makan yang tidak sehat sehingga memanfaatkan pelayanan kesehatan.<sup>18</sup>

Hasil penelitian ini menunjukkan karakteristik peserta sebelum dan sesudah KBK mencerminkan sebagian besar peserta JKN penderita DM (76,9%) dan DM Tipe 2 (72,9%) adalah dengan status kawin. Hasil penelitian ini selaras dengan hasil penelitian Irawan (2010) menyatakan orang yang berstatus kawin memiliki risiko 1,72 kali dibanding orang yang berstatus tidak kawin untuk menderita DM.<sup>19</sup> Selaras dengan Aisyatur (2014) status perkawinan kawin berhubungan dengan pemanfaatan PPK I.<sup>20</sup> berbeda dengan hasil penelitian Yunizar (2020) status perkawinan tidak baku sebagai faktor yang mempengaruhi seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, karena bisa jadi yang mempengaruhi adalah pola pikir dan keyakinan seseorang terhadap pelayanan kesehatan.<sup>13</sup> Hasil penelitian Shojael (2013) menunjukkan hasil yang serupa, dengan tidak adanya perbedaan pada status perkawinan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.<sup>21</sup>

Hasil penelitian ini menunjukkan hubungan keluarga pada peserta DM (55,2%) dan DM Tipe

2 (58%) dengan status peserta baik sebelum dan sesudah penerapan kebijakan KBK. Sejalan dengan penelitian Nguyen (2014) adanya korelasi positif antara kemauan masyarakat untuk menjadi peserta dan membayar asuransi kesehatan dengan pendapatan, pendidikan, pekerjaan kepala rumah tangga, dan jumlah anggota yang harus ditanggung dalam suatu rumah tangga.<sup>22</sup> Pengetahuan individu akan sangat berpengaruh terhadap kesadaran untuk ikut serta dalam suatu kegiatan yang akan berdampak terhadap perilaku dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang perilakunya akan berubah kemudian berubah dalam penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui atau disikapinya.<sup>23</sup>

**Tabel 3. Kepatuhan Peserta DM tipe 2 Sebelum dan Sesudah Penerapan Kebijakan KBK di FKTP Kota Cimahi**

Kepatuhan	Sebelum KBK Okt 2018-Sept 2019		Sesudah KBK Okt 2019-Sept 2020		P Value
	n	%	n	%	
Patuh	7	4,7	12	8,4	0,201
Tidak Patuh	142	95,3	131	91,6	
Total	149	100	143	100	

**Tabel 4. Kepatuhan Peserta DM tipe 2 Sebelum dan Sesudah Penerapan Kebijakan KBK di FKTP Kota Cimahi**

Kepatuhan	Sebelum KBK Okt 2018-Sept 2019		Sesudah KBK Okt 2019-Sept 2020		P Value
	n	%	n	%	
Patuh	3	2,4	7	6,5	0,128
Tidak Patuh	120	97,6	100	93,5	
Total	123	100	107	100	

Berdasarkan tabel 3 yang patuh sebesar 7 peserta (4,7%) dan peserta yang tidak patuh sebesar 142 (95,3%), sedangkan sesudah KBK peserta yang patuh sebesar 12 peserta (8,4%) dan peserta yang tidak patuh sebesar 131 peserta (91,6%). Hasil *p value* = 0,201 artinya tidak ada perbedaan kepatuhan sebelum dan sesudah penerapan kebijakan KBK di FKTP Kota Cimahi pada peserta DM. Tabel 4. hasil sebelum KBK peserta DM tipe 2 yang patuh sebesar 3 peserta (2,4%) dan peserta yang tidak patuh sebesar 120 peserta (97,6%), sedangkan sesudah KBK peserta yang patuh sebesar 7 peserta (6,5%) dan peserta yang tidak patuh sebesar 100 peserta (93,5%). Hasil *p value* 0,128 artinya tidak ada perbedaan kepatuhan peserta baik sebelum penerapan kebijakan KBK maupun setelah penerapan kebijakan KBK. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang ada disebabkan ketersediaan data sampel BPJS yang tidak memenuhi variabel penelitian. Adanya kebijakan KBK belum memperlihatkan peran dari FKTP yang tercermin dari kepatuhan peserta penderita DM dan DM Tipe 2 dalam melakukan kontrol teratur setiap bulan. Pengembangan sistem kendali mutu dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan serta peningkatan performa komitmen pelayanan di FKTP merupakan harapan dari adanya penerapan kebijakan KBK.<sup>24</sup> Menurut Mandel (2007) Kinerja dari fasilitas pelayanan kesehatan akan meningkat dan mendorong perubahan sistem di tingkat penyedia pelayanan kesehatan akibat dari pembayaran.<sup>25</sup> Hasil penelitian Maujudah (2018) KBK memberikan perubahan bagi fasilitas pelayanan kesehatan.<sup>26</sup> Sedangkan menurut hasil penelitian Ahmad (2013) kepatuhan berobat

**Tabel 5. Distribusi Rujukan DM Sebelum dan Sesudah Penerapan Kebijakan KBK di FKTP Kota Cimahi**

FKTP	Sebelum KBK				Sesudah KBK				P value
	Dirujuk		Tidak dirujuk		Dirujuk		Tidak dirujuk		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Puskesmas	96	64,4	46	30,9	72	50,3	59	41,2	0,256
Swasta	1	0,7	6	4,0	0	0	12	8,5	
Total	97	65,1	52	34,9	72	50,3	71	49,7	

**Tabel 6. Distribusi Rujukan DM Tipe 2 Sebelum dan Sesudah Penerapan Kebijakan KBK di FKTP Kota Cimahi**

FKTP	Sebelum KBK				Sesudah KBK				P value
	Dirujuk		Tidak dirujuk		Dirujuk		Tidak dirujuk		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Puskesmas	85	37,0	35	15,2	53	23,0	46	20	0,746
Swasta	1	0,4	2	0,9	0	0	8	3,5	
Total	86	37,4	37	16,1	53	23,0	54	23,5	

dipengaruhi oleh pengetahuan dan kondisi penyakit penderita DM.<sup>27</sup> Dan menurut Laily (2019) kepatuhan berobat akan meningkat disebabkan kemampuan FKTP dalam mengembangkan UKBM dan jaringan pelayanan.<sup>28</sup>

Berdasarkan tabel 5 FKTP yang melakukan rujukan pada sebelum KBK dan sesudah KBK adalah Puskesmas sebesar 96 peserta (32,8) dan 72 peserta (24,6%), sedangkan pada FKTP swasta yang terdiri dari klinik pratama dan dokter umum melakukan rujukan sebelum KBK sebanyak 1 peserta (0,4%) dan pada saat setelah KBK FKTP swasta tidak ada yang melakukan rujukan atau 0%. Berdasarkan uji statistik didapatkan p value 0,256. P value > 0,05 yang berarti tidak adanya perbedaan jenis fasilitas kesehatan FKTP melakukan rujukan sebelum dan sesudah KBK. Tabel 6 FKTP yang melakukan rujukan pada sebelum KBK dan sesudah KBK adalah Puskesmas sebesar 85 peserta (37%) dan 53 peserta (23%), sedangkan pada FKTP swasta yang terdiri dari klinik pratama dan dokter umum melakukan rujukan sebelum KBK sebanyak 1 peserta (0,4%) dan pada saat setelah KBK tidak melakukan rujukan atau 0%. Berdasarkan uji statistik didapatkan p value 0,746, nilai p > 0,05 yang berarti tidak adanya perbedaan distribusi rujukan oleh FKTP sebelum dan sesudah penerapan kebijakan KBK. Tidak adanya perbedaan distribusi rujukan oleh FKTP sesudah penerapan kebijakan KBK, hal ini memperlihatkan belum adanya pola pelayanan di FKTP, yang memaksimalkan setiap penderita DM terlayani sesuai dengan kompetensi. Menurut Hermiyanty (2019) Pelayanan kesehatan yang bermutu di FKTP tanpa menggunakan biaya yang mahal dengan meminimalisir rujukan ke FKRTL dan penguatan pelayanan fasilitas kesehatan primer dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan sistem kendali mutu dan kendali biaya.<sup>29</sup> Pemanfaatan FKTP dengan proporsi penurunan rujukan merupakan indikasi efektivitas penerapan kebijakan KBK, dengan implementasi KBK terjadi perbaikan terhadap layanan kesehatan sehingga peserta penderita penyakit kronis menjadi terkendali.<sup>30</sup> hal ini sejalan dengan Zielenski (2008) FKTP mempunyai peran mengurangi jumlah tindakan medis dan rujukan tindak lanjut, dimana dengan adanya FKTP yang lebih mudah diakses.<sup>31</sup>

## KESIMPULAN

Sesuai dengan data BPJS tahun 2015–2020, Utilitas Pasien DM dan DM Tipe 2 Di FKTP Sebelum Dan Sesudah Penerapan Kebijakan Kapitasi Berbasis Kinerja, menunjukkan belum adanya perubahan dengan perbedaan tingkat kepatuhan

dan distribusi rujukan akibat daripada adanya kebijakan KBK di FKTP Kota Cimahi, hal ini akan menyebabkan pembiayaan JKN yang masih terus meningkat dan terus terjadi setiap tahun. Hal ini mencerminkan strategi kebijakan pemerintah dan BPJS Kesehatan belum berhasil, perbaikan sistem yang sebaiknya terus dioptimalkan serta akuntabilitas dan transparansi dalam tatalaksana program JKN yang terjadi pada tataran pelayanan baik di FKTP maupun FKRTL.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Erdana Putra S, Agusti Sholikah T, Gunawan H. Buku Saku Diabetes Untuk Awam Related papers PC-DM. 2020;(November). Available from: [www.unspress.uns.ac.id](http://www.unspress.uns.ac.id)
2. BPJS Kesehatan. Data sampel BPJS Kesehatan 2015-2020. 2021.
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Laporan Nasional Riskesdas 2018 [Internet]. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2018. p. 198. Available from: [http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan\\_Nasional\\_RKD2018\\_FINAL.pdf](http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf)
4. Dinas Kesehatan Kota Cimahi. Profil Kesehatan Kota Cimahi. 2020. 1–202 p.
5. BPJS Kesehatan. Penguatan Faskes Primer Sebagai Ujung Tombak pelayanan Kesehatan Peserta BPJS kesehatan. 2014;
6. BPJS Kesehatan. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja. 2019;1–26.
7. Kemenpan. Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi - KBK, Inovasi BPJS Kesehatan yang Mengukur Kinerja Fasilitas Kesehatan [Internet]. 2022. Available from: <https://www.menpan.go.id/site/berita-terkini/kbk-inovasi-bpjs-kesehatan-yang-mengukur-kinerja-fasilitas-kesehatan>
8. Kemenkes RI. Sekjen Kemenkes\_ Program JKN\_KIS Tingkatkan Utilisasi Kunjungan Fasilitas Kesehatan – Sehat Negeriku. 2022;
9. Andersen Ronald NJ. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States - PMC. [www.milkbank.org](http://www.milkbank.org); 1973.
10. IDF. International Diabetes Federation. Vol. 102, Diabetes Research and Clinical Practice. 2021. 147–148 p.
11. Garnita D. Faktor Risiko Diabetes Melitus Di Indonesia. Fkm Ui. 2012;118.

12. Lomboan MM, Korompis GE., Tucunan AA. Hubungan karakteristik peserta JKN-KIS dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Tumaratas kecamatan Langowan Barat kabupaten Minahasa. *J KESMAS*. 2018;7(4):1–7.
13. Yunizar, A., & Nasution NH. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Bpjs Di Desa Pargarutan Tonga Kecamatan Angkola Timur Tahun 2019. *J Kesehat Ilm Indonesia (Indonesia Heal Sci Journal)* 5(1), 61-70. 2020;21(1):1–9.
14. Logen, Y., & Balqis D. Faktor yang berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh pemulung di TPA Tamangapa. Skripsi. Universitas Hasanudin. 2015;1–12.
15. Shalev V, Chodick G, Heymann AD, Kokia E. Gender differences in healthcare utilization and medical indicators among patients with diabetes. Vol. 119, *Public Health*. 2005. p. 45–9.
16. Girma F, Jira C, Girma B. Health services utilization and associated factors in jimma zone, South west ethiopia. *Ethiop J Health Sci* [Internet]. 2011;21(Suppl 1):85–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22435012><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3275873>
17. Rangkuti Ma. Prevalensi Pengguna Jaminan Kesehatan Nasional Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Rsu Muhammadiyah Sumatera Utara Tahun 2017. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2018.
18. Usman J, Rahman D, Sulaiman N. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Diabetes Mellitus pada Pasien di RSUD Haji Makassar. *J Komunitas Kesehat Masy*. 2020;2:16–22.
19. Bambang I rawan Aa. Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional. 2018;9(November):189–97.
20. Ridha Aisyat ur. Hubungan Faktor Sosiodemografi dan Sosiopsikologi terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Jamsostek di Pusat Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama PT. 2014.
21. Shojaei M, Rahmanian K, Jahromi AS. Relation of type 2 diabetes mellitus with gender, education, and marital status in an Iranian urban population. *Reports Biochem Mol Biol* [Internet]. 2013;1(2). Available from: [www.RBMB.net](http://www.RBMB.net)
22. Nguyen LH, Hoang ATD. Willingness to pay for social health insurance in central Vietnam. Vol. 5, *Frontiers in Public Health*. 2017.
23. Irawan B, Ainy A. Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di Wilayah Kerja Puskesmas Payakabung, Kabupaten Ogan Ilir. Vol. 9, *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*. 2018. p. 189–97.
24. Sofyandi A, Suryawati C, Warsono H. Kajian Komitmen Dan Struktur Birokrasi Pada Implementasi Kebijakan Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ( Kbk-Bpjs ) Kesehatan Di Kota Semarang. Vol. 8, *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*. 2019. p. 151.
25. Mandel KE, Kotagal UR. Pay for performance alone cannot drive quality. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161(7):650–5.
26. Maujudah SA. Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Komitmen Pelayanan Pada Puskesmas di Wilayah DKI Jakarta Tahun 2018. 2018;1–214.
27. Sufiza Ahmad N, Ramli A, Islahudin F, Paraidathathu T. Medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus treated at primary health clinics in Malaysia. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:525–30.
28. Laily EN. Upaya Pencapaian Indikator Angka Kontak (AK) dan Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung (RPPB) Pada Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan ... [Internet]. 2019. Available from: <https://repository.unej.ac.id/handle/123456789/94263>
29. Hermiyanty, Wandira Bayu, Nelianti F. Implementasi Rujukan Pasien JKN di Puskesmas Singgani Kecamatan Palu Timur. *J Chem Inf Model*. 2019;53(9):1689–99.
30. BPJS Kesehatan. Kapitasi Berbasis Kinerja Optimalkan Layanan FKTP di Masa Pandemi. 2021; 1–24. Available from: [www.bpjs-kesehatan.go.id](http://www.bpjs-kesehatan.go.id)
31. Zielinski A, Håkansson A, Jurgutis A, Ovhed I, Halling A. Differences in referral rates to specialised health care from four primary health care models in Klaipeda, Lithuania. *BMC Fam Pract*. 2008;9:1–8.

## EFEKTIVITAS REGULASI PENYELENGGARAAN PRAKTIK PENATA ANESTESI DENGAN STRPA DAN SIPPA DALAM PELAYANAN ANESTESIOLOGI PERIOPERATIF

*THE EFFECTIVENESS OF REGULATIONS FOR IMPLEMENTING NURSE ANESTHETISTS PRACTICES WITH STRPA AND SIPPA IN PERIOPERATIVE ANESTHESIOLOGY SERVICES*

Rina Kumala<sup>1</sup>, Hendra Suherman<sup>2</sup>, Deaf Wahyuni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prodi Magister Ilmu Hukum, Fakultas Hukum, Universitas Bung Hatta

<sup>2</sup>Prodi Magister Ilmu Hukum, Fakultas Teknologi Industri, Universitas Bung Hatta

Email: rinakumalazein@gmail.com; henmeubh@yahoo.com; deafwahyuni@bunghatta.ac.id

Tanggal submit: 18 Januari 2023; Tanggal penerimaan: 30 Maret 2023

### ABSTRAK

Dalam Pelayanan anesthesiologi perioperatif Dokter Spesialis Anesthesiologi perlu bermitra kerja dengan tenaga kesehatan yang dapat bersinergi secara kompeten, yaitu Penata anestesi yang dibuktikan dengan STRPA dan SIPPA. Saat ini masih banyak didapati penata anestesi yang berpraktik di Rumah Sakit negeri maupun swasta tanpa Surat Tanda Registrasi Penata Anestesi (STRPA) dan Surat Izin Praktik Penata Anestesi (SIPPA). Penelitian ini ditujukan untuk menganalisa efektifitas regulasi tentang izin dan penyelenggaraan praktik penata anestesi. Metode penelitian menggunakan pendekatan yuridis sosiologis dan dianalisis secara deskriptif kualitatif dengan berlandaskan teori efektivitas hukum dan teori bekerjanya hukum dalam masyarakat. Hasilnya adalah regulasi sudah efektif ditinjau dari faktor undang-undangnya, namun belum efektif ditinjau dari faktor penegak hukum, sarana dan prasarana, masyarakat dan kebudayaannya. Adanya Penata Anestesi yang berpraktik tanpa STRPA dan SIPPA merupakan indikasi bahwa hukum tidak bekerja dalam masyarakat secara maksimal.

**Kata kunci:** Efektifitas; Penata Anestesi; STRPA dan SIPPA

### ABSTRACT

*In perioperative anesthesia services, anesthesiologists need to partner with health workers who can synergize competently, namely Nurse Anesthetists as evidenced by STRPA and SIPPA. At present, there are still many anesthesiologists practicing in public and private hospitals without a Nurse Anesthetist Registration Certificate (STRPA) and Nurse Anesthetist Practicing Permit (SIPPA). This study aims to analyze the effectiveness of regulations regarding licensing and practice of anesthesiologists. The research method uses a sociological juridical approach and is analyzed descriptive-qualitatively based on the theory of legal effectiveness and the theory of the operation of law in society. The result is that regulations have been effective in terms of legal factors, but not yet effective in terms of law enforcement, facilities and infrastructure, society and culture. The presence of nurse anesthetists practicing without STRPA and SIPPA is an indication that the law is not working optimally in society.*

**Keywords:** Effectiveness; Nurse Anesthetists; STRPA and SIPPA.

### PENDAHULUAN

Pelayanan anesthesiologi merupakan salah satu faktor utama dalam penentuan mutu pelayanan rumah sakit terutama di bidang pelayanan perioperatif(1). Prosedur anestesi perioperatif meliputi pra-anestesi, intra-anestesi dan post-anestesi. Baik pra, intra maupun post anestesi, ketiganya merupakan tahap penting yang saling berkaitan, saling mempengaruhi dan mempunyai risiko hukum yang tinggi(2). Oleh sebab itu Dokter Spesialis Anesthesiologi perlu bermitra kerja dengan tenaga kesehatan yang dapat bersinergi secara kompeten(3), yaitu penata anestesi yang kompetensinya dibuktikan dengan adanya Surat Tanda Registrasi Penata Anestesi (STRPA) dan Surat Izin Praktik Penata Anestesi (SIPPA)(4).

Sampai saat ini tenaga penata anestesi masih tergolong langka(5), namun bukan berarti rumah sakit bisa asal-asalan dalam merekrut tenaga seorang penata anestesi. Meskipun pekerjaan penata anestesi dahulunya bisa dikerjakan oleh perawat yang terlatih(6), namun perkembangan ilmu pengetahuan dan kebutuhan akreditasi mengharuskan rumah sakit tunduk terhadap aturan sebagaimana yang telah termaktub dalam Permenkes No. 18 tahun 2016 pasal (2) dan pasal (4)(7). Penelitian terdahulu menunjukkan hasil bahwa Rumah sakit bertanggung jawab secara hukum administratif jika penata anestesi mempunyai hubungan hukum dan sebagai subordinat dari rumah sakit dan akan dikenai sanksi sesuai aturan yang berlaku(8).Pemerintah

sudah berupaya hadir untuk mengatur segala sesuatu tentang izin dan penyelenggaraan praktik penata anestesi, namun masih banyak penata anestesi yang berpraktik di Rumah Sakit tanpa dilengkapi STRPA dan SIPPA. Hal ini menjadi menarik untuk diteliti terkait efektivitas regulasi yang telah ada, apakah permasalahan ini disebabkan regulasinya, pelaksana regulasinya, atau pelaksanaan regulasinya yang tidak sesuai. Tujuannya adalah untuk menganalisis efektivitas Permenkes Nomor 18 tahun 2016 tentang izin dan penyelenggaraan praktik penata anestesi, untuk menganalisis kendala pelaksanaannya dan merumuskan upaya yang dapat dilakukan untuk mengaktifkannya.

**METODE PENELITIAN**

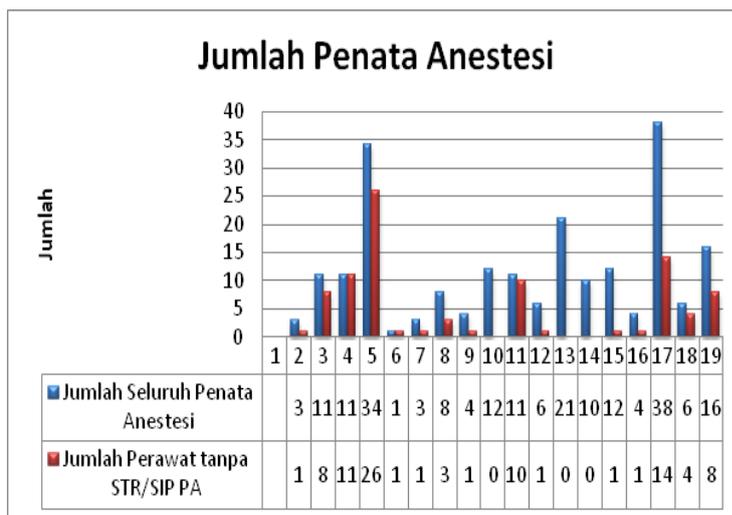
Penelitian ini merupakan penelitian yuridis sosiologis (*socio legal*) dengan menggunakan teori efektivitas hukum menurut Soerdjono Soekanto dan teori bekerjanya hukum dalam masyarakat menurut Robert B. Seidman dan William J. Chambliss. Data diperoleh dari wawancara, kuesioner dan studi dokumen terkait izin dan penyelenggaraan praktik penata anestesi, data tersebut diolah dan dianalisis secara deskriptif kualitatif.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

Wawancara pertama dilakukan via *telephone* kepada Sekjen Ikatan Penata Anestesi (IPAI) DPD Sumatera Barat yang juga aktif sebagai penata anestesi dengan STRPA dan SIPPA di sebuah RSUP di Sumatera Barat. Dari wawancara tersebut diperoleh data bahwa di RSUP tersebut

dari 45 orang tenaga penata anestesi, 34 orang diantaranya berpraktik tanpa STRPA dan SIPPA. Berbagai upaya dan pendekatan telah dilakukan untuk mengarahkan hal tersebut agar sesuai regulasi namun pihak manajemen rumah sakit tidak menanggapi serius, sehingga penata anestesi yang bekerja disana terpecah tanggungjawabnya terhadap kasi penunjang medis untuk yang mempunyai STRPA dan SIPPA, dan terhadap kasi keperawatan untuk penata anestesi tanpa STRPA dan SIPPA. Penata anestesi tanpa STRPA dan SIPPA ditugaskan di area pelayanan anestesiologi perioperative, namun kredensial dan *logbook* dilakukan sebagaimana profesi perawat. Maka tugas lapangan yang dilakukan oleh penata anestesi tanpa STRPA dan SIPPA tersebut tidak sesuai dengan kompetensi dan kewenangan profesinya.

Wawancara kedua dilakukan menggunakan aplikasi perpesanan *WhatsApp* seorang penata anestesi tanpa STRPA dan SIPPA yang aktif bekerja di salah satu RSUD tipe B Sumatera Barat. Dari 11 orang penata anestesi hanya 3 orang dengan STRPA dan SIPPA. Sebagian besar penata anestesi tanpa STRPA dan SIPPA tersebut enggan untuk melakukan pindah jabatan ke profesi yang seharusnya karena selama ini rumah sakit tidak menuntut hal tersebut. Pada penerimaan PPPK tahun 2022, BKN setempat membuka 3 formasi jabatan penata anestesi kategori terampil dan meloloskan 1 orang diantaranya tanpa STRPA dan SIPPA yang secara administrasi tentu saja tidak memenuhi persyaratan. Namun faktanya dalam pengumuman hasil seleksi PPPK 1 orang tersebut dinyatakan lulus ujian(9).



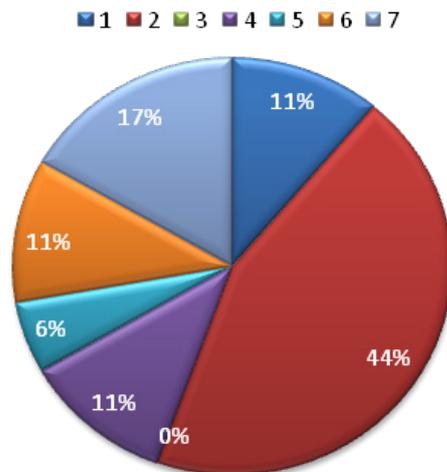
Gambar 1. Perbandingan jumlah penata anestesi di 18 rumah sakit yang tersebar di beberapa daerah di Indonesia

Wawancara via *telephone* selanjutnya dilakukan kepada seorang pemeriksa hasil uji kompetensi penata anestesi di Kemenkes RI. Beliau mengatakan bahwa di Rumah sakit swasta besar yang tersebar di Indonesia rata-rata menggunakan tenaga penata anestesi tanpa STRA dan SIPPA dengan alasan untuk menekan *cost*. Kompetensi mereka hanya terbatas pada biasa atau bisa melakukan tapi tidak terbukti dan tercatat di Negara sebagai seorang penata anestesi, namun tindakan mereka dilindungi oleh dokter penanggung jawab anestesi sehingga pelayanan anestesiologi perioperatif tetap berjalan dan kamar bedah tetap beroperasi.

Penulis kemudian menyebarkan kuesioner melalui aplikasi *Google-form* kepada responden yang bersedia berpartisipasi. Responden yang dimaksud adalah penata anestesi yang masih aktif bekerja di Rumah sakit.

Sedangkan alasan rumah sakit yang diketahui responden adalah seperti pada gambar 2.

