

TIME TO TRACK ENDEMIC DISEASES: EXTRAORDINARY OCCURRENCE DISEASES SHRINKAGE, POLICY, AND ITS RESOURCES MANAGEMENT (2000-2018) IN INDONESIA

SAATNYA MELACAK PENYAKIT ENDEMIK: PENYUSUTAN PENYAKIT LUAR BIASA, KEBIJAKAN, DAN PENGELOLAAN SUMBERDAYA (2000-2018) DI INDONESIA

AI Fauzi Rahmat¹

¹Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

ABSTRACT

During 2000-2018 various disease outbreaks (extraordinary occurrences) continued to occur in Indonesia. Its endemic disease outbreak has fluctuated with other endemic, both infectious and non-communicable diseases. This epidemic's vulnerability gives concern for the government to try to deal with various outbreaks that hit Indonesian citizens. This paper aims to review and analyze frequent outbreaks and the extent of the Indonesian government's in tackling disease outbreaks – including policies and its health resources. By analyzing the successes and failures of policies that have occurred, our findings conclude that adequate governance is needed in dealing with disease outbreaks –including Diarrhea, DFH, and Measles. Therefore, the government's key concern is the need for new policies alternative in dealing with disease outbreaks (in cases; Diarrhea, DFH, and Measles), health budget ability, equitable development of health facilities, and equal medical distribution personnel.

Keywords: Endemic Disease; Extraordinary Occurrence; Policy; Indonesia.

ABSTRAK

Selama tahun 2000-2018 berbagai wabah penyakit (kejadian luar biasa) terus terjadi di Indonesia. Wabah penyakit endemiknya berfluktuasi dengan endemik lainnya, baik penyakit menular maupun tidak menular. Kerentanan wabah ini memberikan perhatian bagi pemerintah untuk berupaya menangani berbagai wabah yang melanda warga negara Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk meninjau dan menganalisis wabah yang sering terjadi dan sejauh mana pemerintah Indonesia dalam menangani wabah penyakit – termasuk kebijakan dan sumber daya kesehatannya. Dengan menganalisis keberhasilan dan kegagalan kebijakan yang telah terjadi, temuan kami menyimpulkan bahwa diperlukan tata kelola yang memadai dalam menangani wabah penyakit –termasuk Diare, DFH, dan Campak. Oleh karena itu, perhatian utama pemerintah adalah perlunya alternatif kebijakan baru dalam penanganan KLB penyakit (kasus Diare, DBD, dan Campak), kemampuan anggaran kesehatan, pemerataan pembangunan fasilitas kesehatan, dan pemerataan tenaga medis.

Kata kunci: Penyakit Endemik; Kejadian Luar Biasa; Kebijakan; Indonesia.

INTRODUCTION

Indonesia is the fourth most populous country in the world, with a population of around 267.6 million in 2018 and an average population density of 151 per km² (Worldometers, 2020). It is estimated that the number of population and population density will continue to experience a massive increase in the next few years, as reported in the prediction report on Indonesia's population for 2010-2035 (Jones, 2014). Given increasing the number of population and population density, it is closely related to the increase in the amount of waste produced and it is need for sanitation.

Based on the Central Statistics Agency Report (2018), Indonesia still has an alarming and concerning report in terms of sanitation. Access to sanitation was 67.80% in 2016, then 67.89% in 2017, and increased again to 69.27% in 2018. Poor sanitation is one factor in the increasing number of disease vector cases - including infectious diseases (Jong et al., 2018). We argue that poor sanitation and expanding residential density as well as

lousy behavior towards environmental conditions. All of these things pose a significant threat to the emergence of some infectious diseases. It is emphasized more sharply that poor sanitation will cause death rates in children due to diarrheal (Arlinda, 2019). Likewise, poor sanitation is also very closely related to DHF. Poor sanitation is the cause of the high number of DHF vector density. It results in high cases of sufferers (Arsyad, Nabuasa, & Ndoen, 2020; Pertiwi, Mirnawati, Laila, & Putra, 2019). On the other hand, the density of occupancy coupled with poor environmental conditions (i.e., inadequate sanitation) can increase the risk of spreading infectious diseases such as measles (Isidore, 2011). In short, of the three types of diseases mentioned above are endemic diseases –including extraordinary occurrences disease that are often experienced by Indonesian people (Palang Merah Indonesia, 2015).

From several past studies in the last decade, many researchers have studied extraordinary occurrences (KLB) disease in Indonesia – including Diarrhea, DFH, and Measles with various

background topics in certain fields. However, we found something missing about the previous study, namely the year to year management policy for the three diseases. Therefore, this paper is positioned to complement the previous missing studies. This article provides a brief overview of three primary health issues. Besides, it analyzes the existing literature regarding the availability of health policies related to three major health issues, health finance, HR in the health sector, and health facilities.

METHOD

To initiate findings and discussions, we used a qualitative method with a case study approach. Qualitative case studies are an approach that facilitates researchers to explore a phenomenon using multiple data sources (Baxter, Susan Jack, & Jack, 2008). Therefore, qualitative case study research can be viewed from its function as exploratory research to address how they describe new phenomena by tracing their surroundings (Ridder, 2017). However, qualitative research with a case study approach allows the researcher to study complex observed phenomena and then conceptualize them.

Then, the data collection technique in this research uses literature studies, by reviewing various documents related to the case being studied, namely the extraordinary occurrence of diarrhea, dengue fever, and a measles. Health report documents from the Health Ministry of the Republic of Indonesia and documents on endemic diseases are essential in describing various policy efforts to control extraordinary occurrence in Indonesia. Besides, this paper also examines the availability of health facilities (public hospitals and drug stores) and the capacity of resources, human resources (doctors and nurses), and health budget resources. The first step of this research is to reduce several documents of the RI health report, which are then analyzed, then conclude.

RESULT AND DISCUSSION

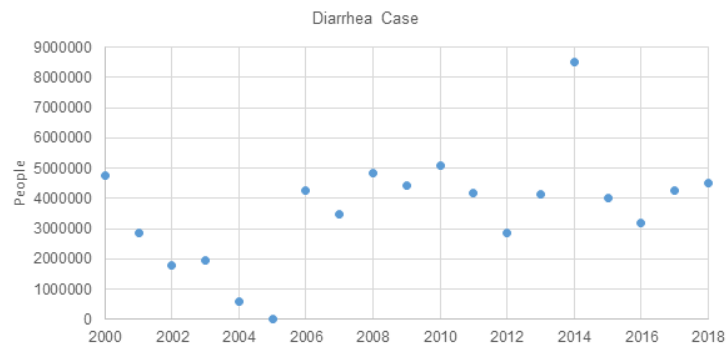
During 2000-2018, Indonesia experienced continuous extraordinary occurrences. Launching Indonesia's health information document, several epidemic diseases have a high rate of cases, mainly since extraordinary occurrences have spread in several regions in Indonesia. Cumulatively, the Indonesian government has given the status of this disease outbreak as an extraordinary occurrence. Extraordinary occurrences (KLB) are also referred to as events with a case rate of sufferers with many sufferers of illness and/or death in a short period due to infectious diseases. Incidents of increasing extraordinary occurrences in Indonesia are extraordinary occurrences of diarrhea, dengue fever, and measles. To deal with the outbreak of a disease's extraordinary occurrence, the government considers alternative handling policies. It considers the health sector's budget capacity, the availability of medical personnel and health personnel, and infrastructure facilities (public hospitals and drug stores).

Brief overview of Extraordinary Occurrences Disease in Indonesia

This section provides an overview of the three major health issue in Indonesia as a foundation to the ensuing discussion of government agility handling it. The review is not exhaustive, but rather selective and intended to describe to what extent the Indonesian government to handling three major issue and its resources management

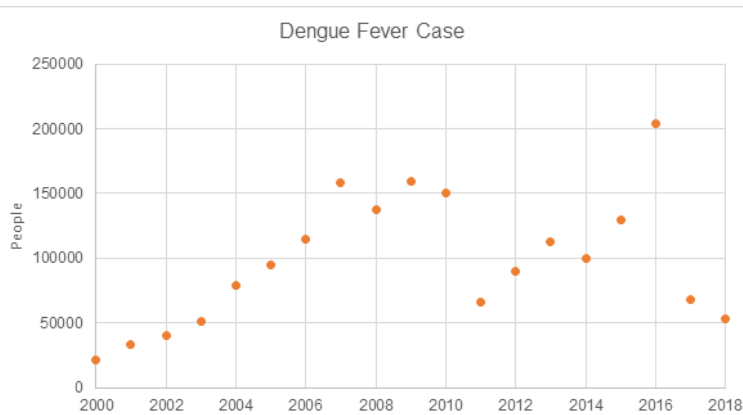
Extraordinary occurrences that often occur in Indonesia are very diverse. Through our summary of the Health Report by the Ministry of Health of the Republic of Indonesia, from 2000 to 2018, the types of diseases with the highest accumulative morbidity rate were Diarrhea, Dengue Fever, and Measles (see graph 1.1, 1.2, 1.3). Based on this report, this paper aims to analyze the Indonesian government's alternative policies against disease outbreaks that have high morbidity rates, in which the three diseases are often included in the status of sporadic outbreaks of disease in several regions in Indonesia.

Graph 1.1. Diarrhea Morbidity Rate during 2000-2018



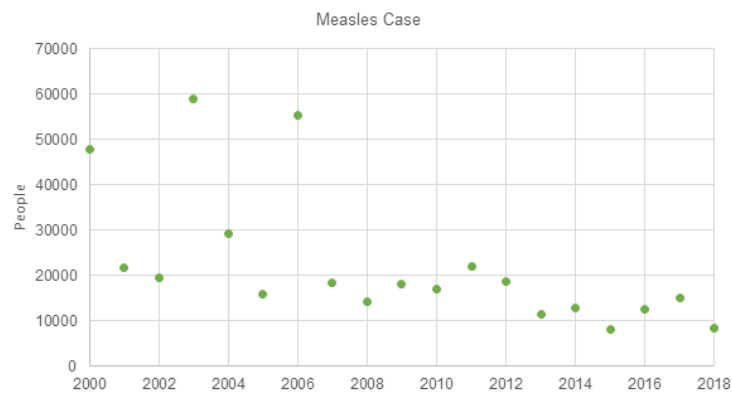
Source: Indonesia Health Report, 2000-2018.

Graph 1.2. FDH Morbidity Rate during 2000-2018



Source: Indonesia Health Report, 2000-2018.

Graph 1.3. Measles Morbidity Rate during 2000-2018



Source: Indonesia Health Report, 2000-2018.

Based on the illustration of the data above, the disease outbreak for Diarrhea cases has the highest sufferers' level. Each year Diarrhea is a type of case that is often the top case of disease outbreaks in several regions in Indonesia. This disease is based on transmission by germs Face-oral route. Furthermore, the Dengue Fever disease outbreak is also a widespread disease with second-highest of cases number of sufferers nationally accumulatively. DHF cause by *Aedes Aegypti* and *Aedes Albopictus* mosquitoes. Third, the measles epidemic is an infectious disease epidemic that Indonesians often suffer from airborne transmission by droplets of the other person's breathing (coughing/sneezing), saliva, or skin contact (handshake or hug).

These three disease outbreaks with extraordinary occurrence' status have very high risks and threats, so they require government commitment in making alternative policies for handling the extraordinary occurrences. The government's role is essential in overcoming all disease outbreaks. In addition to making policy alternatives, other things that need to be considered are the budget, distribution of medical and health personnel, and the availability of

facilities and infrastructure to support disease outbreaks. Some of the indicators above are essential components in resolving the outbreak. As a result, government efforts are critical to saving a person's life during a health crisis.

Although there are efforts to reduce outbreaks through various national programs to control vector spread and morality cases, the fact is that the three diseases (see figure 1.1, 1.2, and 1.3) still show a high enough number and are still occurring in various regions in Indonesia. Therefore, efforts to eradicate this infectious disease outbreak and needs government attention. In general, eradicating infectious diseases can be done through self-awareness efforts, patient discovery, handling of sufferers, eradication of sources of disease, efforts to immunity, and public education. Disease eradication lessons can be learned from cases of previous outbreaks of infectious diseases. So it is necessary to review the epidemic eradication policy because every year, this outbreak still occurs. It is a portrait that the picture of handling infectious disease outbreaks has not been fully achieved.

Policy Alternative for Diarrhea Outbreak, DHF, and Measles

First, the diarrheal disease had a high number of cases before the 2000s. For this reason, the Indonesian government issued regulatory provisions through the Decree of the Minister of Health of the Republic of Indonesia Number 1216/Menkes/SK/XI/2001 regarding guidelines for eradicating diarrhea disease. However, since the instruction was decided, the number of diarrhea attendants fluctuated upward so that the government again issued a pocketbook for the 2011 edition of Diarrhea Cross Diarrhea, which stands for (Five Steps to Complete Diarrhea) by administering ORS, administering zinc medication, giving breast/food, giving antibiotics, and giving advice. Implementing the diarrhea control system aims to reduce the level of morbidity and mortality due to the diarrhea disease outbreak. However, in 2014, the number of cases of outbreaks of diarrhea outbreaks experienced the highest spike of 8490976, the highest number of cases during 2000-2018

Second, controlling the outbreak of Dengue Fever. Although Dengue Fever has the second level of morbidity and mortality, the regulation has been preceded before diarrhea, which was decided in 1992 through the Decree of the Health Ministry of the Republic of Indonesia no 581/Menkes/SK/VII/1992 and the regulation has changed. In 1994 through the Decree of the Minister of Health of the Republic of Indonesia no 92/Menkes/SK/II/1994. Considering that the number of dengue fever increased from 2000 to 2007, the government

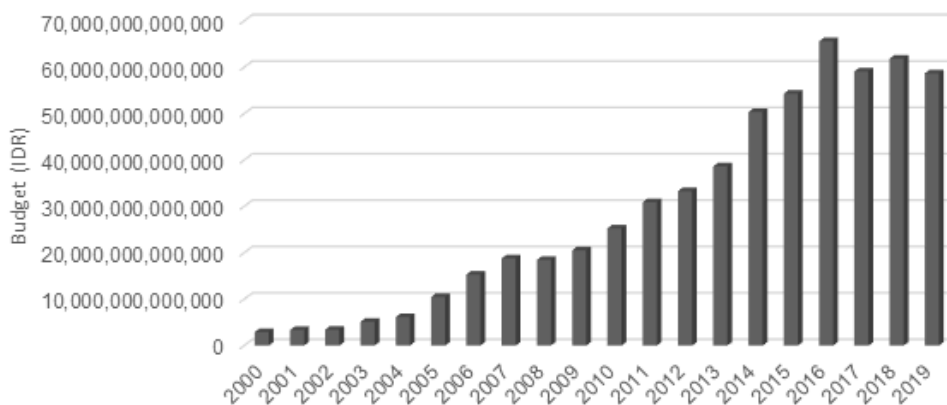
started making a national policy, namely through PSN (Mosquito Nest Eradication). By carrying out the 3M plus program through the larva monitoring officer (*Jumantik*), in 2008-2018, the outbreak of Dengue Fever fluctuated with a tendency to decrease even though in 2016 there was a surge in cases of dengue fever sufferers.

Third, the measles epidemic. Measles also cannot be underestimated. In 2003, the number of measles experienced an increase in cases of measles sufferers. Over 2000-2006, the number of Measles cases fluctuated. In 2006, the government issued a policy through the Minister of Health Decree number 552/Menkes /SK/VII/2006. Through this regulation, the government has a commitment to reduce measles cases by carrying out a measles immunization campaign, which is seen (see graph 1.3) in 2007-2018 the number of measles cases has fluctuated decreasing compared to previous years. The National Immunization Program is the mainstay program in immunizing Measles by giving vaccines to reduce cases of morbidity and mortality due to measles.

Financial Ability in the Health Sector

The budget plays an important role in the process of implementing development - including development in the health sector. By allocating an adequate health budget, it can mobilize the delivery of health services. As a result, by prioritizing a strong and stable budget, the government can control all programs and activities related to the health sector. As for the budget allocation from the ministry of health is the Republic of Indonesia, as follows.

Table 1.1. Annual Budget Allocation in Department of Health, Indonesia



Source: Indonesia Health Report, 2000-2018

Based on the budget of the Ministry of Health of the Republic of Indonesia above, it shows an upward fluctuating budget, in which the 2015 to 2016 budget experienced a quite high increase

of IDR. 11,296,263,636,000 or an increase of 20.80%. If we refer to the highest budget for 2000-2019, then 2018 has the highest budget for the last two decades. However, this budget is the

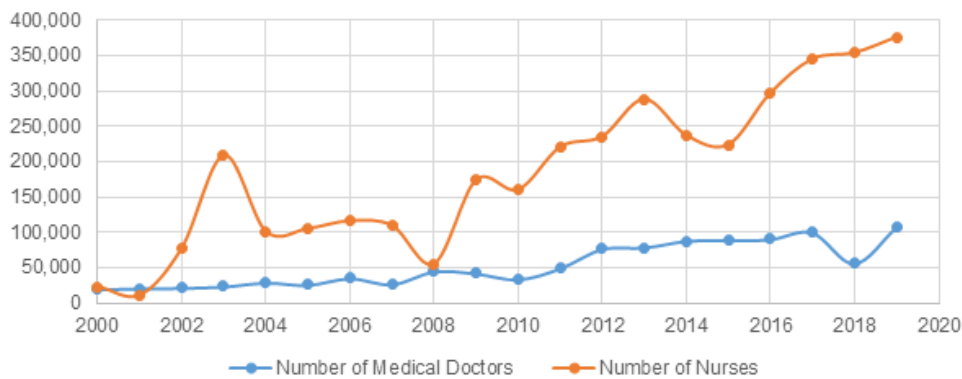
total budget for the Ministry of Health, allocated to three levels: the central government budget, the budget for local governments, and the budget for de-concentration. However, 2019 saw a decrease in the health budget allocation, which refers to the year before there was a difference of around 31 trillion. It requires the government's attention in line with the many outbreaks of disease in every region in Indonesia, requiring more health budgets for implementing programs and activities to overcome the spread and control of disease outbreaks and providing salaries and incentives for health workers. As a result, the availability of

an adequate health budget is fair, equitable, and can be useful and channeled according to its allocation.

Availability of medical and health personnel

Apart from the budget, medical and health personnel's availability in controlling disease outbreaks is essential, and their presence is needed to treat sufferers due to disease outbreaks. Moreover, Indonesia, with its many regions, certainly needs the distribution of medical and health workers.

Graph 1.4 Number of Medical Doctor and Nurses in Indonesia (2000 -2019)



Year	Number of Medical Doctors	Number of Nurses
2000	19,671	22,783
2001	20,817	10,973
2002	21,603	78,202
2003	23,603	208,939
2004	29,124	100,690
2005	25,941	105,058
2006	35,247	115,864
2007	26,790	109,210
2008	44,759	55,194
2009	42,014	173,948
2010	33,736	160,074
2011	49,328	220,575
2012	76,523	235,496
2013	78,587	288,405
2014	87,781	237,181
2015	88,875	223,910
2016	90,265	296,876
2017	99,703	345,276
2018	56,084	354,218
2019	107,007	376,136

Source: Indonesia Health Report, 2000-2018

The graph above illustrates that the availability of doctors and nurses is still fluctuating every year. In 2019 the number of medical personnel (doctors) was 107,007 people, and the number of nurses in 2019 was 376,136 people. When Indonesia's total population in 2019 is 267.6 million, and the number

of doctors in hospitals in 2019 is 107,007 people, then the ratio of doctors to population in Indonesia will reach 1; 2; 500. It means that one doctor can handle as many as 2,500 thousand patients. This ratio is far from ideal.

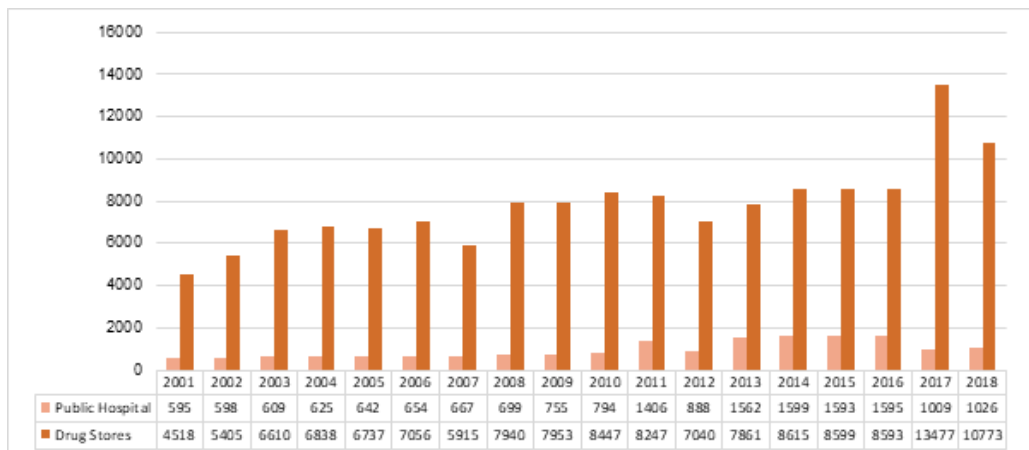
Besides, this is not to mention the distribution and distribution of medical personnel in each region. According to the 2018 Indonesian Health Profile document, the distribution of doctors in each province still shows an imbalance in the distribution of numbers. Besides, doctors who have an STR permit do not work according to their function, namely in medical services, resulting in less even distribution of doctors in health care facilities in several provinces. Therefore, to avoid accumulation in one area and be centralized, this requires the government's responsibility to enforce medical personnel's equal distribution in providing services throughout Indonesia.

Provision of facilities & infrastructure

Things that need to be considered in supporting the reduction in the number of disease outbreak

sufferers are hospital facilities and drug stores' availability. These tools have significance in dealing with the spread of disease outbreaks because the hospital is a place of care for patients with a severe disease outbreak, and a drug store as a supply of medicines for those who need a prescription. So that hospitals and drug stores play an important role in handling disease outbreaks. Based on the Republic of Indonesia's health report document, the growth in the number of public or government-owned hospitals is not as fast as the growth of private hospitals, the average growth of public hospitals is 0.4% compared to private ones of 15.3%. The number of government hospitals and the growth of drug stores in Indonesia is as follows.