**Alasan Rumah Sakit mengizinkan Penata Anestesi tanpa STR dan SIP Penata Anestesi**



**Gambar 2. Persentase Alasan Rumah sakit mengizinkan penata anestesi berpraktik tanpa STRPA dan SIPPA di 18 rumah sakit yang tersebar di beberapa daerah di Indonesia**

### Teori Efektivitas Hukum

Berdasarkan Teori efektivitas hukum menurut Prof. Soerjono Soekanto, dapat diuraikan factor-faktor sebagai berikut dalam menganalisa permasalahan terkait penelitian, sebagai berikut(10):

Faktor hukumnya sendiri (undang-undang). Permenkes no 18 tahun 2016 tentang izin dan penyelenggaraan praktik penata anestesi

sudah cukup jelas dan runut mengatur tentang perizinan dan penyelenggaraan praktik penata anestesi(7). Semaksud dengan Undang-undang nomor 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan pada pasal (44) dan (46)(11). Dalam regulasi tersebut juga sudah diterapkan dengan jelas tentang hak dan kewajiban penata anestesi, pembinaan, pengawasan termasuk sanksi yang akan diberlakukan jika terjadi pelanggaran. Hingga saat ini regulasi tersebut masih berlaku yang mengindikasikan tidak ada kerancuan pada faktor hukum.

Faktor penegak hukum, yakni pihak yang membentuk dan menerapkan hukum. Dalam permasalahan ini menteri, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota berperan melakukan pembinaan dan pengawasan. Dalam hal rumah sakit, terutama rumah sakit daerah, direktur rumah sakit merupakan perpanjangan tangan pemerintah daerah kabupaten/kota yang seharusnya melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap izin dan penyelenggaraan praktik penata anestesi. Sebagian besar rumah sakit diketahui tidak mengetahui tentang maksud yang terkandung dalam regulasi tersebut, sehingga pihak manajerial di bawahnya menjadi tidak serius menyikapi masalah ini. Belum lagi masalah internal terkait kepegawaian dan penggajian membuat masalah perpindahan jabatan atau perekrutan tenaga baru yang kompeten diabaikan. Di lapangan praktik, dengan adanya perlindungan dokter penanggung jawab anestesiologi dalam pelayanan perioperatif masalah administratif dirasa bukan merupakan masalah penting selama pelayanan tetap berjalan.

Faktor sarana atau fasilitas pendukung, Sarana secara umum dibagi dua, yaitu sarana fisik dan non-fisik. Sarana fisik seperti kantor, gedung, gudang, jumlah pegawai, dan lain sebagainya. Dalam hal ini sarana fisik penata anestesi dengan STRPA dan SIPPA masih terbilang langka. Sedangkan sarana non-fisik meliputi perangkat lunak/software, data base, keterampilan/kemampuan petugas, dan lain sebagainya. Dalam hal ini adalah kemampuan Rumah sakit merekrut penata anestesi baru dengan STRPA dan SIPPA, atau melakukan perpindahan jabatan penata anestesi yang sudah bekerja tanpa STRPA dan SIPPA. Keduanya tergantung bagaimana rumah sakit mengelola sumber pendapatan dan pembiayaan terkait permasalahan.

Faktor masyarakat, faktor ini menitikberatkan pada situasi dan kondisi masyarakat itu sendiri. Dahulunya penata anestesi merupakan perawat

yang dilatih khusus untuk mampu bermitra dengan dokter penanggung jawab anestesiologi di area pelayanan anestesiologi perioperative. Perkembangan zaman dan tuntutan pelayanan terkait standar pelayanan minimal dan akreditasi mengharuskan rumah sakit dan penata anestesi itu sendiri mematuhi regulasi terkini terkait izin dan penyelenggaraan praktik penata anestesi. Maka seluruh komponen harus meningkatkan pendidikan dan pengetahuan hukum terkait permasalahan.

Faktor kebudayaan, melihat dimensi kelakuan dan kepatutan masyarakat setempat. Dalam permasalahan ini faktor kebudayaannya adalah sikap Rumah sakit dan Penata anestesi tanpa STR dan SIP Penata Anestesi terhadap regulasi penyelenggaraan praktik penata anestesi. Terdapatnya penata anestesi yang berpraktik tanpa STRPA dan SIPPA mengindikasikan tingkat kepatuhan hukum yang rendah. Sikap abai rumah sakit terhadap hal ini menjadi ancaman besar untuk keamanan dan kenyamanan pelayanan anestesiologi perioperative.

### Teori Sosiologi Hukum

Bekerjanya hukum dalam masyarakat melibatkan beberapa unsur atau aspek yang saling memiliki keterkaitan sebagai suatu sistem. Beberapa aspek tersebut yaitu Lembaga Pembuat Hukum (*Law Making Institution*), Lembaga Penerap Sanksi, Pemegang peran (*Rule Occupant*) serta Kekuatan Sosietal Personal (*Societal Personal Force*), Budaya Hukum serta Unsur - Unsur umpan balik (*Feed Back*) dari proses bekerjanya hukum yang sedang berjalan(12). Model teori yang dikembangkan oleh Robert B. Seidman dan William J. Chambliss ini sejatinya tidak jauh berbeda pengaplikasiannya pada permasalahan yang sedang dibahas. Regulasi sudah memberitahu bagaimana Rumah sakit sebagai perpanjangan tangan dari menteri, pemerintah daerah provinsi maupun pemerintah daerah kabupaten/kota seharusnya bertindak, bagaimana responnya dan sanksi-sanksinya. Namun adanya penata anestesi yang berpraktik tanpa STRPA dan SIPPA merupakan indikasi bahwa hukum tidak bekerja dalam masyarakat secara maksimal.

### KESIMPULAN

Secara peraturan, Permenkes nomor 18 tahun 2016 pasal (2) dan pasal (4) sebagai regulasi acuan utama tentang izin dan penyelenggaraan praktik penata anestesi sudah cukup efektif. Kendala Efektifitas regulasi tersebut terjadi dikarenakan

ketidakseriusan rumah sakit dalam menertibkan izin dan penyelenggaraan praktik anestesi. Minimnya pembinaan dan pengawasan dari tingkatan birokrasi di atasnya menjadi salah satu kendala lainnya. Bila upaya pembinaan dan pengawasan bisa berjalan dengan baik sebagaimana seharusnya, maka faktor sarana, masyarakat dan budaya dalam teori efektivitas hukum dapat teratasi.

### UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada seluruh responden yang berpartisipasi. Kerjasama yang baik dengan pengurus IPAI Pusat dan DPD se-Indonesia memiliki kontribusi yang besar dalam keberhasilan penelitian ini. Bimbingan dan arahan dari dosen Program Magister Ilmu Hukum Universitas Bung Hatta Sumatera Barat membantu penulis menyelesaikan penelitian ini dengan sebaik mungkin.

### DAFTAR PUSTAKA

1. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Standar Akreditasi Rumah Sakit. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta; 2022. 270 p.
2. Indonesia KKR. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1541/2022 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Anestesiologi dan Terapi Intensif. Indonesia; 2022.
3. Lubis AM, Salmah U, Syahri IM, Keselamatan D, Fakultas K, Masyarakat K. Perancangan Sistem Penilaian Kinerja 360° Berdasarkan Metode Kompetensi Spencer Bagian Medis Di Rasyida Medan. *J Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2016;05(04):176–83.
4. Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia. Standar Profesi Penata Anestesi. Dorce Tandung ELL, editor. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.
5. Radar Solo. 3.000 Rumah Sakit Butuhkan Penata Anestesi, Jadi Peluang Jenjang Mahasiswa. *Jawa Pos*. 2022 Oct 13;
6. Sejarah Pendidikan Perawat Anestesi [Internet]. Ikatan Penata Anestesi Indonesia. 2018. Available from: <http://www.ikatanpenataanestesiindonesia.org/index.php/public/about/information-history/>
7. Indonesia KKR. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi. 2016.

8. Edi Prayitno. Tanggung Jawab Hukum Praktik Tanpa Surat Izin Oleh Penata Anestesi di RS. *J Huk dan Etika Kesehat.* 2021 Mar;1(1):73–84.
9. Jenderal J. PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT SEKRETARIAT DAERAH [Internet]. 2022. Available from: [www.sumbar.go.id](http://www.sumbar.go.id).
10. Nur Fitriyani Siregar. EFEKTIVITAS HUKUM. *Univ Jambi [Internet]*. 2018 [cited 2023 Jan 17];18(2). Available from: [https://repository.unja.ac.id/39378/5/BAB\\_1.pdf](https://repository.unja.ac.id/39378/5/BAB_1.pdf)
11. Kementerian Kesehatan RI. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI Indonesia; 2014.
12. Afiyanti V, Bilqis I, Surabaya UN, Harfi DE, Surabaya UN, Prasetio DE, et al. Teori-Teori dalam Sosiologi Hukum. 2021 [cited 2023 Jan 17];(January). Available from: <https://www.researchgate.net/publication/348917518>

## KAJIAN KEPUTUSAN PARTISIPASI BADAN USAHA MIKRO DAN KECIL DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI KABUPATEN JOMBANG

*STUDY OF DECISION ON THE PARTICIPATION OF MICRO AND SMALL ENTERPRISES IN THE NATIONAL HEALTH INSURANCE PROGRAM IN JOMBANG*

Prenati Nashihah<sup>1</sup>, Chriswardhani Suryawati<sup>1</sup>, Wulan Kusumastuti<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang  
Jalan Prof. Soedarto, Semarang, Indonesia  
prenatianw@gmail.com

Tanggal submit: 23 Januari 2023; Tanggal penerimaan: 30 Maret 2023

### ABSTRAK

Menurut Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, pemberi kerja wajib mendaftarkan diri dan pekerjanya sebagai peserta JKN-KIS. Sayangnya, belum semua badan usaha mendaftar, terutama usaha mikro dan kecil, padahal jumlah badan usaha setiap waktunya terus bertambah. Terdapat 68% badan usaha mikro dan kecil potensial di Kabupaten Jombang yang belum terdaftar JKN-KIS. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis partisipasi badan usaha mikro dan kecil dalam Program JKN-KIS di Kabupaten Jombang. Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif melalui wawancara. Hasil penelitian menggunakan Teori Perilaku menurut L. Green, menunjukkan bahwa badan usaha yang sudah mendaftar memiliki pengetahuan yang baik dan sikap positif terhadap Program JKN-KIS, serta pernah mendapatkan promosi langsung dari BPJS Kesehatan. Risiko kesehatan tidak mempengaruhi keputusan mendaftar. Badan usaha yang belum mendaftar cenderung mampu membayar premi, namun kemauan membayar rendah. Kebijakan wajib berpartisipasi dan pemberian sanksi dianggap memberatkan bagi badan usaha yang belum mendaftar.

**Kata kunci:** asuransi kesehatan; Jaminan Kesehatan Nasional; usaha mikro dan kecil; badan usaha

### ABSTRACT

According to the Presidential Regulation number 82 of 2018 concerning Health Insurance, employers are required to register themselves and their workers as JKN-KIS participants. Unfortunately, not all business entities have registered, especially micro and small businesses, even though the number of business entities continues to grow time by time. There are 68% of potential micro and small enterprises in Jombang that have not been registered in the JKN-KIS. The purpose of this research is to analyze the participation of micro and small enterprises in the JKN-KIS Program in Jombang. The type of this research is qualitative research with a descriptive approach through in-depth interviews. The results of the study using the behavioral theory according to L. Green, show that business entities that have registered have good knowledge and a positive attitude towards the JKN-KIS Program, and have received direct promotions from BPJS Kesehatan. Health risks do not affect the decision to register. Business entities that have not registered tend to be able to pay premiums, but their willingness to pay is low. Mandatory participation policies and imposition of sanctions are considered burdensome for business entities that have not registered.

**Keywords:** health insurance; National Health Insurance; micro and small enterprises; business entity

### PENDAHULUAN

BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara Program JKN-KIS (Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat) menerapkan model asuransi kesehatan yang diselenggarakan dengan pendekatan sosial. Menganut prinsip gotong royong, JKN-KIS menjadi solusi bagi masyarakat Indonesia dalam mendapatkan jaminan kesehatan untuk semua karena asuransi kesehatan sosial mampu memberikan manfaat yang menyeluruh dengan premi atau iuran yang terjangkau.<sup>1</sup>

Salah satu upaya BPJS Kesehatan untuk mencapai UHC (*Universal Health Coverage*) adalah mewajibkan pemberi kerja untuk mendaftarkan diri

dan pekerjanya sebagai peserta JKN-KIS melalui kepesertaan Pekerja Penerima Upah (PPU), dimana hal tersebut tertuang dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Namun sayangnya, belum semua badan usaha mendaftarkan sebagai peserta JKN-KIS, terutama usaha mikro dan kecil, padahal jumlah badan usaha setiap waktunya terus bertambah.

Data dari BPJS Kesehatan menunjukkan bahwa sampai dengan April 2022, jumlah peserta PPU unsur badan usaha (PPU BU) secara nasional atau 17,5% dari cakupan kepesertaan JKN, di Provinsi Jawa Timur sebanyak 13% dari

cakupan kepesertaan JKN di Jawa Timur, dimana merupakan yang terendah di Pulau Jawa, dan di Kabupaten Jombang sebesar 10,2%.<sup>2</sup>

Data dari BPJS Kesehatan Kantor Cabang Mojokerto yang membawahi Kabupaten Mojokerto, Kota Mojokerto dan Kabupaten Jombang, menunjukkan masih ada 68.3% usaha mikro dan kecil potensial di Kabupaten Jombang yang belum terdaftar dalam Program JKN-KIS hingga Desember 2021. Persentase badan usaha mikro dan kecil potensial di Kabupaten Jombang yang belum terdaftar Program JKN-KIS ini paling tinggi di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Mojokerto.

Studi pendahuluan dilakukan guna mendapatkan gambaran terkait keputusan badan usaha mikro dan kecil di Kabupaten Jombang mengikuti Program JKN-KIS. Badan usaha mikro dan kecil yang mendaftar JKN-KIS dikarenakan pelayanan yang diterima sangat bermanfaat, besaran iuran lebih murah, adanya kewajiban dari pemerintah. Sedangkan menurut badan usaha mikro dan kecil yang belum mendaftar beralasan bahwa belum membutuhkan produk asuransi kesehatan dan belum tahu adanya kewajiban mendaftarkan pekerja dalam Program JKN-KIS oleh pemberi kerja.

Kepatuhan badan usaha untuk melakukan registrasi kepesertaan JKN-KIS akan membantu dalam upaya percepatan pencapaian UHC yang saat ini mencapai 83,9% dari target sebesar 98%.<sup>3</sup> Pencapaian UHC ini merupakan agenda yang sangat penting dibidang kesehatan, karena melalui UHC seluruh lapisan masyarakat dapat menjangkau jaminan kesehatan secara adil dan merata sesuai amanat konstitusi.<sup>4</sup>

Perilaku konsumen bertujuan untuk mencari tahu bagaimana bagaimana individu memutuskan untuk mengalokasikan sumber daya yang dimilikinya. Perilaku konsumen dipengaruhi oleh stimulus pemasaran (produk, harga, tempat dan promosi) dan stimulus lain (ekonomi, teknologi, politik dan budaya). Keduanya akan memasuki kotak hitam konsumen dan mempengaruhi keputusan pembelian.<sup>5</sup> Sementara itu, perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang membentuk perilaku seseorang lebih mudah yang terwujud dalam sikap, pengetahuan, keyakinan, nilai, tradisi, kepercayaan, dan sebagainya, faktor pemungkin (*enabling factors*) yang memfasilitasi perilaku seseorang dalam hal ini terwujud melalui lingkungan fisik, ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, sumber daya dan sebagainya, serta faktor penguat (*reinforcing*

*factors*) yang memperkuat atau mendorong terbentuknya perilaku yang terwujud dalam sikap petugas kesehatan atau non kesehatan, kelompok referensi, dukungan keluarga dan sebagainya.<sup>6,7</sup> Termasuk juga disini undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.<sup>8</sup>

Berdasarkan teori-teori yang telah disebutkan di atas serta dengan memperhatikan hasil studi pendahuluan, dilakukan penelitian untuk menganalisis keputusan badan usaha mikro dan kecil berpartisipasi dalam Program JKN-KIS di Kabupaten Jombang pada aspek pengetahuan, sikap, kebutuhan, kemampuan dan kemauan membayar badan usaha, promosi, serta kebijakan wajib berpartisipasi.

## METODE

Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif digunakan dalam penelitian ini. Metode deskriptif bertujuan untuk mendeskripsikan satu atau lebih variabel tanpa perlu membandingkan atau mencari hubungan antar variabel untuk memberi gambaran tentang fakta atau populasi tertentu secara sistematis, aktual dan cermat.<sup>9</sup> Pengambilan data menggunakan metode wawancara mendalam dengan pedoman wawancara sebagai instrumen penelitian, kepada informan utama yaitu 4 pemilik/PIC badan usaha mikro dan kecil yang sudah terdaftar dan 4 pemilik/PIC badan usaha mikro dan kecil yang belum terdaftar JKN-KIS, serta informan triangulasi yang terdiri dari 5 orang pekerja dari badan usaha yang belum mendaftarkan pekerjanya dan 1 orang staf BPJS Kesehatan. Analisis data dilakukan melalui tiga tahapan, yaitu reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan. Penelitian ini sudah mendapat persetujuan dari Komisi Etik dan Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro dengan nomor 421/EA/KEPK-FKM/2022.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Informan utama dalam penelitian ini berjumlah delapan orang pemilik/PIC badan usaha mikro dan kecil di Kabupaten Jombang.

Informan triangulasi dalam penelitian ini berjumlah enam orang, dimana lima orang dari unsur pekerja dan satu orang Staf BPJS Kesehatan.

### Pengetahuan

Pada tabel 3 menunjukkan bahwa informan pemilik badan usaha yang menjadi peserta memiliki

**Tabel 1. Karakteristik Informan Utama**

Kode	Umur	L/P	Jabatan	Status
IU1	48	L	Direktur BU1	Terdaftar sebagian pekerja
IU2	37	P	Pemilik BU2	Terdaftar hanya pemilik
IU3	48	L	Supervisor BU3	Terdaftar seluruh pekerja
IU4	38	L	Pemilik BU4	Terdaftar sebagian pekerja
IU5	61	L	Pemilik BU5	Belum Terdaftar
IU6	45	L	Manager BU6	Belum Terdaftar
IU7	36	P	Pemilik BU7	Belum Terdaftar
IU8	42	P	Pemilik BU8	Belum Terdaftar

**Tabel 2. Karakteristik Informan Triangulasi**

Kode	Umur	L/P	Jabatan
IT1	25	L	Kurir BU2
IT2	29	L	Kasir BU5
IT3	40	L	Buruh Cetak BU6
IT4	45	L	Staf BU7
IT5	27	P	Kasir BU8
IT6	28	P	PTT RO

**Tabel 3. Hasil Penelitian Pada Aspek Pengetahuan**

Informan	Hasil
IU 1	Mengetahui manfaat, fasilitas dan kewajiban berpartisipasi dalam Program JKN-KIS.
IU 2	Mengetahui manfaat, fasilitas dan kewajiban berpartisipasi dalam Program JKN-KIS.
IU 3	Mengetahui manfaat, besaran iuran, fasilitas dan kewajiban berpartisipasi dalam Program JKN-KIS.
IU 4	Mengetahui manfaat, besaran iuran, fasilitas dan kewajiban berpartisipasi dalam Program JKN-KIS.
IU 5	Mengetahui satu fasilitas kesehatan dalam Program JKN-KIS.
IU 6	Mengetahui manfaat dan fasilitas kesehatan Program JKN-KIS.
IU 7	Mengetahui manfaat dan kewajiban berpartisipasi dalam Program JKN-KIS
IU 8	Mengetahui manfaat, fasilitas dan kewajiban berpartisipasi dalam Program JKN-KIS.
IT 6	Pemilik usaha yang sudah pernah menjadi peserta memiliki pengetahuan yang lebih baik bila dibandingkan dengan pemilik usaha yang belum menjadi peserta.

pengetahuan yang lebih baik dibandingkan dengan pemilik badan usaha yang belum menjadi peserta. Hal ini didukung pernyataan Damayanti et al., (2018) dimana akses masyarakat atas BPJS Kesehatan dipengaruhi oleh pengetahuan masyarakat terkait Program JKN-KIS.<sup>10</sup> Pengetahuan informan yang sudah terdaftar didapat dari promosi langsung dari BPJS Kesehatan, sedangkan informan lain

mengetahui JKN-KIS dari berita, kerabat dan media sosial.

Pengetahuan dapat meningkatkan kesadaran akan pentingnya perawatan kesehatan yang teratur dan memotivasi untuk memenuhi kewajiban sebagai peserta Program JKN-KIS.<sup>11</sup> Pendapat tersebut sesuai dengan penelitian Apriliyanty (2017), dimana informasi yang didapatkan seseorang dapat membentuk niat untuk membeli suatu produk.<sup>12</sup> Demikian pula dengan hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa antara tingkat pengetahuan dengan status kepesertaan ada hubungan yang signifikan.<sup>13,14</sup>

## Sikap

**Tabel 4. Hasil Penelitian Pada Aspek Sikap**

Informan	Hasil
IU 1	Mendukung karena mengetahui manfaat JKN-KIS.
IU 2	Mendukung karena bisa membantu sesama.
IU 3	Mendukung karena mengetahui manfaat JKN-KIS.
IU 4	Mendukung karena mengetahui manfaat JKN-KIS.
IU 5	Menolak karena mendengar diskriminasi pasien JKN-KIS.
IU 6	Menolak karena JKN-KIS tidak sesuai dengan pemahaman agama.
IU 7	Menolak dengan alasan bahwa program tersebut seharusnya bagi yang membutuhkan saja.
IU 8	Mendukung karena mengetahui manfaat JKN-KIS.
IT 6	Sikap mendukung muncul karena pernah mendapat manfaat dan pelayanan yang sesuai harapan. Sikap menolak muncul karena belum memahami manfaat program atau pernah mendapatkan pelayanan yang tidak memuaskan.

Pada tabel 4 dapat diketahui bahwa informan dari badan usaha yang sudah mendaftar mendukung Program JKN-KIS, ini karena Program JKN-KIS mampu memberikan manfaat positif dalam melindungi kesehatan melalui penjaminan biaya pelayanan kesehatan. Sikap positif dapat muncul jika seseorang mempercayai bahwa program dapat membantu mengatasi masalah kesehatan. Di sisi lain, pemilik badan usaha yang belum menjadi peserta mengaku tidak setuju dengan Program JKN-KIS yang mengharuskan seluruh masyarakat untuk berpartisipasi, yang didasari karena pernah mendengar diskriminasi pasien JKN-KIS dan belum membutuhkan produk jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan perlu meningkatkan monitoring dan evaluasi pada fasilitas kesehatan yang menjadi

mitra guna meningkatkan kualitas pelayanan dan mencegah terjadinya diskriminasi pasien. Aspek agama turut mempengaruhi sikap informan, karena hal tersebut menjadi dasar konsep moral dalam individu.<sup>15</sup> Pada 2015 MUI pernah menyatakan bahwa JKN-KIS tidak sesuai dengan nilai-nilai dalam perbankan syariah, dimana hal tersebut bisa membuat individu tidak yakin untuk bergabung dalam Program JKN-KIS.<sup>16</sup>

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Nadiyah (2017) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara sikap masyarakat dengan keputusan berpartisipasi dalam Program JKN-KIS. Sikap terhadap Program JKN-KIS dapat mempengaruhi keikutsertaan dalam program tersebut.<sup>17</sup>

## Kebutuhan

**Tabel 5. Hasil Penelitian Pada Aspek Kebutuhan**

Informan	Hasil
IU 1	Risiko kesehatan rendah, kebutuhan akan jaminan kesehatan rendah.
IU 2	Risiko kesehatan rendah, kebutuhan akan jaminan kesehatan rendah.
IU 3	Risiko kesehatan rendah, kebutuhan akan jaminan kesehatan rendah.
IU 4	Risiko kesehatan tinggi, kebutuhan akan jaminan kesehatan tinggi. Akan tetapi, faktor kebutuhan bukan menjadi alasan utama mendaftar Program JKN-KIS.
IU 5	Risiko kesehatan rendah, kebutuhan akan jaminan kesehatan rendah.
IU 6	Risiko kesehatan rendah, kebutuhan akan jaminan kesehatan rendah.
IU 7	Risiko kesehatan rendah, kebutuhan akan jaminan kesehatan rendah.
IU 8	Risiko kesehatan rendah, kebutuhan akan jaminan kesehatan rendah.
IT 6	Hanya terdapat sedikit badan usaha yang mendaftar Program JKN-KIS dengan alasan memiliki riwayat penyakit.

Pada penelitian ini kebutuhan diartikan sebagai persepsi informan akan penilaian atau anggapan informan terkait perlunya jaminan kesehatan yang dipengaruhi gambaran diri sendiri dan situasi. Variabel kebutuhan diukur dengan melihat risiko kesehatan di tempat kerja. Melalui tabel 5 dapat diketahui dimana hampir seluruh informan menyatakan bahwa risiko kesehatan di tempat kerjanya rendah. Informan juga menyampaikan bahwa risiko kesehatan bukan menjadi alasan berpartisipasi dalam Program JKN-KIS, karena keputusan mendaftar lebih dipengaruhi oleh faktor manfaat yang diterima dari Program JKN-KIS.

Informan yang sudah mendaftar menyampaikan bahwa keikutsertaannya dikarenakan adanya kewajiban mendaftar dan merasakan adanya manfaat dari Program JKN-KIS. Pernyataan ini didukung dengan pendapat informan triangulasi, bahwa sebagian besar badan usaha mendaftar untuk memenuhi kewajiban sebagai pemilik usaha dan juga membantu sesama.

Hasil dari penelitian ini didukung oleh hasil penelitian sebelumnya yang menyebutkan persepsi terhadap risiko sakit tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan keputusan untuk ikut serta dalam Program JKN-KIS, hal ini didasari karena masyarakat menganggap sakit adalah hal biasa dan tidak perlu ditakuti.<sup>18</sup> Masyarakat Indonesia pada umumnya merupakan *risk taker* (pengambil risiko), dimana menganggap kematian dan kesehatan merupakan takdir Tuhan, hal tersebut menyebabkan rendahnya partisipasi masyarakat dalam Program JKN-KIS.<sup>19</sup> Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian di Gowa, bahwa adanya risiko kesehatan mempengaruhi keputusan untuk memproteksi diri dengan ikut serta dalam JKN-KIS.<sup>20</sup>

Meskipun risiko kesehatan tidak mempengaruhi keputusan pembelian, informan memiliki persepsi lain mengenai kebutuhan atas jaminan kesehatan. Kebutuhan akan perlindungan kesehatan dapat ditunjukkan melalui pertimbangan ekonomi dan perlindungan sosial bagi karyawan. Kebutuhan akan perlindungan kesehatan juga dapat dilihat dari sisi strategi bisnis. Dengan mendaftar JKN-KIS, perusahaan dapat meningkatkan citra positif di mata karyawan, sehingga dapat meningkatkan loyalitas karyawan.