Table 1.2 Public Hospital and Drug Stores in Indonesia, 2000-2018



Source: Indonesia Health Report, 2000-2018

Even though government hospitals' growth is not as fast as private hospitals, the growth is quite good. However, the results of our analysis show that the growth of inter-provincial government hospitals is still uneven. According to the 2018 Indonesian Health Profile document, the ratio of healthcare facilities' distribution uneven, such as hospitals and drug stores. As the significance of hospitals' growth is only in some regions 1 (one), meaning that it is increasing aggressively compared to other regions where the growth is not too significant. The growth of public hospitals is more in regional 1 with an average growth of 15%, while the growth outside these regions is not very significant. That is, centralism still occurs and is still very strong in the construction of public hospitals. Meanwhile, monitoring the spread of disease outbreaks with the status of Extraordinary Events is often experienced outside of regional 1. Thus, and it requires a commitment from the

government to even out the growth of hospitals in all regions in Indonesia.

Overall, various government policies in handling disease outbreaks with outbreak status are still ongoing. Even though the number of cases of disease outbreaks has decreased fluctuating, it still tells of the number of sufferers with a high number. Besides, the limited health facilities in some areas and the availability of medical and health personnel are still minimal, and their unequal distribution in some areas is a factor in inequality. In providing community services and allowing the quality of service to be less than optimal, alternative policies for handling outbreaks of disease outbreaks are still lacking, such as diarrhea, which only provides a cross-diarrhea program, without any priority for vaccines. Furthermore, to overcome the problem of Dengue Fever, it is not enough to carry out the 3M plus program through its Larva Monitor (*Jumantik*), but it requires new programs and breakthroughs.

Finally, in eradicating the measles outbreak, the National Immunization Program is considered to have worked well, as illustrated in the measles outbreak (see graph 1.3). However, we think that measles immunization is not sufficient to complete the target of eliminating disease outbreaks shortly. Therefore it requires other policy alternatives so that this outbreak can be resolved immediately upon its spread.

Besides, the distribution of medical and health personnel is still a fundamental problem. The centralized distribution is only on the island of Java, resulting in a shortage of medical personnel and health personnel outside Java. Given that most outbreaks of diarrhea, dengue, and measles are experienced outside Java, it is challenging for the government to distribute it evenly to all provinces - including outbreaks that often occur every year. Apart from distribution, training, and dissemination of disease outbreak prevention require serious attention. There are still Indonesians who do not understand prevention measures and efforts to deal with disease outbreaks. It means that the government must be able to provide justice for all regions in Indonesia. Another issue regarding the budget is very vital. The allocation and distribution of the health budget from the Ministry of Health still require outside funding because there is still a lack of budget for handling the epidemic, plus the budget is divided into three levels of government in funding. In line with this problem, government hospitals' development requires attention for the government, especially the construction of hospitals in areas outside Java, so that all can experience equality and equal opportunities in health services.

CONCLUSION

This paper does not consider outbreak diseases analysis — our study focuses on alternative policy on outbreak diseases and how the government considers alternatives to dealing with the diseases. Additionally, this paper intends to analyze the health financial abilities, facilities (public hospitals and drug stores), and human resources (doctors and nurses). In conclusion, several outbreaks of disease outbreaks - including outbreaks of diarrhea, dengue, and measles, still need alternative policies that can deal with the outbreaks as soon as possible by considering the successes and failures of previously implemented policies. Based on the Diarrhea Outbreak Policy, it requires additional policies in handling the diarrhea outbreak, not only relying on the Cross Diarrhea program, but it also requires breakthroughs in handling it. Second, the DHF outbreak relies not only on the 3M program through a larva monitoring officer (*Jumantik*).

Although sufferers' cases fluctuate in decline, the government needs further studies to be able to eliminate the occurrence of dengue outbreaks in the future. Finally, for the Measles Outbreak, the National Immunization Program is rated as a mainstay program in immunizing Measles by giving vaccines as an effort to reduce cases of morbidity and mortality due to Measles, so this needs better efforts so that it can function in the future with consistent vaccine programs there is a breakthrough for the elimination of Measles so that it continues to decrease drastically.

Also, to support public health achievement, the government must further concentrate on the health of its budget. Besides that, the availability of facilities in several regions must prioritize equality according to needs, and finally requires an even distribution of medical personnel and health workers. We think that the availability of health facilities and the distribution of resources are critical aspects in supporting the creation of good health governance sustainably.

REFERENCES

1. Arlinda, S. (2019). Perilaku Sanitasi Sebagai Penentu Kejadian Diare Pada Anak Di Indonesia. *Buletin Keslingmas*, 38(4), 358–364. <https://doi.org/10.31983/keslingmas.v38i4.5500>
2. Arsyad, R. M., Nabuasa, E., & Ndoen, E. M. (2020). Hubungan Antara Perilaku Sanitasi Lingkungan Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Wilayah Kerja Puskesmas Tarus. *Media Kesehatan Masyarakat*, 2(2), 15–23. <https://doi.org/https://doi.org/10.35508/mkm>
3. Badan Pusat Statistik. (2018). *Indikator Perumahan dan Kesehatan Lingkungan Tahun 2018*. Jakarta.
4. Baxter, P., Susan Jack, & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report Volume*, 13(4), 544–559. <https://doi.org/10.2174/1874434600802010058>
5. Isidore, K. K. (2011). Eradicating Measles Outbreaks in Refugee Camps. Retrieved December 12, 2020, from United Nations University website: <https://unu.edu/publications/articles/eradicating-measles-outbreaks-in-refugee-camps.html>
6. Jones, G.W. (2014). The 2010-2035 Indonesian Population Projection: Understanding the Causes, Consequences and Policy Options for Population and Development. In *UNFPA*. Jakarta.
7. Jong, W. de, Rusli, M., Bhoelan, S., Rohde, S.,

- Rantam, F. A., Noeryoto, P. A., ... Goeijenbier, M. (2018). Endemic and emerging acute virus infections in Indonesia: an overview of the past decade and implications for the future. *Critical Reviews in Microbiology*, 44(4), 487–503. <https://doi.org/10.1080/1040841X.2018.1438986>
8. Palang Merah Indonesia. (2015). Epidemic preparedness in Indonesia. In *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*.
9. Pertiwi, K. D., Mirnawati, Laila, O. N., & Putra, A. (2019). Pendampingan Pemberantasan Vektor Demam Berdarah Dengue (DBD) pada Kelompok Ibu Rumah Tangga di Desa Gebugan. *Indonesian Journal of Community Empowerment (IJCE)*, 1(2), 43–45.
10. Ridder, H. (2017). The theory contribution of case study research designs. *Business Research*. <https://doi.org/10.1007/s40685-017-0045-z>
11. Worldometers. (2020). No Title. Retrieved December 12, 2020, from Worldometer elaboration of the latest United Nations data website: <https://www.worldometers.info/world-population/indonesia-population/>

ANALISIS POLA PEMBERIAN INSENTIF RESIDEN DI BERBAGAI NEGARA: SEBUAH *DESK REVIEW* – *SCOPING STUDY*

FLOW OF INCENTIVES FOR MEDICAL RESIDENTS IN COUNTRIES AROUND THE WORLD: A DESK REVIEW – SCOPING STUDY

Diaz Novera¹

¹Universitas Gadjah Mada

ABSTRAK

Undang-undang Pendidikan Kedokteran menyatakan bahwa residen memiliki hak atas perlindungan hukum, waktu istirahat dan insentif finansial atas pelayanan kesehatan yang diberikan. Residen di rumah sakit berperan ganda sebagai peserta didik sekaligus profesional pemberi asuhan kepada pasien. Ketidakjelasan status residen sebagai mahasiswa atau pekerja melatarbelakangi belum tersedianya standar pola pemberian insentif untuk residen di Indonesia meskipun telah diterbitkan berbagai regulasi untuk mendukung kebijakan tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan benchmark terhadap status hukum, pola pemberian insentif, jam kerja dan waktu istirahat residen di delapan negara serta merumuskan rekomendasi model sebagai bahan penyusunan standar dan kebijakan yang dapat diterapkan di rumah sakit pendidikan di Indonesia. Penelitian ini merupakan desk research yang menggunakan metode scoping study untuk penelusuran dokumen dan sintesis informasi. Berbagai negara menerapkan sistem berbasis rumah sakit dengan status residen sebagai pekerja yang terintegrasi dalam sistem kesehatan nasional dibawah kementerian kesehatan negara tersebut. Pembiayaan kegiatan pendidikan dan insentif residen di berbagai negara dapat berasal dari asuransi kesehatan nasional atau anggaran belanja pemerintah. Besaran insentif yang diberikan serupa dengan Pendapatan Domestik Bruto (PDB) per kapita dari negara tersebut dengan pola yang bersifat progresif sesuai dengan pencapaian tahapan pendidikan residen tersebut. Berbagai negara memiliki regulasi yang mengacu pada standar dalam pembatasan jam kerja dan waktu istirahat untuk residen. Rincian terkait insentif, jam kerja, waktu istirahat, serta hak dan kewajiban lainnya tertuang dalam kontrak individu residen dengan pemberi kontrak. Indonesia dapat mengadopsi pola pemberian insentif residen dengan penyesuaian terhadap struktur dan organisasi yang telah ditetapkan oleh undang-undang.

Kata kunci: Residen; Status Hukum; Insentif; Jam Kerja; *Scoping Study*

ABSTRACT

The Law of Indonesia Number 20 Year 2013 on Medical Education states that residents are entitled for legal protection, rest period and financial incentives for medical services they provided. Residents in teaching hospitals has a dual role of a student and a healthcare provider. The unclear legal status of a resident being a student or a workforce precedes the lack of governance regarding financial incentives for resident in Indonesia despite the presence of various regulations. The aim of this research is to perform a benchmark of how legal status, financial incentives system, work and rest hours of residents in eight countries around the world and recommend a system model to be adapted in teaching hospitals in Indonesia. Descriptive qualitative approach was used in this desk review research. Scoping study method was applied in literature searching and analysis. Countries mainly used hospital-based system for residency training. The residents were considered as healthcare worker in respective national healthcare system. Funding for resident training and salary is provided by either health insurance or government budget. The amount of salary provided to residents were similar to Gross Domestic Product (GDP) per capita of the country, with increments according to stages of residency. Countries have published recommendations and regulations for resident duty hour. Details of salary, incentives, benefits and responsibilities of the resident were inscribed in the contractual agreement between resident and employer. Indonesia could adopt approaches from other countries in providing incentives for residents with modifications in accordance with the structure and governance specified in existing regulations.

Keywords: Residents; Legal Status; Incentives; Duty Hour; *Scoping Study*

PENDAHULUAN

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran membawa reformasi dan penataan kepada sistem pendidikan kedokteran di Indonesia untuk menghasilkan dokter yang berkualitas, memenuhi kebutuhan dokter di berbagai daerah serta meningkatkan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran. Undang-undang pendidikan kedokteran merupakan bagian dari Undang-undang nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional(1).

Undang-undang pendidikan kedokteran mengatur bahwa pendidikan kedokteran merupakan bagian dari pendidikan tinggi atau berbasis universitas (*university based*). Pendidikan dokter spesialis merupakan bagian dari pendidikan kedokteran, sehingga peserta pendidikan dokter spesialis (residen) memiliki status hukum sebagai peserta didik. Dalam menjalankan proses pendidikan, residen memiliki hak untuk memperoleh perlindungan hukum, waktu istirahat serta insentif atas pelayanan kesehatan yang diberikan(1).

Bentuk perlindungan hukum untuk residen

merupakan penerbitan surat izin praktek khusus yang wewenangnya ditentukan oleh ketua program studi sesuai dengan capaian pendidikan residen tersebut. Bentuk perlindungan hukum ini sama dengan dokter atau dokter lainnya yang memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Pada regulasi ini, seorang residen memiliki status hukum sebagai tenaga kerja pemberi layanan kesehatan.

Status hukum residen yang tidak jelas antara peserta didik dan pekerja memiliki berbagai konsekuensi dalam operasional pelayanan rumah sakit pendidikan(2). Pelayanan kesehatan di rumah sakit pendidikan tidak dapat dipisahkan dari pendidikan tenaga kesehatan di dalamnya. Residen di Indonesia telah masuk dalam siklus manajemen rumah sakit pendidikan, akan tetapi kinerja residen terhitung sebagai kinerja dokter penanggung jawab pasien (DPJP) dalam perhitungan jasa medis(3).

Peraturan Pemerintah Nomor 93 tahun 2015 sudah mewajibkan rumah sakit pendidikan untuk memberikan insentif finansial kepada residen atas pelayanan kesehatan yang mereka berikan(4). Standar pendidikan dokter spesialis juga memuat bahwa pola pemberian insentif untuk residen ditetapkan oleh rumah sakit pendidikan tempat diselenggarakannya program pendidikan dokter spesialis tersebut(5). Rumah sakit pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan residen adalah rumah sakit milik pemerintah dengan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum (BLU). Pada Peraturan Menteri Keuangan Nomor 176/PMK.05/2017 tentang Pedoman Penetapan Remunerasi Bagi Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas, dan Pegawai Badan Layanan Umum mengatur bahwa insentif hanya bersifat tambahan pendapatan di luar gaji atau honorarium yang diberikan kepada pejabat pengelola, pegawai, dewan pengawas dan sekretaris dewan pengawas dengan dana yang bersumber dari penerimaan negara bukan pajak sesuai dengan kemampuan BLU tersebut(6). Status residen di rumah sakit pendidikan saat ini tidak memenuhi eligibilitas sebagai penerima insentif.

Beberapa rumah sakit di Indonesia sudah pernah berupaya untuk memberikan insentif kepada residen. Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr Cipto Mangunkusumo (RSCM) pada tahun 2016 memberikan insentif berdasarkan capaian tahapan kompetensi residen tersebut(7), namun berhenti untuk memberikan insentif pada tahun 2019. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Moewardi memberikan insentif sesuai dengan kebijakan eksternal rumah sakit pendidikan dari Gubernur Jawa Tengah pada tahun 2015 selama

6 bulan. Distribusi insentif di RSUD Moewardi tidak memiliki pola, diberikan kepada semua residen setiap bulan dengan nominal yang sama lintas program studi dan tahapan. Sumber dana pemberian insentif di RSUD Moewardi berasal dari pendapatan pelayanan kesehatan non-paviliun(8). Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr Sardjito juga pernah memberikan insentif finansial sebesar Rp. 200.000,- secara informal dari departemen atau kelompok staf medis masing-masing departemen. Insentif tersebut diberikan secara insidental menjelang lebaran(2).

Ditemukannya variasi penerapan kebijakan pemberian insentif residen antara berbagai rumah sakit pendidikan di Indonesia menunjukkan bahwa belum tersedia sebuah rujukan tentang pola pemberian insentif residen. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan studi banding pada berbagai negara terkait status hukum, pola pemberian insentif dan waktu istirahat untuk mencari model yang dapat diterapkan di Indonesia.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan *scoping study*. Penelitian berjalan pada bulan September-Oktober 2020 setelah memperoleh izin dari komisi etik FK-KMK UGM. Penelusuran literatur dilakukan dengan menggunakan *search engine* "PubMed" dan "Google Scholar". Strategi penelusuran dilakukan dengan menggunakan kata kunci: "*medical resident*", "*legal status*", "*duty hour*", dan "*financial incentive*". Penelusuran data pada PubMed menggunakan *Medical Subject Header* (MeSH) dengan kata kunci pada gambar 1.

("Medical Staff, Hospital"[Mesh]) AND (("Salaries and Fringe Benefits"[Mesh]) OR ("Physician Incentive Plans"[Mesh]) OR ("Jurisprudence/legislation and jurisprudence"[Mesh]))

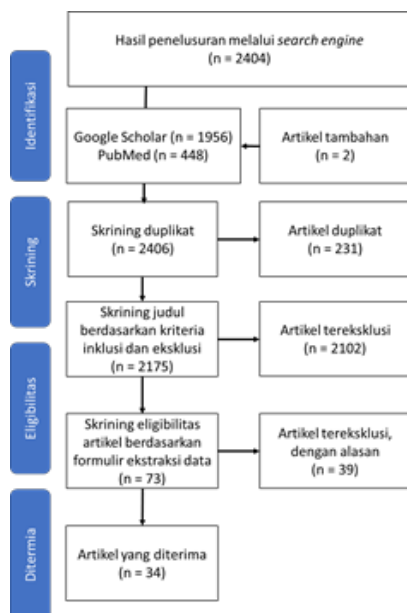
Gambar 1. Strategi Penelusuran Informasi

Penelitian ini melihat bagaimana sistem pendidikan, status hukum, pola pemberian insentif, jam kerja dan waktu istirahat residen di Amerika Serikat, United Kingdom, Belanda, Australia, Jepang, Tiongkok, Singapura dan Indonesia. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah jurnal atau artikel ilmiah, dokumen atau informasi resmi yang berasal dari pemerintah, organisasi profesi, atau institusi yang terlibat dalam penyelenggaraan pendidikan residen dengan. Kriteria eksklusi adalah informasi yang diperoleh dari forum dan blog pada situs tersebut. Batasan tahun literatur yang diikuti sertakan pada penelitian ini adalah dari tahun 2000-2020.

Informasi yang diperoleh kemudian dilakukan ekstraksi data menggunakan formulir dan *dummy*

table untuk menggambarkan pola pemberian insentif di negara tersebut. Pelaporan hasil penelitian mengikuti standar *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)*(9).

HASIL DAN PEMBAHASAN



Gambar 2. Hasil Penelusuran

Telah dilakukan penelusuran literatur dengan alur seleksi yang tertera pada gambar 1. Data diekstraksi menggunakan formulir ekstraksi dan kemudian dikelompokkan berdasarkan negara dan dinarasikan berdasarkan tema yang menggambarkan sistem pendidikan, status hukum, pola pemberian insentif, jam kerja dan waktu istirahat residen di negara tersebut. Regulasi terkait tata kelola residen di Indonesia yang diperoleh melalui kontak pribadi peneliti diikutsertakan sebagai artikel tambahan untuk membantu dalam sintesis informasi.

Sintesis informasi dilakukan dengan membandingkan informasi antar negara terkait pola pemberian insentif, jam kerja dan waktu istirahat residen dan mencari tema umum yang muncul pada perbandingan pola. Tema umum yang ditemukan kemudian dijadikan dasar untuk penyusunan rekomendasi model yang dapat diterapkan di Indonesia.

Amerika Serikat

Sistem pendidikan residen di Amerika Serikat dapat berbasis rumah sakit (*hospital-based*), perguruan tinggi (*university-based*), rumah sakit yang terafiliasi dengan perguruan tinggi (*university-affiliated hospital-based*), atau militer (*military-*

based)(10). Residen memiliki status hukum sebagai pekerja terhadap institusi penyelenggara di keempat sistem tersebut.

Institusi penyelenggara program residen wajib memenuhi standar ACGME sebagai prasyarat untuk menerima bantuan pemerintah federal dalam penyelenggaraan program pendidikan residen(11). Sumber pendanaan berasal dari asuransi kesehatan yang dikelola oleh pemerintah federal (Medicare), pemerintah daerah (Medicaid), swasta atau melalui program yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan Amerika Serikat (*Health Resources and Services Administration - HRSA*) (12). Proporsi pembiayaan terbesar ditanggung oleh Medicare melalui dua skema pemberian dana yakni langsung (*Direct Graduate Medical Education - DGME*) dan tidak langsung (*Indirect Medical Education - IME*). Skema DGME ditujukan untuk kegiatan yang berhubungan langsung dengan proses pendidikan dan pelayanan kesehatan yang diberikan residen, sedangkan skema IME ditujukan untuk subsidi peningkatan biaya perawatan pasien yang berhubungan dengan berlangsungnya proses pendidikan residen(13).

Residen di Amerika Serikat menerima insentif berbentuk gaji dengan rerata besaran antara USD \$57.191-76.222 per tahun(14). Pola pemberiannya berdasarkan capaian tahapan pendidikan dengan rerata peningkatan sebesar 3% antar tahapan. Besaran insentif yang diterima oleh residen ditentukan oleh institusi penyelenggara. Besaran insentif yang diterima oleh residen sama lintas program studi pada tahapan yang sama di institusi tersebut(14). Institusi penyelenggara pendidikan residen menerapkan standar batasan jam kerja ACGME dalam kontrak individu residen(15)

United Kingdom

Pendidikan residen menjadi tanggung jawab pemerintah dan merupakan kegiatan inti dari sistem kesehatan United Kingdom yakni *National Health Service (NHS)*(16). Sumber dana pendidikan residen berasal dari NHS yang dikelola oleh *NHS Trust*. Residen memiliki status sebagai pekerja di rumah sakit yang tergabung dalam NHS(17).

United Kingdom menerapkan pola pemberian insentif yang bersifat progresif sesuai dengan kelompok tahapan pendidikan (*band system*). Rerata besaran insentif yang diterima oleh residen di United Kingdom adalah GBP 52.036–28,243£ per tahun(18). Dalam kontrak individu dengan NHS terdapat empat komponen insentif yang diterima oleh residen, yakni: gaji pokok (*salary*), lembur (*enhanced time rate*), uang jaga malam (*non-resident on call*), uang jaga akhir pekan (*weekend allowance*). NHS juga memberikan tunjangan kepada residen yang

memenuhi kondisi-kondisi tertentu(18). United Kingdom menerapkan standar EWTD dalam menentukan batasan jam kerja residen.

Belanda

Pendidikan residen di Belanda berbasis rumah sakit dengan status sebagai pekerja terhadap rumah sakit pendidikan(19). Belanda mengadopsi sistem pendidikan residen yang serupa dengan Kanada(20). Pemerintah Belanda menanggung biaya pendidikan residen dan mengatur jumlah residen yang dapat diterima oleh rumah sakit pendidikan(21). Residen memperoleh insentif dari rumah sakit pemerintah(21), namun tidak tersedia publikasi tentang besaran yang diterima. Pemerintah Belanda menerapkan modifikasi standar EWTD untuk batasan jam kerja residen dan terdapat sanksi bagi rumah sakit pendidikan yang ditemukan melanggar ketetapan tersebut(19).