## Kemampuan dan Kemauan Membayar

Kemampuan dan kemauan membayar merupakan faktor yang sangat penting dalam keputusan seseorang untuk berpartisipasi dalam jaminan kesehatan nasional. Kemampuan membayar (*ability to pay*) merupakan faktor yang menunjukkan seberapa besar seseorang dapat mengeluarkan dana untuk membayar premi jaminan kesehatan.<sup>21</sup> Kemauan membayar (*willingness to pay*) merupakan faktor yang menunjukkan seberapa besar seseorang ingin mengeluarkan dana untuk membayar premi jaminan kesehatan.<sup>22</sup>

Premi JKN-KIS untuk kepesertaan PPU ditetapkan sebesar 5% dari gaji, yang mana 4% dibayar oleh pemberi kerja dan 1% oleh pekerja dengan batasan gaji maksimal sebesar Rp 12.000.000,00 setiap bulannya, dan minimal

adalah UMK atau UMP bila kabupaten/kota tidak menetapkan upah minimum.<sup>1</sup> Bila melihat pada tabel 6 dapat diketahui bahwa pendapatan pekerja berkisar pada UMK Jombang yaitu Rp 2.854.095,88 per bulan pada Januari 2023.<sup>23</sup> Apabila pembayaran premi diasumsikan 5% dari UMK, maka premi yang dibayar sebesar Rp 142.705,00 per pekerja per bulan, dimana Rp 114.164,00 dibayar oleh pemberi kerja dan Rp 28.541,00 dibayar oleh pekerja. Sementara itu, dapat diketahui pula bahwa pendapatan bersih masing-masing badan usaha ≥ Rp 10.000.000,00 per bulan.

**Tabel 6. Hasil Penelitian Pada Aspek Kemampuan dan Kemauan Membayar**

Informan	Hasil
IU 1	Pendapatan bersih Rp 22.000.000,00 per bulan. Mampu dan mau membayar premi JKN-KIS.
IU 2	Pendapatan bersih Rp 10.000.000,00 per bulan. Mampu dan mau membayar premi JKN-KIS.
IU 3	Pendapatan bersih Rp 30.000.000,00 per bulan. Mampu dan mau membayar premi JKN-KIS.
IU 4	Pendapatan bersih Rp 18.000.000,00 per bulan. Mampu dan mau membayar premi JKN-KIS.
IU 5	Pendapatan bersih Rp 12.000.000,00 per bulan. Mampu namun tidak mau membayar premi JKN-KIS.
IU 6	Pendapatan bersih Rp 40.000.000,00 per bulan. Mampu namun tidak mau membayar premi JKN-KIS.
IU 7	Pendapatan bersih Rp 15.000.000,00 per bulan. Mampu namun tidak mau membayar premi JKN-KIS.
IU 8	Pendapatan bersih Rp 10.000.000,00 per bulan. Mampu namun tidak mau membayar premi JKN-KIS.
IT1	Pendapatan bersih Rp 2.700.000,00 per bulan. Mau dan mampu membayar premi JKN-KIS dari gaji yang dipotong.
IT2	Pendapatan bersih Rp 2.000.000,00 per bulan. Tidak mau dan tidak mampu membayar premi JKN-KIS dari gaji yang dipotong.
IT3	Pendapatan bersih Rp 2.700.000,00 per bulan. Mau dan mampu membayar premi JKN-KIS dari gaji yang dipotong.
IT4	Pendapatan bersih Rp 2.800.000,00 per bulan. Mau dan mampu membayar premi JKN-KIS dari gaji yang dipotong.
IT5	Pendapatan bersih Rp 2.800.000,00 per bulan. Mau dan mampu membayar premi JKN-KIS dari gaji yang dipotong.
IT 6	Pendaftaran JKN-KIS kepesertaan PPU BU lebih menguntungkan, namun masih banyak BU yang belum mau mendaftar padahal mampu.

Berdasarkan tabel 6, informan dari badan usaha yang sudah menjadi peserta merasa mampu untuk membayar premi JKN-KIS. Tanggapan berbeda dari informan pemilik badan usaha yang belum menjadi peserta. Menurutnya keputusan

untuk berpartisipasi dalam Program JKN-KIS cukup memberatkan dan belum mau untuk membayar iuran. Padahal melalui wawancara dengan unsur pekerja mayoritas menyatakan setuju bila perusahaan memotong upah sebesar 1% untuk dibayarkan dalam Program JKN-KIS. Begitu pula yang disampaikan Staf BPJS Kesehatan, bahwa masih banyak badan usaha yang belum mau mendaftar padahal mampu membayar premi.

Melihat dari hasil wawancara, informan pemilik badan usaha yang menyatakan mampu dan mau membayar premi JKN-KIS berasal dari kelompok informan badan usaha yang sudah menjadi peserta. Hal tersebut dikarenakan jika seseorang memiliki kemampuan dan kemauan membayar yang tinggi, maka ia akan lebih cenderung untuk berpartisipasi dalam jaminan kesehatan. Penelitian terdahulu memberikan hasil bahwa keputusan untuk menjadi peserta asuransi kesehatan dalam hal ini adalah JPKM Mandiri, dipengaruhi oleh *Ability to Pay* dan *Willingness to Pay*, yang mana hasil penelitian tersebut sesuai dengan hasil dari penelitian ini.<sup>18</sup>

## Promosi

**Tabel 7. Hasil Penelitian Pada Aspek Promosi**

Informan	Hasil
IU 1	Pernah mendapat promosi langsung.
IU 2	Pernah mendapat promosi langsung.
IU 3	Pernah mendapat promosi secara langsung.
IU 4	Pernah mendapat promosi secara langsung.
IU 5	Belum pernah mendapat promosi secara langsung.
IU 6	Belum pernah mendapat promosi secara langsung.
IU 7	Belum pernah mendapat promosi secara langsung.
IU 8	Belum pernah mendapat promosi secara langsung.
IT 6	Kegiatan promosi melalui telemarketing dan kunjungan langsung bagi badan usaha yang berpotensi mendaftar, sosialisasi, serta terlibat dalam pameran yang diselenggarakan pemerintah.

Promosi adalah salah satu cara untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam Program JKN-KIS, dengan menyebarkan informasi tentang manfaat dan cara mengikuti Program JKN-KIS kepada masyarakat.<sup>11</sup> Promosi JKN-KIS oleh BPJS Kesehatan bertujuan untuk memberikan informasi-informasi baru kepada masyarakat tentang Program JKN-KIS dan sanksi bila tidak mendaftar, dengan harapan agar pengetahuan masyarakat akan JKN-KIS

meningkat sehingga tertarik untuk mendaftar.<sup>24</sup> BPJS Kesehatan melaksanakan promosi secara langsung dengan cara *telemarketing* melalui *WhatsApp*, *Email* atau telepon atau kunjungan lapangan kepada badan usaha potensial yang belum mendaftar JKN-KIS dengan tujuan agar badan usaha tersebut mendaftar, selain itu juga melakukan sosialisasi dan pameran. Promosi JKN-KIS termasuk dalam kategori pemasaran sosial yang diterapkan untuk memahami cara mempengaruhi perilaku masyarakat.<sup>25</sup>

Pada tabel 7 dapat diketahui bahwa badan usaha yang telah menjadi peserta pernah mendapatkan promosi langsung dari BPJS Kesehatan sebelum memutuskan untuk mendaftar. Sementara itu, informan yang belum mendaftar belum pernah menerima promosi secara langsung. Informan yang belum pernah mendapatkan promosi langsung ini memperoleh informasi tentang JKN-KIS hanya sebatas dari media sosial, berita dan kerabat.

Promosi secara langsung mampu mempengaruhi pemilik badan usaha untuk mendaftar JKN-KIS. Promosi dapat mempengaruhi keputusan masyarakat untuk ikut serta dalam program JKN, karena promosi dapat membantu meningkatkan kesadaran masyarakat tentang manfaat program JKN dan membantu mengurangi ketidakpastian atau kekhawatiran yang mungkin ada tentang program JKN.

### Kebijakan Wajib Berpartisipasi

**Tabel 8. Hasil Penelitian Pada Aspek Kebijakan Wajib Berpartisipasi**

Informan	Hasil
IU 1	Mendukung kebijakan wajib berpartisipasi.
IU 2	Mendukung kebijakan wajib berpartisipasi.
IU 3	Mendukung kebijakan wajib berpartisipasi.
IU 4	Mendukung kebijakan wajib berpartisipasi.
IU 5	Keberatan dengan kebijakan wajib berpartisipasi.
IU 6	Keberatan dengan kebijakan wajib berpartisipasi.
IU 7	Keberatan dengan kebijakan wajib berpartisipasi.
IU 8	Keberatan dengan kebijakan wajib berpartisipasi.
IT 6	Setiap badan usaha yang telah terdaftar dalam OSS harus mendaftarkan pekerjanya dalam Program JKN-KIS dan bagi badan usaha yang melanggar akan dikenakan sanksi administratif.

Kebijakan wajib berpartisipasi dalam Program JKN-KIS telah memberikan dampak positif bagi partisipasi badan usaha dalam program tersebut.

Dengan adanya kewajiban ini, badan usaha dipaksa untuk turut serta dalam program tersebut sehingga dapat memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.<sup>1</sup>

Informan yang telah terdaftar sebagai peserta JKN-KIS menyampaikan bahwa keputusannya ikut dalam program ini dikarenakan menyadari adanya kewajiban tersebut yang harus dilaksanakan. Seiring dengan berjalannya waktu, dapat merasakan manfaat positif yang disediakan oleh BPJS Kesehatan. Kebijakan ini juga memiliki beberapa dampak negatif bagi badan usaha. Beban biaya yang ditanggung untuk terlibat dalam program tersebut dapat mengurangi laba perusahaan, terutama bagi perusahaan kecil dan menengah. Seperti pada penelitian ini, informan yang belum mendaftar menyampaikan keberatan terhadap peraturan dimana harus ikut Program JKN-KIS dan berpendapat bahwa kebijakan ini seharusnya tidak memaksa dan diperuntukkan bagi yang mau mendaftar saja.

Staf BPJS Kesehatan mengatakan, bila setelah diberikan promosi langsung, namun badan usaha yang memiliki 5 pekerja belum mendaftar Program JKN-KIS, maka akan dilakukan pemeriksaan kepatuhan. Pemeriksaan kepatuhan ini dimaksudkan agar badan usaha mau mendaftarkan dirinya dan pekerjanya secara bertahap, serta memberikan data dirinya dan pekerja beserta anggota keluarganya secara lengkap dan benar. Pemeriksaan ini juga dapat dilakukan berdasarkan laporan masyarakat dan pekerja atas ketidakpatuhan badan usaha kepada BPJS Kesehatan. Apabila setelah dilakukan pemeriksaan masih belum mendaftar, maka BPJS Kesehatan wajib melakukan pelaporan ketidakpatuhan badan usaha kepada instansi yang berwenang, dalam hal ini kejaksaan. Badan usaha yang terbukti melanggar akan dikenakan sanksi secara berurutan berupa teguran tertulis I, teguran tertulis II, sanksi denda, dan sanksi tidak mendapat pelayanan publik tertentu.<sup>26</sup>

Meskipun pemahaman pemilik badan usaha mengenai sanksi ini cenderung kurang<sup>10</sup>, pemberian sanksi tersebut juga menimbulkan tanggapan yang kontras antara badan usaha yang sudah mendaftar dengan badan usaha yang belum mendaftar. Pemilik usaha yang sudah mendaftar setuju dengan pemberian sanksi administratif dan sanksi denda, sedangkan pemilik badan usaha yang belum mendaftar menyatakan keberatan.

Guna meringankan beban pengusaha namun tetap meningkatkan kepesertaan PPU

BU, BPJS Kesehatan memberikan satu bentuk keringanan dimana badan usaha diizinkan untuk mendaftarkan pekerjanya secara berkala. Pendaftaran tersebut akan terus dipantau hingga seluruh tenaga kerja terdaftar sebagai peserta JKN-KIS.

## KESIMPULAN

Badan usaha yang sudah mendaftar memiliki pengetahuan yang baik dan sikap positif terhadap Program JKN-KIS, serta pernah mendapatkan promosi langsung dari BPJS Kesehatan. Risiko kesehatan tidak mempengaruhi keputusan mendaftar. Badan usaha yang belum mendaftar cenderung mampu membayar premi, namun kemauan membayar rendah. Kebijakan wajib berpartisipasi dan pemberian sanksi dianggap memberatkan bagi badan usaha yang belum mendaftar.

Badan usaha yang belum mendaftar harus segera melakukan pendaftaran Program JKN-KIS sehubungan dengan pekerja yang menyatakan bersedia bila penghasilannya dipotong untuk membayar premi JKN-KIS, serta memperhitungkan kerugian yang ditanggung bila tidak terdaftar JKN-KIS. BPJS Kesehatan melakukan promosi secara langsung kepada badan usaha yang belum terdaftar dengan cara menyampaikan keuntungan-keuntungan dan manfaat yang didapatkan bila mendaftar kepesertaan PPU. BPJS Kesehatan juga harus mensosialisasikan kepada pasien yang telah menerima layanan kesehatan untuk memberikan ulasan atas pelayanan yang diterimanya, agar proses monitoring dan evaluasi fasilitas kesehatan bisa efektif dan valid, sehingga tercipta layanan kesehatan yang berkualitas tanpa diskriminasi.

Bagi peneliti selanjutnya bisa melakukan analisis yang lebih intens dan komprehensi, serta tidak terpaku pada analisis persepsi informan terutama pada aspek kebutuhan serta kemampuan dan kemauan membayar. Dapat pula, melakukan penelitian untuk menguji atau menganalisis faktor-faktor lain yang diperkirakan berhubungan dengan keputusan ikut serta dalam Program JKN-KIS.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.
2. Dewan Jaminan Sosial Nasional. Aspek Kepesertaan [Internet]. [cited 2022 Jun 10]. p. sismonev.djsn.go.id. Available from: <http://sismonev.djsn.go.id/kepesertaan/>
3. detiknews. JKN-KIS Capai 226,3 Juta Peserta, BPJS Kesehatan Bagi Tips ke India [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://news.detik.com/berita/d-5737498/jkn-kis-capai-2263-juta-peserta-bpjs-kesehatan-bagi-tips-ke-india>
4. Adiyanta FCS. Urgensi Kebijakan Jaminan Kesehatan Semesta (Universal Health Coverage) bagi Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Masa Pandemi Covid-19. *Adm Law Gov J.* 2020;3(2):272–99.
5. Kotler P K. *Manajemen Pemasaran*. 1st ed. Jakarta: Erlangga; 2008.
6. Green L. *Health Education Planning, A Diagnostic Approach*. Baltimore: Mayfield Publishing Co.; 1980.
7. Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Tahun 2014. Jakarta: Rineka Cipta; 2014.
8. Pakpahan M, Salman, Sirait A, Budiatty WOS, Sinaga TO, Sianturi E. *Pengantar Kesehatan Masyarakat*. Medan: Yayasan Kita Menulis; 2022.
9. Timotius KH. *Pengantar Metodologi Penelitian, Pendekatan Manajemen Pengetahuan Untuk Perkembangan Pengetahuan*. Yogyakarta: Andi; 2017.
10. Damaiyanti GD, Witcahyo E, Hartanti RI. *Kajian Keputusan Badan Usaha terhadap Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember (Corporations Decision on the Involvement in National Health Insurance in Jember)*. *Pustaka Kesehat.* 2018;6(1):68–76.
11. Giles J, Meng X, Xue S, Zhao G. Can Information Influence the Social Insurance Participation Decision of China's Rural Migrants? *J Dev Econ.* 2021;150(1):1–20.
12. Aprilianty D. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keputusan Badan Usaha dalam Keikutsertaan Pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di Wilayah Kerja BPJS Kesehatan Kantor Cabang Utama Jakarta Barat Tahun 2017*. Universitas Indonesia; 2017.
13. Sastradimulya F, Nurhayati E, Susanti Y. Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Jaminan Kesehatan Nasional dengan Status Kepesertaan BPJS. *Pros Pendidik Dr.* 2015;1(2):578–83.
14. Syahda S, Lubis EM, Atika R, Gurning FP. Hubungan Pengetahuan dengan Keikutsertaan Masyarakat dalam Jaminan Kesehatan Nasional. *J Ilm Multi Disiplin Indones.* 2022;1(9):1202–9.

15. Idris H, Satriawan E, Trisnantoro L. Determinant of Health Insurance Ownership in the Informal Sector: A Panel Study from Indonesia Family Life Survey. *Adv Sci Lett.* 2017;23(4):3582–3585.
16. Pisani E, Kok MO, Nugroho K. Indonesia's Road to Universal Health Coverage: A Political Journey. *Health Policy Plan.* 2017;32(2):267–276.
17. Nadiyah H, Subirman, S DL. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepesertaan Program JKN di Wilayah Kerja Puskesmas Remaja Kota Samarinda. *J Kebijak Kesehat Indones.* 2017;6(2):66–72.
18. Suhardi, Shaluhiah Z, Patriajati S. Analisis Faktor yang Berpengaruh Terhadap Kemauan Masyarakat Menjadi Peserta JPKM Mandiri di Wilayah Kota Salatiga. *J Promosi Kesehat Indones.* 2014;9(1):90–103.
19. Thabrany H. Asuransi Kesehatan Nasional. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia; 2011.
20. Dartanto T, Pramono W, Lumbanraa AU, Siregar CH, Bintara H, Sholihah NK, et al. Enrolment of Informal Sector Workers in the National Health Insurance System in Indonesia: A Qualitative Study. *Heliyon.* 2020;6(1):1–12.
21. Mulyanto N. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kemauan Membayar (Willingnes to Pay) dan Kemampuan Membayar (Ability to Pay) Pasien Poli Umum Pada RSUD Kota Tangerang Selatan dengan Metode Contingent Valuation. *J Qual.* 2016;6(23):300–19.
22. Kusuma AR. Analisis Kemampuan dan Kemauan Membayar Iuran Pasien PBPU Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Sufina Aziz Medan. Universitas Islam Negeri Sumatera Utara; 2021.
23. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/860/KPTS/013/2022 Tentang Upah Minimum Provinsi Jawa Timur Tahun 2023.
24. Kurniawati W, Rachmayanti RD. Identifikasi Penyebab Rendahnya Kepesertaan JKN pada Pekerja Sektor Informal di Kawasan Pedesaan. *J Adm Kesehat Indones.* 2018;6(1):33.
25. Chasanah SU. Pemasaran Sosial Kesehatan. Yogyakarta: Deepublish; 2013.
26. Peraturan Pemerintah Nomor 86 Tahun 2013 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang Selain Pemberi Kerja Pekerja dan Penerima Bantuan Iuran dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial.

## IMPLEMENTASI KONSEP NEGARA KESEJAHTERAAN DALAM BPJS KESEHATAN PADA RUMAH SAKIT MILITER (STUDI : RUMAH SAKIT ANGKATAN UDARA DR.ESNAWAN ANTARIKSA)

IMPLEMENTATION OF THE WELFARE STATE CONCEPT IN BPJS KESEHATAN AT MILITARY HOSPITAL (STUDY: DR.ESNAWAN ANTARIKSA AIR FORCE HOSPITAL)

Haifa Pasca Nadira Suar

<sup>1</sup>Peminatan Kebijakan Pembangunan Sosial, Departemen Sosiologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia, Jl. Prof. DR. Selo Soemardjan, Pondok Cina, Kecamatan Beji, Kota Depok, Jawa Barat 16424.  
Email: haifa.pasca@ui.ac.id

Tanggal submit: 13 Desember 2022; Tanggal penerimaan: 30 Maret 2023

### ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan implementasi konsep negara kesejahteraan dalam perlindungan sosial berupa BPJS Kesehatan pada pelayanan kesehatan. Perlindungan sosial penting untuk menentukan kebijakan yang memadai dengan tujuan memastikan semua masyarakat dapat mengakses layanan kesehatan secara efektif (ILO,2020). Pada penelitian ini penulis berfokus pada analisis perlindungan sosial melalui BPJS Kesehatan pada Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa selaku institusi militer menggunakan konsep negara kesejahteraan. Penelitian ini menggunakan pendekatan review literature yang didukung dengan observasi lapangan selama satu bulan dengan mengamati secara langsung proses dan fenomena yang terjadi pada pemberian pelayanan kesehatan pada rumah sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa. Penulis berargumen bahwa pemberian pelayanan kesehatan dalam institusi militer belum bersifat ekuitas dan universal dikarenakan adanya aspek hierarki yang melekat sehingga pasien tidak mendapatkan hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Hasil dari penelitian ini adalah konsep negara kesejahteraan yang dianut oleh negara tidak berjalan sebagaimana mestinya dikarenakan negara sebagai organisasi tertinggi belum dapat memberikan intervensi yang kuat terhadap pelayanan kesehatan yang dinaungi oleh institusi militer.

**Kata kunci:** BPJS Kesehatan ; Pelayanan Kesehatan ; Rumah Sakit Militer ; Perlindungan Sosial ; Negara Kesejahteraan.

### ABSTRACT

*This study aimed to explain the implementation of the concept of the welfare state in social protection in the form of BPJS Kesehatan in health services. Social protection is important for determining adequate policies with the aim of ensuring that people can effectively access health care (ILO, 2020). In this study the author focused on the social protection analysis through the BPJS Kesehatan at the dr. Esnawan Antariksa Air Force Hospital, as a military institution, using the concept of a welfare state. A literature review approach was used in this study, which was supported with one month of field observations by observing directly the processes and phenomena that occurred in the provision of health services at the dr. Esnawan Antariksa Air Force Hospital. The author argued that the provision of health services in military institutions was not yet equity and universal due to the inherent hierarchical aspect so that patients could not get the same rights in obtaining health services. The result of this study is that the concept of the welfare state that is desired to be implemented by the state has not served its purpose because the state as the highest organization has not been able to provide a strong intervention to health services that are operated by military institutions.*

**Keywords:** BPJS Kesehatan ; Health services ; Military Hospital ; Social Protection ; Welfare State.

### PENDAHULUAN

Secara fundamental, tujuan pembentukan negara Indonesia yakni untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat yang adil. Pada dasarnya, pembangunan nasional secara objektif bertujuan untuk meningkatkan kemakmuran sosial, termasuk di dalamnya aspek pertumbuhan ekonomi dan pemenuhan kebutuhan dasar, serta kebutuhan ekonomi bagi setiap masyarakatnya. Setidaknya, warga negara Indonesia dapat hidup dengan standar yang layak. Dilihat dari aspek historis, pada saat pembentukan ideologi negara dan landasan

negara Indonesia, tokoh pemerintahan pada saat itu telah menanamkan konsep *welfare state* dalam substansinya yang kemudian melahirkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. Hal itu, dapat dikatakan sebagai langkah awal peran negara dalam menjalankan fungsi perlindungan bagi masyarakatnya. Iver 1950 dalam Dimiyati et al., (2021) negara tidak hanya dilihat sebagai instrumen kekuasaan, lebih jauh lagi negara dapat dilihat sebagai agen layanan. Dalam hal ini negara memiliki posisi penting dan posisi tertinggi dalam menciptakan kesejahteraan masyarakat

dan keadilan sosial. Negara juga memiliki peran, tugas, tanggung jawab yang lebih luas untuk menyejahterakan rakyatnya (1).

Indonesia adalah salah satu negara yang menganut konsep *welfare state*, hal ini tercermin dari Pembukaan Undang-Undang 1945. Tidak hanya itu, hal ini juga tercermin dalam Pancasila, sila ke lima yang berbunyi “keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia”. Hal ini sejalan dengan amandemen UUD 1945 bab 14 pasal 34 ayat 2 dan ayat 3 yang berbunyi :

“(2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. \*\*\*\* )

(3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. \*\*\*\*)”

Dari pasal di atas terlihat bahwa adanya upaya pemerintah menjadikan Indonesia sebagai negara kesejahteraan. Salah satu upaya yang dilakukan Indonesia untuk mewujudkan *welfare state* adalah dengan menerapkan Sistem Jaminan Sosial Nasional<sup>1</sup>. Dalam pelaksanaannya Sistem Jaminan Sosial Nasional dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang dibagi ke dalam dua kategori yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Bicara mengenai BPJS Kesehatan dan implementasinya sebagai perlindungan sosial, hingga saat ini BPJS Kesehatan masih mencakup bantuan sosial. Hal ini dikarenakan, BPJS Kesehatan belum mampu mengcover secara penuh tindakan dan fasilitas penunjang medis para anggotanya. BPJS Kesehatan dalam hal ini hanya memberikan paket bantuan yang adanya batasan-batasan pada setiap bentuk paket pelayanan yang diberikan, sehingga anggota kepesertaan BPJS Kesehatan pada kondisi medis tertentu tidak dijamin hingga sembuh total.

BPJS Kesehatan sebagai perlindungan sosial belum dapat memenuhi prinsip ekuitas sesuai dengan visi dan misinya. Hal ini dapat dilihat dari adanya pembedaan kelas yang diberikan oleh BPJS Kesehatan itu sendiri. Dalam hal ini, masyarakat miskin penerima bantuan iuran dari pemerintah memiliki limitasi dan hanya mendapatkan hak ruang perawatan kelas 3. Dampaknya masyarakat miskin mendapatkan perlakuan yang tidak setara dalam memperoleh akses ke pelayanan kesehatan.

Perlindungan sosial berupa jaminan kesehatan seharusnya memberikan pelayanan yang merata kepada seluruh lapisan masyarakat, akan tetapi dalam hal ini BPJS Kesehatan sebagai bentuk dari perlindungan sosial menyebabkan hadirnya eksklusivitas sosial pada masyarakat miskin.

BPJS Kesehatan sebagai upaya pemerintah dalam memenuhi perlindungan sosial masyarakat pada bidang kesehatan turut melibatkan institusi militer sebagai penyedia pelayanan kesehatan. Hal ini dilakukan pemerintah melalui penambahan akses masyarakat sipil pada pelayanan kesehatan milik militer yang semula cenderung bersifat eksklusif hanya untuk anggota militer serta keluarga. Hal tersebut dilakukan sebagai bentuk upaya untuk menginklusi seluruh lapisan masyarakat agar dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang sama dan juga menambah jumlah fasilitas kesehatan yang dapat diakses oleh seluruh masyarakat. Namun, pada pelaksanaannya pelayanan kesehatan di institusi militer tidak terlepas dari budaya hierarki. Hal ini tidak mengherankan karena organisasi militer secara tradisional memiliki tatanan sosial yang kuat berdasarkan klasifikasi yang berbasis vertikal, relasi kuasa, dan regulasi (Doglas, 1973 dalam Soeters et al., 2006). Dengan demikian, penelitian ini berusaha menjelaskan bagaimana implementasi konsep *welfare state* dalam perlindungan sosial berupa BPJS Kesehatan pada pelayanan kesehatan berbasis militer dengan menggunakan studi kasus Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa.

## METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah review literature. Menurut Rahayu et al (2019) review literature adalah metode yang digunakan secara sistematis, eksplisit dan reproduisibel untuk melakukan identifikasi, evaluasi, serta sintesis terhadap karya-karya hasil penelitian dan hasil pemikiran yang sudah dihasilkan oleh para peneliti dan praktisi sebelumnya. Dalam penelitian ini, sumber yang digunakan adalah website jurnal nasional dan internasional yaitu Garba Rujukan Digital dan Scopus. Pencarian artikel jurnal pada Scopus menggunakan kata kunci “Welfare State”, “Social Protection”, dan “Civil-military relations”, penulis melakukan pembatasan pencarian melalui menu ‘Refine Results’ dengan pencarian artikel terbatas pada: publikasi bersifat final, jenis dokumen adalah artikel jurnal, serta subjek area berupa social-science. Sedangkan dalam pencarian artikel jurnal pada Garba Rujukan Digital, penulis

<sup>1</sup>Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011

menggunakan kata kunci pencarian berupa “Negara Kesejahteraan”, “Perlindungan Sosial”, “BPJS Kesehatan”, “Pelayanan Kesehatan, dan “Rumah Sakit Militer”. Berikutnya, penulis menggunakan data pendukung lainnya yang didapatkan dari Peraturan Kementerian Pertahanan, Peraturan Panglima Tentara Nasional Indonesia, Peraturan BPJS Kesehatan dan peraturan pemerintah lainnya, serta artikel dan portal berita daring mengenai jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan pada rumah sakit berbasis militer. Kemudian penulis melakukan observasi lapangan selama satu bulan dengan mengamati secara langsung proses dan fenomena yang terjadi pada pemberian pelayanan kesehatan pada rumah sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa. Selanjutnya data yang penulis peroleh penulis analisis menggunakan konsep welfare state.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Hubungan Sipil dengan Militer di Indonesia**

Hubungan sipil dan militer di Indonesia sangat dipengaruhi oleh sejarah dan faktor budaya sejak kemerdekaan negara Indonesia di tahun 1945, Indonesia bahkan telah mengalami intervensi militer dalam ranah sipil maupun politik sejak lama (2). Selanjutnya Burhanuddin menjelaskan, Indonesia bahkan telah mengalami intervensi militer dalam ranah sipil maupun politik sejak lama. Dari segi komposisi sosial pada perwira militer, data terkini menunjukkan bahwa para elite militer didominasi oleh suku Jawa. Adanya dominasi militer oleh suku Jawa semata-mata bukan hanya karena populasi suku Jawa yang lebih besar jika dibandingkan dengan suku-suku lain di Indonesia, namun juga dikarenakan adanya alasan historis pada awal mula pembentukan kekuatan militer di Indonesia. Dominasi yang kuat dari kehadiran anggota militer bersuku Jawa menjadikan budaya militer di Indonesia dibangun lewat nilai-nilai dan tradisi Jawa yang kuat. Warisan budaya Jawa yang signifikan pada militer Indonesia dapat dilihat dari integrasi kepemimpinan pemerintahan dan militer. Menurut Cheong dalam Burhanuddin (2015), perilaku politik Jawa dapat ditandai dengan adanya kepedulian terhadap akumulasi dan konsentrasi kekuasaan. (2)

Negara Indonesia sejatinya mengatur dan membatasi peran militer dalam roda pemerintahan. Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 34 Tahun 2004, posisi TNI berada di bawah presiden dan kekuasaan tertinggi atas ketiga angkatan TNI dipegang oleh presiden sebagai kepala pemerintahan eksekutif. Oleh karenanya,

kedudukan militer hanya dapat mengikuti keputusan pemerintah sehingga TNI harus tunduk terhadap pemerintah itu sendiri dan tidak bisa menjalankan kedudukan militer hanya berdasarkan kebijakan panglima tinggi TNI semata (3). Dalam peraturan perundang-undangan tersebut turut dinyatakan bahwa perwira TNI dilarang untuk terlibat dalam kegiatan politik kecuali mereka telah pensiun dari dinas. Hanya saja, peraturan yang berlaku ini menghentikan aspirasi politik para anggota TNI dikarenakan tidak adanya instrumen internal maupun eksternal untuk mengendalikan ambisi tersebut (4).

Posisi militer dalam roda pemerintahan di masa kepemimpinan Presiden Joko Widodo terlihat mendapatkan pijakan lebih besar dalam keseimbangan sipil-militer yang ditandai dengan pengangkatan tokoh militer era Orde Baru dalam politik (5). Lebih lanjut Sambhi menjelaskan, faktor terpenting dalam pola hubungan sipil-militer di Indonesia saat ini adalah presiden sebagai pemegang kekuasaan tertinggi pemerintahan. Sejak tahun 2014, Presiden Joko Widodo cenderung mengadopsi pendekatan lepas tangan dalam pengelolaan urusan militer dan kebijakan pertahanan dengan mengangkat sekelompok pensiunan jenderal TNI serta memberikan otonomi organisasi pada TNI untuk ikut terlibat di ranah non-militer (6).

Faktor kedua yang turut berkontribusi dalam hubungan sipil-militer Indonesia yakni budaya dan keberadaan teritorial. Sejak reformasi peran militer Indonesia telah dipisahkan dari politik, namun struktur teritorial militer tidak pernah direformasi setelah tahun 1998. Banyak kalangan militer, baik perwira aktif maupun pensiunan, percaya bahwa tokoh militer lebih mampu daripada masyarakat sipil dalam hubungan sipil-militer. Alhasil, kehadiran militer dalam kabinet pemerintahan Presiden Joko Widodo menjadi platform bagi para pensiunan perwira tinggi TNI untuk menyebarkan keyakinan dan nilai-nilai berbasis militer secara lebih vocal (5). Bentuk kehadiran militer dalam pemerintahan pasca reformasi dapat dilihat dari dominasi militer yang terjadi dalam Kementerian Pertahanan (7). Selanjutnya Djuyandi & Ghazian menyebutkan bahwa walaupun secara institusional Kementerian Pertahanan adalah lembaga sipil, namun intervensi yang dilakukan oleh kelompok militer begitu kuat sehingga berdampak besar bagi jalannya fungsi Kementerian Pertahanan itu sendiri.

Faktor penting ketiga yang menjadi pemicu dalam hubungan sipil-militer yakni persepsi

sosial yang ada di masyarakat. Salah satu tanda mengkhawatirkan yakni hadirnya kepercayaan “alternatif otoriter” akibat merosotnya kepercayaan dalam nilai-nilai demokrasi. Survei yang dilakukan oleh Asian Barometer Survey (ABS) di tahun 2016 menyebutkan bahwa 38% masyarakat Indonesia yang disurvei menyatakan “sangat setuju” atau “setuju” bahwa “TNI harus ikut serta memerintah negara”. Selain itu, survei-survei nasional lain dalam beberapa tahun terakhir menunjukkan tingkat kepercayaan masyarakat Indonesia terhadap institusi militer TNI lebih tinggi dibandingkan institusi lainnya termasuk presiden maupun Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK).

Hubungan antara sipil maupun militer di Indonesia sangatlah penting. Hal ini dikarenakan militer merupakan komponen dalam negara yang mempunyai hak monopoli untuk menggunakan senjata dan kekerasan untuk melaksanakan pertahanan negara berdasarkan keputusan politik yang diambil oleh pemerintah. Kekuatan monopoli ini sebaiknya tidak dicampuri dengan kekuatan politik dikarenakan dapat melawan prinsip-prinsip demokrasi (8). Selain itu, presiden sebagai pemerintahan eksekutif jika melepaskan kendali terlalu banyak dapat menyebabkan militer melewati batasan-batasan hubungan antara sipil dan militer. Seorang presiden yang mengelola perwira militer tanpa adanya batasan berisiko dimakzulkan (6)

Dari penelitian-penelitian terdahulu dapat disimpulkan bahwa hubungan antara sipil dan militer memiliki sejarah yang panjang, terutama jika dikaitkan dengan peran militer di Indonesia pada era Orde Baru. Hal ini berdampak pada jalannya roda pemerintahan Indonesia pasca reformasi berlangsung. Akibatnya, pemerintahan masa kini belum dapat sepenuhnya melepaskan keterkaitan militer dalam hubungan antara sipil-militer di Indonesia. Hal ini dikarenakan pemerintah masih memberikan ruang bagi militer, terutama pensiunan perwira tinggi, untuk dapat berpartisipasi dalam pengambilan kebijakan yang berdampak pada masyarakat luas baik kebijakan yang ada di ranah militer maupun kebijakan di ranah sipil.

### **Pelayanan Kesehatan pada Institusi Militer**

Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada Kementerian Pertahanan, dan Tentara Nasional Indonesia (TNI) diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 34 Tahun 2004 tentang Tentara Nasional Indonesia yang berisi bahwa TNI dan keluarga memperoleh asuransi kesehatan dan jiwa. Pada anggota TNI dan keluarga jaminan kesehatan

ditanggung oleh negara melalui pemotongan gaji setiap bulannya. Peralatan kesehatan dan obat-obatan di Rumah Sakit TNI berasal dari pusat lembaga kesehatan TNI, namun jika ada peralatan atau obat-obatan yang tidak ditanggung oleh instansi, pihak rumah sakit wajib membelikan untuk pasien TNI atau Kementerian Pertahanan dan keluarga yang biayanya diperoleh dari hasil subsidi pasien umum (restitusi). Sedangkan biaya makan dan minum bagi pasien TNI atau Kementerian Pertahanan dan keluarga yang dirawat, berasal dari bagian perbekalan dan Angkutan Kodam Jaya (9).

Dewasanya, pelayanan kesehatan pada TNI diatur dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan sebagai bentuk dari perlindungan sosial di Indonesia<sup>2</sup>. BPJS Kesehatan mulai diterapkan pada 1 Januari 2014. BPJS Kesehatan bersifat wajib bagi anggota TNI dan Kementerian Pertahanan serta seluruh masyarakat Indonesia<sup>3</sup>. Pelayanan kesehatan bagi anggota TNI, Kementerian Pertahanan dan Keluarga mengalami perubahan yang tadinya diselenggarakan oleh PT Askes, kini diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Tidak hanya wajib untuk TNI, seluruh masyarakat Indonesia juga wajib mengikuti asuransi sosial berupa BPJS Kesehatan, hal tersebut bertujuan agar semua masyarakat Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga masyarakat Indonesia dapat memenuhi kebutuhan dasar yang layak. Meskipun keikutsertaan masyarakat Indonesia bersifat wajib, akan tetapi dalam penerapannya BPJS Kesehatan tetap akan disesuaikan dengan kemampuan ekonomi masyarakat dan pemerintah Indonesia serta kelayakan program.

BPJS Kesehatan bekerja sama dengan semua rumah sakit yang dikelola oleh Kementerian Pertahanan yang artinya pemberian pelayanan kesehatan pada rumah sakit di bawah naungan Kementerian Pertahanan mengikuti aturan yang dibuat oleh BPJS Kesehatan, akan tetapi meskipun demikian Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Pertahanan dan TNI diperbolehkan mengatur lebih lanjut sesuai dengan kebijakan yang ada pada rumah sakit tersebut. Dengan adanya kebijakan yang dibuat oleh BPJS Kesehatan Rumah Sakit TNI kini terbuka lebar untuk masyarakat umum yang membutuhkan pelayanan kesehatan, dengan demikian diharapkan tanggung jawab negara untuk memberikan pelayanan dan kebutuhan dasar bagi masyarakat Indonesia dapat diimplementasikan

<sup>2</sup>Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011

<sup>3</sup>Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014

dengan baik. Sistem yang diberikan BPJS Kesehatan adalah sistem rujukan berjenjang dimana pasien yang ingin berobat ke pelayanan kesehatan harus melalui Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

Institusi pelayanan kesehatan yang berada di bawah naungan organisasi militer tentu saja tidak terlepas dari pengaruh kultur yang melekat pada organisasi tersebut. *Stakeholder* yang merepresentasikan sebuah individu organisasi dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh aksi, keputusan, kebijakan, atau tujuan dari sebuah organisasi (Carrol & Buchholz 2008 dalam Tinoco & Arnaud, 2013). Artinya, Kementerian Pertahanan sebagai *stakeholder* pada rumah sakit berbasis militer dapat mempengaruhi berbagai praktik, aksi, kebijakan, dan keputusan dalam proses operasional institusi pelayanan kesehatan ini. Dengan budaya militer yang unik dan sudah tertanam dalam, Kementerian Pertahanan dalam hal ini mampu mempengaruhi dan membentuk budaya organisasi lewat transfer budaya (Tinoco & Arnaud, 2013).

Organisasi militer sebagai salah satu organisasi formal tertua dan secara tradisional merupakan organisasi yang paling menonjol sehingga menarik banyak perhatian para ilmuwan sosial. Lang (1965) menyebut terdapat berbagai aspek spesifik dari organisasi militer. Selanjutnya Lang menjelaskan, aspek pertama yakni terdapat karakter kehidupan "komunal" dalam pakaian seragam. Karakter spesifik ini merupakan salah satu bentuk perbedaan yang paling jelas dalam membedakan organisasi berseragam dengan organisasi biasa. Kondisi ini berkaitan dengan sejauh mana kendali sebuah organisasi untuk masuk ke berbagai aspek dan ranah kehidupan pribadi. Aspek kedua yaitu adanya penekanan yang kuat dalam militer dan organisasi berseragam lainnya pada hierarki. Aspek ketiga dari organisasi militer yaitu adanya rantai komando yang bertujuan untuk melaksanakan perintah sehingga muncul disiplin dan kontrol.

Aspek "hierarki" milik Lang yang membedakan organisasi militer dengan organisasi lain berkaitan dengan karakter birokrasi dari kehidupan militer (12). James Wilson dalam Soeters et al (2003) menyebut bahwa organisasi militer merupakan organisasi berbasis birokrasi atau organisasi prosedural par excellence. Hal ini menandakan hierarki, aturan, dan regulasi sangatlah penting dalam organisasi sehingga tidak mengejutkan jika budaya dalam organisasi militer bersifat lebih koersif jika dibandingkan dengan budaya organisasi

lain. Hal tersebut juga menandakan bahwa organisasi militer memiliki tatanan sosial yang kuat (grid) yang didasari klasifikasi vertikal, klasifikasi berdasarkan power, dan regulasi (Douglas 1973 dalam Soeters et al 2003).

Sistem hierarki pada militer di Indonesia berupa pangkat bagi anggota militer yang berada di dalamnya, hal ini juga berlaku pada instansi militer pada pelayanan kesehatan. Secara general pangkat pada TNI dibagi berdasarkan tiga golongan yaitu [1] Perwira [2] Bintara [3] Tamtama<sup>4</sup>. Pangkat dalam TNI menentukan kedudukan, jabatan dan tugas yang harus dilakukan, serta fasilitas dan tunjangan yang didapatkan.

Dalam pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa penerapan hierarki berupa pangkat turut diimplementasikan. Hal ini tertuang dari peraturan yang dibuat oleh Kementerian Pertahanan dan peraturan informal lainnya yang ada pada rantai komando di organisasi militer kemudian diterapkan pada pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa. Penerapan hierarki berupa pangkat menimbulkan perbedaan pada pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien yang berakibat bekerjanya eksklusif pada dimensi pelayanan.

### **Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan pada Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa**

Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa merupakan salah satu institusi yang menyelenggarakan layanan kesehatan perseorangan dengan menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, serta gawat darurat sesuai dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009. Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa melayani pasien umum dan pasien BPJS Kesehatan, fasilitas yang diberikan Rumah Sakit dr.Esnawan Antariksa kepada pasien umum dan BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut: Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang buka 24 jam dan memiliki kapasitas 10 tempat tidur. Pelayanan Rawat Jalan, terbagi atas : [1] Poliklinik umum [2] Poliklinik gigi dan mulut [3] Poliklinik anak [4] Poliklinik penyakit dalam [5] Poliklinik THT [6] Poliklinik paru [7] Poliklinik bedah [8] Poliklinik kulit dan kelamin [9] Poliklinik saraf [10] Poliklinik kandungan dan kebidanan [11] Poliklinik

<sup>4</sup>Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 1973

Tabel 1. Golongan Pangkat Dalam TNI Berdasarkan PP Nomor 32 Tahun 1997

Golongan	Jenjang	TNI AD	TNI AL	TNI AU
Perwira	Perwira Tinggi	Jendral	Laksamana	Marsekal
		Letnan Jendral	Laksamana Madya	Marsekal Madya
		Mayor Jendral	Laksamana Muda	Marsekal Muda
		Brigadir Jendral	Laksamana Pertama	Marsekal Pertama
	Perwira Menengah	Kolonel		
		Letnan Kolonel		
		Mayor		
	Perwira Pertama	Kapten		
		Letnan Satu		
		Letnan Dua		
Bintara	Bintara Tinggi	Pembantu Letnan Satu		
		Pembantu Letnan Dua		
	Bintara	Sersan Mayor		
		Sersan Kepala		
		Sersan Satu		
		Sersan Dua		
Tamtama	Tamtama Kepala	Kopral Kepala		
		Kopral Satu		
		Kopral Dua		
	Tamtama	Prajurit Kepala	Kelasi Kepala	Prajurit Kepala
		Prajurit Satu	Kelasi Satu	Prajurit Satu
		Prajurit Dua	Kelasi Dua	Prajurit Dua

Sumber : Olahan Penulis

jiwa [12] Poliklinik akupunktur [13] Poliklinik mata [14] Poliklinik jantung [15] Poliklinik nutrisi/gizi [16] Poliklinik rehabilitasi medik [17] Medical Check Up. Sedangkan pelayanan rawat inap, terbagi atas : [1] Ruang rawat kelas VVIP [2] Ruang rawat kelas VIP [3] Ruang rawat kelas I [4] Ruang rawat kelas II [5] Ruang rawat kelas III [6] Ruang rawat Intensive Care Unit [7] Ruang rawat High Care Unit. Serta pelayanan penunjang, antara lain : [1] Radiologi [2] Laboratorium [3] Hemodialisis [4] Layanan Kateterisasi Jantung (Cath Lab) [5] Farmasi [6] Laundry [7] Perawatan jenazah [8] Ambulans.

Dalam praktik pelayanannya, terdapat pembagian pelayanan pada pasien di Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa yang dikelompokkan menjadi pasien TNI dan pasien non-TNI. Pasien TNI dalam hal ini merujuk pada pasien dengan latar belakang pekerjaan TNI dan PNS Kementerian Pertahanan beserta keluarga yang menggunakan BPJS Kesehatan dinas, sedangkan pasien non TNI merupakan pasien peserta jaminan kesehatan nasional BPJS Kesehatan lainnya maupun pasien mandiri (pasien umum) yang tidak menggunakan jaminan kesehatan BPJS dinas. Dalam hal ini, pasien TNI mendapatkan pelayanan khusus dan dibedakan alur pelayanannya dari pembagian loket pendaftaran, sistem administrasi,

ruang tunggu, pelayanan jaminan kesehatan BPJS, hingga adanya prioritas untuk didahulukan dalam pelayanan kesehatan.

Pembedaan yang dilakukan antara pasien TNI dengan pasien non TNI sejatinya dilakukan sebelum pasien mendapatkan perawatan. Skema alur pendaftaran sebagai proses pertama yang harus dilalui oleh pasien telah mengkotak-kotakkan pasien ke dalam kategori TNI atau non-TNI. Pasien diminta untuk dapat mengelompokkan dirinya sendiri dan melakukan pendaftaran berdasarkan status yang dimiliki. Terkait hal tersebut, identitas yang disandang oleh pasien selanjutnya akan menentukan bentuk pelayanan kesehatan yang akan didapatkan di Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa.

Setelah melakukan proses pendaftaran, pasien yang hendak melakukan perawatan di instalasi rawat inap akan mendapatkan manfaat akomodasi pada pelayanan kesehatan. Manfaat akomodasi ini merujuk pada jenis ruang perawatan kelas yang ada di rumah sakit. Dalam hal, manfaat akomodasi ditentukan oleh status kepesertaan pasien dalam jaminan kesehatan yang dimiliki. Pasien TNI maupun non-TNI yang mengikuti jaminan kesehatan nasional lewat BPJS Kesehatan akan mendapatkan manfaat akomodasi berdasarkan iuran yang



Gambar 1. Perbedaan instalasi dan loket pendaftaran antara pasien TNI dan non-TNI  
 Sumber: Dokumentasi penulis

Tabel 2. Penggolongan Ruang Perawatan Berdasarkan Kriteria Peserta

KRITERIA PESERTA BPJS KESEHATAN	JENIS RUANG PERAWATAN		
	Ruang Perawatan Kelas III	Ruang Perawatan Kelas II	Ruang Perawatan Kelas I
Pejabat Negara	-	-	✓
PNS / Pensiunan PNS beserta keluarga	Gol. Ruang I dan Gol. Ruang II Gol. Ruang III dan Gol. Ruang IV	-	✓
Anggota TNI / Polri, Pensiunan TNI/Polri beserta keluarga	Setara Gol. Ruang I dan Gol. Ruang II Setara Gol. Ruang III dan Gol. Ruang IV	-	✓
Pegawai pemerintah non PNS	Setara Gol. Ruang I dan Gol. Ruang II Setara Gol. Ruang III dan Gol. Ruang IV	-	✓
Peserta pekerja penerima upah	-	✓	✓
Peserta pekerja bukan penerima upah dan Peserta bukan pekerja	✓	✓	✓
Peserta PBI	✓	-	-

Sumber : Olahan Penulis

dibayar tiap bulannya. Sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013, ruang rawat kelas III diperuntukkan bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) BPJS, peserta pekerja bukan penerima upah, dan peserta bukan pekerja. Sedangkan ruang perawatan kelas II diperuntukkan bagi PNS golongan ruang I dan II beserta keluarga, anggota TNI/Polri dengan golongan ruang I dan II beserta keluarga, pegawai pemerintah non-PNS, peserta pekerja penerima upah, serta peserta pekerja bukan penerima upah. Ruang perawatan kelas I juga diperuntukkan untuk peserta yang sama namun dikhususkan untuk peserta dengan golongan ruang III dan IV beserta keluarga, tak terkecuali para pejabat negara.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013, peserta yang ingin mendapatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari hak yang diterima dapat dilakukan lewat asuransi tambahan maupun melakukan pembayaran terhadap selisih biaya antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang disebabkan akibat peningkatan

kelas perawatan. Berbeda dengan pasien peserta jaminan kesehatan BPJS, pasien mandiri (pasien umum) dapat dengan bebas memilih kelas ruang perawatan tanpa harus menyesuaikan dengan ketentuan yang telah diterapkan. Adanya bentuk kelas kepesertaan dalam BPJS Kesehatan sesuai dengan peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 membuat ketidaksetaraan pada pasien dalam menerima ruang perawatan, ketidaksetaraan yang ditimbulkan membuat adanya limitasi pada pasien dengan kepesertaan BPJS Kesehatan kelas tertentu. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya eksklusi sosial dikarenakan adanya ketimpangan pada pasien dengan golongan tertentu.

Pembedaan yang terjadi pada pelayanan kesehatan tidak hanya terjadi antara pasien TNI dengan pasien non-TNI saja. Pembedaan akses maupun pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh pasien dengan latar belakang militer turut dibedakan berdasarkan hierarki pangkat yang dimiliki. Sebagaimana dalam Peraturan Pemerintah nomor 32 Tahun 1997 dimana administrasi

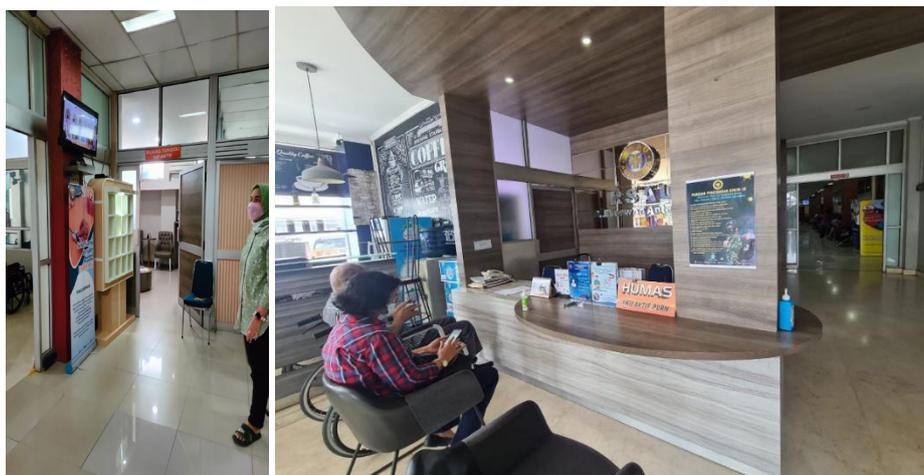
kepangkatan militer TNI terbagi menjadi perwira, tamtama, dan bintara, maka pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh TNI di Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa juga turut dibedakan berdasarkan pangkat yang dimiliki oleh pasien tersebut. Hal ini dapat terlihat dari perbedaan pendaftaran, ruang tunggu dan fasilitas lainnya pada pasien TNI berpangkat perwira tinggi (PATI) dengan pasien TNI dengan pangkat menengah hingga ke bawah. Pasien berpangkat tinggi ini digolongkan ke dalam kategori pasien VIP. Pada pelayanannya, pasien perwira tinggi (PATI) akan mendapatkan privilese yang lebih lewat fasilitas dan tunjangan yang didapatkan saat mendapatkan perawatan di Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa.

Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan turut mengimplementasikan peraturan tersebut dalam praktik layanan perawatan rawat inap. Hanya saja, pasien TNI dengan pangkat perwira tinggi (PATI) bisa mendapatkan manfaat ruang perawatan di kelas VIP maupun VVIP. Adanya akses lebih yang dimiliki oleh pasien TNI dengan pangkat tinggi sejatinya sudah diatur dalam Peraturan Menteri Pertahanan Nomor 15 Tahun 2014. Dalam peraturan tersebut, manfaat akomodasi pada kelas perawatan VIP bagi Perwira Tinggi (PATI) beserta keluarga diatur lebih lanjut oleh masing-masing rumah sakit yang berada di lingkungan Kementerian Pertahanan dan TNI. Pasien TNI dengan pangkat tinggi bahkan berhak mendapatkan manfaat akomodasi berupa ruang perawatan kelas VIP di rumah sakit Kemhan atau

TNI untuk pelayanan non medis. Implementasi kebijakan ini turut tercermin dalam praktik nyata pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa.

Tidak hanya itu, pasien TNI yang melakukan pengobatan maupun perawatan di Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa mendapatkan prioritas jika dibandingkan pasien non-TNI. Hal ini dapat ditemukan pada papan himbauan yang dipasang di dinding poliklinik instalasi rawat jalan maupun di sekitar area pendaftaran. Dalam himbauan tersebut, pasien dengan latar belakang militer atau TNI akan didahulukan dalam proses pelayanan kesehatan karena pasien TNI harus segera kembali bekerja. Dari himbauan tersebut menunjukkan bahwa Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa belum menciptakan pelayanan kesehatan yang universal dikarenakan masih membawa budaya militer pada pelayanan kesehatan yang beririsan dengan masyarakat sipil.

Dari bukti empiris yang ada di Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa, dapat diambil kesimpulan bahwa pelayanan kesehatan di bawah instansi militer cenderung mengklasifikasikan pasien ke dalam beberapa kategori. Pengklasifikasian ini didasari oleh status pekerjaan yang dimiliki pasien, apakah pasien tersebut memiliki latar belakang militer atau tidak. Pada pasien TNI juga terjadi pengklasifikasian didasari oleh hierarki yang ada pada organisasi militer tersebut yang menyebabkan adanya limitasi pada pasien dengan golongan tertentu. Implementasi pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa tidak sejalan dengan prinsip BPJS Kesehatan



Gambar 2. Ruang Tunggu dan Area Pelayanan Khusus Pasien TNI Perwira Tinggi

Sumber: Dokumentasi Penulis



Gambar 3. Himbauan untuk mendahulukan pelayanan kesehatan bagi pasien TNI

yang bersifat ekuitas. Hal tersebut dikarenakan Kementerian Pertahanan membuat aturan yang menyebabkan terjadinya tumpang tindih terhadap peraturan BPJS Kesehatan yang disahkan oleh presiden. Dalam hal ini Negara yang seharusnya mengatur dan membatasi peran militer dalam roda pemerintahan sipil tidak berjalan dengan baik.

Pada dasarnya Indonesia menganut konsep *welfare state* dengan memberikan pelayanan publik berupa pelayanan kesehatan. Negara sebagai organisasi tertinggi tidak belum melaksanakan perannya dengan baik, hal ini terlihat dari tumpang tindihnya peraturan yang dikeluarkan oleh kedua belah pihak dimana peraturan perlindungan sosial berupa pemberian pelayanan kesehatan kurang selaras. Sehingga, peraturan yang dibuat oleh negara sebagai organisasi tertinggi tidak berjalan dengan optimal ketika beririsan dengan organisasi militer.

BPJS Kesehatan sebagai lembaga yang dibuat untuk mewujudkan perlindungan sosial di Indonesia masih mengalami permasalahan untuk dapat terus memberikan jaminan kesehatan terhadap masyarakat Indonesia. Hal ini dikarenakan dalam lima tahun terakhir BPJS Kesehatan terus mengalami kenaikan nilai defisit dana yang disebabkan oleh belum optimalnya pendapatan yang bersumber dari iuran peserta dan beban yang ditanggung BPJS Kesehatan sangat besar (13). Dalam hal ini menyebabkan BPJS Kesehatan masih dipertanyakan keberlanjutannya. Menurut Poerwanto et al., (2021) sebanyak 133,5 juta atau 59,9% masyarakat Indonesia merupakan penerima bantuan program jaminan kesehatan fakir miskin dan orang tidak mampu yang dibebankan kepada negara.

### Kedudukan Negara dalam Konsep *Welfare State* pada Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa selaku Rumah Sakit Berbasis Militer

Secara garis besar, *welfare state* merujuk kepada suatu model ideal pembangunan di suatu negara lewat pemberian pelayanan sosial yang bersifat universal dan komprehensif bagi masyarakatnya agar kesejahteraan setiap anggota masyarakat dapat meningkat (15). Sebelum membahas lebih lanjut mengenai kedudukan negara dalam konsep *welfare state* pada Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa, penulis akan membahas kajian-kajian terdahulu mengenai *welfare state* di Indonesia. Yunus (2015) dalam temuannya juga menjelaskan belum ada pendekatan yang jelas terhadap kesejahteraan sosial apa yang dianut sejak berdirinya Indonesia. Para pendiri negara Indonesia memaknai konsep kesejahteraan melalui konsep sosial antara lain dengan membuat pendirian Departemen Kemakmuran yang salah satunya bertugas untuk mengurus mengenai makanan dan keperluan rakyat dan Departemen Sosial bertugas untuk mengurus fakir miskin. Hal tersebut dijelaskan dalam rapat Panitia Persiapan Kemerdekaan Indonesia dua hari pasca proklamasi kemerdekaan Indonesia.

Menurut Elviandri et al., (2019) dalam penelitiannya, menjelaskan bahwa dalam realitasnya Indonesia semakin jauh dari kesejahteraan padahal secara konstitusi Indonesia merupakan negara yang menganut ideologi *welfare state*. Negara dituntut untuk mewujudkan *welfare state*, disebabkan pasal demi pasal yang dibuat hanya sebatas bait dan tulisan, akan tetapi tidak diimplementasikan. Dalam bukunya Suharto (2007) menjelaskan jika

dilihat dari sejarah, perkembangan pelayanan sosial selalu sejalan dengan kehadiran Negara Kesejahteraan (*welfare state*). Sistem *welfare state* mengacu pada pendekatan dan konsep penekanan akan pentingnya kehadiran pelayanan sosial dasar yang diberikan pada tiap-tiap warga negara. Thomson (2004) di dalam buku Suharto E (2009) menjelaskan jenis dan cakupan pelayanan sosial meliputi jaminan sosial, perumahan, kesehatan, pendidikan dan pelayanan sosial personal.

Sumber pembiayaan jaminan sosial di Indonesia yakni dari asuransi yang tidak berasal dari pajak. Oleh sebab itu agar masyarakat bisa mendapatkan manfaat dari jaminan sosial, maka masyarakat harus mendaftar sebagai peserta (19). Selanjutnya Zain et al. menjelaskan dalam penelitiannya, bahwa dalam pengaturan kepesertaan yang dibuat pada undang-undang asuransi ini sifatnya diwajibkan bagi seluruh masyarakat untuk menjadi peserta yang dilaksanakan secara bertahap. Dana dalam jaminan sosial tersebut dipergunakan secara penuh untuk pengembangan program dan kepentingan peserta. Hak masyarakat Indonesia dalam menerima jaminan sosial dianggap tidak akan terpenuhi jika negara ini memilih sumber pembiayaan jaminan sosial berbentuk model asuransi sosial. Negara dianggap mencelakakan rakyat untuk masuk ke dalam pusaran model bisnis asuransi. Artinya, hanya segelintir warga negara yang mendapatkan akses menuju jaminan sosial dikarenakan mereka mampu membayar. Pada akhirnya peran negara hanya sebatas fasilitator yang menjembatani masyarakat dengan badan usaha perasuransian. Negara dalam hal ini mempromosikan diri sebagai agen asuransi yang bertugas untuk mengawasi pendistribusian hak terhadap jaminan sosial daripada mempromosikan diri sebagai penjamin perlindungan sosial (Winart dalam Zein et al, 2017).

Dalam pemberian pelayanan kesehatan di institusi militer, budaya hierarki terlihat jelas dengan penerapan pengelompokan pasien militer dan non-militer, selain itu pada kelompok pasien militer juga masih mengalami hierarki yang berdasarkan pada kepangkatan. Padahal, seluruh pasien baik militer maupun non-militer tersebut merupakan anggota BPJS Kesehatan yang seharusnya mendapatkan perlakuan yang sama. Sebagaimana yang diamanatkan dalam prinsip perlindungan sosial yang dibuat oleh negara, yang berdasar pada Undang-undang Dasar 1945 dan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Peran negara dalam hal ini seharusnya mutlak menjadi posisi tertinggi dalam

mewujudkan *welfare state* melalui perlindungan sosial. Namun dominasi yang telah terjadi pada instansi militer secara turun temurun membuat negara tidak mampu menghilangkan praktik budaya hierarki yang memperburuk terjadinya eksklusi sosial, dalam hal ini khususnya pada pelayanan kesehatan.

Idealnya konsep *welfare state* dapat mencakup komponen negara secara keseluruhan termasuk instansi militer di dalamnya. Negara sebagai organisasi tertinggi seharusnya mampu memberikan mandat kepada seluruh instansi pelayanan kesehatan di bawahnya untuk melaksanakan prinsip-prinsip pelayanan yang berkeadilan tanpa terkecuali. Negara berada pada posisi tertinggi mempunyai kepala negara yaitu presiden yang mengeluarkan regulasi perlindungan sosial melalui Peraturan Presiden. Salah satu wujud dari Peraturan Presiden tersebut adalah pelayanan kesehatan. Implementasinya dijalankan oleh BPJS Kesehatan, artinya BPJS Kesehatan mempunyai posisi kuat karena diatur langsung di bawah Peraturan Presiden. Institusi kesehatan sebagai alat untuk penyelenggaraan perlindungan sosial berada di bawah naungan peraturan perlindungan sosial seharusnya mengikuti kaidah yang telah ditetapkan. Di dalam institusi kesehatan mencakup puskesmas, RSUD, RS TNI, RS Polri, sehingga dapat dikatakan bahwa seharusnya instansi militer dalam pelaksanaan sistem kesehatannya bisa menerapkan sistem regulasi BPJS yang disesuaikan dengan konteks kasus pasiennya, tidak serta merta melakukan hierarki. *Welfare state* sebagai kerangka mencakup secara menyeluruh pelaksanaan kehidupan sosial, termasuk relasi vertikal yaitu pemerintah dengan masyarakat maupun relasi horizontal yaitu antara masyarakat sebagai warga negara yang berhak mendapatkan perlindungan yang setara.

## KESIMPULAN

Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa turut berpartisipasi untuk mewujudkan negara kesejahteraan melalui pemberian pelayanan kesehatan yang bersifat inklusif bagi semua kalangan. Namun, dalam praktiknya Rumah Sakit dr.Esnawan Antariksa menyertakan aspek hierarki pada pemberian pelayanan kesehatan bagi pasien. Hal ini tentu tidak sejalan dengan konsep *welfare state* dalam bidang kesehatan yang seharusnya semua masyarakat berhak memiliki kesempatan yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terlepas dari apa pun status yang disandang olehnya. Hadirnya ketidaksamaan

kesempatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Angkatan Udara dr.Esnawan Antariksa disebabkan oleh hierarki yang melekat pada institusi kesehatan tersebut.

Dalam studi ini, konsep *welfare state* yang dianut oleh negara tidak berjalan sebagaimana mestinya. Hal tersebut disebabkan karena adanya budaya hierarki yang melekat pada pemberian pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dr.Esnawan Antariksa. Peran negara sebagai organisasi tertinggi belum mampu memberikan intervensi yang kuat kepada penyelenggara pelayanan kesehatan, terlebih pada institusi pelayanan kesehatan militer. Dominasi yang diwariskan institusi militer secara turun temurun membuat negara tidak mampu menghilangkan praktik budaya hierarki yang memperburuk terjadinya eksklusi sosial pada pelayanan kesehatan.

Penerapan peraturan perlindungan sosial berupa BPJS Kesehatan seharusnya tidak dibedakan antar institusi pelayanan kesehatan di bawah naungan pemerintah. Untuk mendukung mewujudkan konsep *welfare state* dalam bidang kesehatan, rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan sudah seharusnya menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat secara ekuitas. Hal ini tak terkecuali pada rumah sakit di bawah naungan Kementerian Pertahanan. Rumah sakit sebagai pelayanan kesehatan yang merupakan badan layanan umum seharusnya bersifat universal tanpa adanya diskriminasi terhadap golongan mana pun. Untuk mewujudkan visi BPJS Kesehatan yang dinamis, akuntabel, dan terpercaya agar terwujudnya jaminan kesehatan yang berkualitas, berkelanjutan, berkeadilan dan inklusif serta juga agar peran negara sebagai penyelenggara kebutuhan dasar pada masyarakat di bidang kesehatan terwujud, seharusnya bentuk kelas kepesertaan yang ada di dalam BPJS Kesehatan sebaiknya dihapuskan karena dalam implementasinya bentuk kelas kepesertaan pada BPJS Kesehatan menyebabkan ketidaksetaraan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Untuk mewujudkan jaminan BPJS Kesehatan yang berkelanjutan, pemerintah dapat menerapkan penyetaraan kelas kepesertaan dan iuran yang dibayarkan masyarakat sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Dalam hal ini, masyarakat mampu membayar iuran yang lebih mahal dibandingkan masyarakat berpenghasilan rendah, akan tetapi kelas dan pelayanan yang diberikan BPJS Kesehatan sebagai perlindungan sosial setara dan tidak dibedakan.

Instansi militer yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perlu mengesampingkan struktur hierarki yang melekat padanya, sehingga dapat menerapkan pelayanan kesehatan yang inklusif. Hal ini dikarenakan hierarki merupakan akar dari permasalahan ketidaksetaraan pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien. Pada dasarnya hierarki pada militer memang dibutuhkan untuk rantai komando dalam pertahanan negara. Namun, jika hierarki beririsan dan berinteraksi langsung dengan pelayanan kesehatan yang bersifat universal, hal tersebut menyebabkan hadirnya kelompok masyarakat yang terkucilkan. Negara sebagai organisasi tertinggi seharusnya dapat memperkuat perannya agar tidak ada peraturan yang tumpang tindih antar instansi yang ada di bawahnya agar terciptanya perlindungan sosial yang inklusif, tak terkecuali pada rumah sakit militer.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih banyak kepada Dra. Lugina Setyawati Setiono, M.A., PhD yang telah memberikan masukan serta saran yang membangun dalam proses penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Dimiyati K, Nashir H, Elviandri E, Absori A, Wardiono K. Heliyon Indonesia as a legal welfare state :Aprophetic-transcendental basis. Heliyon [Internet]. 2021;7(March):e07865. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07865>
2. Burhanuddin A. Historical and Cultural Factors in Indonesian Civil-Military Relations. J Sos Ilmu Polit Univ Hasanuddin [Internet]. 2015;Vol.1(No.2):195–207. Available from: <https://journal.unhas.ac.id/index.php/kritis/article/view/14>
3. Andrizal A. ANALISIS YURIDIS TENTANG KEDUDUKAN TENTARA NASIONAL INDONESIA (TNI) SETELAH BERLAKUNYA UNDANG-UNDANG NOMOR 34 TAHUN 2004. J Ilmu Huk Jambi [Internet]. 2014;Vol.5(No.2):110–9. Available from: <https://www.neliti.com/publications/43279/analisis-yuridis-tentang-kedudukan-tentara-nasional-indonesia-tni-setelah-berlak#cite>
4. Wangge HYR. The Military 's Role in Indonesia 's Democracy Misguided Perception? Studies, International Institute for Asian [Internet]. 2019;16. Available from: <https://www.iias.asia/>

- the-newsletter/article/militarys-role-indonesias-democracy-misguided-perception
5. Sambhi N. Generals gaining ground: Civil-military relations and democracy in Indonesia [Internet]. Brookings. 2021. Available from: <https://www.brookings.edu/articles/generals-gaining-ground-civil-military-relations-and-democracy-in-indonesia/>
  6. Laksmana EA. Reshuffling the Deck? Military Corporatism, Promotional Logjams and Post-Authoritarian Civil-Military Relations in Indonesia. *J Contemp Asia* [Internet]. 2019;49(5):806–36. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00472336.2019.1613556>
  7. Djuyandi Y, Ghazian MG. Kementerian pertahanan: birokrasi sipil dan hierarki militer. *Wacana Publik*. 2019;13(1).
  8. Syahrul F, Harianto H, Mustajib M. Civil and Military Rules in Indonesia. *JPPUMA J Ilmu Pemerintah dan Sos Polit Univ Medan Area* [Internet]. 2021;9(1):10–9. Available from: <http://ojs.uma.ac.id/index.php/jppuma%0ACivil>
  9. Ernawati E. Analisis Kepuasan Pasien TNI Sebelum dan Sesudah Penerapan JKN di Ruang Rawat Inap Kelas II RS Dik Pusdikkes Kodiklat TNI AD. *J Adm Rumah Sakit Indones* [Internet]. 2016;3(1):1–10. Available from: <http://journal.fkm.ui.ac.id/arsip/article/view/2207/0>
  10. Tinoco JK, Arnaud A. The Transfer of Military Culture to Private Sector Organizations : A Sense of Duty Emerges. *J Organ Cult Commun Conflic* [Internet]. 2013;17(2). Available from: <https://commons.erau.edu/publication/81>
  11. Lang K. Current Sociology. *Mil Sociol Curr Sociol* [Internet]. 1965;13:1–26. Available from: <https://doi.org/10.1177/001139216501300101>
  12. Soeters JL, Winslow DJ, Weibull A. Military culture. Hand- book of the Sociology of the Military: Springer. In: *Handbook of the Sociology of the Military Handbooks of Sociology and Social Research* Springer, New York, NY [Internet]. 2003. p. 237–54. Available from: [https://doi.org/10.1007/0-387-34576-0\\_14](https://doi.org/10.1007/0-387-34576-0_14)
  13. Annisa R, Winda S, Dwisaputro E, Isnaini KN. Mengatasi Defisit Dana Jaminan Sosial Kesehatan Melalui Perbaikan Tata Kelola. *INTEGRITAS J Antikorupsi*. 2020;6(2):209–24.
  14. Poerwanto EB, Hapsari AP, Pinem JR, Kusuma DP. Kebijakan Jaminan Sosial di Masa Pandemi. April 2021. Jawa Barat: Pustaka Amma Alamia; 2021. 36 p.
  15. Sukmana O. Konsep dan Desain Negara Kesejahteraan (Welfare State). *J Sos Polit*. 2016;2(1):103–22.
  16. Yunus NR. Aktualisasi Welfare State Terhadap Kehidupan Bernegara Dalam Dimensi Keislaman dan Keindonesiaan. *Mizan J Islam Law*. 2015;3(2).
  17. Elviandri, Dimiyati K, Absori. Quo Vadis Negara Kesejahteraan: Meneguhkan Ideologi Welfare State Negara Hukum Kesejahteraan Indonesia. *Mimb Huk - Fak Huk Univ Gadjah Mada*. 2019;31(2):252.
  18. Suharto E. MERETAS KEBIJAKAN SOSIAL PRO POOR: Menggagas Pelayanan Sosial yang Berkeadilan. *Development* [Internet]. 2007;(September):1–19. Available from: <http://www.policy.hu/suharto/Naskah PDF/UGMPelayananSosial.pdf>
  19. Zain MA, Yurista AP, Yuniza ME. Konsistensi pengaturan jaminan sosial terhadap konsep negara kesejahteraan indonesia \*. *J Penelit Huk* [Internet]. 2017;1(2):63–76. Available from: <https://jurnal.ugm.ac.id/jph/article/view/19100>

## KONVERGENSI KEBIJAKAN RISET DAN INOVASI UNTUK RESILIENSI INDUSTRI ALAT KESEHATAN DI INDONESIA

RESEARCH AND INNOVATION POLICY CONVERGENCE FOR THE RESILIENCY OF MEDICAL DEVICES INDUSTRY IN INDONESIA

Hargo Utomo<sup>1</sup>, Dian Kesumapramudya Nurputra<sup>2</sup>, Retno Ardhani<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Ekonomika dan Bisnis, Universitas Gadjah Mada  
Jalan Sosio Humaniora No. 1, Bulaksumur, Karang Malang, Caturtunggal, Depok, Sleman,  
Daerah Istimewa Yogyakarta 55281, Indonesia  
Email: hargo\_utomo@ugm.ac.id

<sup>2</sup>Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada  
Jl. Farmako, Sekip Utara, Depok, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta 55281, Indonesia

<sup>3</sup>Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Gadjah Mada  
Jl. Denta 1, Sekip Utara, Depok, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta 55281, Indonesia

Tanggal submit: 17 Januari 2023; Tanggal penerimaan: 30 Maret 2023

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Konvergensi kebijakan riset dan inovasi diharapkan menjadi katalisator resiliensi melalui penguatan kapasitas inovasi industri dan relasi kebaruan pengetahuan penyokong inovasi. **Tujuan:** Studi kebijakan ini bertujuan menjawab pertanyaan tentang bagaimana riset dan inovasi di Indonesia bergerak sejalan dengan arah kebutuhan resiliensi industri alat kesehatan di era perubahan. **Metode:** Pendekatan deskriptif-analitik dipergunakan untuk mengeksplorasi fenomena faktual dan menjawab pertanyaan penelitian. Data primer dikumpulkan melalui observasi lapang ke pelaku industri alat kesehatan dan *Focus Group Discussion* yang melibatkan sejumlah pemangku kepentingan. Data sekunder dari berbagai bersumber selanjutnya dipergunakan untuk memperkuat argumen dalam analisis kebijakan. **Hasil:** Hasil studi menyimpulkan bahwa ketahanan atau resiliensi industri alat kesehatan ditentukan oleh faktor penguatan kapasitas inovasi dan keterkaitan pengetahuan baru untuk memunculkan inovasi. **Kesimpulan:** Kebijakan afirmatif ditempuh sebagai opsi keberpihakan terhadap ketahanan industri melalui kesinambungan rantai pasok, penyebaran inovasi, dan keterjangkauan hasil inovasi industri bagi masyarakat.

**Kata kunci:** kebijakan inovasi; alat kesehatan; riset; resiliensi.

### ABSTRACT

**Background:** The convergence of research and innovation policies is expected to be a catalyst for resilience through strengthening industrial capacity and new knowledge relations. **Aim:** This policy study aims to answer the question of how research and innovation in Indonesia move in line with the growing demand for resilience of the medical device industry in a time of change. **Method:** A descriptive-analytic approach was used to answer the research questions. Data were collected from field observations in the industry and focus group discussions with a number of stakeholders. **Result:** The result of the study emphasizes the relevance of strengthening innovation capacity and the relation of new knowledge to industrial resilience for innovation. **Conclusion:** Affirmative policies were pursued as a partiality option for industry resilience through enhancing supply chain sustainability, diffusion of innovation, and the affordability of medical device innovations for society

**Keywords:** innovation policy; medical device; research; resilience.

### PENDAHULUAN

Isu daya tangguh atau resiliensi industri alat kesehatan mengemuka kembali akibat pandemi COVID-19 yang berkepanjangan. Keterbatasan logistik dan rantai pasokan<sup>1</sup>; kecepatan pengembangan riset dan inovasi<sup>2</sup>; dan keterjangkauan hasil inovasi industri menjadi isu yang menarik perhatian publik. Stimulasi ekosistem inovasi industri ditempuh dengan membangun kesiapsiagaan nasional mengatasi problem kesehatan masyarakat secara komprehensif.

Industri alat kesehatan memiliki keragaman jenis dan klasifikasi yang menjadi daya tarik untuk tumbuh dan berkembang dengan segala keunikan karakteristiknya. Keunikan perilaku industri mempengaruhi tingkat kompleksitas dan ketajaman tingkat persaingan bisnis alat kesehatan terutama di pasar domestik. Pemahaman faktor-faktor kontekstual yang relevan dengan penguatan kapasitas riset dan inovasi juga merupakan hal mendasar yang dibutuhkan oleh pengambil kebijakan untuk membangun daya tangguh industri.

Kedaulatan industri farmasi dan alat kesehatan sebenarnya sudah menjadi prioritas strategis nasional sesuai Instruksi Presiden (Inpres) No 6 Tahun 2016. Komitmen dan *political will* juga digulirkan untuk mewujudkan hal tersebut. Ironisnya, lanskap industri alat kesehatan sampai dengan akhir 2022 masih menunjukkan adanya celah yang cukup lebar antara ketersediaan pasokan dan jumlah kebutuhan nasional. Jumlah entitas industri yang sudah memperoleh NIE (Nomor Ijin Edar) masih didominasi oleh produk impor atau alat kesehatan luar negeri (AKL) sebanyak 52.713 NIE AKL dibanding produk alat kesehatan dalam negeri (AKD) sebanyak 11.346 NIE AKD<sup>3</sup>. Defisit produk inovasi industri alat kesehatan di dalam negeri mengindikasikan adanya ruang kebijakan strategis yang kosong dan memerlukan langkah taktis untuk pengisiannya.

Ketimpangan perolehan AKD dan AKL erat kaitannya dengan produktivitas lembaga riset dan pengembangan di Indonesia ditengarai relatif masih terbatas terutama tingkat kesiapterapan inovasi yang dihasilkan pada skala massal. Perolehan Kekayaan Intelektual (KI) atas suatu inovasi terindikasi juga masih berujung sebagai karya akademik dan belum sepenuhnya siap diadopsi oleh industri untuk menghilirkannya secara komersial<sup>4</sup>. Selain itu, sentimen keperilaku pengguna terutama di kalangan dokter rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait produk dalam negeri<sup>4</sup>; ditambah sikap pragmatis para pelaku industri alat kesehatan dalam memaknai kebutuhan alat kesehatan di pasar domestik menambah lebar gap inovasi produk secara nasional.

Walau demikian, dorongan pelaku industri alat kesehatan memperoleh nomor registrasi AKD diyakini secara bertahap akan terus bertambah dengan adanya kebijakan pemerintah yang memberi insentif fiskal bagi industri yang menghasilkan produk inovasi dengan tingkat komponen dalam negeri yang dipersyaratkan. Instrumen kebijakan fiskal seperti tertuang dalam Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 128 Tahun 2019 tentang pengurangan pajak (*super tax deduction*) dari penghasilan bruto yang diberikan bagi pelaku industri yang menjalankan program riset dan inovasi yang menjadi prioritas nasional. Insentif fiskal yang dimaksud diharapkan membuka peluang peningkatan kapasitas inovasi di sisi hulu. Ditambah lagi, kebijakan afirmatif melalui Inpres No 2 Tahun 2022, tentang Percepatan Peningkatan Penggunaan Produk Dalam Negeri dan Produk Usaha Mikro, Usaha Kecil, dan

Koperasi melengkapi ikhtiar membangun daya tangguh melalui penguatan kapasitas inovasi dan penyerapan inovasi industri alat kesehatan dengan persentase tingkat komponen dalam negeri (TKDN) sesuai pedoman dan peraturan yang berlaku.

Dengan kebijakan afirmatif tersebut, persaingan industri alat kesehatan di dalam negeri secara bertahap diharapkan mulai bergeser dari pertimbangan harga murah ke arah kualitas dan keandalan produk yang mencakup aspek keamanan, keselamatan, keakuratan dan keefektifan. Kesempurnaan aspek kualitas dan keandalan inovasi produk seperti dimaksud bisa dicapai bertahap melalui pendekatan pragmatis sesuai dengan kapasitas dan kesiapan industri yang ada. Chetty (2015) menegaskan formulasi kebijakan publik yang progresif dengan pendekatan pragmatik dapat menumbuhkan spirit percaya diri pengambil keputusan dalam melakukan langkah percepatan penghiliran inovasi dan penciptaan nilai tambah<sup>6</sup>.