Australia

Australia menerapkan sistem pendidikan residen berbasis rumah sakit. Pemerintah federal Australia bertanggung jawab terhadap pembiayaan pendidikan residen layanan primer, sedangkan residen spesialis berada dibawah pemerintah negara bagian(13). Residen memiliki status hukum sebagai pekerja dengan pemberi kontrak kerja mengikuti ketentuan masing-masing negara bagian(22). Ombudsman Australia memberikan ketentuan dimana kontrak yang diberikan kepada residen sedikitnya memuat: besaran gaji yang diterima, insentif tambahan, jam kerja, waktu cuti dan istirahat, serta sanksi atas pelanggaran kontrak(23).

Rerata besaran insentif residen di Australia adalah antara AUD \$1.063-1.643 per pekan. Pola pemberian insentif di Australia merupakan progresif sesuai dengan capaian tahapan pendidikan dengan rerata kenaikan sebesar 4%(24). Batasan jam kerja dan waktu istirahat residen di Australia ditetapkan oleh Ombudsman Australia yakni maksimal 38 jam per pekan, 10 jam dalam satu *shift* dan waktu istirahat selama 30-60 menit bagi yang bekerja diatas 5 jam dalam satu *shift*(25). Audit oleh Australia Medical Association (AMA) menunjukkan bahwa rerata jam kerja residen di Australia pada tahun 2016 adalah 57 jam per pekan(26).

Jepang

Jepang memiliki dua jenis sistem pendidikan residen: berbasis rumah sakit universitas (*ikyoku*) dan berbasis rumah sakit non-universitas (*non-ikyoku*). Sistem *ikyoku* merupakan sistem hirarkis patriarki dengan seorang kepala departemen berada di puncak dan bertugas untuk mengambil semua keputusan klinis pasien dan keputusan

pribadi residen untuk memenuhi misi penelitian pendidikan dan pelayanan kesehatan rumah sakit(27). Sistem *non-ikyoku* merupakan adaptasi program pendidikan dari Amerika Serikat yang mengikuti standar ACGME yang diselenggarakan oleh rumah sakit non-pendidikan. Pemerintah Jepang menjadi penanggung jawab pembiayaan program residen pada kedua sistem tersebut(28).

Residen pada sistem *ikyoku* menerima insentif sebesar 6.478.000 yen per dua tahun dan 9.115.000 yen per dua tahun untuk sistem *non-ikyoku*(29). Jam kerja residen pada sistem *ikyoku* ditentukan oleh kepala departemen, sedangkan standar ACGME diterapkan pada sistem *non-ikyoku*(30).

Tiongkok

Sistem pendidikan residen di Tiongkok berbasis rumah sakit, namun dapat diselenggarakan juga oleh perguruan Tinggi(31). Pemerintah Tiongkok meluncurkan program *Standardized Residency Training* (SRT) untuk menyeragamkan penyelenggaraan program residen di Tiongkok. Biaya pendidikan dan insentif residen di Tiongkok menjadi tanggung jawab bersama antara pemerintah pusat, pemerintah daerah dan rumah sakit pendidikan(32). Rerata besaran insentif yang diterima residen di Tiongkok adalah USD \$8.940 per tahun(33). Tiongkok tidak memiliki regulasi terkait jam kerja residen, akan tetapi residen dalam SRT bekerja lebih dari 60 jam per pekan(34).

Singapura

Residen di Singapura merupakan pekerja dibawah kontrak dengan badan usaha kementerian kesehatan Singapura (*MOH Holdings*). Pendidikan residen di Singapura berbasis sistem kesehatan akademik (AHS) yang membawahi *MOH Holdings*(35). Rumah sakit pendidikan yang tergabung dalam AHS di Singapura mengikuti standar ACGME dalam menyelenggarakan pendidikan residen termasuk dalam hal pengaturan jam kerja dan istirahat. Rincian terhadap besaran insentif serta hak dan kewajiban residen lainnya tertuang dalam kontrak individu residen dengan AHS(36). Tidak tersedia berapa besaran insentif yang diterima oleh residen di Singapura.

Indonesia

Indonesia menerapkan sistem pendidikan residen berbasis perguruan tinggi. Residen merupakan peserta didik universitas yang ditempatkan di rumah sakit pendidikan selama masa pendidikannya. Biaya pendidikan dibebankan perguruan tinggi kepada residen dan tersedia berbagai beasiswa untuk pendidikan residen. Rumah sakit pendidikan memperoleh kontribusi dana pendidikan residen dari perguruan tinggi.

Pembiayaan operasional rumah sakit pendidikan menjadi tanggung jawab bersama antara pemilik rumah sakit pendidikan dan perguruan tinggi(1).

Residen di Indonesia yang terlibat dalam penanganan pandemi covid-19 memperoleh insentif dari kementerian kesehatan sebesar Rp. 12.500.000,- per bulan(37). Insentif diberikan merata lintas program studi dan tahapan pendidikan. Pada kondisi pandemi

juga kementerian pendidikan dan kebudayaan mengeluarkan kebijakan rekomendasi batasan jam kerja antara 72-88 jam per pekan dengan waktu istirahat saat bertugas selama paling sedikit setengah jam setelah bekerja selama 4 jam secara terus menerus(38). Tidak tersedia informasi terkait pola pemberian insentif dan batasan jam kerja yang non-insidental.

Tabel 1 Perbandingan Antar Negara

Negara	Sistem Pendidikan	Status Hukum	Rerata Besaran Insentif per Tahun dalam USD	Pola Pemberian Insentif	Regulasi Jam Kerja dan Istirahat
Amerika Serikat	ACGME approved: - Hospital-Based - University-Based - University-Affiliated Hospital Based - Military-Based	Pekerja	57.191-76.222	Progresif sesuai tahapan pendidikan	ACGME (maksimal 80 Jam per Pekan)
United Kingdom	Hospital-Based	Pekerja	37.280-68.687 (GBP 1 = USD 1,32)	Progresif sesuai tahapan pendidikan	EWTD (maksimal 48 Jam per Pekan)
Belanda	Hospital-Based	Pekerja	Tidak tersedia	Tidak tersedia	EWTD (maksimal 46 Jam per Pekan)
Australia	Hospital-Based	Pekerja	40.371-62.398 (AUD 1 = USD 0,73)	Progresif sesuai tahapan pendidikan	Australia Fairwork (maksimal 38 Jam per Pekan)
Jepang	Hospital-Based	Pekerja	Ikyoku: 40.487 Non-Ikyoku: 56.968 (JPY 80 = USD 1)	Otonomi kepala departemen (Ikyoku)	ACGME (Non-Ikyoku)
Tiongkok	Hospital-Based University-Based	Pekerja	8.940	Tidak tersedia	Tidak tersedia
Singapura	AHS-Based	Pekerja	Tidak tersedia	Sesuai kontrak kerja	ACGME (maksimal 80 Jam per Pekan)
Indonesia	University-Based	Siswa	Tidak tersedia	Tidak tersedia	Tidak tersedia

Status hukum residen di berbagai negara adalah sebagai pekerja sesuai dengan sistem pendidikan yang mayoritas berbasis rumah sakit sedangkan Indonesia menerapkan sistem yang berbasis universitas sehingga status residen adalah sebagai peserta didik. Status hukum residen sebagai pekerja memiliki konsekuensi terhadap regulasi ketenagakerjaan yang berlaku di negara tersebut seperti kewajiban pembiayaan pajak dan jaminan sosial(39).

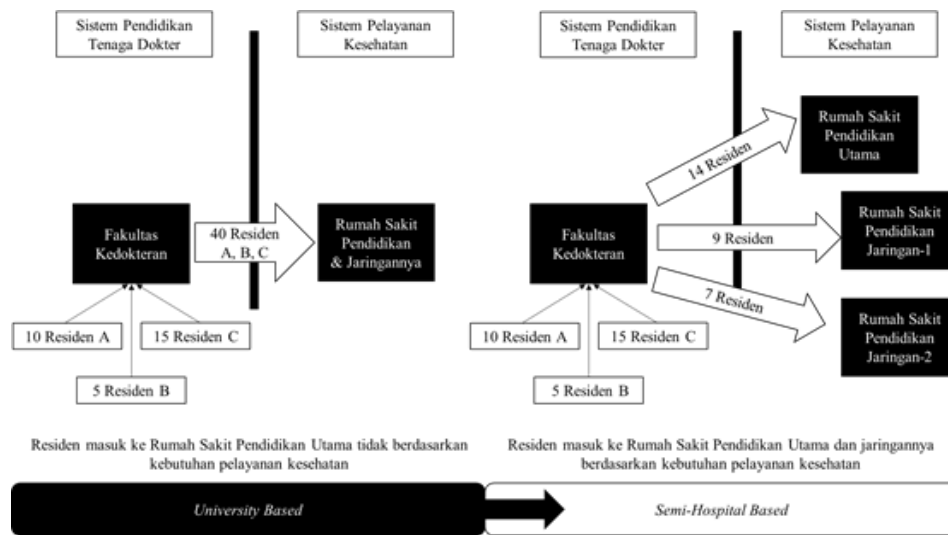
Peran residen sebagai tenaga kesehatan yang terintegrasi dalam sistem kesehatan nasional pada masing-masing negara menempatkan pemerintah atau asuransi kesehatan sebagai 'payer', institusi penyelenggara pendidikan residen sebagai 'provider organization', dan residen sebagai tenaga kesehatan yang menerima insentif. Struktur kendali dan mekanisme penyaluran insentif dari 'payer' beragam dan disesuaikan dengan sistem kesehatan masing-masing negara. Jika menggunakan model yang sama, payer dalam program pendidikan residen di Indonesia sebaiknya berasal dari pemerintah selaku pemilik rumah sakit pendidikan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan selaku operator Jaminan Kesehatan Nasional.

Amerika Serikat, United Kingdom dan Australia mempublikasikan besaran dan rincian insentif yang diberikan kepada residen di situs resmi institusi-

institusi yang terlibat dalam penyelenggaraan pendidikan residen. Hal ini memungkinkan residen untuk memilih institusi yang paling memenuhi kebutuhan mereka. Pemberian insentif untuk residen di berbagai negara menggunakan pola progresif sesuai dengan capaian tahapan pendidikan. Rerata besaran insentif yang diberikan kepada semua negara menyerupai pendapatan domestik bruto (PDB) per kapita negara tersebut. Jika menggunakan model yang serupa dengan negara lainnya, maka besaran insentif yang wajar diterima oleh residen di Indonesia adalah sebesar USD \$4.135 (Rp. 57.890.000,-) per tahun(40).

Negara-negara di dunia mengacu kepada ACGME atau EWTD untuk menyusun kebijakan terkait batasan jam kerja residen(41). Rincian terkait insentif, jam kerja, waktu istirahat serta hak dan kewajiban residen lainnya tertulis dalam kontrak individu residen dengan pihak penyelenggara pendidikan.

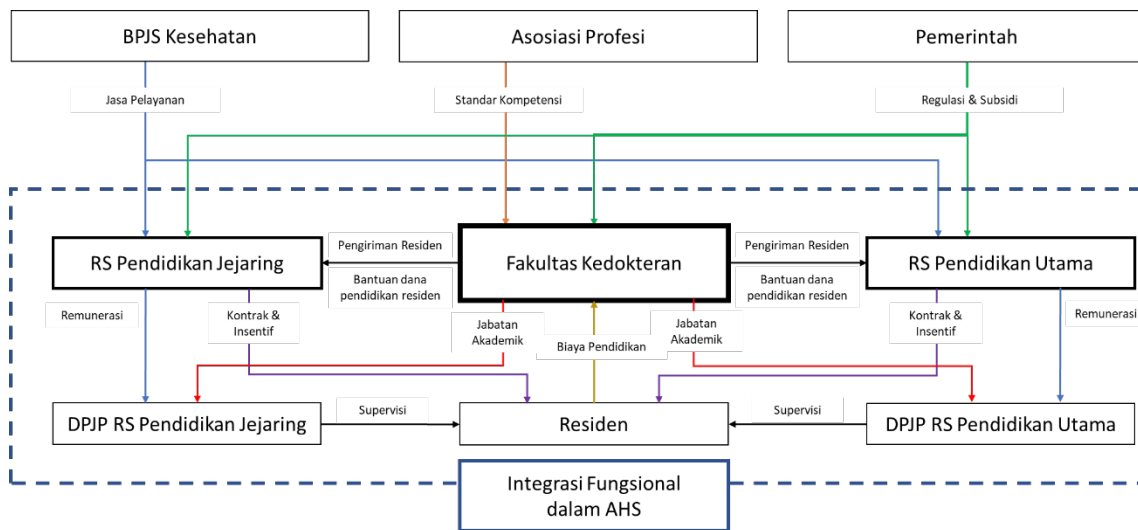
Permasalahan dalam sistem pendidikan residen berbasis perguruan tinggi di Indonesia adalah jumlah residen yang dikirimkan melebihi daya tampung rumah sakit pendidikan untuk memenuhi hak dan kewajiban residen sesuai dengan undang-undang pendidikan kedokteran(42,43). Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah mengadopsi sistem *semi-hospital-based* dalam model pengiriman residen(43,44).



Gambar 2 Model Pengiriman Residen Semi-Hospital Based

Peraturan Pemerintah Nomor 93 tahun 2015 mengatur bahwa salah satu bentuk kerjasama antara perguruan tinggi dengan rumah sakit pendidikan adalah dengan bentuk AHS yang mendorong terwujudnya integrasi fungsional antara pendidikan, penelitian dan pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat(45). AHS merupakan bentuk kerjasama yang ideal untuk

menyelenggarakan pengiriman residen dengan sistem *semi-hospital based* dimana secara operasional perguruan tinggi dapat mengirimkan residen langsung kepada rumah sakit pendidikan yang tergabung dalam AHS sesuai dengan daya tampung yang dimiliki oleh masing-masing rumah sakit pendidikan(44).



Gambar 3 Rekomendasi Model Pemberian Insentif Residen di Indonesia

Residen yang dikirimkan ke rumah sakit pendidikan yang telah ditetapkan oleh perguruan tinggi kemudian menandatangani kontrak dengan rumah sakit pendidikan tersebut dan perguruan tinggi terkait insentif, jam kerja, waktu istirahat, perlindungan hukum, serta hak dan kewajiban lainnya(43). Diharapkan dengan model ini dapat terjadi keseimbangan antara jumlah dan kebutuhan rumah sakit akan residen. Perwujudan

model ini membutuhkan dukungan regulasi dan kolaborasi lintas sektor pemerintah(44).

KESIMPULAN

Status hukum residen di berbagai negara adalah sebagai pekerja yang merupakan konsekuensi dari sistem pendidikan yang berbasis rumah sakit. Hal ini berbeda dengan status hukum residen

di Indonesia sebagai pelajar yang merupakan konsekuensi dari Undang-undang Pendidikan Kedokteran. Hak residen atas perlindungan hukum, waktu istirahat dan insentif dilindungi oleh undang-undang. Rumah sakit pendidikan di Indonesia dapat menerapkan pola pemberian insentif untuk residen yang progresif sesuai dengan tahapan pendidikan dengan rerata besaran mengikuti PDB per kapita.

DAFTAR PUSTAKA

1. Republik Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia No 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran. Presiden Republik Indonesia; 2013.
2. Fernandes F. Pendidikan Dokter Spesialis dan Remunerasi Residen dalam Konteks Hubungan Rumah Sakit Pendidikan dengan Fakultas Kedokteran. Universitas Gadjah Mada; 2015.
3. Sumariyono. Kajian Sistem Remunerasi Staf Medik Rumah Sakit Pendidikan: Studi Kasus Distribusi Beban Kerja Pelayanan Bagi Staf Medik dan Peserta Didik Pendidikan Dokter Spesialis dan Sub-Spesialis di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo. Universitas Gadjah Mada; 2017.
4. Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 Rumah Sakit Pendidikan. 2015.
5. Indonesia Medical Council. Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis. Jakarta; 2006.
6. Kementerian Keuangan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Keuangan No 176/PMK.05/2017 Pedoman Remunerasi Badan Layanan Umum. 2017.
7. Sari FA. Penilaian Kinerja Residen di Instalasi Gawat Darurat RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. Universitas Gadjah Mada; 2016.
8. Sudirman. Studi Kasus Pola Pemberian Remunerasi Residen di RSUD dr. Moewardi Surakarta. Universitas Gadjah Mada; 2016.
9. Tricco A, Lillie E, Zarin W, Brien KKO, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(September):467–73.
10. Chen JG. University- Versus Community-Based Residency Programs: Does the Distinction Matter? *J Grad Med Educ*. 2017;(August):426–9.
11. Dezee KJ, Artino AR, Elnicki DM, Hemmer PA, Durning SJ. Medical education in the United States of America. *Med Teach*. 2012;34:521–5.
12. He K, Whang E, Kristo G. Graduate Medical Education Funding Mechanisms, Challenges, and Solutions: A Narrative Review. *Am J Surg*. 2020;221(1):65–71.
13. Wynn B, Guarino C, Morse L, Cho M. Alternative Ways of Financing Graduate Medical Education. 2006. Report No.: WR-369-ASPE.
14. AAMC. 2019-2020 Survey of Resident / Fellow Stipends and Benefits Report. 2019.
15. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). ACGME Institutional Requirements. United States; 2018.
16. Privy Council. 2010 No. 473 The Postgraduate Medical Education and Training Order of Council 2010. United Kingdom; 2016.
17. Gainey B. Financing Medical Education in the United Kingdom. In: 9th International Medical Workforce Conference. Melbourne; 2005.
18. Paul W. Pay and Conditions Circular (M&D) 3/2020. London, United Kingdom: NHS England; 2020.
19. ten Cate O. Medical education in the Netherlands. *Med Teach*. 2007;29:752–7.
20. Scheele F, Teunissen PIM, Luijk SVAN, Heineman E, Fluit LIA, Mulder H, et al. Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands. *Med Teach*. 2008;30:248–53.
21. Hoff RG, Frenkel J, Imhof SM. Flexibility in Postgraduate Medical Training in the Netherlands. *Acad Med*. 2018;93(3):32–6.
22. Australian Medical Association. Junior Doctors Employment Guide [Internet]. 2017. Available from: <https://ama.com.au/article/junior-doctors-employment-guide>
23. Fair Work Ombudsman. Medical Practitioners Award 2020 [Internet]. Australia Government. 2020. Available from: <http://awardviewer.fwo.gov.au/award/show/MA000031>
24. Industrial Relations Commission of New South Wales. HEALTH PROFESSIONAL AND MEDICAL SALARIES (STATE) AWARD 2019. Australia; 2019.
25. Fair Work Ombudsman. Health Professionals and Support Services Award 2020 [Internet]. Australia Government. 2020. Available from: <http://awardviewer.fwo.gov.au/award/show/MA000027>
26. Australian Medical Association. Managing the Risk of Fatigue in the Medical Workforce: 2016 AMA Safe Hours Audit. 2017.
27. Koike S, Kodama T, Matsumoto S, Ide H, Yasunaga H, Imamura T. Residency hospital type and career paths in Japan : An analysis of physician registration cohorts. *Med Teach*. 2010;32:239–47.

28. Teo A. international medical education The current state of medical education in Japan : a system under reform. *Med Educ.* 2007;41:302–8.
29. Enari T, Hashimoto H. Does salary affect the choice of residency in non-university teaching hospitals ? A panel analysis of Japan Residency Matching Programme data. *Hum Resour Health* [Internet]. 2013;11(1):1
30. Sakai-bizmark R, Goto R, Hiragi S, Tamura H. Influence of Japan ' s 2004 postgraduate training on ophthalmologist location choice , supply and distribution. *BMC Med Educ.* 2018;(March):1–11.
31. Zhu J, Li W, Chen L. Doctors in China : improving quality through modernisation of residency education. *Lancet* [Internet]. 2016;6736(16):1–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00582-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00582-1)
32. Yang-huang J, Qian W, Zhang K, Shi L, Huang J. The Influence of Standardized Residency Training on Trainees ' Willingness to Become a Doctor : A Comparison between Traditional Chinese Medicine and Western Medicine. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(August):3017.
33. Zhang C, Liu Y. The salary of physicians in Chinese public tertiary hospitals : a national cross-sectional and follow-up study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(661):1–9.
34. Geng H, Tan F, Deng Y, Lai L, Zhang J, Wu Z, et al. High rate of burnout among residents under standardized residency training in a tertiary teaching hospital of middle China. *Medicine* (Baltimore). 2020;99(January):27(e20901).
35. Specialist Accreditation Board. Graduate Medical Education in Singapore [Internet]. Government of Singapore. 2019. Available from: <https://www.healthprofessionals.gov.sg/sab/specialist-training/graduate-medical-education-in-singapore>
36. National University Health System. NUHS Resident Manual. Singapore: National University Health System; 2011.
37. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan No HK.01.07/MENKES/594/2020 Pemberian Insentif dan Santunan Kematian bagi Residen. Indonesia; 2020.
38. Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia. 69868/MPK.E/KU/2020 Kebijakan Penyelenggaraan Program Dokter Spesialis-Subspesialis di Tatanan Kenormalan Baru. Indonesia; 2020.
39. Kesselheim A, Austad K. Residents : Workers or Students in the Eyes of the Law ? *N Engl J Med.* 2011;364(8):697–9.
40. The World Bank. GDP per Capita [Internet]. 2020. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>
41. Cohen IG, Czeisler CA, Landrigan CP. Making Residency Work Hour Rules Work. *J Law, Med Ethics.* 2011;310–4.
42. Meliala A. Kajian Pemberian Insentif Kepada Residen di 3 RS Pendidikan. In: Peran IDI dan perhimpunan profesi dalam memperjuangkan hak residen dan fellow dalam pendidikan [Internet]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2016. Available from: <https://www.pendidikankedokteran.net/index.php/59-seminar-2016/764-diskusi-3>
43. Trisnantoro L. Apakah residen dan fellow merupakan dokter yang bekerja dalam pendidikan ataukah mahasiswa biasa? In: Peran IDI dan perhimpunan profesi dalam memperjuangkan hak residen dan fellow dalam pendidikan [Internet]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2016. Available from: <https://www.pendidikankedokteran.net/index.php/59-seminar-2016/764-diskusi-3>
44. Trisnantoro L. Rekomendasi Kebijakan untuk Pendidikan Residen. In: Diskusi Kebijakan Pendidikan Residen [Internet]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2020. Available from: <http://pendidikankedokteran.net/web/wp-content/uploads/2020/09/Forum-Kebijakan-Residen-Sesi5-2020.pdf>
45. Wartman SA. The Academic Health Center in a Disrupted World. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc.* 2015;78(2):2–9.

ANALISIS PEMBIAYAAN JKN PASIEN HIPERTENSI DI FKTP JAWA BARAT TAHUN 2015-2016

ANALYSIS OF JKN NON CAPITATION FINANCING FOR HYPERTENSION PATIENTS AT WEST JAVA FKTP 2015-2016

Eleonora Anindya Tiara Dewi¹, Yulia Sofiatin², Elsa Pudji Setiawati², Kurnia Wahyudi², Irvan Afriandi²

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran

²Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran

ABSTRAK

Tahun 2015-2016, angka prevalensi hipertensi di Provinsi Jawa Barat melebihi angka prevalensi nasional. Hipertensi adalah salah satu penyakit yang pengobatannya ditanggung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Pelayanan kesehatan diberikan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang mendapat penggantian biaya dari BPJS Kesehatan berdasarkan sistem kapitasi dan non kapitasi. Penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran pembiayaan non kapitasi untuk kasus-kasus hipertensi yang dilayani di FKTP. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan retrospektif. Data tersier yang digunakan didapat dari data sampel BPJS Kesehatan tahun 2015-2016. Dalam analisis setelah pembobotan, terdapat 9056 peserta BPJS Kesehatan di Jawa Barat yang mendapat pelayanan untuk hipertensi yang dibayarkan secara non kapitasi. Pasien hipertensi pada data sampel ini didominasi peserta perempuan di kelompok usia 15-64 tahun dan terdaftar di segmen kepesertaan Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) pada kelas premi III. Dari segi pembiayaan, tiga jenis FKTP serta enam dari sembilan macam diagnosis mendapat penggantian dana lebih besar dari yang ditagihkan.

Kata kunci: Hipertensi; Jaminan Kesehatan Nasional; pembiayaan non kapitasi; Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama; Jawa Barat

ABSTRACT

In 2015-2016, the prevalence of hypertension in West Java Province exceeds the national rate. Hypertension is one of the diseases which treatment is covered by the Social Security Administrator for Health (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, BPJS Kesehatan). Health services are provided at the Primary Health Facility (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, FKTP) which are reimbursed by BPJS Kesehatan based on the capitation and non capitation systems. This study aims to look at the description of non capitation financing for hypertension cases served at FKTP. This study is a descriptive research with a retrospective approach. Tertiary data used were obtained from the 2015-2016 BPJS Kesehatan sample data. In the post-weighted analysis, there were 9056 BPJS Kesehatan participants in West Java who received services for hypertension paid on a non-capitation basis. Hypertension patients in this sample data are predominantly female participants in the 15-64 years age group and registered in the Special Participants of Non-Wage Receiver (Peserta Bukan Penerima Upah, PBPU) membership segment in premium class III. In terms of financing, three types of FKTP and six of the nine types of diagnosis have been reimbursed greater than the expenditure.

Keywords: Hypertension; National Health Insurance; non capitation financing; Primary health facility; West Java

PENDAHULUAN

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah seseorang melebihi batas normal, yaitu tekanan sistolik ≥ 120 milimeter raksa (mmHg) dan tekanan diastolik ≥ 80 mmHg. Hipertensi atau penyakit darah tinggi menjadi faktor risiko munculnya penyakit lain seperti jantung, gagal ginjal, stroke yang dapat berakibat pada kematian.(1) Di dunia, komplikasi akibat hipertensi masih menjadi penyebab kematian tertinggi. Pada tahun 2017, menurut *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), dari total 53,3 juta kematian di dunia 33,1% disebabkan oleh penyakit kardiovaskular, salah satunya hipertensi.(1) Begitu juga di Indonesia, dari 1,7 juta kematian, komplikasi hipertensi menyebabkan kematian sebesar 23,7% yang menjadi peringkat pertama di antara penyebab lainnya.(1) Meskipun angka kejadian hipertensi tinggi, jumlah penderita yang berhasil

mengendalikan tekanan darahnya hanya 1 (satu) di antara 5 (lima) orang.(2)

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan prevalensi hipertensi mencapai 9,4%. Data yang sama juga menunjukkan prevalensi hipertensi di Jawa Barat yang mencapai 10,5%.(3) Secara umum, hipertensi dipengaruhi oleh umur dan jenis kelamin, yaitu di umur kurang dari 45 tahun banyak ditemui pada pria, sedangkan di umur lebih dari 65 tahun lebih banyak terjadi pada wanita.(4) Selain itu, kasus hipertensi banyak ditemui pada masyarakat di negara dengan ekonomi menengah ke bawah.(2)

Indonesia menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sejak tahun 2014.(5) Program ini berlaku bagi seluruh Warga Negara Indonesia (WNI) dan Warga Negara Asing (WNA) yang telah bekerja di Indonesia selama

minimal 6 bulan.(6) Hipertensi termasuk salah satu dari 9 (sembilan) penyakit kronis yang mendapat pelayanan berupa Program Rujuk Balik (PRB) dan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) untuk mempermudah pelayanan kesehatan dalam waktu panjang.(7,8) Pelayanan diberikan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL).(6) Biaya dari pelayanan yang diberikan akan dibayar oleh BPJS Kesehatan melalui sistem pembayaran kapitasi dan non kapitasi.(9)

Pembayaran non kapitasi adalah pembayaran oleh BPJS Kesehatan terhadap klaim dari fasilitas kesehatan untuk pelayanan di luar paket kapitasi. Jenis pelayanan tersebut, untuk kasus hipertensi, meliputi pelayanan ambulans untuk rujukan antar fasilitas kesehatan baik antar FKTP atau dari FKTP ke fasilitas kesehatan rujukan, pelayanan obat Program Rujuk Balik (PRB), pelayanan pemeriksaan penunjang yang meliputi kimia darah termasuk gula darah, pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) dibayarkan paket per hari rawat, serta pelayanan kebidanan dan neonatal oleh bidan atau dokter sesuai kompetensi dan kewenangannya.(9) Data pada tahun 2014-2016 menunjukkan total biaya *Indonesia Case Base Group* (INACBG) penyakit kardiometabolik mencapai 28% dari total biaya pelayanan kesehatan rujukan dengan hipertensi di peringkat pertama.(1) Biaya yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan untuk hipertensi cenderung meningkat tiap tahunnya.(1)

Pembiayaan hipertensi non kapitasi dipengaruhi oleh sosiodemografi pasien dan jenis pelayanan yang diberikan, namun informasi mengenai hal ini belum diketahui. Penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan data sosiodemografi pasien hipertensi serta proporsi variasi biaya klaim dan FKTP serta jenis pelayanan yang diberikan, sehingga dapat menjadi acuan pengelolaan pasien oleh FKTP serta pembiayaan non kapitasi yang lebih efektif dan efisien oleh BPJS Kesehatan.

METODE PENELITIAN

Penelitian deskriptif ini menggunakan pendekatan retrospektif. Data yang digunakan berasal dari data tersier, yaitu data sampel BPJS Kesehatan dari pelayanan tahun 2015-2016. BPJS Kesehatan mendapatkan data sampel tersebut dengan metode *stratified random sampling*. Data tersebut kemudian diakses dan diintegrasikan berdasarkan nomor kepesertaan BPJS Kesehatan. Unit sampel terkecil dari data ini adalah keluarga, karena data kepesertaan dan layanan dianggap tinggi korelasinya di tingkat keluarga. Data keluarga kemudian dibagi menjadi 3 strata, yaitu keluarga yang semua

anggotanya tidak pernah mendapat pelayanan kesehatan, keluarga yang memiliki peserta yang pernah mendapat pelayanan kesehatan di FKTP, dan keluarga yang memiliki peserta yang pernah mendapat pelayanan kesehatan baik di FKTP maupun di FKRTL. Dari setiap strata kemudian akan dipilih minimal 10 keluarga secara acak, yang kemudian melalui proses penyaringan dari data lengkap untuk mengambil data terpilih. Data yang terkumpul telah dipublikasikan oleh BPJS Kesehatan di tahun 2019 sebagai sarana dan bentuk transparansi data. Sampai penulis menyelesaikan penelitian ini, data tersebut adalah data terakhir yang dapat diakses.

Penelitian ini sudah mendapat persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran melalui surat nomor 798/UN6.KEP/EC/2020. Subyek penelitian ini adalah masyarakat peserta BPJS Kesehatan yang mengidap hipertensi dan mendapatkan pelayanan yang dibayarkan secara non kapitasi di FKTP Provinsi Jawa Barat tahun 2015-2016. Variabel dalam penelitian ini yaitu data sosiodemografi berupa usia, jenis kelamin, status perkawinan, segmen kepesertaan dan kelas premi BPJS Kesehatan serta variabel pelayanan BPJS Kesehatan berupa diagnosis, tindakan yang diberikan, jenis FKTP yang dikunjungi, serta besarnya biaya layanan tersebut.

Seluruh data yang memenuhi syarat dan sebagian besar variabelnya terisi lengkap diikutsertakan dalam analisis. Diagnosis hipertensi yang tercantum pada data BPJS Kesehatan tiap pasien mengacu pada kode *International Classification of Diseases* (ICD) 10. Semua data dianalisis menggunakan perangkat lunak IBM SPSS 26 dan hasilnya disajikan dalam bentuk tabel. Data dianalisis setelah dilakukannya pembobotan (*weighting cases*) dengan membagi jumlah populasi keluarga per strata terhadap 10 keluarga (jumlah sampel yang diambil) lalu dibagi lagi dengan jumlah anggota keluarga untuk mendapat bobot tiap individu.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Setelah dilakukan pembobotan pada data, diperoleh 9056 sampel pasien hipertensi yang mendapatkan pelayanan non kapitasi di FKTP di Provinsi Jawa Barat, sehingga dari total penduduk Jawa Barat yang terjaring ke dalam data sampel, proporsi kejadian hipertensi yang mendapat pelayanan non kapitasi adalah 0,04%. Diagnosis terbanyak yang mendapat pelayanan non kapitasi adalah hipertensi primer. Hal ini sejalan dengan laporan kerja BPJS Kesehatan tahun 2016 dan penelitian oleh Andi IJH et al di tahun 2019 yang menemukan diagnosis hipertensi primer sebagai

diagnosis terbanyak yang ditemukan pada FKTP. (10,11).

Tabel 1 menunjukkan karakteristik sosiodemografi pasien hipertensi yang mendapat layanan non kapitasi di Jawa Barat yang didominasi oleh pasien perempuan (5074 orang; 56,03%) dari kelompok usia 15-64 tahun (5938 orang; 65,56%) dengan nilai median 55,8, dan status pernikahan tidak ada informasi (4918 orang; 54,31%), terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan di segmen kepesertaan PBI APBN (4290 orang; 54,33%) dengan kelas premi III (6362 orang; 70,3%).

Berdasarkan Tabel 1, terlihat distribusi kelas premi yang berbeda. Kelas premi I, didominasi pasien usia 15-64 tahun yang sudah menikah dengan segmen kepesertaan Bukan Pekerja (BP). Kelas premi II, didominasi pasien usia >65 tahun yang sudah bercerai dengan segmen kepesertaan BP. Kelas premi III, didominasi pasien usia 15-64 tahun dengan status pernikahan tidak diketahui dan segmen kepesertaan PBI APBN.

Gambaran Sosiodemografi pasien hipertensi Jawa Barat

Berdasarkan Tabel 1 terlihat lebih banyak pasien perempuan dibanding pasien laki-laki, sejalan dengan hasil yang ditemukan oleh Dinas Kesehatan Jawa Barat di tahun 2016 dan *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) di tahun 2019.(12,13) Ditinjau dari usia, mayoritas subyek hipertensi berasal dari kelompok usia 15-64 tahun, sejalan dengan yang ditemukan oleh Dinas Kesehatan di tahun 2016.(12) Fenomena ini terjadi karena tingginya proporsi peserta BPJS Kesehatan pada kelompok usia ini. Jumlah kasus

pada kelompok usia ini dapat dikurangi dengan edukasi yang tepat mengenai pentingnya berobat secara teratur sehingga bisa mendapat pelayanan yang maksimal serta keberhasilan edukasi gaya hidup sehat.

Segmen kepesertaan PBI APBN menjadi kelompok dengan peserta pengidap hipertensi yang paling banyak mendapat pelayanan non kapitasi di FKTP. Hal ini karena peserta PBI hanya mempunyai pilihan untuk memanfaatkan sarana gratis yang telah disediakan oleh pemerintah melalui pelayanan BPJS Kesehatan di FKTP.(14) Masyarakat dengan segmen kepesertaan PBI APBN secara langsung akan didaftarkan pada kelas premi III.(6) Maka pada Tabel 1 dapat terlihat klaim yang paling banyak diajukan oleh FKTP didominasi oleh peserta dengan kelas premi III. Kedua variabel tersebut dapat menggambarkan kondisi sosioekonomi pasien hipertensi.

Penghasilan berkaitan dengan tingkat pendidikan seseorang, sehingga masyarakat dengan penghasilan rendah diduga kurang mendapatkan pengetahuan mengenai hipertensi secara umum dan pentingnya memeriksakan diri secara rutin yang menyebabkan saat pasien datang ke FKTP akan langsung terdiagnosis hipertensi.(15) Diharapkan kejadian hipertensi akibat kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat dapat diturunkan dengan memulai paradigma sehat melalui program preventif FKTP di masing-masing daerah, agar hipertensi dapat segera terdeteksi untuk mencegah komplikasi yang dapat berakibat fatal.

Tabel 1. Sosiodemografi pasien Hipertensi di FKTP Jawa Barat tahun 2015-2016

Karakteristik	n	%	Kelas premi					
			Kelas I		Kelas II		Kelas III	
			n	%	n	%	n	%
Jenis kelamin								
Laki-laki	3.982	43,97	693	7,7	248	2,7	3.041	33,6
Perempuan	5.074	56,03	1.355	15,0	397	4,4	3.322	36,7
Usia								
0-14 tahun	0	0	0	0	0	0	0	0
15-64 tahun	5.938	65,56	1.740	19,2	277	3,1	3.921	43,3
>65 tahun	3.119	34,44	308	3,4	369	4,1	2.442	27,0
Status kawin								
Belum kawin	504	5,57	504	5,6	0	0	0	0
Cerai	1.093	12,07	650	7,2	372	4,1	71	0,8
Kawin	2.541	28,06	894	9,9	273	3,0	1.374	15,2
Tidak ada informasi	4.918	54,31	0	0	0	0	4.918	54,3
Segmen peserta								
PBI APBN	4.920	54,33	0	0	0	0	4.920	54,3
PBI APBD	334	3,69	0	0	0	0	334	3,7
PBPB	1.771	19,56	651	7,2	11	0,1	1.109	12,2
PPU	669	7,38	636	7,0	33	0,4	0	0
BP	1.362	15,05	761	8,4	601	6,6	0	0
Total	9.056	100	2.048	22,6	645	7,1	6.362	70,3

Dalam Tabel 2 telah dikelompokkan sembilan diagnosis hipertensi yang diderita oleh peserta

BPJS Kesehatan non kapitasi di Jawa Barat. Diagnosis terbanyak adalah hipertensi primer

sejumlah 7307 pasien dan sedangkan diagnosis dengan rerata biaya pelayanan tertinggi adalah hipertensi gestasional. Sementara itu, jenis FKTP yang paling banyak dikunjungi oleh pasien hipertensi adalah Puskesmas (7125 orang; 78,68%) sekaligus menjadi FKTP dengan rerata biaya pelayanan tertinggi. Pelayanan yang paling banyak diberikan adalah rawat inap dan pemasangan infus (6625 orang; 73,16%), namun biaya rerata tertinggi adalah pelayanan persalinan

per vaginam dengan tindakan emergensi dasar.

Terdapat perbedaan total biaya berdasarkan diagnosis, jenis FKTP, dan komponen pelayanan. Total biaya tertinggi berdasarkan diagnosis adalah hipertensi primer, jenis FKTP adalah puskesmas, dan komponen pelayanan adalah rawat inap di ruang perawatan biasa dan pemasangan infus. Total biaya pada tiap variabel dapat berbeda karena pembulatan dalam proses komputasi.

Tabel 2. Gambaran Pembiayaan non kapitasi pasien hipertensi

Variabel	Jumlah kasus	Rerata per orang*		Total*		Selisih biaya*
		Biaya tagih	Biaya verifikasi	Biaya tagih	Biaya verifikasi	
1	2	3	4	5	6	7
				(2) x (3)	(2) x (4)	(6) – (5)
Diagnosis						
I10 Primary hypertension	7.307	152,46	179,26	1.114.025,22	1.309.852,82	195.827,6
I11 Hypertensive heart disease	503	272,20	303,20	136.916,6	152.509,6	15.593
I12 Hypertensive renal disease	104	250	250	26.000	26.000	0
I13 Hypertensive heart and renal disease	7	10	100	70	700	630
I15 Secondary hypertension	285	371,57	371,57	105.897,45	105.897,45	0
O10 Pre-existing hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	181	124,60	167,38	22.552,6	30.295,78	7.743,18
O13 Gestational hypertension	133	425	750	56.525	99.750	43.225
O16 Unspecified maternal hypertension	372	378,76	637,90	140.898,72	237.298,8	96.400,08
I67 Other cerebrovascular diseases	163	200	200	32.600	32.600	0
Total	9.056			1.635.485,59	1.994.904,45	359.418,86
Jenis FKTP						
Puskesmas	7.125	206,7	250,97	1.472.737,5	1.788.161,25	315.423,75
Klinik pratama	1.021	35,27	50,51	36.010,67	51.570,71	15.560,04
Dokter umum	910	139,43	170,58	126.881,3	155.227,8	28.346,5
Total	9.056			1.635.629,47	1.994.959,76	359.330,29
Komponen pelayanan						
Pemeriksaan gula darah	1.303	15,08	27,03	19.649,24	35.220,09	15.570,85
Rawat inap + infus	6.625	202,07	251,75	1.338.713,75	1.667.843,75	329.130,00
Evakuasi medis/ ambulans	148	264,75	264,75	39.183,00	39.183,00	0,00
Pra-rujuk komplikasi kebidanan & neonatal	602	125	125	75.250,00	75.250,00	0,00
Koreksi paket rawat inap	162	10	100	1.620,00	16.200,00	14.580,00
Persalinan per vaginam	215	750	750	161.250,00	161.250,00	0,00
Total	9.056			1.635.665,99	1.994.946,84	359.280,85

*dalam ribuan Rupiah

Secara umum, penggantian klaim non kapitasi dari keseluruhan biaya pada semua diagnosis dan FKTP sudah sesuai dengan yang ditagihkan. Enam dari sembilan diagnosis mendapatkan penggantian dana yang lebih besar dari yang ditagihkan sehingga mendapat selisih positif. Selain itu, semua jenis FKTP juga mendapat selisih positif.

Pada tiap jenis FKTP terdapat perbedaan jenis diagnosis berdasarkan biaya klaim tertinggi. Dari Tabel 3, rerata biaya paling tinggi di puskesmas adalah dari hipertensi gestasional (Rp425.000,00).

Rerata biaya paling tinggi di klinik pratama adalah dari penyakit jantung hipertensi (Rp480.000,00) dan pada dokter umum adalah dari hipertensi kronis pada kehamilan (Rp125.000,00).

Komponen pelayanan non kapitasi untuk pasien hipertensi terbagi menjadi enam jenis. Rerata biaya yang paling besar untuk pemeriksaan gula darah adalah dari penyakit jantung hipertensi (Rp20.000,00). Pelayanan rawat inap dan pemasangan infus paling besar rerata biayanya didapat dari diagnosis hipertensi sekunder (Rp371.570,00).

Rerata biaya terbesar untuk pelayanan evakuasi medis atau ambulans darat adalah dari hipertensi kronis pada kehamilan (Rp299.800,00). Terdapat pula pelayanan pra-rujukan komplikasi kebidanan dan neonatal yang rerata biayanya sama besar (Rp125.000,00) untuk diagnosis hipertensi

primer, hipertensi kronis pada kehamilan, dan hipertensi gestasional. Rerata biaya untuk pelayanan persalinan per vaginam paling besar berasal dari pasien dengan diagnosis hipertensi gestasional dan hipertensi maternal tidak spesifik (Rp750.000,00).

Tabel 3. Proporsi Pelayanan dari Jenis FKTP dan Komponen Tindakan Non Kapitasi yang Diberikan Berdasarkan Jenis Diagnosis

Diagnosis (ICD-10)	Rerata biaya per jenis FKTP*			Rerata biaya per komponen*					
	Puskesmas	Klinik pratama	Dokter umum	Pemeriksaan gula darah	Rawat inap+ infus	Evakuasi medis atau ambulans	Pra-rujuk komplikasi kebidanan & neonatal	Koreksi paket rawat inap	Persalinan per vaginam
I10 Essential hypertension	175,63	30,3	146,06	14,95	192,06	0	125	10	0
I11 Hypertensive heart disease	301,92	480	66,53	20	290,77	0	0	0	0
I12 Hypertensive renal disease	250	0	0	0	0	250	0	0	0
I13 Hypertensive heart and renal disease	10	0	0	0	10	0	0	0	0
I15 Secondary hypertension	373,27	300	0	0	371,57	0	0	0	0
O10 Pre-existing hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	122,74	125	295	0	0	299,8	125	0	0
O13 Gestational hypertension	425	0	0	0	100	0	0	0	750
O16 Unspecified maternal hypertension	380,95	125	125	0	132,75	0	125	0	750
I67 Other cerebrovascular diseases	200	0	0	0	200	0	0	0	600

*dalam ribuan Rupiah

Jenis FKTP dan pelayanan non kapitasi yang diberikan pada pasien hipertensi Jawa Barat

FKTP yang melayani pasien hipertensi secara non kapitasi terdiri dari beberapa jenis yaitu puskesmas, klinik pratama, dokter umum, dan laboratorium. Namun, tidak ada pasien hipertensi yang mendapat pelayanan di FKTP jenis laboratorium. Hal ini menunjukkan bahwa layanan laboratorium yang diberikan pada peserta sudah dibatasi sesuai protokol yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan. Kemungkinan lain adalah pemeriksaan lain di luar protokol langsung ditagihkan kepada pasien.