Sementara itu, Thaler mengingatkan relevansi penerapan kerangka pikir ekonomi keperilaku (*behavioral economics*) yang memasukkan faktor psikologis dan ketidakpastian dalam proses pengambilan keputusan sebagai konsekuensi logis kondisi lingkungan yang dinamis<sup>7</sup>. Kerangka pikir non linear dalam proses pengambilan keputusan selaras dengan iklim persaingan industri yang sifatnya semi-terbuka dan beradu kekuatan pengaruh untuk bisa meraih kemakmuran sosial-ekonomi<sup>8</sup>. Argumen ini relevan dengan kondisi yang terdapat di industri alat kesehatan yang mengedepankan bobot tinggi pada aspek keandalan, keamanan, kemudahan, kecepatan penyampaian (*delivery*) ke pengguna serta pertimbangan aspek psikologi industri dalam proses pengadopsiannya<sup>9</sup>.

Sebelum itu, Porter secara eksplisit menjelaskan mengenai keunikan perilaku persaingan pada level industri yang dipicu oleh kondisi struktur industri yang melingkupinya<sup>10</sup>. Kepekaan inovator mencermati pola perilaku dan struktur industri berpengaruh terhadap kecepatan merespon kebutuhan persaingan. Pada tingkatan makro, lebih tegas mengungkapkan pembangunan daya saing (*competitiveness*) suatu negara bergantung pada kekuatan tarik-menarik sumberdaya industri dalam berinovasi<sup>11</sup>. Pelaku industri mendapatkan manfaat atau keuntungan berlebih dengan cara mengelola dengan baik ketidakseimbangan tekanan persaingan pada iklim bisnis yang dinamis. Pilihan strategi bersaing yang ditawarkan kemudian

mengerucut pada opsi pembedaan (*differentiation*) dan ongkos (*cost leadership*) sebagai upaya meraih keunggulan karena keunikannya atau bisa menekan harga murah untuk memenangkan persaingan industri.

Dalam konteks persaingan industri alat kesehatan, kompromi terhadap keduanya merupakan alternatif strategi yang bisa dipilih mengingat urgensi dan relevansinya dalam menggapai kedaulatan industri di era perubahan. Dengan menempuh strategi kompromi tersebut para pelaku industri berharap memperoleh manfaat dari berkembangnya iklim inovasi industri baru yang relatif kuat, persaingan domestik yang sehat, keandalan rantai pasokan bahan baku, proses pabrikasi terstandar, dan pelanggan lokal yang fanatik.

Sisi lain, Melitz berargumen bahwa industri yang baru muncul atau *infant industry* terutama yang berada di negara-negara berkembang layak mendapatkan proteksi untuk bertahan menghadapi persaingan industri pada skala yang lebih luas<sup>12</sup>. Iklim persaingan industri yang dibiarkan bebas tanpa reservasi justru bisa mengaburkan niatan perolehan manfaat efisiensi yang diharapkan publik. Proteksi dan keberpihakan untuk kemaslahatan masyarakat luas menjadi kata kuncinya.

Dalam ranah praktis, keberpihakan pemerintah melalui intervensi program terstruktur dan kebijakan yang bisa mengakomodasi kebutuhan pertumbuhan ekonomi mempunyai makna penting bagi keberlanjutan inovasi industri di dalam negeri<sup>13</sup>. Keberpihakan dan proteksi terhadap inovasi industri domestik tidak hanya dibutuhkan untuk menumbuhkan spirit kepercayaan diri, tetapi juga sekaligus sebagai modal awal mewujudkan kedaulatan industri nasional. Kebijakan pemberian subsidi, penetapan kuota, pengenaan tarif bea masuk, insentif fiskal, dan pemberian prioritas pembelian dalam batas-batas tertentu bisa ditolerir sebagai instrumen proteksi bagi industri baru agar bisa tumbuh dan berkembang.

Dalam konteks inovasi industri di Indonesia, harmonisasi kebijakan riset dan adopsi inovasi ditempuh secara bertahap melalui penataan struktur dan pola perilaku industri nasional yang tangguh. Implementasi strategi resiliensi ditempuh melalui perkuatan relasi kesiapsiagaan industri hulu-hilir beserta mitigasi risiko terjadinya bencana kesehatan yang merebak cepat secara spasial seperti halnya pandemi COVID-19. Para pemangku kebijakan menyadari mengenai besaran ongkos

yang harus ditanggung karena terganggunya mobilitas sosial-ekonomi dan *bandwagon effect* atau efek bergulir berupa perubahan sikap dan perilaku massa akibat bencana kesehatan. Mitigasi risiko yang dilakukan dengan menjaga konsistensi kebijakan dan aksi nyata diharapkan bisa menyokong pencapaian tujuan kedaulatan industri sehingga ketergantungan impor produk alat kesehatan secara berlebihan bisa berkurang.

Dalam kaitannya dengan hal tersebut di atas, maka studi kebijakan ini relevan dan memiliki urgensi untuk mengurai kompleksitas isu terkait koherensi inovasi industri alat kesehatan di tengah situasi ekonomi makro di Indonesia yang dinamis. Internalisasi *spirit* gotong-royong melalui perkuatan kapasitas riset dan inovasi industri nasional relevan dieksplorasi untuk mengatasi kerentanan produksi dan distribusi alat kesehatan. Pemberian insentif fiskal dan moneter bagi pelaku industri yang bersedia melakukan riset dan pengembangan alat kesehatan bersama tim ahli dari perguruan tinggi bisa menjadi pembuka belunggu proses inovasi yang seolah berjalan lambat.

Studi kebijakan ini bertujuan menjawab pertanyaan tentang bagaimana kebijakan riset dan inovasi bisa selaras dengan upaya bersama membangun resiliensi industri alat kesehatan di Indonesia. Kemampuan memenuhi kebutuhan alat kesehatan skala masif dalam waktu singkat dan kesempurnaan atau perfeksi hasil riset yang teruji di masyarakat adalah dua hal yang memerlukan sentuhan kebijakan strategis. Konvergensi kebijakan dimaksud merupakan prakondisi yang bisa menjadi katalisator dalam mewujudkan kedaulatan inovasi industri.

Oleh karena itu, untuk memperoleh gambaran lebih mendalam tentang konvergensi kebijakan, maka organisasi penulisan paper ini dilakukan dengan mengikuti alur sebagai berikut. Uraian kontekstual mengenai struktur dan perilaku industri kesehatan disampaikan sebagai pondasi literatur mengenai keunikan perilaku industri alat kesehatan. Metoda riset dipaparkan sebagai dasar mengikuti alur proses saintifik untuk keperluan validitas dan keandalan analisis dan temuan studi. Paparan berikutnya adalah diskusi dan pembahasan mengenai konvergensi kebijakan riset dan inovasi sebagai elemen sentral pengembangan kebijakan publik dilanjutkan simpulan dan implikasinya pada formulasi strategi resiliensi industri alat kesehatan dalam lingkungan yang berubah.

## METODE PENELITIAN

Studi ini bersifat eksploratif dengan menggunakan pendekatan deskriptif-analitik untuk menjawab pertanyaan penelitian. Survei literatur dilakukan dengan mengumpulkan berbagai landasan kebijakan dan peraturan yang relevan terkait pengembangan industri alat kesehatan. Komparasi aturan sejenis di beberapa negara dilakukan untuk mengetahui *gap* regulasi atau tingkat perbedaan perhatian dan kepentingan terkait inovasi industri alat kesehatan.

Data primer dikumpulkan melalui observasi lapangan di industri alat kesehatan yang menjadi anggota asosiasi produsen alat kesehatan dan laboratorium di Indonesia. *Focus Group Discussion* dengan sejumlah pemangku kepentingan selanjutnya dilakukan untuk menggali informasi yang mendalam mengenai pra-kondisi dan muara konvergensi kebijakan riset dan inovasi industri.

Perolehan data sekunder dari literatur terpublikasi digunakan untuk memperkuat argumen dalam analisis dan rekomendasi kebijakan ke berbagai pihak untuk kepentingan perbaikan yang diperlukan di masa-masa mendatang. Hasil kajian empiris yang dijalankan diharapkan menjadi landasan ilmiah dalam memahami proses, konteks, dan substansi kebijakan publik terkait penghiliran dan hulu inovasi industri alat kesehatan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Observasi lapangan di sejumlah pelaku industri alat kesehatan di Indonesia mengindikasikan adanya fenomena *inferiority complex*, yaitu situasi psikologis individu atau kelompok yang menggambarkan perasaan ketidakmampuan karena alasan visualisasi fisik atau perasaan yang muncul karena penilaian diri yang lebih rendah dibanding orang lain atau kelompok pembanding lain (*peer group*). Situasi yang dimaksud sangat mungkin terjadi karena faktor maturitas industri terhadap adopsi teknologi, disparitas publik terhadap kebutuhan inovasi, dan kedalaman pengalaman pengguna terhadap inovasi industri alat kesehatan karena kuatnya pengaruh sentimen keperilakuan di tingkat pelayanan kesehatan, terutama kalangan dokter di rumah sakit dan tenaga kesehatan serta adanya persepsi mengenai kualitas produk dalam negeri lebih rendah dibanding kualitas persepsian terhadap produk impor. Sentimen keperilakuan erat kaitannya dengan penguasaan pengetahuan dan eksposur pengalaman yang bertumpu pada kekuatan koherensi perilaku organisasi.

## Pembentukan Perilaku

Kebiasaan tenaga kesehatan di fasilitas layanan kesehatan menggunakan peranti produk impor sangat mungkin terbentuk secara gradual karena diperkenalkan sejak masa pendidikan kedokteran dan keperawatan. Pengalaman di masa pendidikan bisa mempengaruhi perasaan, penilaian, preferensi, dan bahkan sikap para tenaga kesehatan terhadap kehadiran produk alat kesehatan yang dipergunakan dalam praktik di lingkungan kerja. Hal ini menjadi tantangan lembaga pendidikan kesehatan untuk secara bersama-sama membangun idealisme tenaga medis dan preferensinya terhadap penggunaan alat kesehatan produksi dalam negeri.

Selanjutnya, ketersediaan sumber daya inovasi di berbagai perguruan tinggi (universitas dan politeknik) dan lembaga riset industri adalah modal dasar berinovasi menuju kedaulatan industri alat kesehatan. Keberadaan *Science Technopark* berbasis perguruan tinggi berfungsi sebagai lembaga intermediasi untuk percepatan penghiliran hasil riset dan inovasi dengan merujuk pada Peraturan Presiden (Perpres) No 17 Tahun 2017 tentang Kawasan Sains dan Teknologi. Potensi kolaborasi perguruan tinggi, pelaku industri, dan pemerintah sangat dimungkinkan melalui pengembangan model inovasi industri yang relevan dengan konteks kewilayahan dan fokus pada pemenuhan kebutuhan nasional.

Keterbukaan lembaga riset dan inovasi yang kredibel serta bersedia berkolaborasi bersama mitra industri adalah momentum pembuka tautan akademik dan industri yang kuat<sup>14</sup>. Iklim kolaborasi tentu saja dibangun dengan prinsip *mutual trust* dan *mutual benefit* agar bisa menjadi patokan dan pegangan bersama. Adopsi pendekatan multi-dimensi dan kebulatan tekad dibutuhkan untuk meraih tujuan strategis yang bertumpu pada sumber daya terbatas.

## Struktur Industri dan Persaingan Alat Kesehatan

Industri alat kesehatan di Indonesia selama ini tumbuh dan berkembang secara gradual dengan struktur terfragmentasi yang tergambar dari situasi keragaman perilaku industri alat kesehatan yang beragam. Masing-masing pelaku industri yang dimaksud memiliki keunikan dan perbedaan diri menghadapi persaingan yang tajam serta memperoleh penerimaan produknya di pasar.

Dalam struktur industri yang terfragmentasi, variabel harga produk tidak sepenuhnya menjadi pertimbangan dalam proses pengambilan keputusan

oleh pengguna akhir. Variabel lain yang bersifat non-harga justru bisa menjadi penentu keberhasilan pengadopsian, antara lain garansi atau pelayanan purna jual, program pelatihan dan pendampingan dalam penggunaan produk, dan pendanaan kreatif untuk percepatan penyerapan hasil inovasi. Setiap pelaku industri bergerak mengikuti alur perbedaan diri dalam lingkup persaingannya yang tajam untuk memperoleh diterimanya produknya di pasar.

Dari aspek kompetisi, hambatan pelaku usaha untuk masuk ke industri (*barrier to entry*) alat kesehatan relatif terbatas sehingga terbuka peluang mengembangkan inovasi secara cepat dengan mengadopsi pola *reverse engineering* ataupun bentuk alih teknologi lain. Faktor kepekaan dan kecepatan dalam merespon kebutuhan inovasi inilah yang kemudian menjadi penentu keberhasilan mendapatkan manfaat terbesar melalui skema *coopetition* atau kolaborasi dan kompetisi di tingkat industri. Disinilah elemen ego dan superego para inovator mengenai perfeksi terkait inovasi yang dimunculkan dibandingkan dengan perolehan nilai kemanfaatan yang dapat segera dirasakan oleh masyarakat luas.

Pada aspek yang lain, pelaku industri alat kesehatan memiliki daya tawar yang lebih tinggi dibanding pengguna atau bahkan pembeli akhir (*bargaining power to customer*) karena adanya faktor intervensi kebijakan dan urgensi kebutuhan. Hal itu disebabkan sifat keunikan alat kesehatan yang peruntukannya cenderung spesifik termasuk kompetensi yang dibutuhkan pengguna untuk mengoperasikannya di rumah sakit maupun layanan kesehatan. Kecepatan pelaku industri mengabsorpsi kebutuhan pengguna dan mentransformasikannya ke dalam produk yang digulirkan merupakan elemen kunci keberhasilan inovasi alat kesehatan.

Inovasi industri alat kesehatan dipengaruhi oleh keunikan perilaku persaingan di pasar yang terjadi karena pengaruh faktor situasional meliputi: (a) heterogenitas jenis dan klasifikasi alat kesehatan; (b) tingkat inovativitas teknologi kesehatan; dan (c) kondisi lingkungan persaingan industri alat kesehatan yang dinamis. Para pelaku industri alat kesehatan acapkali menempatkan posisinya di persaingan industri sebagai wahana pembuktian mengenai kemampuannya mendulang manfaat bagi kepentingan publik yang mencakup keterterapan inovasi teknologi dan sentimen keberterimaan pasar.

Merujuk pada kerangka analisis persaingan industri oleh Porter<sup>10</sup>, kondisi alat kesehatan di

dalam negeri dinilai rentan terhadap 5 kekuatan persaingan industri yang meliputi: kondisi persaingan internal, kekuatan tawar menawar pemasok, kekuatan tawar dengan pembeli, kekuatan tawar menghadapi pendatang baru, dan kekuatan persaingan menghadapi barang substitusi dan karena ketergantungannya terhadap pasokan impor dari luar negeri. Dengan mempertimbangkan situasi persaingan industri yang ada, maka pelaku inovasi industri alat kesehatan diharapkan memiliki kepekaan dalam memaknai keunikan perilaku untuk menghela kerentanan yang mungkin dipicu oleh faktor-faktor kekuatan tersebut.

Dalam lingkup persaingan regional, industri alat kesehatan di Asia Pasifik didominasi oleh produk yang berasal dari India, Tiongkok, dan Jepang dengan penguasaan pangsa pasar sekitar 85%<sup>15</sup>. Estimasi nilai pasar alat kesehatan di Asia Pasifik di tahun 2021 sebesar US\$150 billion setara Rp2.250 triliun; sementara besaran nilai pasar alat kesehatan di Indonesia (2021) berkisar Rp95 triliun. Sementara itu, rata-rata tingkat pertumbuhan pasar tahunan alat kesehatan di Asia Pasifik sebesar 10,5%; selaras dengan peningkatan kebutuhan layanan kesehatan. Tiga kategori alat kesehatan yang menempati urutan tertinggi dalam capaian pangsa pasar meliputi *in vitro diagnostics*, *diagnostic imaging*, dan peranti *cardiovascular*.

Industri alat kesehatan adalah tipologi industri yang sedang bertumbuh; tidak hanya besarnya serapan pasar tetapi juga pertumbuhan nilai tambah yang dihasilkan dari sisi hulu ke hilir. Keragaman jenis alat, bahan baku yang dipergunakan, standar, dan area peruntukan merupakan peluang pengembangan industri dalam mewujudkan industri alat kesehatan yang berdaulat. Upaya meraih kemampuan produksi pada skala ekonomis (*economies of scale*) para pelaku industri alat kesehatan membutuhkan pencermatan terkait aspek-aspek teknis kelayakan dan keterjangkauan atau daya beli di tingkat pengguna akhir.

Sementara itu, potensi penggunaan alat kesehatan di Indonesia berbanding lurus dengan penambahan jumlah fasilitas layanan kesehatan dan kebutuhan produk kesehatan di tingkat Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan rumah sakit. Fenomena struktur populasi yang menua (*the aging population*) dan peningkatan usia harapan hidup merupakan sinyal bagi penguatan inovasi industri alat kesehatan. Dukungan anggaran pemerintah dan peningkatan kebutuhan alat kesehatan terutama untuk tindakan bedah (*surgery*) menempati urutan prioritas implementasi. Langkah

penetrasi asuransi kesehatan dan keterjangkauan daya beli masyarakat serta dukungan investasi R&D yang besar untuk pengembangan inovasi teknologi dengan rantai pasokan dari hulu ke hilir yang cukup panjang.

Oleh karena itu, keseimbangan antara pemenuhan kebutuhan alat kesehatan dan ketersediaan tenaga kesehatan yang kapabel dalam melakukan tindakan atau pun melayani permintaan jasa kesehatan merupakan elemen krusial dalam memproyeksi kebutuhan alat kesehatan. Peluang pertumbuhan penggunaan alat kesehatan linear terhadap pertumbuhan jumlah fasilitas layanan kesehatan. Dalam kurun waktu 5 tahun terakhir, pertumbuhan rumah sakit dan puskesmas di Indonesia disajikan pada Gambar 1.

Industri alat kesehatan adalah tipikal “*doctor driven industry*”. Artinya, perilaku permintaan produk alat kesehatan sangat ditentukan oleh keberterimaan dokter dan keterlibatan insan medis pada setiap proses inovasi, pengembangan, dan pengadopsian produk. Dengan sifat permintaan produk alat kesehatan yang cenderung inelastis; maka inovasi industri alat kesehatan relatif tidak sensitif terhadap perubahan harga jual produk.

Pada tingkatan pengguna, pengadopsian inovasi industri alat kesehatan sangat *rigid* dalam mengikuti standar baku terkait aspek keselamatan (*safety*) serta keefektifan; serta, dipengaruhi oleh persepsian kemudahan penggunaan (*ease of use*), dan kemanfaatan (*usefulness*). Akseptasi inovasi industri alat kesehatan secara umum memerlukan waktu yang cukup untuk harmonisasi multi kepentingan (pemerintah, inovator, tenaga kesehatan, dan para pelaku industri) terutama terkait kecukupan sediaan dan layanan purna jualnya.

Keragaman jenis dan kategori alat kesehatan menjadikan kompleksitas tersendiri bagi para pelaku industri dalam menyelami dan mengendalikan secara penuh layanan di semua lini. Keunikan

produk inovasi alat kesehatan ini lah maka imbas pengadopsian akan sangat bertumpu pada kejelian membaca pola persaingan dan kemudian menerapkan model bisnis yang sesuai untuk mengkombinasi unsur kompetisi dan kolaborasi.

### Konvergensi Kebijakan Inovasi dan Mitigasi Risiko

Upaya konstruktif yang dilakukan oleh pemerintah melalui Inpres dan Perpres seperti yang sudah disebutkan adalah pondasi untuk mewujudkan kedaulatan industri alat kesehatan di dalam negeri. Pengembangan inovasi teknologi digital yang kemudian diterapkan di bidang kesehatan pada gilirannya memunculkan diskusi yang panjang seperti halnya adopsi teknologi diagnosis kesehatan berbasis *Artificial Intelligence*, *Augmented Reality*, dan *Virtual Reality*<sup>9</sup>. Debat mengenai akurasi pendeteksian, penilaian, dan rekomendasi keputusan berbasis algoritma pada sistem yang dikembangkan merupakan tantangan nyata untuk keperluan akselerasi industri.

Mahzab konservatif yang selama ini menjadi acuan utama dalam pengembangan industri alat kesehatan sudah saatnya dipikirkan kembali terkait kemungkinannya untuk bisa mengakomodasi faktor kebaruan teknologi yang menurut kaidahnya di luar *mainstream*. Itu sebabnya, konvergensi kebijakan inovasi diperlukan untuk meyakinkan para pemangku kebijakan publik, pelaku industri, dan peneliti mengenai kebutuhan menjaga relevansi, keandalan (*reliability*), keefektifan (*efficacy*) dan kepastian serapan pasar atas hasil inovasi industri alat kesehatan di dalam negeri. Ketidaktepatan struktur dan mekanisme pasar yang ada di industri alat kesehatan memungkinkan terjadinya ketimpangan manfaat yang didapat pihak produsen dan pengguna akhir yang notabene harus membayar ongkos berlebih untuk mendapat kemanfaatan dimaksud.

### Potensi Pengguna Alat Kesehatan di Indonesia



Penambahan jumlah rumah sakit dan pusat layanan kesehatan akan berbanding lurus dengan peningkatan jumlah kebutuhan fasilitas layanan kesehatan serta produk kesehatan yang dibutuhkan masyarakat.

Gambar 1. Grafik Jumlah Puskesmas dan Rumah Sakit di Indonesia dari tahun ke tahun<sup>16</sup>

Lebih lanjut, peta jalan (*roadmap*) pengembangan industri alat kesehatan diarahkan menjamin ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan alat kesehatan yang memenuhi persyaratan keamanan, mutu, dan manfaat memang telah disusun dengan baik. Klasifikasi alat kesehatan berbasis risiko (*risk-based classification*) juga sudah disiapkan dan menjadi pertimbangan awal untuk pengaturan proses pengembangan inovasi, tahapan pengujian yang harus dilalui, dan agenda pengadopsian inovasi alat kesehatan di masyarakat. Pengawasan implementasi sangat diperlukan agar target tercapai dalam suatu ekosistem inovasi industri yang berkembang mulai dari hulu hingga ke hilir. Tantangannya sekarang adalah bagaimana pemangku kebijakan secara bersama-sama menjaga komitmennya untuk mengimplementasi setiap langkah yang selaras dengan tujuan penyusunan peta jalan dimaksud.

### Instrumen Kebijakan Afirmatif

Instrumen kebijakan publik yang berpihak pada penyerapan inovasi industri di dalam negeri sebenarnya sudah digulirkan. Pondasi kebijakan juga sudah dirancang dengan tujuan agar semaksimal mungkin mendorong pertumbuhan industri yang pada akhirnya bermuara pada kenaikan tingkat penyerapan hasil inovasi industri dalam negeri oleh pemerintah pusat dan daerah. Ketersediaan institusi pemerintah sebagai *offtaker* merupakan bentuk keberpihakan terhadap hasil inovasi dalam negeri. Kebijakan pemerintah terkait peningkatan penggunaan produk dalam negeri (P3DN) bisa difungsikan stimulan bagi pelaku industri untuk menumbuhkan kepercayaan diri dalam berinvestasi dan membangun industri alat kesehatan di dalam negeri.

Implementasi kebijakan afirmasi dan peningkatan serapan inovasi industri dengan Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN) diharapkan mendorong penyerapan hasil inovasi yang kemudian diikuti dengan penerapan tata-pamong yang baik (*good governance*) untuk mengurangi celah penyimpangan dalam hal penyerapan dan pengadopsian hasil inovasi industri di tingkat masyarakat. Kongruensi kebijakan lintas kementerian/lembaga mulai dari riset industri hingga unit pengguna akhir akan menentukan keberhasilan implementasi inovasi alat kesehatan.

Adopsi inovasi industri alat kesehatan ditempuh melalui proses yang hati-hati dengan berbagai tahapan. Sekuen dimulai dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 86 Tahun

2013 tentang Peta Jalan Pengembangan Industri Alat Kesehatan dipergunakan sebagai rujukan dasar dalam menentukan arah penguatan kapasitas dan sinergi kelembagaan untuk kemandirian dan kedaulatan industri alat kesehatan di dalam negeri. Sementara itu, landasan regulasi melalui Instruksi Presiden No. 2 Tahun 2009 tentang Penggunaan Produk Dalam Negeri dalam Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah.

Undang-undang No 3 Tahun 2013 tentang Perindustrian mengamanatkan perlunya pembangunan industri yang maju melalui penguatan struktur industri yang mandiri, sehat, dan berdayasaing dengan bertumpu pada pendayagunaan sumber-sumber inovasi secara optimal sehingga bisa menjaga keseimbangan antara kemajuan industri dan kesatuan ekonomi nasional yang bertumpu pada kekuatan kearifan lokal. Landasan formal tersebut bisa menjadi perekat keberpihakan terhadap upaya penguatan kapasitas inovasi industri nasional.

Selanjutnya, Keputusan Presiden Republik Indonesia No 24 Tahun 2018 tentang Tim Nasional Peningkatan Penggunaan Produk Dalam Negeri mempertegas urgensi pelaksanaan pemberdayaan industri dengan melibatkan dukungan kebijakan lintas kementerian yang mengerucut pada kebutuhan konvergensi inovasi industri. Kebijakan mendasar tentang peningkatan upaya kemandirian industri melalui kebijakan penggunaan tingkat komponen dalam negeri (TKDN).

Kebijakan TKDN memang memaksa pelaku industri alat kesehatan untuk segera memulai berproduksi di dalam negeri dengan menggandeng mitra strategis dalam penyiapan dan penguatan kapasitas inovasi. Pelaku industri alat kesehatan yang tergabung dalam ASPAKI (Asosiasi Produsen Alat Kesehatan Indonesia) dan GAKESLAB (Perkumpulan Organisasi Perusahaan Alat-Alat Kesehatan dan Laboratorium Indonesia) yang berjumlah lebih dari 1.100 anggota perusahaan yang tersebar di berbagai provinsi. Anggota GAKESLAB yang bergerak sebagai pabrikan sebanyak 100; selebihnya anggota beroperasi sebagai distributor alat kesehatan baik sebagai pemegang NIE (Nomor Izin Edar) maupun sebagai distributor independen. Sebagian anggota GAKESLAB yang beroperasi sebagai pabrikan juga menjadi anggota ASPAKI.