Pada Tabel 2, puskesmas adalah jenis FKTP yang paling sering memberikan dan mengajukan pelayanan non kapitasi untuk peserta BPJS Kesehatan dengan Hipertensi di Jawa Barat, karena puskesmas adalah jenis FKTP yang paling banyak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan mudah dijangkau karena tersedia di setiap kecamatan di Jawa Barat.(12,16) Klinik pratama tidak lebih banyak dikunjungi dibanding dengan puskesmas, namun masih lebih sering dibanding dokter umum. Klinik pratama yang dikelola untuk memberikan layanan sepanjang hari lebih mudah diakses oleh pasien, sehingga lebih banyak dimanfaatkan serta karena pelayanan yang diberikan di klinik pratama lebih lengkap dibanding dokter umum.

Semua jenis FKTP mencatat kunjungan dari pasien hipertensi yang didiagnosis hipertensi primer, penyakit jantung hipertensi, dan hipertensi kronis pada kehamilan untuk mendapat pelayanan non kapitasi. Selain hipertensi primer yang sudah terkontrol, diagnosis lain bukan merupakan kompetensi petugas di FKTP. Banyaknya kunjungan dari peserta dengan diagnosis tersebut menunjukkan bahwa FKTP merupakan gerbang yang penting bagi masyarakat untuk mendapat layanan lebih lanjut.

Pelayanan yang paling banyak diberikan adalah pelayanan rawat inap di ruang perawatan biasa dan pemasangan infus. Pasien diberikan pelayanan rawat inap jika status medisnya memenuhi kriteria rawat inap antara lain ketika kondisi hipertensi pasien disertai dengan penyakit lain maupun komplikasi yang dapat memperburuk keadaan dan tidak mampu ditangani hanya dengan pelayanan rawat jalan. Pelayanan ini diberikan hampir pada semua diagnosis, kecuali penyakit ginjal hipertensi dan hipertensi kronis pada kehamilan. Hipertensi sekunder paling banyak mendapat pelayanan ini karena dapat menyebabkan hipertensi urgensi yang memerlukan perawatan dan memerlukan tindakan diagnostik yang ekstensif dan beragam. (17)

Pelayanan obat PRB adalah salah satu komponen yang dapat diajukan untuk diganti (klaim) oleh FKTP kepada pihak BPJS Kesehatan,

tetapi komponen ini tidak ditemukan pada data penelitian ini. Pada tahun 2015-2016, pelaksanaan PRB belum berjalan dengan baik, terutama dalam ketersediaan obat dan ketaatan pasien untuk melakukan kunjungan rutin.(18,19)pemerintah menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN

Pelayanan cek gula darah, baik post-prandial, puasa, maupun sewaktu, dalam data ini hanya berasal dari pasien yang didiagnosis hipertensi primer. Hal ini dapat dipahami karena penyakit diabetes merupakan penyakit kronis yang sering menyertai hipertensi dan menyebabkan komplikasi hipertensi terjadi lebih dini, sehingga skrining diabetes, pada penderita hipertensi yang sudah berlangsung lama yang ditandai dengan terjadinya *hypertensive heart disease*, sangat diperlukan.(20)

Proporsi biaya klaim non kapitasi di Jawa Barat

Berdasarkan profil pasien, pasien perempuan membutuhkan biaya lebih besar dibandingkan laki-laki. Hal ini karena terdapat penyakit yang hanya terjadi pada perempuan antara lain hipertensi gestasional dan hipertensi maternal tidak spesifik, pembiayaannya termasuk pembiayaan persalinan per vaginam dengan tindakan emergensi dasar sebesar Rp425.000,00 untuk diagnosis hipertensi gestasional dan Rp378.760,00 untuk diagnosis hipertensi maternal tidak spesifik. Pelayanan tersebut merupakan pelayanan dengan rerata biaya terbesar sehingga biaya non kapitasi pada perempuan jauh lebih tinggi dibanding pasien laki-laki. Pelayanan lain yang juga spesifik untuk pasien perempuan adalah pelayanan pra-rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal yang memerlukan biaya cukup besar dibanding pelayanan lainnya, yaitu Rp750.000,00. Kehamilan dengan penyulit bukan merupakan kompetensi petugas di FKTP dan pada umumnya terjadi tiba-tiba sehingga perlu dilakukan rujukan sesegera mungkin setelah mendapat tindakan emergensi di FKTP.

Pasien dengan segmen PBI APBN dan APBD memiliki rerata biaya tagih terbesar.(21) Hal ini diduga karena variasi diagnosis yang beragam pada segmen tersebut, menyebabkan pelayanan yang dibutuhkan lebih banyak pula. Pada segmen kepesertaan ini, pasien hipertensi secara otomatis akan dimasukkan ke kelas premi III, yang besar iurannya paling kecil yaitu hanya Rp25.500,00. (6) Kelompok kelas premi III merupakan ancaman untuk keberlangsungan pelayanan BPJS Kesehatan. Selain karena preminya yang rendah dan merupakan beban negara, kelompok ini merupakan kelompok dengan risiko lebih tinggi

untuk mengalami hipertensi dan komplikasinya, akibat penghasilan rendah menurut penelitian oleh I Kadek ND dan Putu Agus WB di tahun 2019, juga dengan tingkat pendidikan dan literasi kesehatan yang rendah.(22) Kombinasi ini merupakan tantangan yang besar untuk pemberian edukasi pencegahan primer maupun sekunder terhadap hipertensi.

Dari sembilan kelompok diagnosis, terdapat tiga diagnosis yang mendapat penggantian dana sesuai yang ditagihkan. Tiga diagnosis tersebut adalah penyakit ginjal hipertensi, hipertensi sekunder, dan penyakit serebrovaskular lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa FKTP memberikan pelayanan yang sesuai dengan protokol yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Akan tetapi, 6 diagnosis lainnya mendapatkan penggantian yang melebihi biaya tagih. Selain itu, dari tiga jenis FKTP, seluruhnya mendapat biaya verifikasi yang lebih besar dari biaya tagih yang dikeluarkan oleh FKTP. Hal ini bisa terjadi karena FKTP mampu mengatur pengeluaran sampai lebih kecil dari angka patokan besar biaya verifikasi yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan untuk tiap tindakan yang diberikan atau layanan yang diberikan belum cukup. Pengeluaran yang dimaksud berupa jasa dokter, pemilihan obat generik atau paten, serta biaya operasional. Dari hasil ini, BPJS Kesehatan dapat melakukan kalkulasi ulang untuk menentukan biaya verifikasi hipertensi yang lebih tepat guna.

Besar biaya verifikasi untuk tiap kelas premi tidak memiliki perbedaan.(23) Besar biaya verifikasi untuk tiap pelayanan hipertensi non kapitasi adalah pelayanan rawat inap sebesar Rp100.000,00 per hari, paket persalinan per vaginam dengan tindakan emergensi dasar sebesar Rp750.000,00, cek semua jenis gula darah sebesar Rp10.000,00 sampai Rp20.000,00, pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal sebesar Rp125.000,00. Jika terdapat perbedaan biaya tagih untuk tiap pasien dengan diagnosis dan kelas premi yang sama, dapat diduga merupakan akibat dari perbedaan jumlah pelayanan hipertensi non kapitasi yang diberikan, seperti perbedaan jumlah hari rawat ataupun jumlah pemeriksaan gula darah yang didapatkan pasien.

Rerata biaya jenis pelayanan tertinggi kedua berasal dari pelayanan rawat inap di ruang perawatan biasa (Rp1.387.880,00; 7%). Pelayanan ini dimanfaatkan paling banyak oleh pasien yang didiagnosis penyakit jantung hipertensi yang mencapai Rp353.330,00. Pelayanan ini digunakan pada hampir semua diagnosis, kecuali pada penyakit ginjal hipertensi dan hipertensi kronis pada kehamilan yang kemungkinan harus dirujuk,

karena penyakit-penyakit tersebut bukan penyakit yang menjadi kewenangan FKTP.

Secara keseluruhan, FKTP telah mendapatkan penggantian biaya dari BPJS Kesehatan sesuai dengan pengeluaran berdasarkan diagnosis dan pelayanan yang diberikan. Jumlah biaya tagih dari seluruh FKTP mencapai Rp1.635.629.470,00 dan BPJS Kesehatan menggantikan sebesar Rp1.994.959.760,00, sehingga terdapat selisih positif sejumlah Rp359.330.290,00.

Penggunaan data tersier pada penelitian ini membatasi eksplorasi lebih jauh, tidak didapat informasi apakah dengan besarnya biaya layanan yang telah diberikan ini memberikan hasil yang baik kepada pasien. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk dapat menghitung lebih teliti manfaat pembiayaan layanan non kapitasi untuk penderita hipertensi di FKTP Jawa Barat. Keterbatasan lain adalah penggunaan data tahun 2015-2016 yang tentunya banyak berbeda dengan situasi sekarang. Perbandingan dengan data dari kondisi terkini akan memberikan gambaran layanan BPJS Kesehatan yang lebih aktual.

KESIMPULAN

Kasus hipertensi di Jawa Barat yang mendapat layanan FKTP non kapitasi hanya sebesar 0,04%, didominasi pasien perempuan dengan kelompok usia 15-64 tahun, terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan di segmen kepesertaan PBI APBN dan kelas premi III. Diagnosis hipertensi yang paling banyak dikelola adalah hipertensi primer dan *hypertensive heart disease*. Layanan FKTP non kapitasi untuk pasien hipertensi di Jawa Barat, secara umum, lebih banyak diberikan di puskesmas dan berupa pelayanan rawat inap tingkat pertama.

Pengelolaan klaim pelayanan hipertensi non kapitasi di Jawa Barat sudah cukup baik karena dari 9 kelompok diagnosis, diagnosis penyakit ginjal hipertensi, hipertensi sekunder, dan penyakit serebrovaskular lainnya sudah mendapat penggantian biaya yang sama besar dengan yang ditagihkan. Sedangkan 6 diagnosis lainnya mendapat penggantian biaya verifikasi total yang melebihi besar biaya yang ditagihkan. Penggantian biaya yang lebih besar juga terjadi pada tiap jenis FKTP. Pembiayaan terbesar berdasarkan diagnosis adalah hipertensi primer dan diagnosis dengan rerata biaya terbesar adalah hipertensi gestasional. Pembiayaan terbesar berdasarkan jenis FKTP adalah puskesmas, karena puskesmas paling banyak memberikan pelayanan. Pembiayaan terbesar pelayanan hipertensi berdasarkan komponen berasal dari pelayanan persalinan per vaginam dengan tindakan emergensi dasar.

Penelitian ini menunjukkan terdapat beberapa hal yang dapat ditingkatkan oleh FKTP dan BPJS Kesehatan. Tingginya layanan untuk kasus *hypertensive heart disease* merupakan tanda bahwa pengelolaan pasien hipertensi belum optimal. Pelaksanaan fungsi pencegahan, baik primer maupun sekunder, di FKTP perlu ditingkatkan. Tingginya pembiayaan untuk hipertensi primer, belum termasuk pembiayaan obat program rujuk balik karena pelaksanaannya yang masih belum baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Hari Hipertensi Dunia 2019 : Know Your Number, Kendalikan Tekanan Darahmu Dengan Cerdik [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. p. 1. Available from: <http://p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/subdit-penyakit-jantung-dan-pembuluh-darah/hari-hipertensi-dunia-2019-know-your-number-kendalikan-tekanan-darahmu-dengan-cerdik>
2. WHO. Hypertension in the Western Pacific [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 24]. Available from: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/hypertension>
3. Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan. HASIL UTAMA RISKESDAS 2013. 2013.
4. Bell K, Twiggs J. Hypertension : The Silent Killer : Updated JNC-8 Guideline. Albama Pharm Assoc. 2013;1-8.
5. BPJS Kesehatan. Pedoman Umum Tata Kelola Yang Baik (Good Governance) Bpjs Kesehatan. pedoman umum tata kelola yang baik (good governance) BPJS Kesehat. 2014;10-34.
6. Kementerian Kesehatan RI. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan. 2013;2, 5-6.
7. BPJS Kesehatan. Panduan Praktis: Program Rujuk Balik [Internet]. Vol. 1, Departemen Kesehatan RI. 2012. p. 1-75. Available from: [http://www.hukor.depkes.go.id/up_prod_permenkes/PMK No. 2052 ttg Izin Praktik Kedokteran.pdf%5Chttp://www.hukor.depkes.go.id/up_prod_kepmenkes/KMK No. 834 ttg High Care Unit.pdf%5Chttp://www.rsstroke.com/files/peraturan/KEPMENKES/Pedoman_Teknis_Tata_Uda](http://www.hukor.depkes.go.id/up_prod_permenkes/PMK_No._2052_ttg_Izin_Praktik_Kedokteran.pdf%5Chttp://www.hukor.depkes.go.id/up_prod_kepmenkes/KMK_No._834_ttg_High_Care_Unit.pdf%5Chttp://www.rsstroke.com/files/peraturan/KEPMENKES/Pedoman_Teknis_Tata_Uda)
8. BPJS Kesehatan. Panduan praktis Prolanis (Program pengelolaan penyakit kronis). BPJS Kesehatan. Indonesia; 2014.
9. BPJS Kesehatan. Standar Tarif Pelayanan Kesehatan. 2014;2(5):255.
10. Rusady MA. Kebijakan Pelayanan dan Pembayaran Dalam Program JKN [Internet]. 2016. Available from: <https://www.kemkes>.

- go.id/resources/download/info-terkini/rakerkesnas_gel2_2016/Kepala BPJS.pdf
11. Julianti AI, Amalia L, Hartini S. Identifikasi Kejadian Reaksi Obat Merugikan pada Pasien Geriatri yang Menderita Hipertensi di Salah Satu Rumah Sakit di Bandung. *Maj Farmasetika*. 2020;4(Suppl 1):185–9.
 12. Dinas Kesehatan Jawa Barat. *Profil Kesehatan Jawa Barat 2016*. Dinas Kesehatan Jawa Barat. Bandung; 2016.
 13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hypertension Prevalence, Treatment and Control Estimates Among US Adults Aged 18 Years and Older Applying the Criteria From the American College of Cardiology and American Heart Association's 2017 Hypertension Guideline—NHANES 2013–2016. [Internet]. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services: millionhearts.hhs.gov; 2019. Available from: <https://millionhearts.hhs.gov/data-reports/hypertension-prevalence-tables.html#Table1>
 14. 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. *J Ilmu Kesehat Masy*. 2018;9(3):189–97.
 15. Nascimento-Feirreira MV. Prevalence of cardiovascular risk factors, the association with socioeconomic variables in adolescents from low-income region. *Pubmed* [Internet]. 2014; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25561113/>
 16. BPJS Kesehatan. Ringkasan Eksekutif Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan [Internet]. BPJS Kesehatan. 2016. Available from: <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/b39df9ae7a30a5c7d4bd0f54d763b447.pdf>
 17. John D B. Malignant Hypertension. *Medscape* [Internet]. 2020; Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/241640-overview#a16>
 18. Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. *JKN: Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional* [Internet]. Vol. 8, TNP2K. 2015. Available from: http://www.tnp2k.go.id/images/uploads/downloads/Final_JKN_Perjalanan_Menuju_Jaminan_Kesehatan_Nasional_-_Copy.pdf%0Ahttps://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/dasar/pdf?kd=3519&th=2017
 19. Dianita Pertiwi, Putri Asmita Wigati, Eka Yunila Fatmasari. Analisis Implementasi Program Rujuk Balik Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. *J Kesehat Masy*. 2017;5(3):1–11.
 20. Khangura DS, Waqar Salam M, Brietzke SA, Sowers JR. Hypertension in Diabetes [Internet]. *Endotext*. 2018. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279027/#_hypertension-diab_toc-pathophysiology-of-hypertension-in-diabetes_
 21. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. *Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Penyelenggaraan Kesehatan Nasional 2018*. 2018;(1).
 22. Mahaguan PM, Darmayasa IKN, Winduyasa PA, Bukian, Widiyanto A, Atmojo JT. Hubungan Keadaan Sosial Ekonomi dan Tingkat Stress dengan Kejadian Hipertensi. *J Ilm Keperawatan*. 2019;7(2):1–13.
 23. BPJS Kesehatan. *Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesaehatan. 2014. 1–26 p.

ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN BERDASARKAN ANALISIS KELOMPOK RISIKO TERHADAP PERSEBARAN KASUS COVID-19 DI INDONESIA TAHUN 2020

ANALYSIS OF THE INFLUENCE DEMOGRAPHY AND COMORBIDITIES FACTORS TOWARD DISSEMINATION OF COVID-19 CASE IN INDONESIA IN 2020

Erwin Purwaningsih¹

Departemen Administrasi Rumah Sakit, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mutiara Mahakam

ABSTRAK

Virus Corona adalah sebuah keluarga **virus** yang ditemukan pada manusia dan hewan. Akhir tahun 2019 dunia dikejutkan dengan adanya *new emerging infectious disease* di China yang disebabkan oleh Coronavirus Disease (Covid-19). Peningkatan kasus yang selalu meningkat di Indonesia bahkan mencapai angka tertinggi se-Asia Tenggara untuk angka kematian pasien covid-19. Kebijakan tertulis dan tidak tertulis diperlukan untuk penanganan kasus ini. **Tujuan:** Mengidentifikasi kebijakan kesehatan berdasarkan analisis kelompok risiko terhadap persebaran kasus Covid-19 di Indonesia tahun 2020. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan desain non eksperimental (*cross sectional*). Sesuai dengan tujuan penelitian, subjek penelitian menggunakan data sekunder berupa data peta sebaran kasus Covid-19 pada laporan Satuan Tugas Penanganan Covid-19, komite penanganan Covid-19 dan pemulihan ekonomi nasional tahun 2020. **Hasil:** Hingga akhir Oktober tahun 2020 kasus korona di Indonesia mencapai 410.088 kasus dan meninggal sebanyak 13.869 kasus. DKI Jakarta merupakan provinsi dengan kasus covid-19 tertinggi se Indonesia dengan 95.253 kasus terkonfirmasi positif, serta memiliki tingkat kepadatan penduduk yang tinggi. Jenis kelamin laki-laki memiliki angka kasus, isolasi, sembuh dan meninggal lebih tinggi dibandingkan jenis kelamin perempuan yang masing-masing lebih dari 50% kasus. Usia dewasa produktif yaitu 31-45 tahun memiliki angka kasus tertinggi dibandingkan kelompok umur lain dengan akumulasi 30,9%. Kelompok usia dengan jumlah kasus meninggal tertinggi berada di kelompok umur >60 tahun dengan 42,6%. Kebijakan pemerintah mulai dari perlindungan diri dan lingkungan baik secara tertulis maupun tidak tertulis (himbauan) dibuat untuk menekan angka persebaran kasus covid-19 di Indonesia. **Kesimpulan:** Kebijakan yang telah dibuat pemerintah membutuhkan kerjasama berbagai pihak untuk dapat mencegah dan menekan angka penularan covid-19.

Kata Kunci: Kebijakan; Kelompok Risiko; Covid-19

ABSTRACT

Coronavirus is a family of viruses found in humans and animals. At the end of 2019, the world was shocked by the newly emerging infectious disease in China which was caused by the Coronavirus disease (Covid-19). The increasing number of cases in Indonesia has even reached the highest rate in Southeast Asia for the death rate of Covid-19 patients. Written and unwritten policies are required for handling this case. Objective: To identify health policies based on risk group analysis of the distribution of Covid-19 cases in Indonesia in 2020. Methods: This study was a descriptive-analytical study with a non-experimental design (cross-sectional). Following with the research objective, the research subjects used secondary data in the form of data in the distribution map of Covid-19 cases in the Covid-19 handling task force report, the covid-19 handling committee, and the 2020 national economic recovery. Results: Until the end of October 2020, corona cases in Indonesia reached 410.088 cases and died as many as 13.869 cases. DKI Jakarta is the province with the highest Covid-19 cases in Indonesia with 95.253 confirmed positive cases and has a high population density. Male had a higher rate of cases, isolation, recovery, and death than female, with more than 50 of cases respectively. Productive adult age, among 31-45 years has the highest case rate compared to other age groups with an accumulation of 30,9%. The age group with the highest number of cases died was in the age group >60 years with 42,6%. Government policies ranging from self-protection and the environment, both written and unwritten (appeal) are made to reduce the number of cases of Covid-19 in Indonesia. Conclusion: The policies that have been made by the government require the cooperation of various parties to be able to prevent and reduce the number of Covid-19 transmissions.