Insentif kebijakan publik yang kini mulai dijalankan, mirip seperti halnya yang terjadi di Malaysia, Korea, Tiongkok, Taiwan, dan India, diharapkan bisa menjadi stimulus pengembangan

industri alat kesehatan di dalam negeri. Hanya saja, perjalanan waktu yang mengikuti kebijakan afirmatif dalam rangka percepatan pengembangan dan penyerapan hasil inovasi industri alat kesehatan di Indonesia ternyata belum sepenuhnya koheren dengan domain kepentingan lintas kementerian/badan di bidang perindustrian, kesehatan, perdagangan, investasi, riset, pendidikan, dan luar negeri.

Instruksi Presiden No 2 Tahun 2022, tentang Percepatan Peningkatan Penggunaan Produk Dalam Negeri dan Produk Usaha Mikro, Usaha Kecil, dan Koperasi adalah wujud kebijakan afirmatif yang diharapkan bisa mengakselerasi penyerapan inovasi industri alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri. Keterbatasan informasi detail yang sifatnya sektoral acapkali tidak sepenuhnya dipahami urgensi dan relevansinya bagi kepentingan strategis yang lebih luas karena mementingkan pencapaian kinerja pada fragmen kebijakan sektoralnya. Sebagai akibatnya, peluang pasar yang tercipta acapkali terlewatkan karena ketidakpekaan atau minimnya daya tanggap sektoral dalam merespon pemenuhan kebutuhan secara kolektif.

Akhirnya, kompromi untuk mereduksi silo-silo kepentingan sektoral atas klaim kinerja lintas kementerian/badan dimungkinkan dijalankan untuk pencapaian misi yang lebih besar, yaitu akselerasi hilirisasi (*downstreaming*) dan penghuluhan (*upstreaming*) inovasi industri alat kesehatan di dalam negeri sebagai upaya substitusi impor. Dalam perspektif ekonomika industri, intervensi pemerintah melalui instrumen kebijakan yang sifatnya *mandatory* diperlukan untuk menyikapi ketidaksempurnaan pasar dan menstimulasi perilaku yang diharapkan muncul dalam industri alat kesehatan.

Kontribusi dan peran unit R&D semakin nyata bagi pengembangan inovasi industri alat kesehatan di dalam negeri. Memang, kontroversi pengadopsian inovasi industri alat kesehatan produksi dalam negeri bisa saja muncul yang disebabkan oleh intervensi aspek keperilakuan serta mahzab yang dianut dalam inovasi industri, antara lain: keraguan pengguna mengenai keandalan alat, tingkat kesempurnaan inovasi teknologi, upaya perbaikan secara berkelanjutan, kelangkaan praktik standar sebelumnya, dan keterbatasan fungsi layanan dari pihak industri pada tahap post-adoption.

Selain itu, keunikan perilaku pengguna di kalangan dokter dan tenaga medis juga sangat mempengaruhi tingkat keberterimaan inovasi

di fasilitas layanan kesehatan. Itu sebabnya, konvergensi kebijakan riset dan inovasi diperlukan untuk meyakinkan para pemangku kebijakan publik, pengguna di kalangan medis, pelaku industri, dan periset mengenai keandalan (*reliability*), keakuratan (*accuracy*), keefektifan (*efficacy*) dan kepastian serapan pasar (*market acceptance*) terhadap munculnya hasil inovasi industri alat kesehatan di dalam negeri. Ketidaktepatan struktur dan mekanisme pasar yang ada di industri alat kesehatan memungkinkan terjadinya ketimpangan manfaat yang didapat pihak produsen dan pengguna akhir yang notabene adalah pasien harus membayar ongkos berlebih untuk mendapat kemanfaatan dimaksud.

### **Kebijakan Penyerapan Hasil Inovasi**

Instrumen kebijakan publik yang berpihak pada penyerapan hasil inovasi industri di dalam negeri sebenarnya sudah digulirkan sejak lama melalui Instruksi Presiden yang mengamankan pemanfaatan produksi dalam negeri. Pondasi kebijakan tersebut bertujuan semaksimal mungkin mendorong pertumbuhan industri nasional yang bermuara pada kenaikan penyerapan hasil inovasi industri untuk kepentingan belanja pemerintah pusat dan daerah. Ketersediaan institusi pemerintah sebagai *oftaker* merupakan bentuk keberpihakan terhadap hasil inovasi dalam negeri.

Kebijakan belanja pemerintah melalui peningkatan penggunaan produk dalam negeri (P3DN) difungsikan sebagai stimulan untuk menumbuhkan kepercayaan diri para pelaku industri alat kesehatan berinvestasi di dalam negeri. Selain peningkatan serapan inovasi industri dengan Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN) yang rasional, sekitar 40%, kebijakan afirmasi diharapkan mendorong penyerapan hasil inovasi secara agregat untuk kemudian diikuti penerapan tata-pamong yang baik (*good governance*) sehingga mengurangi celah penyimpangan penyerapan hasil inovasi industri.

Kebijakan TKDN memang memaksa pelaku industri alat kesehatan berganti haluan memulai orientasi bisa berproduksi di dalam negeri dengan menggandeng mitra strategis sejak penyiapan hingga tahap komersialisasi. Penguatan kapasitas penghiliran inovasi merupakan agenda krusial dalam mempercepat pengadopsian di tingkat pengguna. Insentif kebijakan yang kini mulai dijalankan di Indonesia, mirip seperti halnya yang terjadi di negara-negara berkembang lainnya di Asia diharapkan bisa menjadi stimulus dalam

pengembangan industri alat kesehatan di dalam negeri. Kepercayaan pelaku industri terhadap jaminan pembelian produk menjadi sinyal bahwa pelaku investasi bersedia bergerak ke sisi hulu dan memperkuat kapasitas penyediaan bahan baku serta bahan penolong untuk pengembangan industri alat kesehatan di Indonesia.

Dalam perspektif penguatan daya tangguh atau resiliensi industri, keberadaan instrumen kelembagaan yang bisa menyeimbangkan antara kesiapan inovasi industri di sisi hulu dan serapan hasil inovasi di sisi hilir merupakan prasyarat untuk menjaga keberlanjutan. Kongruensi tujuan diperlukan untuk mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya produktif mulai tahap riset dan pengembangan hingga ke tahap produksi pada skala industri.

Hanya saja, perjalanan waktu yang mengikuti kebijakan afirmatif dalam rangka percepatan pengembangan dan penyerapan hasil inovasi industri alat kesehatan di Indonesia ternyata belum sepenuhnya koheren dengan domain kepentingan lintas Kementerian/Badan di bidang perindustrian, kesehatan, perdagangan, investasi, riset, pendidikan, dan luar negeri. Keterbatasan informasi yang sifatnya sektoral acapkali tidak sepenuhnya dipahami urgensi dan relevansinya bagi kepentingan strategis yang lebih luas karena mementingkan pencapaian kinerja pada fragmen kebijakan sektornya. Sebagai akibatnya, peluang pasar yang tercipta acapkali terlewatkan karena ketidakpekaan atau minimnya daya tanggap sektoral dalam merespon secara kolektif.

Kompromi untuk mereduksi silo-silo kepentingan sektoral atas klaim kinerja lintas kementerian/badan dimungkinkan dijalankan untuk pencapaian misi yang lebih besar, yaitu akselerasi penghiliran (*downstreaming*) dan penghuluan (*upstreaming*) inovasi industri alat kesehatan di dalam negeri sebagai upaya substitusi impor. Dalam perspektif ekonomika industri, intervensi pemerintah melalui instrumen kebijakan yang sifatnya *mandatory* diperlukan untuk menyikapi ketidaksempurnaan pasar dan menstimulasi perilaku yang diharapkan muncul dalam industri alat kesehatan.

### **Fleksibilitas Sumber Daya Riset dan Inovasi**

Ketersediaan sumber daya inovasi di berbagai perguruan tinggi dan lembaga riset industri adalah modal dasar dalam menyusun langkah maju menuju kedaulatan industri alat kesehatan. Keterbukaan lembaga riset dan inovasi di perguruan tinggi yang kredibel untuk berkolaborasi bersama mitra industri adalah momentum untuk memperkuat

tautan akademik dan industri. Tentu saja, iklim kolaborasi yang dibangun dengan prinsip *mutual trust* dan *mutual benefit* menjadi pegangan bersama. Fleksibilitas sumber daya riset dan inovasi menjadi penentu produktivitas di tingkat organisasi yang kemudian bergerak lebih luas di tingkat masyarakat.

Kolaborasi akademik-industri untuk percepatan pertumbuhan inovasi alat kesehatan sudah saatnya menjadi pakem baru dalam mengimplementasi agenda penghiliran dan penghuluan inovasi. Fasilitasi kebijakan yang digulirkan oleh pemerintah sudah seharusnya memunculkan spirit bersama mengenai keberterimaan dan keberlanjutan inovasi yang berimbang pada kesejahteraan sosial-ekonomi di masyarakat.

Tanggung jawab pengawalan hasil riset dan inovasi sudah tentu menjadi porsi bersama antara inovator dan pelaku industri di bidang alat kesehatan. Kekhawatiran mengenai fenomena kemandegan inovasi di tengah jalan (*the death valley of innovation*) dapat direduksi jika tingkat kesiapan inovasi selaras dengan kebutuhan industri pengguna untuk menyerap hasil inovasi. Kesiapan teknologi, kesiapan inovasi, dan kesiapan pasar adalah kekuatan tiga serangkai dalam mengawal proses penghiliran inovasi.

Orientasi para pelaku industri adalah monetasi setiap penghiliran inovasi hasil riset yang potensial untuk dijalankan hingga sampai ke tahap komersial. Tentu saja, pertimbangan investasi dipergunakan sebagai dasar dalam pengambilan keputusan terkait kelayakan dan keberlanjutan hasil inovasi yang menjanjikan serapan di pasar. Risiko kegagalan (kesuksesan) terhadap upaya penghiliran hasil riset dan inovasi adalah sebuah konsekuensi logis yang muncul dari setiap keputusan manajerial yang sudah diambilnya.

Akhirnya, insentif fiskal dan moneter bagi pelaku industri dalam melakukan riset dan pengembangan alat kesehatan bersama tim ahli dari perguruan tinggi bisa menjadi pembuka belunggu kelembagaan inovasi yang selama ini dirasakan oleh masing-masing pihak. Hal ini pula yang diharapkan bisa menjadi daya tarik untuk mewujudkan konvergensi penguatan kapasitas riset dan pengembangan inovasi industri alat kesehatan di dalam negeri.

### **Tantangan Kebijakan Adopsi Inovasi Alat Kesehatan**

Inovasi alat kesehatan hadir sesuai dengan kebutuhan yang pada awalnya dikembangkan oleh

dokter atau perusahaan kecil dan dijual langsung ke pengguna tanpa adanya standar dari pemerintah atau tinjauan mengenai keamanan dan efikasinya<sup>17</sup>. Dalam perkembangannya, regulasi terkait alat kesehatan digulirkan untuk memastikan keamanan masyarakat umum dan benar-benar terpisah dari peraturan yang berhubungan dengan obat.

Di Uni Eropa terdapat 2 regulasi yang paling mengikat di industri, yakni Peraturan tentang Alat Kesehatan Nomor 2017/745 dan Peraturan tentang Alat Diagnostik In Vitro Nomor 2017/746. Kedua peraturan tersebut bersifat mengikat sehingga produsen alat kesehatan harus mendapatkan sertifikasi baru atau memperbarui sertifikat lama yang menyatakan telah memenuhi Deklarasi Persetujuan CE (*Conformité Européene*) terhadap regulasi terbaru<sup>18</sup>.

Sementara itu, di Amerika Serikat, lembaga FDA (*Food and Drug Administration*) memegang peranan penting dalam menentukan kesiapan alat kesehatan masuk ke pasar<sup>19</sup>. Hal ini didasarkan pada Peraturan 21CFR Bagian 820 tentang Peraturan Sistem Kualitas untuk Alat Kesehatan. Perizinan satu pintu ini kemudian menjadi inspirasi bagi negara-negara lainnya untuk membentuk sistem tata kelola manajemen alat kesehatan serupa walau sistem tersebut tidak serta merta tanpa celah. Pertumbuhan ekosistem ilmiah, tindakan kedokteran berbasis bukti, menjadikan kehadiran inovasi tidak selalu mudah. Di sisi lain, prosedur tersebut memang dihadirkan untuk lebih melindungi pasien atau masyarakat yang menggunakan. Isu krusial yang merebak adalah tentang bagaimana proses kompromi antara "*time to market*" untuk memenuhi kebutuhan pasien dan "*perfection*" untuk perlindungan keselamatan manusia<sup>20</sup>.

Lebih lanjut, isu digitalisasi juga menjadi tantangan di bidang kedokteran dan alat kesehatan. Ilmu radiologi, menjadi bidang yang mengawali era digital di dunia kedokteran, dan telah mengadopsi kecerdasan buatan. Pemutakhiran algoritma dan kemudahan akses sumber komputasi memberikan kesempatan luas bagi penerapan kecerdasan buatan untuk digunakan pada tugas-tugas pembuatan keputusan medis dengan hasil yang menjanjikan<sup>8</sup>. Algoritma pembelajaran mesin sudah digunakan pada deteksi kanker payudara dengan mamografi, diagnosis kanker kolon dengan CT scan, deteksi nodul paru pada X-ray, segmentasi tumor otak dengan MRI, dan bahkan untuk memeriksa kelainan neurologis pada penderita Alzheimer.

Penggunaan kecerdasan artifisial bukan tidak menimbulkan kontroversi. Kalangan medis belum semua dapat menerima kehadirannya karena alasan belum adanya regulasi yang jelas mengatur tentang penggunaan kecerdasan digital. Padahal, di sisi lain, perkembangan teknologi nano juga mulai bertumbuh dan dipandang penting bagi industri global<sup>21</sup>. Teknologi ini ditemukan pada berbagai produk seperti semen tulang, stent endovaskuler, atau pelapis permukaan organ lainnya. Dalam penerapannya, kemudian hadir regulasi berupa SCENIHR tahun 2015 yang mengatur karakteristik fisikokimia, penilaian paparan, toksikokinetik, dan evaluasi risiko serta toksikologi material nano sehingga dapat dipastikan aman sebelum digunakan.

Meski telah tumbuh dengan pesat, penerimaan masyarakat terhadap kebaruan teknologi ini cukup beragam. Jika diidentifikasi, setidaknya ada 4 faktor yang dapat mempengaruhinya; 1) faktor yang berkaitan dengan teknologi itu sendiri, 2) faktor yang berkaitan dengan karakteristik individu, 3) faktor lingkungan, dan 4) faktor organisasi. Jika pengguna tidak memahami manfaat dan kegunaan teknologi, maka berpotensi resistensi. Selain itu, sikap individu dalam menerima perubahan akan menjadi faktor penentu terbesar penerapan teknologi di lingkungannya. Kemauan untuk mempelajari sesuatu yang sebelumnya tidak dimengerti, beradaptasi dengan perubahan, akan menjadi sikap dasar yang harus dimiliki setiap tenaga kesehatan di masa datang. Faktor lainnya seperti perspektif pasien dan teman sejawat, juga struktur organisasi dapat turut mempengaruhinya<sup>22</sup>.

Lebih lanjut, dengan adanya kontroversi ini kemudian berkembang sebuah sistem yang mampu memperbaiki kekurangan tersebut, yaitu dengan meningkatkan kualitas surveilans post-market, monitoring, dan pelaporan. Proses ini telah dilakukan oleh EMA (*European Medicine Agency*) pada saat pandemi COVID-19, untuk mempercepat respon dan ternyata hasilnya cukup sukses. Pihak EMA dengan segera mungkin menguji bukti apapun yang muncul. Setelah produk masuk pasar, sistem untuk pengumpulan data, analisis, dan pelaporan atas keamanan dan efektivitas produk di lapangan juga semakin dibangun. Kepercayaan publik terutama pada pemangku kebijakan di era pandemi adalah tantangan besar bagi berbagai pihak. Komunikasi dan transparansi menjadi kunci keberhasilan penerapan regulasi.<sup>23</sup>

Pada dasarnya, tidak ada penemuan baru yang sempurna sejak awal. Semua alat kesehatan pasti

pernah mengalami kegagalan, perbaikan, atau modifikasi hingga menjadi bentuk yang sempurna atau ideal bagi pelayanan kesehatan<sup>24</sup>. Perlu uji coba berulang-ulang sebelum semua pihak dapat yakin bahwa sebuah produk akan menjadi penemuan yang berhasil. Pelaporan yang jelas, komunikasi yang efektif, transparansi proses akan menjadi faktor penentu kepercayaan semua pihak.

Pada akhirnya, tantangan terbesar dalam pengadopsian hasil riset dan inovasi industri alat kesehatan terletak pada kesediaan pengguna di kalangan medis untuk membuka diri mengenai kebutuhan dan kesiapannya menerima perubahan. *Spirit* kebaruan dalam memaknai hasil inovasi akan bermuara pada peningkatan kapasitas organisasi dan produktivitas nasional. Konvergensi kebijakan dibutuhkan untuk keperluan optimasi pemanfaatan sumberdaya produktif.

### Konvergensi Kebijakan Inovasi

Alokasi anggaran kesehatan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) tahun 2022 sebesar Rp212,8 triliun atau 9,4% dari total belanja negara sebesar Rp2.714,2 triliun. Porsi anggaran kesehatan masih lebih tinggi dari jumlah belanja wajib yang diatur undang-undang, yaitu 5%. Anggaran kesehatan nasional 2023 akan diarahkan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, pemberantasan tuberkulosis, stunting, dan membangun kesiapsiagaan kesehatan melalui kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional<sup>25</sup>.

Dukungan pemerintah terhadap percepatan agenda kemandirian inovasi industri alat kesehatan yang dimunculkan melalui sejumlah produk hukum formal dan kebijakan teknis mengenai implementasi di lapangan menjadi isu menarik bagi pengambilan kebijakan publik. Skema insentif moneter, jika mungkin, bakal menjadi komplemen atas kebijakan fiskal via *super tax deduction* yang diharapkan meningkatkan minat investasi industri alat kesehatan. Permasalahan kelangkaan bahan baku secara bertahap teratasi dengan industri hulu (*upstream industry*) dan industri antara (*intermediate industry*) yang dibangun sebagai tameng perkuatan rantai pasokan industri alat kesehatan.

Introduksi skema pendanaan khusus untuk percepatan inovasi industri alat kesehatan yang sifatnya *ad hoc* dan memiliki urgensi untuk diterapkan dalam jangka pendek layak untuk dielaborasi. Otoritas jasa keuangan bersama pihak pemangku kebijakan di bidang keuangan dan perindustrian membuka ruang dialog untuk

membuka kemungkinan skema dimaksud. Sementara itu, kementerian teknis di bidang investasi tentu sangat berkepentingan untuk memperoleh solusi alternatif bagi pengembangan dan percepatan industri alat kesehatan di negeri ini.

Penetapan prioritas riset dan inovasi oleh kementerian teknis saja belumlah cukup untuk mempercepat perolehan inovasi strategis bagi kepentingan nasional. Langkah implementatif berupa keselarasan kebijakan program dan anggaran dibutuhkan terutama bagi kegiatan riset dan inovasi yang bersumber dari dana publik. Orientasi pada luaran (*output-based*) yang berasal dari penilaian kinerja riset dan inovasi sudah semestinya diterapkan dan menjadi patokan bersama dalam melakukan penilaian hasil inovasi.

Upaya untuk mengakselerasi pertumbuhan inovasi industri alat kesehatan akan terfasilitasi dengan baik jika ditopang dengan sejumlah hal yang berkait erat dengan sinergitas. Pertama, kongruensi tujuan pengembangan inovasi industri yang melibatkan lintas sektoral. Kedua, ketersediaan bahan laboratorium pengujian dan penjaminan mutu, penyiapan ukuran dan alat ukur yang bisa menjangkau ke sejumlah lapisan masyarakat. Ketiga, percepatan proses untuk reduksi kompleksitas proses uji klinis dengan tetap mempertahankan aspek keselamatan dan keamanan manusia. Keempat, standarisasi alat kesehatan yang mengakomodasi potensi adanya kebaruan teknologi dan inovasi dengan tetap menjaga tingkat akurasi dan keefektifan alat kesehatan. Kelima, pengawasan dan pengelolaan limbah medis sehingga aspek keamanan lingkungan tetap terjaga.

Akhirnya, konvergensi kebijakan publik untuk percepatan dan kedaulatan industri alat kesehatan di Indonesia membutuhkan "*champion*" kelembagaan yang secara terus menerus mengawal inisiasi dan implementasi di tingkat implementasi. Intervensi pemerintah dalam hal ini sangat dibutuhkan untuk membangun kepercayaan publik terhadap kapasitas inovasi industri di dalam negeri. Pada saat yang sama, partisipasi dari sektor swasta juga terus didorong agar kesempatan berusaha di bidang alat kesehatan tetap terbuka dan mendapat kepastian dan kewajaran perlakuan bagi semua pelaku industri.

### KESIMPULAN

Kompetisi industri alat kesehatan nasional didominasi oleh produk dari India, Tiongkok, dan Jepang; sementara di tingkat persaingan global

didominasi oleh pelaku industri besar dari negara-negara maju yang selama ini menguasai pasar. Dominasi penguasaan pasar oleh produk alat kesehatan yang berasal dari impor memang telah mengundang sentimen nasional. Kebijakan publik yang distimulasi melalui kebijakan afirmatif adalah langkah awal untuk menuju kemandirian dan kedaulatan industri alat kesehatan di dalam negeri. Keberpihakan dan dukungan pemerintah untuk percepatan proses pengadopsian produk inovasi karya anak bangsa adalah modal dasar untuk menyokong kedaulatan industri alat kesehatan.

Aksi konkrit ditempuh oleh pemangku kepentingan dalam pengambilan kebijakan dengan mendorong pertumbuhan inovasi industri alat kesehatan dan upaya penyerapannya secara masif bagi pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan secara merata di dalam negeri. Semangat gotong-royong industri alat kesehatan dan industri sejenis yang melibatkan kepentingan masyarakat yang utama. Keunikan struktur industri alat kesehatan kemudian membuka ruang kolaborasi untuk mengurai kompleksitas aspek keperilakuan ekonomi industri alat kesehatan dan implikasinya pada formulasi kebijakan publik.

Azas keterterapan ditempuh untuk suatu kebijakan industri alat kesehatan yang berpihak terhadap kepentingan masyarakat luas, itu artinya, keseimbangan penerapan prinsip kehati-hatian (*prudent*) dan ketepatan waktu (*time-to-market*) sangat dibutuhkan karena erat kaitannya dengan keselamatan manusia, etika, dan ekselensi inovasi industri alat kesehatan di Indonesia. Konsekuensinya, perkuatan kapasitas industri alat kesehatan di dalam negeri urgen dilakukan dengan memperkuat kapasitas operasional untuk menyokong ketahanan di industri kesehatan nasional.

Instrumen kebijakan publik yang berpihak terhadap kepentingan industri nasional layak mendapat apresiasi dan pengawalan bersama untuk keberlanjutan. Selanjutnya, kepercayaan masyarakat khususnya di kalangan praktisi medis terhadap alat kesehatan produksi dalam negeri menjadi elemen kunci untuk mendorong inovasi industri di Indonesia. Edukasi publik mengenai keandalan produk dalam nasional layak untuk terus dijalankan.

Pada akhirnya, implementasi kebijakan publik yang konvergen dan digulirkan secara proporsional sudah semestinya berimbans pada aspek keadilan, kewajaran, dan selanjutnya bermuara pada peningkatan kualitas hidup dan kesejahteraan

masyarakat. Penguatan kapasitas industri alat kesehatan yang ditopang oleh kekuatan riset dan pengembangan yang andal pada gilirannya memberi kemanfaatan bagi peningkatan kesehatan masyarakat. Kedaulatan industri alat kesehatan menjadi "lokomotif" bagi pembangunan industri nasional yang mensejahterakan secara berkelanjutan.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Pendanaan riset konvergensi ini berasal dari Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia melalui skema Penelitian Dasar Kompetitif Nasional. Penulis juga berterimakasih kepada dr. Alif Indiralarasati PKMK FK-KMK Universitas Gadjah Mada yang telah membantu mengorganisir data dan penyelenggaraan diskusi terfokus untuk keperluan pelaksanaan riset.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Amalia, S, Darma, C.D, Maria, S. (2020) Supply chain management and the Covid-19 outbreak: Optimizing its role for Indonesia. *Current Research Journal of Social Sciences*. Vol. 03, No. (2), pp. 196-202
2. Putera, B.O.,Widianingsih, I., Ningrum, S, Suryanto, S., Rianto, Y., (2022). Overcoming the COVID-19 Pandemic in Indonesia: A Science, technology, and innovation (STI) policy perspective. *Health Policy and Technology*. Vol. 1.
3. Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Republik Indonesia. (2022). Aplikasi Info Alat Kesehatan & PKKRT. [Online] Available at: <https://infoalkes.kemkes.go.id/> [Accessed 6 December 2022].
4. Siahaan, S., Sri Utami, B., Gitawati, R., Handayani, S.R., Faatih, M. dan Isfandari, S. (2018). Analisis Situasi Hak Kekayaan Intelektual Bidang Kesehatan di Indonesia. *Dinkes Buletin* Vol. 21, No.2 April.
5. Handayani, et al. (2017). User Acceptance Factors of Hospital Information Systems and Related Technologies: Systematic Review. *Informatics for Health and Social Care*. DOI: 10.1080/17538157.2017.1353999
6. Chetty, R (2015). Behavioral economics and public policy: A pragmatic perspective. Working Paper 20928. National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA
7. Thaler, R.(2015). *Misbehaving: The Making of Behavioral Economics*. W. W. Norton & Company, New York

8. Shafir, E. (2008). A behavioural background for economic policy. Roundtable Proceedings on Behavioural Economics and Public Policy. Productivity Commission Commonwealth of Australia, Melbourne, Vic
9. Pesapane, F., Volonté, C., Codari, M., Sardanelli, F. (2018). Artificial Intelligence as a Medical Device in Radiology: Ethical and Regulatory Issues in Europe and the United States. *Insight Imaging*: 9 pp 745-753. DOI
10. Porter, M.E. (1998a). *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors, With a New Introduction*. The Free Press, New York
11. Porter, M. (1998b). *The Competitive Advantage of Nations*. The Free Press, New York.
12. Melitz, J.M. (2005). When and how should infant industries be protected? *Journal of International Economics*. Vol. 66, pp. 177 – 196.
13. Songling, Y., Ishtiaq, M., Anwar, M., Ahmed, H. (2018). The Role of Government Support in Sustainable Competitive Position and Firm Performance. *Sustainability* Vol. 10. doi:10.3390/su10103495
14. Trisnantoro, L (2022). Pengantar Analisis Kebijakan untuk Meningkatkan Ketahanan Industri Obat dan Alat Kesehatan.
15. Global Data (2022). Medical Intelligence Centre: APAC Medical Device Market Outlook [Online] Available at: <https://www.globaldata.com/data-insights/healthcare/apac-medical-device-market-outlook/> [Accessed 6 December 2022]
16. Kadir, A. (2021). Strategi Penyerapan Produk Alat Kesehatan Dalam Negeri.
17. Winovia, (2021), Brief History of Medical Devices and Regulations. [Online] Available at: <https://www.winovia.com/brief-history-of-medical-devices-and-regulations/> [Accessed 6 December 2022].
18. Winovia, (2021), Medical Device Regulations Part 2 – Europe. [Online] Available at: <https://www.winovia.com/medical-device-regulations-part-2-europe/> [Accessed 6 December 2022].
19. Winovia, (2021), Medical Device Regulations Part 1 – USA. [Online] Available at: <https://www.winovia.com/medical-device-regulations-part-1-usa/> [Accessed 6 December 2022].
20. Fargen, K., Frei, D., Fiorella, D., McDougall, C., Myers, M., Hirsch, J., Mocco, J. (2014). The FDA Approval Process for Medical Devices: an Inherently Flawed System of a Valuable Pathway for Innovation? *Journal of Neuro Intervention Surgery*: 5(4) pp 269-275.
21. Wacker, M. G., Proykova, A., Santos, G. M. L. (2016). Dealing with Nanosafety Around The Globe – Regulation vs Innovation. *International Journal of Pharmaceutics*: Vol. 509. pp 95-106.
22. Handayani, P. W., Hidayanto, A. N., Budi, I. (2017). User Acceptance Factors of Hospital Information Systems and Related Technologies: Systematic Review. *Informatics for Health and Social Care*. DOI: 10.1080/17538157.2017.1353999.
23. Cavaleri, M., Sweeney, F., Gonzalez-Quevedo, R., Carr, M. (2021). Shaping EU Medicines Regulation in The Post COVID-19 Era. *The Lancet Regional Health – Europe*: 9. 100192
24. Sudiharto, P (2009), Pengembangan Teknologi Kesehatan untuk Menjawab Tantangan dan Kebutuhan Masa Depan Demi Kemandirian Bangsa. Orasi Penerimaan Anugerah Hamengku Buwono IX tahun 2009.
25. Kementerian Keuangan Republik Indonesia. (2022). *Nota Keuangan dan RAPBN Tahun 2022*. Jakarta.