Keywords: Policies; Risk Group; Covid-19

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hal yang berharga bagi manusia karena siapa saja dapat mengalami gangguan kesehatan, begitu pula pada manusia yang sangat rentan terhadap berbagai macam penyakit tetapi penyebabnya tidak kita sadari. Menurut pembagiannya penyakit terbagi menjadi 2 jenis, yaitu penyakit menular dan penyakit tidak

menular. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang kedokteran mendorong para tenaga ahli selalu mengadakan riset terhadap berbagai penyakit termasuk salah satunya adalah penyakit menular demi mengatasi kejadian penderitaan dan kematian akibat penyakit. Tiga kelompok penyakit menular yaitu: Penyakit yang sangat berbahaya karena angka kematian cukup

tinggi, penyakit menular tertentu yang dapat menimbulkan kematian dan cacat, walaupun akibatnya lebih ringan dari yang pertama, dan penyakit menular yang jarang menimbulkan kematian dan cacat tetapi dapat mewabah yang menimbulkan kerugian materi (1)

Akhir tahun 2019 dunia dikejutkan dengan adanya new *emerging infectious disease* di China yang disebabkan oleh *Coronavirus Disease* (Covid-19). Hal ini mengingatkan pada kejadian 17 tahun yang lalu, di mana wabah *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) muncul pertama kali di China. Jika dilihat dari tingkat kematian akibat virus tersebut (*Case Fatality Rate* atau CFR), CFR Covid-19 lebih rendah dibandingkan dengan CFR SARS, yaitu sebesar 2% sedangkan SARS mencapai 10%. Walaupun CFR lebih rendah tetapi kasus Covid-19 berkembang dengan cepat dan telah menyebar di 27 negara lainnya (2)

Coronavirus adalah salah satu jenis penyakit menular yang merupakan sekumpulan virus dari subfamili *Orthocoronavirinae* dalam keluarga *Coronaviridae* dan ordo *Nidovirales* yang muncul di akhir tahun 2019 di kota Wuhan, China. Kelompok virus ini yang dapat menyebabkan penyakit pada burung dan mamalia, termasuk manusia. Pada manusia, coronavirus menyebabkan infeksi saluran pernapasan yang umumnya ringan, seperti pilek, meskipun beberapa bentuk penyakit seperti; SARS, MERS, dan COVID-19 sifatnya lebih mematikan. Dalam kondisi saat ini, virus corona bukanlah suatu wabah yang bisa diabaikan begitu saja. Jika dilihat dari gejalanya, orang awam akan mengiranya hanya sebatas influenza biasa, tetapi bagi analisis kedokteran virus ini cukup berbahaya dan mematikan. Saat ini di tahun 2020, perkembangan penularan virus ini cukup signifikan karena penyebarannya sudah mendunia dan seluruh negara merasakan dampaknya termasuk Indonesia (3)

Situasi virus COVID-19 di Indonesia per 13 Oktober 2020 yaitu terkonfirmasi positif sebanyak 340.622 orang, kasus aktif 65.299 orang, sembuh 263.296 orang dan meninggal sebanyak 12.027 orang. Tiga Provinsi dengan jumlah kasus tertinggi diantaranya DKI Jakarta dengan 89.228 kasus, Jawa Timur dengan 47.595 kasus dan Jawa Barat sebanyak 28.087 kasus. Dilihat dari tingkat kepadatan penduduk ketiga provinsi di atas termasuk dalam 6 besar provinsi dengan tingkat kepadatan penduduk tertinggi. Identifikasi kasus berdasarkan jenis kelamin yaitu sebanyak 51% laki-laki dan 49% perempuan dinyatakan positif covid-19. Usia dewasa 31-45 tahun menjadi usia yang paling tinggi pada kejadian kasus

ini. Berdasarkan penyakit penyerta, hipertensi, diabetes melitus dan jantung merupakan jenis penyakit tertinggi yang menjadi penyakit penyerta pasien Covid-19 (4)

Peningkatan kasus yang selalu meningkat di Indonesia bahkan mencapai angka tertinggi se-Asia Tenggara untuk angka kematian pasien covid-19. Tingkat kepadatan penduduk di suatu daerah juga memiliki peran dalam persebaran dan peningkatan kasus. Jenis kelamin merupakan salah satu faktor demografi pendukung di samping usia yang mempengaruhi persebaran kasus covid-19. Komorbiditas menjadi faktor penyerta pada pasien terkonfirmasi positif yang menentukan tingkat kesembuhan atau tidaknya penyakit ini. Analisis demografi dan komorbiditas dibutuhkan untuk dapat mengetahui tingkat risiko kejadian kasus covid-19 di Indonesia.

Untuk mencegah penyebaran dan penularan virus Corona menyebar luas ke dalam masyarakat, pemerintah membuat serangkaian kebijakan untuk menanganinya. Kebijakan yang dibuat oleh pemerintah tersebut ada yang tertulis, dan ada pula yang tidak tertulis (5). Kebijakan dibutuhkan untuk memberikan peraturan dan batasan-batasan kepada masyarakat tentang yang diperbolehkan dan tidak diperbolehkan selama pandemi berlangsung.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan desain non eksperimental (*cross sectional*). Sesuai dengan tujuan penelitian, subjek penelitian menggunakan data sekunder berupa data peta sebaran kasus Covid-19 pada laporan Satuan Tugas Penanganan Covid-19, komite penanganan Covid-19 dan pemulihan ekonomi nasional tahun 2020. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat Indonesia yang merupakan pasien suspek dan terkonfirmasi Covid-19. Pada pengumpulan data yang diolah dalam penelitian ini adalah data sekunder pasien teridentifikasi Covid-19 yang dibagi berdasarkan data demografi dan penyakit penyerta.

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

A. Identifikasi Kelompok Risiko

Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh data kasus covid 19 di Indonesia yang dibagi per Provinsi. Berikut ini akan ditunjukkan data kasus berdasarkan Provinsi dan bulan pada tahun 2020:

Tabel 1. Jumlah kasus covid-19 (per bulan) di Indonesia

No	Bulan	Kasus	Meninggal
1	Maret	1.528	136
2	April	10.118	792
3	Mei	26.473	1.613
4	Juni	56.385	2.876
5	Juli	108.376	5.131
6	Agustus	174.796	7.417
7	September	287.008	10.740
8	Oktober	410.088	13.869

Sumber : Data peta sebaran covid-19 (covid19.go.id)

Kasus Covid-19 per Oktober 2020 menunjukkan angka kasus sebanyak 410.088 orang dan angka pasien yang meninggal sebanyak 13.869 orang. Angka ini merupakan akumulasi kasus covid-19 sejak bulan Maret 2020, di mana kasus ini mulai muncul pertama kali. Sesuai dengan data tabel di atas bahwa angka jumlah kasus selalu meningkat dari waktu ke waktu, yang semula angka kasus sebanyak 1.528 pada bulan Maret 2020 kasus menjadi 410.088 kasus pada akhir Oktober. Jumlah kasus covid-19 di bagi berdasarkan provinsi di Indonesia per 19 Oktober 2020 akan di tampilkan pada tabel 2 berikut ini:

Tabel 2. Jumlah kasus covid-19 (per provinsi) di Indonesia

No	Provinsi	Kepadatan Penduduk (per KM2) 2019	Konfirmasi	Sembuh	Meninggal	Aktif
1	DKI Jakarta	15.900	95.253	80.167	2.046	13.040
2	Jawa Timur	831	49.174	43.049	3.562	2.563
3	Jawa Barat	1.394	30.778	20.608	580	9.590
4	Jawa tengah	1.058	29.395	23.724	1.587	4.084
5	Sulawesi Selatan	189	17.526	15.033	445	2.048
6	Sumatera Utara	200	12.035	9.723	503	1.809
7	Kal-Tim	29	11.970	8.825	440	2.705
8	Riau	80	11.839	7.456	267	4.116
9	Kal-Sel	110	11.446	10.075	455	916
10	Sumatera Barat	130	11.205	6.033	202	4.970
11	Bali	750	10.880	9.683	349	848
12	Papua	11	8.239	4.438	117	3.684
13	Banten	1.338	7.843	5.948	236	1.659
14	Sumatera Selatan	92	7.182	5.444	393	1.345
15	Aceh	93	6.667	4.820	233	1.614
16	Sulawesi Utara	181	5.026	4.207	188	631
17	Sul-Tenggara	71	4.275	2.676	73	1.526
18	Kal-Teng	18	4.122	3.483	145	494
19	NTB	273	3.732	3.011	211	510
20	Papua Barat	9	3.636	2.543	49	1.044
21	Maluku	38	3.597	2.744	43	810
22	DI Yogyakarta	1.227	3.343	2.690	86	567
23	Gorontalo	107	2.969	2.797	79	93
24	Kepulauan Riau	267	2.883	2.284	70	529
25	Maluku Utara	39	2.131	1.909	74	148
26	Kalimantan Barat	34	1.428	1.227	10	191
27	Lampung	244	1.340	912	52	376
28	Jambi	72	988	371	19	598
29	Sulawesi Barat	82	952	717	12	223
30	Bengkulu	100	880	721	44	115
31	Kalimantan Utara	10	715	619	6	90
32	Sulawesi Tengah	49	687	449	27	211
33	NTT	112	588	406	7	175
34	Kep Bangka Belitung	91	516	451	7	58

Sumber : 1. Data peta sebaran covid-19 (covid19.go.id) 2. Data kepadatan penduduk menurut provinsi (jiwa/km2) tahun 2019, Badan Pusat Statistik

Tabel 2 menunjukkan bahwa Provinsi DKI Jakarta dengan jumlah kasus Covid-19 tertinggi dengan sebagai ibu kota negara merupakan provinsi jumlah kasus terkonfirmasi sebanyak 95.253

kasus, sembuh 80.167, meninggal 2.046, dan aktif 13.040 kasus dengan kepadatan penduduk mencapai 15.900 penduduk/km². Sedangkan Kepulauan Bangka Belitung merupakan provinsi dengan jumlah kasus terendah di Indonesia dengan 516 kasus terkonfirmasi, sembuh 451,

meninggal 7, dan aktif sebanyak 58 kasus dengan kepadatan penduduk 91 penduduk/km². Jumlah kasus covid-19 di bagi berdasarkan jenis kelamin di Indonesia akan di tampilkan pada tabel 3 berikut ini:

Tabel 3. Jumlah kasus covid-19 berdasarkan jenis kelamin di Indonesia

No	Status Pasien	Laki-Laki (%)	Perempuan (%)
1	Positif	51,0	49,0
2	Dirawat/Isolasi	50,1	49,9
3	Sembuh	50,8	49,2
4	Meninggal	58,7	41,3

Sumber : Data peta sebaran covid-19 (covid19.go.id)

Tabel 3 menunjukkan bahwa Laki-Laki merupakan jenis kelamin dengan angka kasus Covid-19 lebih tinggi dibandingkan perempuan. Laki-laki dengan 51% terkonfirmasi positif, 50,1% dirawat/isolasi, sembuh 50,8% dan meninggal dengan 58,7%. Perempuan dengan 49%

terkonfirmasi positif, 49,9% dirawat/isolasi, 49,2% sembuh dan 41,3% meninggal. Jumlah kasus covid-19 di bagi berdasarkan kelompok umur di Indonesia akan di tampilkan pada tabel 4 berikut ini:

Tabel 4. Jumlah kasus covid-19 berdasarkan kelompok umur di Indonesia

No	Kelompok Umur (Th)	Kategori Perawatan			
		Positif (%)	Dirawat/Iso (%)	Sembuh (%)	Meninggal (%)
1	0-5	2,5	2,7	2,6	0,8
2	6-18	8,0	9,2	8,0	0,9
3	19-30	24,7	25,1	25,5	3,7
4	31-45	30,9	31,3	31,6	13,3
5	46-59	23,5	22,3	23,1	38,8
6	≥ 60	10,4	9,4	9,2	42,6

Sumber : Data peta sebaran covid-19 (covid19.go.id)

Tabel 4 menunjukkan bahwa terdapat beberapa kategori umur tertentu yang memiliki jumlah persentase tertinggi pada kategori perawatan pasien Covid-19. Kategori positif tertinggi pada kelompok umur 31-45 tahun dengan 30,9% dan terendah pada usia 0-5 tahun dengan 2,5% kasus. Kategori dirawat/isolasi tertinggi pada kelompok umur 31-45 tahun dengan 31,1% sedangkan

terendah pada usia 0-5 tahun dengan 2,7% kasus. Kategori sembuh tertinggi di kelompok umur 31-45 tahun dengan 31,6% dengan angka kesembuhan terendah di rentang umur 0-5 tahun dengan 2,6% kasus. Kategori pasien meninggal tertinggi pada kelompok umur ≥ 60 tahun dengan 42,6% sedangkan terendah di kelompok usia 0-5 tahun sebanyak 0,8%.

Jumlah kasus covid-19 di bagi berdasarkan jenis penyakit penyerta di Indonesia akan di tampilkan pada tabel 5 berikut ini:

Tabel 5. Jumlah kasus covid-19 berdasarkan penyakit penyerta di Indonesia

No	Jenis Penyakit	Persentase
1	Hipertensi	50,1
2	Diabetes Melitus	34,8
3	Penyakit Jantung	19,6
4	Penyakit Paru Obstruktif Kronis	9,6
5	Penyakit Ginjal	6,1
6	Gangguan Napas Lain	5,7
7	Hamil	5,6
8	Asma	2,4
9	Penyakit Hati	1,8
10	TBC	1,8
11	Kanker	1,5
12	Gangguan Imun	1,3
	Total	100

Sumber : Data peta sebaran covid-19 (covid19.go.id)

Tabel 5 menunjukkan bahwa penyakit hipertensi merupakan penyakit penyerta yang memiliki tingkat persentase tertinggi pengaruhnya terhadap kondisi pasien terkonfirmasi Covid-19 dengan 50,1%. Gangguan imun merupakan jenis penyakit penyerta dengan jumlah persentase terendah sebesar 1,3% yang mempengaruhi kondisi pasien dengan kasus yang sama.

B. Identifikasi Kebijakan Pemerintah

Berbagai kebijakan pemerintah untuk mencegah penyebaran penularan virus Corona agar tidak menyebar luas di dalam masyarakat, yang telah diimplementasi selama masa penularan wabah COVID-19 adalah sebagai berikut:

1. Kebijakan berdiam diri di rumah (Stay at Home);
2. Kebijakan Pembatasan Sosial (Social Distancing);
3. Kebijakan Pembatasan Fisik (Physical Distancing);
4. Kebijakan Penggunaan Alat Pelindung Diri (Masker);
5. Kebijakan Menjaga Kebersihan Diri (Cuci Tangan);
6. Kebijakan Bekerja dan Belajar di rumah (Work/ Study From Home);
7. Kebijakan Menunda semua kegiatan yang mengumpulkan orang banyak;
8. Kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB); hingga terakhir,
9. Kebijakan pemberlakuan kebijakan New Normal.

Kebijakan tertulis seperti: KEPPRES No. 11/2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat *Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)*, PERPU Nomor 1 Tahun 2020 Tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi *Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)* dan/atau dalam rangka Menghadapi Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan; PP Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan *Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)*, Surat Edaran No. 57/2020 Tanggal 28 Mei 2020 Tentang Perpanjangan Pelaksanaan Kerja dari Rumah/ *Work From Home (WFH)* bagi Aparatur Sipil Negara (ASN) hingga 4 Juni 2020; Keputusan Presiden (KEPPRES) No. 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran *Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)* Sebagai Bencana Nasional, dan lain-lain (5).

PEMBAHASAN

Penyakit yang muncul dan muncul kembali menimbulkan bangkitnya kembali perhatian

pada penyakit infeksi, ini yang disebut dengan istilah saat ini *Re-emerging Infectious Diseases*. Mekanisme penularan dari penginfeksi kepada yang rentan. Hampir semua penyakit infeksi dan penyebaran penyakit melalui rantai infeksi sudah diketahui. (6). Penyakit zoonosis yang muncul dan muncul kembali merupakan tantangan kesehatan masyarakat yang menjadi perhatian internasional. Mereka termasuk kelompok besar penyakit tropis terabaikan, banyak diantaranya bersifat zoonosis. Penyakit Corona Virus 2019 (Covid-19 merupakan penyakit zoonosis lain yang muncul, baru saja meningkat secara eksponensial (7)

Situasi dunia tengah mengalami peristiwa yang sangat luar biasa, yaitu mewabahnya suatu penyakit menular yang mematikan. Salah satu penyakit infeksi saluran pernafasan menular yang disebabkan oleh virus corona novel SARS-CoV-2, dengan cepat telah berkembang menjadi pandemi global hanya dalam waktu dua bulan(8). Organisasi kesehatan dunia mengumumkan bahwa epidemi pneumonia virus korona yang disebabkan oleh SARS-Cov-2 diklasifikasikan sebagai darurat kesehatan masyarakat yang menjadi perhatian internasional pada 30 Januari 2020 (9). Implementasi isolasi pada pasien suspek mempengaruhi banyak aspek kehidupan manusia. Hal tersebut turut menimbulkan masalah psikologi, seperti perasaan panik, kecemasan dan depresi (10).

Selama ini sebagai hirauan bidang penyelidikan kesehatan masyarakat (public health), ilmu pengetahuan alam (science), dan politik. Ruang lingkup kajiannya berkembang semakin luas seiring dengan semakin meluasnya penyebaran penyakit menular itu ke banyak wilayah di seluruh dunia. Permasalahan penyakit menular yang mengglobal menuntut solusi dan kerja sama internasional untuk mengatasinya. Negara-negara semakin diharapkan untuk serius dan menganggap penting penyakit menular sebagai masalah kebijakan luar negeri. Masalah politik internasional dari penyakit menular ini kemudian muncul sebagai tantangan bagi studi Hubungan Internasional (11).

Beberapa faktor yang menyebabkan kerentanan tubuh manusia terhadap penyakit diantaranya faktor gaya hidup, genetik, demografi dan kondisi lingkungan. Pada kasus penyakit tidak menular, faktor gaya hidup dan demografi lebih dominan menjadi penyebab munculnya penyakit. Pada penyakit menular faktor demografi dan kondisi lingkungan menjadi faktor utama yang mempengaruhi persebaran penyakit, tanpa mengesampingkan faktor gaya hidup dan herediter yang ikut menjadi faktor risiko tertularnya seseorang terhadap suatu penyakit.

Faktor demografi yang menjadi penyebab persebaran covid-19. di Indonesia dari hasil penelitian diantaranya adalah kepadatan penduduk di daerah tinggi kasus. Kepadatan penduduk merupakan jumlah penduduk yang menetap di suatu wilayah per satuan luas wilayah (ha). Semakin padat suatu wilayah, maka potensi penyebaran penyakit semakin besar. Kepadatan penduduk juga mempengaruhi sirkulasi udara dalam lingkungan yang berpotensi terhadap kontaminasi dari luar yang dapat meningkatkan risiko dan intensitas infeksi yang dapat memudahkan transmisi penyakit (12). Kepadatan hunian yang tidak memenuhi syarat akan berpengaruh pada jumlah koloni kuman penyakit terutama penyakit pada saluran pernapasan. Kepadatan huni yang tidak memenuhi syarat karena jumlah penghuni yang banyak dengan lahan huni yang sempit menyebabkan kurangnya pertukaran udara di dalam rumah yang dapat mempengaruhi kualitas udara dalam rumah (13).

Identifikasi awal terkait covid-19 pada fasilitas kesehatan identik dengan ISPA kemudian meningkat ke diagnosa pneumonia. Pada hasil penelitian angka kasus covid-19 lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan, walaupun tidak memiliki perbedaan yang cukup signifikan.

Jenis kelamin mempengaruhi penularan, berkurangnya kerentanan perempuan terhadap infeksi virus dapat dikaitkan dengan perlindungan dari kromosom X dan hormon seks, yang memainkan peran penting dalam kekebalan bawaan dan adaptif. Hal ini sejalan dengan penelitian berdasarkan pengamatan kasus yang terjadi di China oleh Tiodora Hadirnaon S, tahun 2020 yang menunjukkan bahwa berdasarkan data pasien yang dirawat di Kota Wuhan menunjukkan lebih banyak kaum pria yang terinfeksi COVID-19 bahkan *Chinese Center for Disease Control and Prevention* menyatakan pria yang terinfeksi COVID-19 memiliki risiko meninggal dua kali lebih tinggi daripada wanita yang terinfeksi. Temuan ini juga terbukti di Italia dimana tingkat kematian pada pria jauh lebih tinggi dibanding pada wanita (14). Hal ini juga didukung penelitian yang dilakukan oleh C. Foresta et al, 2020 mengungkapkan bahwa jumlah kadar hormon estrogen dan androgen mempengaruhi tingkat kekebalan tubuh wanita pada penularan Covid-19. Kedua mekanisme tersebut secara konsisten menunjukkan peran hormon seks dan kromosom seks dalam perbedaan tingkat keparahan dan kematian Covid-19 pada pria dan wanita (15)

Penelitian lain yang dilakukan oleh Wulandari dkk tahun 2020 menunjukkan adanya perbedaan tingkat pengetahuan perempuan dan laki-laki

yang menyebabkan laki-laki lebih rentan terhadap penyebaran virus covid-19, Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa masyarakat dengan jenis kelamin perempuan cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang pencegahan Covid-19 jika dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini disebabkan karena masyarakat dengan jenis kelamin perempuan memiliki lebih banyak waktu untuk membaca atau berdiskusi dengan lingkungannya terkait pencegahan Covid-19 (16).

Usia merupakan faktor lainnya yang juga mempengaruhi penularan Covid-19. Analisa ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Widyaningrum dkk tahun 2020 terinfeksi COVID 19 (sekitar 65%) seperti memiliki ibu hamil, Balita, warga senior (usia di atas 65 tahun), dan penderita penyakit kronis (seperti diabetes dan jantung) di rumah mereka (16). Pengaruh imunosenesens menurut penelitian Widya dkk tahun 2020 mempengaruhi angka persebaran kasus covid-19 pada lansia, Imunosenesens adalah terjadinya perubahan fungsi imun akibat terdapatnya efek penuaan. Proses ini akan memengaruhi semua tipe sel serta jasad respons imun, baik itu respons imun bawaan maupun adaptif. Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, respons imun adaptif dibagi menjadi respons imun humoral dan seluler. Terdapatnya imunosenesens pada lansia menyebabkan kerentanan terhadap infeksi saluran pernapasan. Hal ini dapat terjadi karena berkurangnya barrier mukosa, bersihan mukosilier, respons imun serta terdapatnya inflamasi saluran pernapasan terhadap mikroorganisme patogen.34. Penuaan juga akan menyebabkan berkurangnya produksi antibodi (IgM dan IgG) dan afinitas antibodi terhadap antigen sebagai respons terhadap virus. (17)

Penyakit penyerta (komorbid) merupakan faktor-faktor lain yang juga mempengaruhi penularan Covid-19. Covid-19 ini bisa menyerang hampir seluruh kalangan usia, namun demikian data yang ada saat ini menunjukkan bahwa kelompok usia lanjut dan orang yang mempunyai riwayat penyakit kronis (komorbid) memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena penyakit ini dengan komplikasi yang lebih buruk. Riwayat penyakit kronis yang dimaksud antara lain adalah hipertensi, diabetes melitus, penyakit kardiovaskuler, dan penyakit paru kronis (18). Komorbiditas yang terkait dengan obesitas telah menjadi masalah kesehatan utama pada pasien yang dirawat di rumah sakit (19).

Adanya pertentangan antara penyebaran penyakit dan kerugian sosial ekonomi yang masih terus diperdebatkan, penting bagi pembuat kebijakan di semua negara yang terkena dampak

untuk memiliki data dan pemahaman yang cukup untuk dapat memutuskan tindakan yang harus dilakukan (20). Pandemi menawarkan eksperimen alami di mana masalah kebijakan yang dihadapi pemerintah sama tetapi tanggapan yang mereka buat berbeda, menciptakan peluang untuk membandingkan kedua jenis alat kebijakan yang digunakan dan faktor-faktor yang mempengaruhi pilihan mereka (21). Walaupun angka kasus lebih tinggi pada laki-laki, kebijakan dan upaya kesehatan masyarakat tidak ditujukan secara khusus pada gender tertentu yang terakibat dampak (22)

Merespon tren perkembangan penyebaran dan penularan Corona yang terus meningkat, sejak tanggal 17 April 2020 Presiden Indonesia mengumumkan COVID-19 sebagai bencana nasional melalui KEPPRES No. 12 Tahun 2020. Kasus coronavirus terus mengalami peningkatan jumlah. Pasca penetapan COVID-19 sebagai pandemi, reaksi masyarakat beragam. Ada warga yang merasa takut, marah, panik, bingung, dan sedih (23). Virus Corona membuat warga masyarakat mengalami trauma dan suasana jiwa terancam dan ketakutan (threat and fear) (24). Dampak virus Corona sangat besar, bersifat global, dan masif. Ia tidak hanya mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat secara umum, namun juga mempengaruhi aktivitas ekonomi, sosial, psikologis, budaya, politik, pemerintahan, pendidikan, olahraga agama, dan lain-lain. Karena itu dibutuhkan kebijakan pemerintah yang tepat untuk mencegah dan mengatasi virus Corona ini.

Kebijakan (policy) adalah prinsip atau cara bertindak yang dipilih untuk mengarahkan pengambilan keputusan. Kebijakan merupakan instrumen pemerintah, bukan saja dalam arti government yang hanya menyangkut aparaturnya Negara, tetapi juga governance yang menyentuh pengelolaan sumberdaya publik. Kebijakan pada intinya merupakan keputusan-keputusan atau pilihan-pilihan tindakan yang secara langsung mengatur pengelolaan dan pendistribusian sumberdaya alam, finansial dan manusia demi kepentingan publik (25).

Kebijakan pemerintah untuk mencegah penyebaran penularan virus Corona agar tidak menyebar luas di dalam masyarakat, seperti: kebijakan berdiam diri di rumah; Pembatasan Sosial; Pembatasan Fisik; Penggunaan Alat Pelindung Diri; Menjaga Kebersihan Diri; Bekerja dan Belajar di rumah; Menunda semua kegiatan yang mengumpulkan orang banyak; Pembatasan Sosial Berskala Besar; hingga kebijakan pemberlakuan kebijakan New Normal, tidak akan berjalan efektif jika pemerintah tidak menyiapkan informasi yang akurat terkait sumber dan penyebaran virus Corona serta penanganannya.

KESIMPULAN

Faktor demografi, jenis kelamin, usia dan orang yang memiliki penyakit penyerta (komorbid) merupakan faktor-faktor risiko yang mempengaruhi persebaran Covid-19 di Indonesia. Kebijakan tertulis dan tidak tertulis diperlukan untuk mengatur dan membatasi angka persebaran virus ini. Informasi dan edukasi yang cukup diperlukan untuk membuat masyarakat mengerti dan patuh dalam melaksanakan kebijakan yang telah dibuat. Efektifitas dan efisiensi kebijakan pemerintah terkait Covid-19 membutuhkan kerjasama semua pihak.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bastian A, Sujadi H, Febrianto G, Studi P, Informatika T, Majalengka U, et al. No Title. (1):26–32.
2. Sholikah N, Suni P. KESIAPSIAGAAN INDONESIA MENGHADAPI POTENSI PENYEBARAN CORONA. 2020;(49).
3. Covid- V, Yunus NR, Rezki A. Kebijakan Pemberlakuan Lock Down Sebagai Antisipasi Penyebaran Corona Kebijakan Pemberlakuan Lockdown Sebagai Antisipasi Penyebaran Corona Virus Covid-19 *. 2020;(March).
4. Satuan Tugas Penanganan Covid-19. Peta Risiko Covid-19. 2020; Available from: covid19.co.id
5. Publicuho J, Tuwu D, Kendari K. KEBIJAKAN PEMERINTAH DALAM PENANGANAN PANDEMI COVID-19. 2020;3(2):267–78.
6. Penyakit PE. Pemodelan Epidemiologi Penyakit Menular. 2015;1–2.
7. John P. Ehrenberg, Xiao-Nong Zhou, Gilberto Fontes, Eliana M. M. Rocha MT& JU. Strategies supporting the prevention and control of neglected tropical diseases during and beyond the COVID-19 pandemic. 2020;(Infectious Diseases of Poverty volume 9, Article number: 86 (2020)).
8. Editorial: pandemi penyakit menular (covid-19) hubungan internasional. 2020;4(2):111–23.
9. Penghui Yang XW. COVID-19: a new challenge for human beings. 2020;(Cellular & Molecular Immunology volume 17, pages555–557(2020)).
10. Jianyin Qiu, Bin Shen, Min Zhao, Zhen Wang, Bin Xie and YX. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. 2020;(Gen Psychiatr. 2020; 33(2): e100213.).
11. Fidle DP. Microbialpolitik: Infectious Disease and International Relations. American University International Law Review, 14(1), 1-53. 1998;

12. Prajapati, Bipin T, Nitiben, Sonaliya K. A Study on Prevalence of Acute Respiratory Tract Infections (ARI) in Under Five Children in Urban and Rural Communities of Ahmedabad District, Gujarat. 2011; Vol 2 No.2. 2011;
13. Syani F El, Raharjo M. KEJADIAN PENYAKIT PNEUMONIA BALITA DENGAN PENDEKATAN ANALISIS SPASIAL DI KECAMATAN SEMARANG UTARA. 2015;3(April).
14. Penelitian A, Siagian TH. CORONA DENGAN DISCOURSE NETWORK ANALYSIS. 2020;09(02):98–106.
15. C Foresta, M.C. Rocca ADN. Gender susceptibility to COVID-19: a review of the putative role of sex hormones and X chromosome. 2020;
16. Persebaran M, Provinsi C-DI, Istimewa D. NUSANTARA: Jurnal Ilmu Pengetahuan Sosial GAMBARAN PENERAPAN PHYSICAL DISTANCING SEBAGAI UPAYA. 2020;7(2):470–81.
17. Malik HA. Epidermal Growth Factor Receptor. 2019;40(3).
18. Simanjuntak GV, Simamora M, Sinaga J. Optimalisasi Kesehatan Penyandang Diabetes Melitus Tipe II Saat Pandemi Covid-19. J Community Engagem Heal. 2020;3(2):171–5.
19. Petrakis D, Margină D, Tsarouhas K, Tekos F, Stan M, Nikitovic D et al. Obesity—a risk factor for increased COVID-19 prevalence, severity and lethality (Review). Mol Med Rep. (2020) 22:9–19. doi: 10.3892/mmr.2020.11127. 2020;
20. Altmann DM, Douek DC, Boyton RJ. What policy makers need to know about COVID-19 protective immunity. 2020;VOLUME 395(DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30985-5).
21. Giliberto Capano ,Michael Howlett,Darryl S.L. Jarvis MR &Nihit G. Mobilizing Policy (In) Capacity to Fight COVID-19: Understanding Variations in State Responses. 2020;Volume 39,(https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1787628).
22. Smith J. Overcoming the “tyranny of the urgent”: integrating gender into disease outbreak preparedness and response. 2020;(Gender Develop. 2019; 27: 355-369).
23. Utami SD. Materi Webinar. Efek Pandemi Covid 19 terhadap Gangguan Mental Terhadap Masyarakat dan Penderita Covid 19. Hari Jumat, Tanggal 8 Mei 2020. 2020;
24. Abdullah I. Psychological Trauma : Theory , Research , Practice , and Policy COVID-19 : Threat and Fear in Indonesia. 2020;
25. Suharto. E. Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik; Peran pembangunan kesejahteraan sosial dan pekerjaan sosial dalam mewujudkan negara kesejahteraan (welfare state) di Indonesia. Penerbit Alfabeta. 2008;

AKSES IBU HAMIL TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN DI MASA PANDEMI COVID-19

ACCESS OF PREGNANT WOMEN TO HEALTH SERVICES IN COVID-19 PANDEMIC

Rahmah Hida Nurriska¹, Yuri Nurdiantami², Feda Anisah Makkiyah³

¹Departemen Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta

²Departemen Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta

³Fakultas Ilmu Kedokteran, Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta

ABSTRAK

Pandemi COVID-19 telah berdampak terhadap terganggunya sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, termasuk pelayanan kesehatan bagi ibu hamil. Studi ini menganalisis dampak pandemi COVID-19 terhadap akses pelayanan kesehatan pada ibu hamil. Studi ini merupakan studi potong lintang (cross-sectional) berbasis survey online. Sampel pada studi ini adalah ibu yang hamil pada masa pandemi COVID-19, yang tinggal di wilayah Jabodetabek. Jumlah sampel yang berhasil didapatkan sebanyak 120 sampel. Hasil studi menunjukkan sebesar 14,1% ibu hamil tidak lengkap melakukan pemeriksaan kehamilan. Terdapat hubungan antara kelengkapan pemeriksaan kehamilan dan pekerjaan ibu dengan $P = 0.047$. Ibu hamil memilih rumah sakit sebagai tempat pemeriksaan kehamilan selama masa pandemi, dengan proporsi 44,1%. Terdapat hubungan antara pilihan fasilitas kesehatan dan pendidikan ibu hamil dengan nilai $P = 0.019$ dan jumlah anak dengan nilai $P = 0.013$. Perlu merancang sistem pelayanan kesehatan dengan protokol kesehatan yang ketat. Meningkatkan pelayanan di semua fasilitas pelayanan kesehatan, terutama Puskesmas dan mengembangkan pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil secara online atau telemedicine.

Kata kunci: Pandemi COVID-19; Pelayanan kesehatan; Ibu hamil; Protokol kesehatan; Telemedicine.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has affected the disruption of the health service system in Indonesia, including health services for pregnant women. This study analyzes the impact of the COVID-19 pandemic on access to health services for pregnant women. This study is a cross-sectional study based on online survey. The sample in this study was pregnant women during the COVID-19 pandemic, who lived in the Jabodetabek area. The number of samples that were successfully obtained was 120 pregnant women. The study results showed that 14.1% of pregnant women did not complete antenatal care. There is a relationship between completeness of antenatal care and maternal occupation with $P = 0.047$. Pregnant women chose the hospital as a place for antenatal care during the pandemic, with a proportion of 44.1%. There is a relationship between the choice of health and education facilities for pregnant women with $P = 0.019$ and the number of children with $P = 0.013$. It is necessary to design a health care system with strict health protocols. Improve services in all health service facilities, especially Puskesmas and develop the implementation of online health services or telemedicine for pregnant women.

Keywords: COVID-19 pandemic; Health services; Pregnant women; Health protocols; Telemedicine.

PENDAHULUAN

Kehamilan di masa pandemi COVID-19 sangat berisiko tinggi (1). Selain karena ibu hamil sangat rentan terinfeksi dengan virus SARS-CoV-2, pandemi juga telah mengakibatkan terganggunya sistem pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan (2). Sehingga, hal tersebut berdampak terhadap terganggunya akses ibu hamil pada pelayanan kesehatan.

Pemeriksaan kehamilan di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan kebutuhan esensial yang harus didapatkan oleh ibu hamil (3). Berdasarkan standar World Health Organization (WHO), ibu hamil perlu melakukan minimal empat kali pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan. Pada trimester pertama sebanyak satu kali, trimester kedua sebanyak satu kali dan trimester

ketiga sebanyak 2 kali (4). Hal tersebut dilakukan agar kondisi kesehatan ibu hamil dan janin dapat dipantau secara periodik.

Pemeriksaan kehamilan yang tidak dilakukan sesuai aturan akan menyebabkan risiko tinggi terhadap kondisi kesehatan pada ibu hamil. Risiko-risiko tersebut, seperti keguguran, gangguan psikis, anemia, preeklampsia, eklampsia, bayi lahir prematur, bayi lahir dengan berat badan rendah dan kematian (5-7).

Penyebaran virus SARS-CoV-2 di Indonesia terus terjadi dan sangat pesat peningkatannya pada daerah-daerah yang menjadi episenter penyebaran virus tersebut, seperti Jakarta dan daerah sekitarnya atau Jabodetabek. Selama masa pandemi, wilayah metropolitan tersebut mengalami gangguan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil. Bahkan pada awal pandemi, pelayanan

kesehatan pada ibu hamil sempat dibatasi jam operasionalnya dan di beberapa lokasi sempat berhenti.

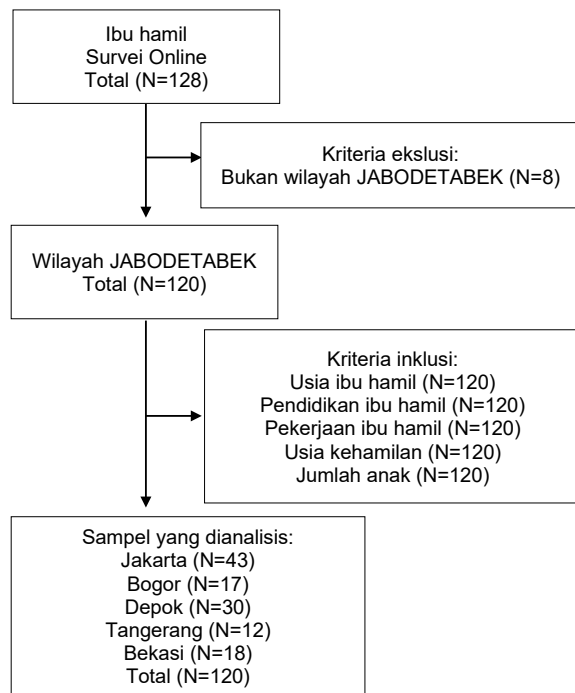
Beberapa bulan di awal pandemi, belum ada *standard operational procedure* (SOP) dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil yang menyesuaikan dengan perkembangan virus SARS-CoV-2 dan hal tersebut terjadi juga di banyak negara (8-10). Masih banyak tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan tanpa alat pelindung diri yang sesuai dengan protokol kesehatan. Penerapan *physical distancing* juga tidak dilakukan dengan baik (11). Padahal, penerapan protokol kesehatan sangat penting dilakukan agar tidak terjadi penularan penyakit terhadap ibu hamil (12). Kondisi ini berdampak terhadap akses ibu hamil terhadap fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah Jabodetabek.

Studi ini menganalisis akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan di masa pandemi COVID-19 di wilayah Jabodetabek. Tujuan studi ini adalah mengetahui dampak pandemi COVID-19 terhadap akses pelayanan kesehatan pada ibu hamil di wilayah Jabodetabek. Selain itu, studi ini juga memberikan rekomendasi terhadap peningkatan dan perbaikan akses pelayanan kesehatan pada ibu hamil di masa pandemi COVID-19.

METODE

Studi ini merupakan studi potong lintang (*cross-sectional*) berbasis *survey online* pada ibu hamil di masa pandemi COVID-19. Pendataan dilakukan dengan menggunakan kuesioner online. Kuesioner ini sudah melewati proses review oleh para pakar dan komite etik. Pengambilan data dilakukan dalam rentang waktu 19 Oktober 2020 sampai dengan 19 November 2020. Penyebaran kuesioner dilakukan lewat jaringan komunitas ibu hamil, yang nomor kontakannya didapat dari berbagai sumber, seperti informasi dari tenaga kesehatan, jaringan dosen dan informasi dari masyarakat. Selain itu, kuesioner juga disebar lewat kanal sosial media.

Sampel pada studi ini adalah ibu yang hamil pada masa pandemi COVID-19. Wilayah yang menjadi lokasi studi adalah daerah yang menjadi episenter penyebaran virus SARS-CoV-2 di Indonesia, yaitu Jakarta, Bogor, Depok, Bekasi dan Tangerang Selatan. Kelima daerah ini saling terintegrasi secara kesatuan wilayah, yang disebut dengan wilayah *Jabodetabek*. Jumlah sampel yang berhasil didapatkan sebanyak 120 sampel. Jumlah tersebut telah melalui proses seleksi sampel (lihat gambar 1).



Gambar 1. Proses seleksi sampel

Akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan di masa pandemi COVID-19 dilihat dari kelengkapan ibu hamil dalam pemeriksaan kehamilan. Kelengkapan dalam pemeriksaan kehamilan diukur dari jumlah kunjungan kehamilan berdasarkan usia kehamilan. Menurut WHO, pada trimester pertama sebanyak satu kali pemeriksaan, pada trimester kedua sebanyak satu kali pemeriksaan dan pada trimester ketiga sebanyak dua kali pemeriksaan. Jika pemeriksaan tersebut dilakukan sesuai standar tersebut maka dapat dikategorikan lengkap. Analisis yang digunakan dalam studi ini adalah analisis univariate dan bivariate. Studi ini telah mendapatkan izin etik dari Komite Etik Universitas Pembangunan Nasional (UPN) Veteran Jakarta dengan nomor surat: 2789/X/2020/KEPK.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis univariate menghasilkan temuan proporsi responden yang berdomisili di Jakarta sebanyak 35.8%, Bogor sebanyak 14.2%, Depok sebanyak 25.0%, Tangerang Selatan sebanyak 10.0% dan Bekasi sebanyak 15%. Berdasarkan usia, responden yang berusia < 25 tahun sebanyak 30.0%, berusia 25-27 tahun sebanyak 22.5%, berusia 27-30 tahun sebanyak 25.8% dan berusia >30 tahun sebanyak 21.7%.

Selanjutnya, karakteristik responden berdasarkan pendidikan, responden yang menamatkan sekolah dasar sebanyak 0.8%, menamatkan sekolah menengah atas sebanyak,

12.5%, diploma sebanyak 16.7% dan S1/S2/S3 sebanyak 70.0%. Responden yang bekerja sebanyak 44.2%, sedangkan yang tidak bekerja sebanyak 55.8%. Berdasarkan usia kehamilan, responden yang usia kehamilannya <19 minggu

sebanyak 15.8%, usia kehamilan 19-28 minggu sebanyak 17.5%, usia kehamilan 28-35 minggu sebanyak 15.0%, usia kehamilan > 35 minggu sebanyak 15.0% dan telah melahirkan sebanyak 36.7% (lihat tabel 1).

Tabel 1. Karakteristik Responden (N=120)

Karakteristik	N	%
Wilayah		
Jakarta	43	35.8
Kabupaten Bogor	17	14.2
Depok	30	25.0
Tangerang Selatan	12	10.0
Bekasi	18	15.0
Umur Ibu		
< 25 tahun	36	30.0
25-27 tahun	27	22.5
27-30 tahun	31	25.8
> 30 tahun	26	21.7
Pendidikan ibu		
SD	1	0.8
SMP	0	0.0
SMA	15	12.5
Diploma	20	16.7
S1/S2/S3	84	70.0
Pekerjaan		
Bekerja	53	44.2
Tidak bekerja	67	55.8
Jumlah anak		
≤ 2 orang	115	95.8
> 2 orang	5	4.2
Usia kehamilan		
< 19 minggu	19	15.8
19-28 minggu	21	17.5
28-35 minggu	18	15.0
> 35 minggu	18	15.0
Telah melahirkan	44	36.7

WHO menyebutkan perlu melakukan minimal empat kali pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan bagi ibu hamil. Pada trimester pertama sebanyak satu kali, trimester kedua sebanyak satu kali dan trimester ketiga sebanyak 2 kali (4). Hal tersebut dilakukan agar kondisi kesehatan ibu hamil dan janin dapat dipantau secara periodik. Ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan kehamilan secara periodik akan berdampak pada risiko kesehatan, seperti keguguran, gangguan psikis, anemia, preeklampsia, eklampsia, bayi lahir prematur, bayi lahir dengan berat badan rendah dan kematian (5-7). Sehingga, sangat perlu bagi ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai dengan standar WHO tersebut.

Meski demikian, dalam kondisi pandemi COVID-19, disaat sistem pelayanan kesehatan terganggu dan aktivitas sosial masyarakat di batasi, maka akan memberikan dampak terhadap akses ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan kehamilan. Gangguan tersebut berisiko tidak lengkapnya pemeriksaan kehamilan oleh ibu hamil.

Berdasarkan kelengkapan pemeriksaan kehamilan, sebesar 14,1% ibu hamil tidak lengkap melakukan pemeriksaan kehamilan. Ibu hamil yang berdomisili di Kabupaten/Kota Bogor merupakan yang terbanyak tidak melakukan pemeriksaan kehamilan secara lengkap, proporsinya sebanyak 17,6%. Selanjutnya, ibu hamil yang berdomisili di Kabupaten/Kota Tangerang dan Kota Tangerang Selatan, proporsinya sebesar 16,7% dan Jakarta sebanyak 16,3%.

Berdasarkan umur ibu hamil, ibu hamil yang berusia lebih dari 30 tahun merupakan kelompok yang paling besar proporsinya tidak lengkap melakukan pemeriksaan kehamilan. Proporsi kelompok ini mencapai 19,2%. Selanjutnya, ibu hamil yang berusia 25-27 tahun dengan proporsi sebesar 18,5%. Ibu hamil yang berpendidikan SMA dan diploma merupakan kelompok yang paling tidak lengkap melakukan pemeriksaan kehamilan dengan proporsi sebesar 20%.

Kelompok ibu yang tidak bekerja juga paling banyak yang tidak lengkap melakukan

pemeriksaan kehamilan, dengan proporsi sebesar 19,4%. Terakhir, kelompok ibu hamil dengan jumlah anak lebih dari 2 orang juga merupakan kelompok yang tidak lengkap melakukan pemeriksaan kehamilan, dengan proporsi sebesar

20%. Berdasarkan analisis bivariate, terdapat hubungan antara kelengkapan pemeriksaan kehamilan dan pekerjaan ibu dengan $P = 0.047$ (lihat tabel 2).