## IMPLEMENTASI KMK 722 TAHUN 2020 TENTANG STANDAR PROFESI PENATA ANESTESI

### IMPLEMENTATION OF KMK 722 OF 2020 CONCERNING PROFESSIONAL STANDARDS FOR PENATA ANESTESI

Fikri Mourly Wahyudi<sup>1</sup>, Agustina Suryanah<sup>1</sup>, Tata Juarta<sup>1</sup>, Indri Lidya Nugraha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Anestesiologi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Bhakti Kencana, Jl. Soekarno-Hatta No 754, Cibiru, Bandung 40614, Indonesia  
Email: fikri.mourly@bku.ac.id

Tanggal submisi: 9 Desember 2022; Tanggal penerimaan: 30 Maret 2023

#### ABSTRAK

Penata anestesi adalah salah satu dari dua jenis tenaga kesehatan yang berwenang melakukan asuhan kepenataan anestesi di Indonesia. Sejak tidak lagi menjadi bagian dari profesi keperawatan, penata anestesi mempunyai peraturan perundangan dan kebijakan kesehatan yang mengatur kompetensi dan kegiatan profesionalnya. Standar profesi sebagai salah satu pedoman dalam melakukan pekerjaan dan menjadi rujukan penyusunan kurikulum pendidikan calon penata anestesi belum pernah dilakukan analisis ketercapaiannya, termasuk pada kompetensi keterampilan klinis. Penelitian ini bertujuan memotret tingkat ketercapaian dan pemenuhan keterampilan klinis penata anestesi di pelayanan. Jawa Barat dipilih sebagai tempat penelitian karena mempunyai jumlah penata anestesi terbanyak di Indonesia, yaitu 641 orang. Penelitian dilakukan dengan metode kuantitatif dan menggunakan pendekatan deskriptif. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner yang pernyataannya mengacu pada Standar Profesi Penata Anestesi yang diatur dalam KMK 722 Tahun 2020. Sampel dipilih secara acak dengan metode simple random sampling dan diperoleh 112 responden. Data yang terkumpul dianalisis dengan mencari nilai minimal, maksimal, dan mean. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh kompetensi dalam keterampilan klinis penata anestesi pernah dilakukan dengan derajat yang beragam. Adapun kegiatan yang paling jarang dilakukan adalah tindakan yang menyangkut metodologi asuhan dan penatalaksanaan resusitasi pada situasi emergensi dan bencana. Sehingga diperlukan pelatihan dan pendidikan yang lebih mendalam mengenai metodologi asuhan dan penatalaksanaan gawat darurat. Sementara kegiatan yang bersifat limbah wewenang dari dokter anestesi sering dan hampir selalu dilakukan penata anestesi. Hal ini menunjukkan tingkat kepercayaan profesional diantara keduanya. Guna mempertahankan dan meningkatkan hubungan tersebut, diperlukan pelatihan dan pendidikan lebih jauh mengenai Interprofessional Education.

**Kata kunci:** Kebijakan Kesehatan; Implementasi; Penata Anestesi; Standar Profesi

#### ABSTRACT

A nurse anesthetist is one of two health workers authorized to provide anesthesia care in Indonesia. Since they are no longer part of the nursing profession, nurse anesthetists have laws and health policies regulating their competence and professional activities. Professional standards as one of the guidelines in carrying out work and as a reference for the preparation of the educational curriculum have never been analyzed for their achievement before, including clinical skill competencies. This study aims to describe the level of achievement and fulfillment of clinical skills of nurse anesthetists in the service. West Java was chosen as the research location because it has the most significant number of nurse anesthetists in Indonesia, namely 641 people. The research was conducted using quantitative methods and using a descriptive approach. Data collection was carried out using a questionnaire whose statements referred to the Professional Standards for Anesthesiologists regulated in KMK 722 of 2020. The sample was chosen using simple random sampling, and 112 respondents were obtained. The collected data were analyzed by looking for the minimum, maximum, and mean values. The results of the study showed that all competencies in the clinical skills of nurse anesthetists had been carried out to varying degrees. The rarely carried out activities involve the methodology of caring, resuscitation care and management in emergency and disaster situations. So more in-depth training and education are needed regarding emergency care and management methodology. While the activities delegated by the anesthesiologist are often and almost always carried out by the nurse anesthetist, thus showing the level of professional trust between the two. To maintain and improve these relationships, further training and education are needed regarding Interprofessional Education.

**Keywords:** Health Policy; Implementation; Nurse Anesthetist; Professional Standard

## PENDAHULUAN

Sebuah kebijakan yang sudah disahkan harus diimplementasikan agar dapat menyelesaikan permasalahan yang terjadi di masyarakat, termasuk kebijakan pelayanan kesehatan. Pada bidang kesehatan, implementasi kebijakan pelayanan kesehatan seringkali menghadapi tantangan karena jenis tenaga kesehatan yang sangat banyak dan beragam, namun persebarannya belum merata, (1). Lebih jauh, tantangan ditambah dengan produk kebijakan yang masih terfragmentasi dan belum terintegrasi satu sama lain, (2). Implementasi kebijakan yang belum integratif dan terfragmentasi antara satu dan lainnya akan menyebabkan hambatan dalam penyelesaian masalah publik, (3).

Salah satu jenis pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia adalah pelayanan anestesi. Pelayanan anestesi di Indonesia diselenggarakan oleh dokter anestesiologi dan penata anestesi, (4). Penata anestesi merupakan tenaga kesehatan profesional yang berwenang melaksanakan asuhan keperawatan anestesi, (5). Pada tahun 2020 tercatat 546 penata anestesi melakukan registrasi baru dan registrasi ulang, sehingga diestimasikan total penata anestesi di Indonesia adalah 2.730 orang, (6). Dengan jumlah RS di Indonesia yang mencapai 2.985 buah, maka jumlah penata anestesi Indonesia masih jauh dari kata cukup, (6).

Seorang penata anestesi dalam menjalankan kompetensinya wajib untuk berkolaborasi dengan dokter spesialis anestesi, (5). Pada implementasinya, dokter spesialis anestesi dapat memberikan limpah wewenang pekerjaannya kepada penata anestesi. Hal ini berarti diperlukan sebuah *trust* yang tinggi diantara dokter spesialis anestesi dan penata anestesi, (7). Masa sekarang ini, persebaran dokter spesialis anestesi yang belum merata menyebabkan banyak tatanan pelayanan kesehatan yang hanya mempunyai penata anestesi dengan jumlah yang minim saja, sehingga pelimpahan wewenang yang diterima dari penata anestesi berasal dari dinas kesehatan kota/kabupaten setempat, (5).

Dengan minimnya kuantitas penata anestesi, mutu pelayanan asuhan keperawatan anestesi tetap perlu dipertahankan. Guna memastikannya, penata anestesi wajib memenuhi standar profesi agar pelayanan yang diberikan menjamin keselamatan pasien dan dirinya, (8). Standar Profesi Penata Anestesi Indonesia menjabarkan 5 ranah area kompetensi, yaitu: etik legal dan keselamatan pasien; pengembangan diri dan profesionalisme; komunikasi efektif; landasan ilmiah ilmu biomedik,

anestesiologi, dan instrumentasi; serta keterampilan klinis, (9).

Keterampilan klinis menjabarkan kemampuan psikomotor yang wajib dimiliki penata anestesi. Ranah ini mencakup: asuhan keperawatan pra anestesi; intra anestesi; pasca anestesi; komplikasi anestesi; kondisi emergensi; penyiapan, penggunaan dan penyimpanan obat anestesi, gas anestesi, alat anestesi, mesin anestesi; dan asuhan anestesi atas instruksi dokter anestesiologi secara efektif dan efisien, (9). Sejak ditetapkannya penata anestesi sebagai profesi mandiri melalui PMK 18 Tahun 2016, dan ditetapkannya Standar Profesi Penata Anestesi pada 2020, belum pernah dilakukan analisis mengenai ketercapaian standar profesi ini. Padahal hal ini sangat vital dalam menjamin pelayanan asuhan keperawatan anestesi yang terukur, terstandar, dan berkualitas.

Pencapaian keterampilan klinis akan sangat berpengaruh juga terhadap kurikulum pendidikan yang diimplementasikan di institusi pendidikan, (10). Muatan-muatan kajian yang belum tercapai di pelayanan perlu dilakukan pendalaman di tatanan pendidikan, agar generasi baru penata anestesi yang akan dihasilkan dapat sesuai dengan kebutuhan pelayanan. Pada masa dewasa ini, pelayanan kesehatan tidak hanya cukup dengan memenuhi standar minimal saja, namun juga harus menjaga keselamatan dan memberikan kepuasan pada pasien. Semakin baik kualifikasi tenaga kesehatan di sebuah pelayanan kesehatan, maka semakin tinggi pula tingkat kepuasan pasiennya, (11).

Melihat pentingnya peranan penata anestesi dalam menjamin mutu asuhan anestesi, belum pernah dilakukannya analisis ketercapaian standar profesi penata anestesi di Indonesia, serta pentingnya institusi pendidikan penghasil tenaga penata anestesi untuk menerapkan kurikulum yang sesuai dengan keterampilan klinis yang dibutuhkan pelayanan, maka penelitian mengenai potret keterampilan klinis penata anestesi perlu dilakukan.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan metode kuantitatif. Populasi penelitian adalah seluruh penata anestesi di Jawa Barat yang berjumlah 641 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling* sebanyak 112 orang. Penelitian ini menggunakan instrumen yang disusun mengacu dari Standar Profesi Penata Anestesi Indonesia (Kemenkes RI, 2020). Pengumpulan data kuesioner dilakukan secara online menggunakan aplikasi

google form yang diberikan kepada penata anestesi Jawa Barat secara *cross sectional*. Link pengisian kuesioner diberikan kepada penata anestesi melalui grup di sosial media.

Kuesioner berisi 10 keterampilan klinis besar, yang masing-masing berisi kegiatan sebagai berikut: keterampilan klinis pre anestesi, keterampilan klinis intraanestesi, keterampilan klinis pasca anestesi, keterampilan klinis penanganan komplikasi, keterampilan klinis penanganan kondisi emergensi, keterampilan klinis menyiapkan obat anestesi, keterampilan klinis penggunaan dan tata kelola obat anestesi, keterampilan klinis penggunaan dan tata kelola gas, keterampilan klinis pengelolaan dan penggunaan instrumen anestesi dan mesin anestesi, serta keterampilan klinis melaksanakan Instruksi Dokter Spesialis Anestesi.

Kuesioner juga diberikan untuk menggali data karakteristik responden meliputi: umur, jenis kelamin, lama bekerja, pendidikan terakhir, jenis rumah sakit tempat bekerja, tipe rumah sakit, dan lama bekerja di pelayanan anestesi.

Analisis data menggunakan analisis univariat dengan rentang nilai minimal dan maksimal serta nilai mean untuk setiap area kompetensi. Sedangkan untuk per item pernyataan menggunakan tabulasi data dengan persentase. Pengumpulan data dilakukan pada Mei – Agustus 2022.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Karakteristik Responden

Kategori	Jumlah	Persentase
Jenis Kelamin:		
a. Pria	76	68%
b. Wanita	36	32%
Usia:		
a. <=20	1	0,9%
b. 21-30	44	39,3%
c. 31-40	20	17,9%
d. 41-50	30	26,8%
e. 51-60	17	15,2%
Jenis Rumah Sakit		
Tempat Bekerja:		
a. Negeri	71	63,39%
b. Swasta	33	29,46%
c. TNI/Polri	8	7,14%
Lama bekerja:		
a. 1 - 3 Tahun	23	20,54%
b. 4 - 6 Tahun	17	15,18%
c. 7 - 9 Tahun	19	16,96%
d. ≥ 10 Tahun	53	47,32%

Keterampilan Klinis Pre Anestesi

Pada tahapan pre anestesi kegiatan menyiapkan mesin anestesi dan alat monitoring pasien merupakan yang paling banyak digunakan. Hal ini dikarenakan kedua keterampilan tersebut merupakan kegiatan wajib yang harus dilakukan seorang penata anestesi sebelum memulai setiap asuhan kepenataan anestesi, (5). Kedua kegiatan tersebut juga merupakan tindakan mandiri yang tidak memerlukan proses konsultasi atau kolaborasi dengan dokter spesialis anestesi, sehingga cenderung untuk lebih praktis dilakukan. Tindakan persiapan mesin dan alat monitoring pasien merupakan modal penting untuk pencegahan komplikasi anestesi pada pasien yang akan menjalani tindakan anestesi.

Tindakan yang jarang bahkan tidak pernah dilakukan adalah evaluasi tindakan asuhan kepenataan pra anestesi, mengevaluasi secara mandiri maupun kolaboratif. Hal ini terjadi karena penata anestesi sebagai jenis tenaga kesehatan yang masih muda, belum terbiasa dengan pola metodologi asuhan. Penata anestesi berdiri menjadi jenis tenaga kesehatan mandiri, setelah sebelumnya merupakan bagian dari tenaga keperawatan. Seluruh kegiatan yang dilakukan penata anestesi cenderung dilakukan secara insidental sesuai dengan kebutuhan dan respon pasien terhadap tindakan anestesi, sehingga proses pengkajian hingga evaluasi rentan untuk tidak dilakukan. Padahal jika sebuah asuhan pelayanan kesehatan tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan, baik yang bersifat mandiri maupun kolaboratif dapat menyebabkan ketidakpuasan layanan pada pasien, bahkan menyebabkan masalah hukum, (7).

### Keterampilan Klinis Intra Anestesi

Pada fase intra anestesi, kegiatan pemantauan pasien sangat sering dan selalu dilakukan oleh responden. Hal ini sejalan dengan keterampilan utama penata anestesi menurut (5) yang menjelaskan bahwa 1 dari 3 wewenang penata anestesi di intraanestesi adalah pemantauan pasien. Tindakan pemantauan ini sangat penting dilakukan karena perubahan kondisi pasien dibawah pengaruh obat dan tindakan anestesi dapat berubah dalam hitungan detik, (12).

Kegiatan yang jarang dilakukan adalah melakukan pengecekan kembali pemeriksaan yang dilakukan pada pra anestesi. Hal ini terjadi karena proses pemindahan pasien dari ruang persiapan ke meja operasi berlangsung sangat cepat, sehingga

tindakan pengecekan kembali seringkali terlewat. Padahal kegiatan ini sangat penting dilakukan karena menjadi penentu apakah tindakan anestesi dan operasi dapat dilanjutkan untuk dilakukan, atau harus ditunda. Pada era akreditasi rumah sakit ini, tindakan pengecekan ulang tidak boleh terlewatkan karena merupakan bagian dari Surgical Safety Checklist, (13).

### **Keterampilan Pasca Anestesi**

Pada fase pasca anestesi, tindakan yang paling banyak dilakukan adalah pemeliharaan alat agar siap untuk dipakai pada tindakan anestesi selanjutnya sebanyak 98,2%. Hal ini sejalan dengan (5) yang menjabarkan salah satu dari dua belas kompetensi utama penata anestesi adalah merapikan dan membersihkan alat anestesi pasca tindakan dan memastikan siap pakai kembali untuk tindakan selanjutnya. Keterampilan ini tidak perlu kolaborasi atau limphah wewenang dari dokter spesialis anestesi sehingga mudah dan cepat dilakukan.

Tindakan yang paling banyak jarang dilakukan adalah mengevaluasi kondisi pasien pasca pemasangan kateter epidural sebanyak 37,5%. Hal ini dikarenakan tindakan anestesi epidural jarang dilakukan oleh dokter spesialis anestesi di tatanan pelayanan, terutama di rumah sakit tipe C dan D. Disamping dari prosedurnya yang cenderung rumit, peralatan yang dibutuhkan pun lebih banyak.

### **Keterampilan Penanganan Komplikasi Anestesi Dan Penanganan Kondisi Emergensi**

Seluruh responden menyatakan pernah hingga selalu melakukan pencegahan komplikasi melalui evaluasi hasil pemeriksaan penunjang dan monitoring kondisi pasien, serta jika pasien mengalami komplikasi, responden menyatakan sering dan selalu melakukan penanganan komplikasi.

Pada situasi gawat darurat ketika pasien mengalami komplikasi, penata anestesi dapat melakukan tindakan di luar kompetensinya untuk penyelamatan nyawa, (5). Dibutuhkan kemampuan penata anestesi untuk mengenali tanda komplikasi, mengkomunikasikan kondisi kepada dokter anestesi, serta menerima limphah wewenang yang bisa jadi baru dapat dilakukan setelah tindakan dilakukan jika dokter anestesi tidak berada ditempat. Untuk itu, mekanisme limphah wewenang dan delegasi antara anggota tim anestesi menjadi sangat penting, (7).

Pada keterampilan klinis penanganan emergensi, kegiatan resusitasi dan penanganan

keawatdaruratan di luar periode perianestesi jarang dilakukan oleh penata anestesi. Bahkan kegiatan penanganan emergensi di situasi bencana sangat jarang bahkan tidak pernah dilakukan penata anestesi hingga mencapai 75%. Padahal penatalaksanaan pertama dan utama pada situasi gawat darurat yang didominasi kasus trauma adalah dengan primary survey yang kompetensinya dapat dilakukan oleh tim anestesi, termasuk penata anestesi, (14).

### **Keterampilan Klinis Penyiapan Dan Penggunaan Obat Anestesi, Gas Anestesi, Mesin, Serta Instrumen Anestesi**

Kompetensi utama penata anestesi pada fase pre-intra-pasca anestesi adalah penyiapan obat, gas, mesin, dan alat anestesi, (5). Sementara penggunaannya memerlukan limphah wewenang atau delegasi dari dokter spesialis anestesi. Penata anestesi yang melakukan penggunaan obat, gas, mesin, dan instrumen anestesi tanpa proses kolaborasi dengan dokter anestesi sebelumnya akan membahayakan pasien dan melanggar kode etik penata anestesi sebagai tenaga kesehatan profesional, (15).

### **Keterampilan Klinis Menerima Instruksi dari Dokter Spesialis Anestesi**

Pada keterampilan klinis pelaksanaan instruksi dari dokter anestesi dilakukan melalui tindakan limphah wewenang atau delegasi. Tindakan yang paling sering dilakukan adalah memelihara jalan nafas, mengakhiri tindakan anestesi, melakukan asuhan kepenataan anestesi umum pada pasien ASA1, 2 dan 3 di bawah supervisi dokter spesialis anestesi yang mencapai 98,2%. Melihat dari derajat bahaya tindakan-tindakan tersebut, menunjukkan bahwa pola hubungan kerjasama dokter anestesi sudah sangat baik. Diperlukan tingkat kepercayaan atau trust yang tinggi terhadap kompetensi dan kemampuan masing-masing. Seorang penata anestesi dilarang melakukan tindakan diluar wewenangnya jika tidak mendapatkan limphah wewenang atau tidak sedang menghadapi situasi emergensi, karena selain membahayakan pasien, juga melanggar peraturan perundangan, (16).

Jika menilik dari prosesnya, pola hubungan kerjasama antara tenaga kesehatan yang profesional perlu dipupuk sejak dari pendidikan. Melalui Interprofessional Education (IPE), calon tenaga kesehatan akan belajar menghargai dan menghormati kompetensi tenaga kesehatan lain, serta mengutamakan keselamatan dan kepuasan

pasien diatas segalanya dalam setiap pelayanan kesehatan yang dilakukan, (17,18).

## KESIMPULAN

Dari hasil penelitian yang dilakukan, dapat disimpulkan bahwa hampir semua keterampilan klinis penata anestesi di Jawa Barat sudah dilakukan sesuai dengan Standar Profesi Penata Anestesi pada KMK 722 Tahun 2020. Hanya sedikit kegiatan yang tidak pernah dilakukan sama sekali, seperti pemeriksaan keadaan pasien pasca anestesi epidural yang mencapai 16,07%, karena tindakan anestesi epidural itu sendiri jarang dilakukan.

Tindakan pelimpahan wewenang dari dokter spesialis anestesi kepada penata anestesi sangat sering atau hampir selalu dilakukan pada seluruh kegiatan. Hal ini menunjukkan bahwa trust dan hubungan kerjasama antara dokter anestesi dan penata anestesi sudah sangat baik. Diperlukan pendidikan IPE berkelanjutan untuk dapat mempertahankan dan meningkatkan pola hubungan kerjasama ini.

Keterampilan yang paling jarang dilakukan adalah tindakan yang menyangkut metodologi asuhan dan penatalaksanaan resusitasi pada situasi emergensi dan bencana. Sehingga diperlukan pendidikan dan pelatihan lebih mendalam mengenai metodologi asuhan dan penatalaksanaan situasi gawat darurat bagi penata anestesi.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada LPPM Universitas Bhakti Kencana yang telah mendanai pelaksanaan kegiatan penelitian ini. Apresiasi juga peneliti haturkan kepada anggota DPD Ikatan Penata Anestesi Indonesia (IPAI) Jawa Barat atas kontribusinya dalam kegiatan penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Romadhona YS, Siregar KN. Analisis Sebaran Tenaga Kesehatan Puskesmas di Indonesia berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas. *J Kesehat Manarang*. 2018;4(2):114.
2. Tham TY, Tran TL, Prueksaritanond S, Isidro JS, Setia S, Wellupillai V. Integrated health care systems in asia: An urgent necessity. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2018;13:2527–38. Available from: <https://doi.org/10.2147/CIA.S185048>
3. Wahyudi FM, Siswanto H, Hartono B. Population Control Policy Implementation in the Framework of National Health Insurance. *J Kesehat Masy*. 2022;11(1):87–95.
4. Noprianty R, Mourly F. Quality Of Work Life Of Nurse Anesthetist During Covid-19 In Indonesia. ... (*Jurnal Medicoeticolegal dan Manaj* ... [Internet]. 2021;10(December):271–81. Available from: <https://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/12589>
5. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi. 2016;(August).
6. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia 2020. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2021.
7. Nugraha A, Widyasari HN, Sanjaya A, Umami RR, Santoso PA. Hospitals Responsibility For Delivering Authority Of Doctors To Nurses 1. 2022;3(1).
8. Koswara IY. Perlindungan Tenaga Kesehatan Dalam Regulasi Perspektif Bidang Kesehatan Dihubungkan Dengan Undang-Undang Nomor 36 Tentang Kesehatan Dan Sistem Jaminan Sosial. *J Huk POSITUM*. 2018;3(1):1–18.
9. Kemenkes RI. KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR HK.01.07/MENKES/722/2020 TENTANG STANDAR PROFESI PENATA ANESTESI. *Kaos GL Derg* [Internet]. 2020;8(75):147–54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jnc.2020.125798><https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.02.002><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/810049><http://doi.wiley.com/10.1002/anie.197505391><http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780857090409500205>
10. Werni S, Rosita R, Prihartini N, Despitasari M. Identifikasi Kompetensi Bidan: Data Riset Pendidikan Tenaga Kesehatan Tahun 2017. *J Penelit dan Pengemb Pelayanan Kesehat*. 2020;3(3):142–51.
11. Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open*. 2019;6(2):535–45.
12. Kawasaki S, Kiyohara C, Tokunaga S, Hoka S. Prediction of hemodynamic fluctuations after induction of general anesthesia using propofol in non-cardiac surgery: A retrospective cohort study. *BMC Anesthesiol*. 2018;18(1):1–10.
13. Haugen AS, Sevdalis N, Sjøfteland E. Impact of the World Health Organization Surgical Safety

- Checklist on Patient Safety. *Anesthesiology*. 2019;131(2):420–5.
14. Planas JH, Waseem M, Sigmon DF, Health U, Cornell W, New M. Trauma Primary Survey. 2022;
  15. Widayati CN, Sulistiyarini. Perlindungan Hukum Pada Pasien dalam Pelaksanaan Keselamatan Pasien Oleh Perawat di Rumah Sakit Panti Rahayu Yakkum. 2019;6(2):1–12. Available from: <http://docplayer.info/45226218-Hospital-bylaws-oleh-sofwan-dahlan.html>
  16. Lastini K, Sutrisno E, Sugiarti T. Perlindungan Hukum Profesi Bidan Dalam Pelimpahan Wewenang Tindakan Medis. *Mimb Keadilan*. 2020;13(2):131–40.
  17. Komalawati V, Triswandi EF. Tanggung Jawab Dokter Atas Insiden Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Sebagai Institusi Kesehatan. 2022;6.
  18. Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *J Interprof Care* [Internet]. 2020;34(3):332–42. Available from: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>