Tabel 2. Kelengkapan Pemeriksaan Kehamilan berdasarkan Karakteristik Responden (N=120)

Karakteristik	Lengkap	Tidak lengkap	P
	N(%)	N(%)	
Wilayah			
Jakarta	36(83.7)	7(16.3)	0.776
Bogor	14(82.4)	3(17.6)	
Depok	26(86.7)	4(13.3)	
Tangerang	10(83.3)	2(16.7)	
Bekasi	17(94.4)	1(5.6)	
Umur Ibu			
< 25 tahun	32(88.9)	4(11.1)	0.625
25-27 tahun	22(81.5)	5(18.5)	
27-30 tahun	28(90.3)	3(9.7)	
> 30 tahun	21(80.8)	5(19.2)	
Pendidikan ibu			
SD	1(100.0)	0(0.0)	0.668
SMP	0(0.0)	0(0.0)	
SMA	12(80.0)	3(20.0)	
Diploma	16(80.0)	4(20.0)	
S1/S2/S3	74(88.1)	10(11.9)	
Pekerjaan			
Bekerja	49(92.5)	4(7.5)	0.047
Tidak bekerja	54(80.6)	13(19.4)	
Jumlah anak			
≤ 2 orang	99(86.1)	16(13.9)	0.716
> 2 orang	4(80.0)	1(20.0)	

Kesiapan fasilitas kesehatan bagi pemeriksaan kehamilan di masa pandemi COVID-19 menjadi faktor kunci bagi akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan (13). Hal tersebut didasarkan pada fakta bahwa banyak fasilitas kesehatan yang terganggu dengan meningkatnya perawatan terhadap pasien penyakit COVID-19 dan tingginya risiko penyebaran virus tersebut di tempat pelayanan kesehatan. Bahkan, di awal pandemi, beberapa fasilitas kesehatan, terutama di daerah yang menjadi episenter penyebaran virus melakukan penyesuaian operasional pelayanan, termasuk menghentikan sementara pelayanan terhadap ibu hamil.

Standard operational procedure (SOP) yang berbasis pada protokol kesehatan di masa pandemi merupakan aspek yang harus disiapkan oleh fasilitas kesehatan. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan mengeluarkan pedoman bagi ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir sebagai panduan bagi petugas kesehatan, ibu hamil, ibu melahirkan dan bayi baru lahir dalam melakukan pelayanan kesehatan di masa pandemi (14).

Hasil survei, secara umum, ibu hamil memilih rumah sakit sebagai tempat pemeriksaan kehamilan selama masa pandemi, dengan proporsi 44,1%. Berdasarkan wilayah, ibu hamil yang bermukim di Jakarta, Bogor, Depok dan Bekasi paling besar proporsinya melakukan pemeriksaan kehamilan di rumah sakit, yaitu 54,1%, 25,0%, 60,0% dan 58,8%. Sedangkan, di Tangerang, proporsi terbesar di tempat praktik bidan, yaitu 41,7%. Setelah rumah sakit, fasilitas kesehatan yang menjadi tujuan ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan adalah tempat praktik bidan.

Berdasarkan umur ibu hamil, ibu hamil yang berumur 27-30 tahun paling besar proporsinya melakukan pemeriksaan kehamilan di rumah sakit dibanding fasilitas kesehatan lainnya, yaitu 62,1%. Sedangkan, ibu hamil yang berusia besar dari 30 tahun sebesar 54,2%, usia kurang dari 25 tahun sebesar 39,4% dan usia 25-27 tahun sebesar 34,6%. Berdasarkan pendidikan ibu hamil, terdapat variasi pilihan. Ibu hamil yang

berpendidikan S1/S2/S3 lebih banyak memilih rumah sakit dibanding fasilitas kesehatan lainnya, dengan proporsi sebesar 55,7%. Tapi, ibu hamil yang berpendidikan SMA dan diploma lebih banyak memilih tempat praktik bidang dengan proporsi 42,9% dan 38,9%.

Selanjutnya, ibu hamil yang bekerja memiliki proporsi yang paling banyak melakukan pemeriksaan kehamilan di rumah sakit, yaitu 49,0%. Sedangkan ibu hamil yang tidak bekerja sebesar 45,9%. Berdasarkan jumlah anak, ibu hamil yang memiliki anak ≤ 2 orang lebih banyak melakukan pemeriksaan kehamilan di rumah sakit dengan proporsi sebesar 48,6%. Sedangkan ibu

hamil yang memiliki anak lebih dari 2 orang, lebih memilih tempat praktik bidan dalam melakukan pemeriksaan kehamilan dibanding fasilitas kesehatan lainnya, dengan proporsi sebesar 80,0%.

Berdasarkan analisis bivariate, terdapat dua variable yang memiliki hubungan antara pilihan fasilitas kesehatan terhadap karakteristik ibu hamil. Pertama, hubungan antara pilihan fasilitas kesehatan dan pendidikan ibu hamil dengan nilai $P = 0.019$. Kedua, hubungan antara pilihan fasilitas kesehatan dan jumlah anak dengan nilai $P = 0.013$ (lihat tabel 3).

Tabel 3. Fasilitas Kesehatan yang diakses oleh Ibu Hamil berdasarkan Karakteristik (N=120)

Karakteristik	Rumah Sakit	Rumah Bersalin	Puskesmas	Praktik Bidan	P
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Wilayah					
Jakarta	20(54,1)	3(8,1)	9(24,3)	5(13,5)	0.158
Bogor	4(25,0)	3(18,7)	5(31,3)	4(25,0)	
Depok	18(60,0)	2(6,7)	4(13,3)	6(20,0)	
Tangerang	1(8,3)	2(16,7)	4(33,3)	5(41,7)	
Bekasi	10(58,8)	1(5,9)	2(11,8)	4(23,5)	
Umur Ibu					
< 25 tahun	13(39,4)	2(6,1)	9(27,3)	9(27,3)	0.079
25-27 tahun	9(34,6)	7(26,9)	5(19,2)	5(19,2)	
27-30 tahun	18(62,1)	1(3,4)	6(20,7)	4(13,8)	
> 30 tahun	13(54,2)	1(4,2)	4(16,7)	6(25,0)	
Pendidikan ibu					
SD	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	0.019
SMP	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
SMA	4(28,6)	3(21,4)	1(7,1)	6(42,9)	
Diploma	5(27,8)	1(5,6)	5(27,8)	7(38,9)	
S1/S2/S3	44(55,7)	7(8,9)	18(22,8)	10(12,7)	
Pekerjaan					
Bekerja	25(49,0)	2(3,9)	12(23,5)	12(23,5)	0.288
Tidak bekerja	28(45,9)	9(14,8)	12(19,7)	12(19,7)	
Jumlah anak					
≤ 2 orang	52(48,6)	11(10,3)	24(22,4)	20(18,7)	0.013
> 2 orang	1 (20,0)	0(0,0)	0(0,0)	4(80,0)	

KESIMPULAN

Pandemi COVID-19 telah berdampak buruk terhadap pelayanan kebidanan di Indonesia. Masih banyak ibu hamil yang terpaksa tidak melakukan pemeriksaan kehamilan dan kesulitan untuk mengakses pelayanan kebidanan. Ibu hamil membutuhkan pelayanan kebidanan yang aman di masa pandemi COVID-19. Studi menyimpulkan terdapat gangguan akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan selama masa pandemi COVID-19. Oleh karena itu, pengambil kebijakan perlu merancang sistem pelayanan kesehatan dengan protokol kesehatan yang ketat. Hal tersebut dilakukan untuk memastikan bahwa

keselamatan petugas kesehatan dan ibu hamil bisa terjaga dengan baik dan tidak terinfeksi oleh virus SARS-CoV-2.

Selain itu, fungsi pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan, terutama Puskesmas perlu diefektifkan agar tidak terjadi penumpukan pasien di salah satu fasilitas kesehatan, seperti rumah sakit. Fasilitas kesehatan juga perlu mengembangkan pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil secara online atau *telemedicine*. Sistem pelayanan online tersebut sangat baik dilaksanakan, agar risiko penularan virus pada petugas kesehatan dan ibu hamil jadi rendah dan secara periodik ibu hamil dapat berkonsultasi mengenai kondisi kehamilannya, tanpa datang langsung ke fasilitas kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Samji P, Manoj KR. Effect of COVID-19 on Pregnancy and Childbirth. *Indian Journal of Obstetrics and Gynecology Research*. 2020;7(2):296-299. doi: 2394-2746.
2. Luo Y, Yin K. Management of Pregnant Women Infected with COVID-19. *The Lancet*. 2020;20(5):513-514. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30191-2.
3. Stock SJ, McAllister D, Vasileiou E, et al. COVID-19 in Pregnancy in Scotland (COPS): Protocol for an Observational Study Using Linked Scottish National Data. *BMJ Open*. 2020;10(11):e042813. Published 2020 Nov 26. doi:10.1136/bmjopen-2020-042813.
4. World Health Organization (WHO). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum, and Newborn Care: A Guide for Essential Practice*. Geneva: World Health Organization. 2003.
5. Castro P, Matos AP, Werner H, Lopes FP, Tonni G, Araujo Júnior E. Covid-19 and Pregnancy: An Overview. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(7):420-426. doi:10.1055/s-0040-1713408.
6. Zheng T, Guo J, He W, Wang H, Yu H, Ye H. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Pregnancy: 2 Case Reports on Maternal and Neonatal Outcomes in Yichang City, Hubei Province, China. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(29):e21334. doi:10.1097/MD.00000000000021334.
7. Juan J, Gil MM, Rong Z, Zhang Y, Yang H, Poon LC. Effect of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) on Maternal, Perinatal and Neonatal Outcome: Systematic Review. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020;56(1):15-27. doi:10.1002/uog.22088.
8. Stephens AJ, Barton JR, Bentum NA, Blackwell SC, Sibai BM. General Guidelines in the Management of an Obstetrical Patient on the Labor and Delivery Unit during the COVID-19 Pandemic. *Am J Perinatol*. 2020;37(8):829-836. doi:10.1055/s-0040-1710308.
9. Trapani Júnior A, Vanhoni LR, Silveira SK, Marcolin AC. Childbirth, Puerperium and Abortion Care Protocol during the COVID-19 Pandemic. *Protocolo de Cuidados no Parto, no Puerpério e no Abortamento Durante a Pandemia de Covid-19. Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(6):349-355. doi:10.1055/s-0040-1713587.
10. Harvey S, Zalud I. Obstetric Hospital Preparedness for A Pandemic: An Obstetric Critical Care Perspective in Response to COVID-19. *J Perinat Med*. 2020;48(9):874-882. doi:10.1515/jpm-2020-0281.
11. Dashraath P, Wong JLJ, Lim MXK, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic and Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(6):521-531. doi:10.1016/j.ajog.2020.03.021.
12. López M, Gonce A, Meler E et al. Coronavirus Disease 2019 in Pregnancy: A Clinical Management Protocol and Considerations for Practice. *Fetal Diagn Ther*. 2020;47(7):519-528. doi: 10.1159/000508487.
13. McDonnell S, McNamee E, Lindow SW, O'Connell MP. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Maternity Services: A review of Maternal and Neonatal Outcomes Before, During and After the Pandemic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;255:172-176. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.10.023
14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman bagi Ibu Hamil, Bersalin, Nifas dan Bayi Baru Lahir*. Available from: <http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/Pedoman%20bagi%20Ibu%20Hamil,%20Bersalin,%20Nifas%20dan%20BBL%20di%20Era%20Pandemi%20COVID%2019.pdf>

EVALUASI KESIAPAN RUMAH SAKIT MENGHADAPI BENCANA NON-ALAM: STUDI KASUS COVID-19 DI RUMAH SAKIT BETHESDA YOGYAKARTA

EVALUATION OF HOSPITAL PREPAREDNESS TOWARD DISASTER: A CASE STUDY OF COVID-19 IN BETHESDA YOGYAKARTA HOSPITAL

Yohana Puji Dyah Utami¹, Rizaldy T. Pinzon¹, Andreasta Meliala²

¹Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta,

²Magister Manajemen Rumah Sakit, Departemen Health Policy Management, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRAK

Pandemi COVID-19 menjadi masalah global sejak kemunculannya di Wuhan, Cina pada akhir 2019. Pengalaman di Cina dan di berbagai negara termasuk Indonesia menunjukkan upaya penyiapan fasilitas kesehatan untuk pasien COVID yang melonjak dalam waktu singkat. Tujuan utama penelitian ini adalah mengukur tingkat kesiapan rumah sakit Bethesda Yogyakarta dalam menyiapkan sumber daya untuk mengatasi lonjakan pasien COVID-19. Penelitian ini adalah studi kasus. Populasi penelitian adalah staf dan manajemen rumah sakit yang terlibat dalam penanganan COVID-19. Instrumen penelitian berupa panduan wawancara mendalam, daftar pertanyaan wawancara, dan form *Hospital Safety Index* (HSI). Analisis data ditampilkan sesuai dengan konsep *surge capacity* rumah sakit yaitu meliputi aspek *space*, *staff*, *stuff/supplies*, dan *system* berdasarkan data penelitian. Indeks keamanan modul 2 sebesar 0,38 dan klasifikasi b. Indeks keamanan modul 3 sebesar 0,70 dan klasifikasi a. Indeks keamanan modul 4 sebesar 0,29 dan klasifikasi c. Status keseluruhan fasilitas kesehatan termasuk klasifikasi B, dengan indeks keamanan sebesar 0,46. Faktor-faktor penentu manajemen bencana di rumah sakit Bethesda Yogyakarta berdasarkan aspek *space* adalah perubahan tata ruang, penyiapan dan penggunaan ruang isolasi, penyiapan eskalasi ruang, dan alur ke ruang isolasi. Faktor-faktor penentu berdasarkan aspek *staff* adalah kesediaan, kriteria, dan kompetensi SDM, perlindungan terhadap staf, skrining dan isolasi bagi staf yang terpapar COVID-19, dan upaya memotivasi staf untuk pelayanan COVID. Faktor-faktor penentu berdasarkan aspek *supplies* adalah upaya mencukupkan APD yang sesuai standar dan level, sinkronisasi kebutuhan dan ketersediaan logistik, upaya mencukupkan logistik, peran jejaring dalam mencukupi kebutuhan seperti ventilator dan donasi. Faktor-faktor penentu berdasarkan aspek sistem adalah upaya meminimalkan risiko penularan, pemisahan area, skrining, komunikasi eksternal dan internal, sistem informasi, tren selama pandemi, dan inovasi pelayanan sebagai strategi rumah sakit untuk bertahan. Selama status kedaruratan belum dicabut, rumah sakit harus terus melakukan langkah-langkah intervensi untuk mengantisipasi lonjakan pasien COVID atau jika ada gelombang kedua pandemi.

Kata kunci: Kesiapan rumah sakit; Hospital safety index; Surge capacity; Pandemi COVID-19.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has become a global problem since its emergence in Wuhan, China at the end of 2019. Experience in China and in various countries including Indonesia shows that efforts to prepare health facilities for COVID-19 patients have increased in a short time. The main objective of this study is to measure the readiness level of Bethesda Hospital Yogyakarta in preparing resources to cope with the surge in COVID-19 patients. This research is a case study. The study population was staff and hospital management involved in handling COVID-19. The research instruments were in-depth interview guides, a list of interview questions, and the Hospital Safety Index (HSI) form. Data analysis is displayed according to the hospital surge capacity concept, which includes aspects of space, staff, stuff / supplies, and systems based on research data. The safety index for module 2 is 0.38 and classification b. The safety index for module 3 is 0.70 and classification a. The safety index for module 4 is 0.29 and classification c. The overall status of health facilities is classified as B, with a safety index of 0.46. The determinants of disaster management at Bethesda Hospital Yogyakarta based on the space aspect are changes in spatial layout, preparation and use of isolation rooms, preparation of room escalation, and flow to isolation rooms. Determining factors based on staff aspects are the willingness, criteria and competence of human resources, protection of staff, screening and isolation of staff exposed to COVID-19, and efforts to motivate staff for COVID-19 services. Determining factors based on the supply aspect are efforts to meet PPE according to standards and levels, synchronization of logistics needs and availability, efforts to meet logistics, the role of networks in meeting needs such as ventilators and donations. Determinants based on system aspects are efforts to minimize the risk of transmission, separation of areas, screening, external and internal communication, information systems, trends during a pandemic, and service innovation as a strategy for the organization to survive. As long as the emergency status has not been revoked, the hospital must continue to take interventional steps to anticipate a surge in COVID patients or if there is a second wave of the pandemic.

Keywords: Hospital readiness; Hospital safety index; Surge capacity; Pandemic COVID-19,

PENDAHULUAN

Pandemi COVID-19 telah menjadi masalah global sejak kemunculannya di Wuhan, Cina pada akhir tahun 2019. Penyebarannya sangat cepat. Negara-negara yang terdampak sangat tidak siap pada saat terjadi lonjakan jumlah penderita COVID-19 yang memerlukan perawatan intensif di rumah sakit. Pengalaman di Cina menunjukkan bagaimana upaya yang sangat ketat dalam pembatasan pergerakan manusia mampu mengatasi penyebaran COVID-19 (1) a previous unidentified coronavirus, currently named as the 2019 novel coronavirus#, emerged from Wuhan, China, and resulted in a formidable outbreak in many cities in China and expanded globally, including Thailand, Republic of Korea, Japan, United States, Philippines, Viet Nam, and our country (as of 2/6/2020 at least 25 countries. Pada awalnya, di Wuhan ditemukan 27 kasus pneumonia virus corona baru yang dinamai sebagai 2019-nCoV. Kemudian secara resmi WHO menamainya sebagai COVID-19. Pada 23 Januari 2020, Wuhan diisolasi oleh pemerintah. Dibangun dua rumah sakit sementara yang selesai dalam waktu 7 hari. Hingga tengah malam tanggal 17 Februari 2020, terdapat 72.436 kasus yang dikonfirmasi secara kumulatif, 58.016 kasus yang dikonfirmasi di Cina daratan, 6.242 kasus yang diduga, secara kumulatif 1.868 kasus kematian, 12.552 kasus sembuh dan dipulangkan dari rumah sakit (2).

Sebuah penelitian di Korea Selatan menggambarkan evaluasi penilaian risiko COVID-19 oleh Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Korea (KCDC) berupa deteksi sampai penyediaan informasi dasar kepada otoritas kesehatan masyarakat. Sebanyak 8 penilaian risiko dilakukan pada 8 kesempatan terpisah antara 8 Januari sampai 28 Februari 2020. Risiko keseluruhan dari setiap tahap penilaian tingkat keparahannya yaitu: "rendah" (pertama), "sedang" (kedua), "tinggi" (ketiga), "tinggi" (keempat), "tinggi" (kelima), "tinggi" (keenam), "tinggi" (ketujuh), dan "sangat tinggi" (kedelapan). Kedelapan penilaian risiko KCDC tersebut digunakan untuk mengaktifasi mekanisme tanggap darurat nasional dan untuk mempersiapkan mitigasi pandemi COVID-19 (3).

Sebuah artikel menggambarkan bagaimana situasi di Italia saat terjadi *outbreak* COVID-19. Meskipun sistem kesehatan Italia sangat maju dan memiliki 3,2 tempat tidur rumah sakit per 1000 penduduk (jika dibandingkan dengan 2,8 di AS), mustahil untuk memenuhi kebutuhan begitu banyak pasien yang sakit kritis dalam

waktu bersamaan. Operasi-operasi elektif telah dibatalkan, tindakan-tindakan semi elektif ditunda, dan ruang-ruang operasi diubah menjadi ICU. Dengan semua tempat tidur rumah sakit terpakai, area koridor dan administrasi dipenuhi oleh pasien, di mana sebagian menerima ventilasi non invasif (4).

Indonesia dalam menghadapi pandemi COVID-19 juga mengalami hal yang serupa. Kesiagaan baru mulai ditunjukkan setelah ada kasus terkonfirmasi COVID-19 yang dilaporkan pada 2 Maret 2020 (5). Kasus positif terus bertambah dari hari ke hari secara eksponensial (6). Mulai muncul transmisi lokal di daerah-daerah (7). Pada tanggal 13 April 2020, dikeluarkanlah Keputusan Presiden Republik Indonesia yang menyatakan bahwa wabah COVID-19 sebagai bencana nasional (8). Untuk mengatasi penyebaran COVID-19, berbagai peraturan dan kebijakan dikeluarkan pemerintah Indonesia antara lain pemberlakuan *social* atau *physical distancing*, sosialisasi cuci tangan yang benar, belajar dan bekerja dari rumah, pemakaian masker bagi orang yang sakit maupun sehat, pembatasan sosial berskala besar (9), himbuan untuk tidak mudik (10).

Data dari laporan Dinas Kesehatan kabupaten/kota dan rumah sakit rujukan COVID-19 di Daerah Istimewa Yogyakarta sampai tanggal 31 Oktober 2020 menunjukkan jumlah positif COVID-19 meninggal sebanyak 93 orang, positif COVID-19 sembuh sebanyak 3147 orang, kasus terkonfirmasi COVID-19 sebanyak 3835 orang (11). Data dari Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 di Indonesia sampai 31 Oktober 2020 menunjukkan jumlah suspek COVID-19 sebanyak 67.900 orang, spesimen yang diperiksa sebanyak 29.001, kasus konfirmasi COVID-19 sebanyak 410.088, sembuh sebanyak 337.801, dan meninggal sebanyak 13.869 (12). Data dari WHO sampai 31 Oktober 2020 menyatakan secara global jumlah kasus terkonfirmasi COVID-19 sebanyak 45.523.063 dan kematian sebanyak 1.186.596 orang. Untuk kawasan Asia Tenggara, jumlah kasus terkonfirmasi COVID-19 sebanyak 9.196.384 orang (13).

Berbagai pemodelan secara statistik dan epidemiologis telah dibuat untuk memprediksi puncak pandemi di Indonesia bahkan di Yogyakarta, salah satunya adalah menggunakan pemodelan SEIR (14). Untuk menghadapinya, telah disiapkan rencana kontijensi oleh Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) bersama sejumlah instansi terkait seperti Dinas Kesehatan

DIY, TNI, Polri, rumah sakit, dan perangkat daerah tingkat kabupaten/kota, yaitu dengan melakukan pemetaan potensi penularan untuk upaya antisipasi yang lebih optimal serta pemetaan risiko di sejumlah lokasi seperti bandara, stasiun, terminal, pusat niaga, tempat wisata, sekolah, dan tempat layanan publik lainnya (15). Terdapat 25 rumah sakit di DIY yang berstatus sebagai rumah sakit rujukan pasien COVID-19 yaitu 7 rumah sakit di kota Yogyakarta, 2 rumah sakit di Kulon Progo, 10 rumah sakit di Sleman, 2 rumah sakit di Gunungkidul, dan 4 rumah sakit di Bantul (16).

Telah dilakukan asesmen manajemen bencana di Rumah Sakit Bethesda pada awal pandemi dan didapatkan beberapa kekurangan. Dampak dari berbagai kekurangan dalam hasil asesmen manajemen bencana di Rumah Sakit Bethesda tersebut adalah persiapan yang kurang terstruktur dalam eskalasi struktur dan mobilisasi sumber daya manusia, alur pelayanan terkait COVID-19 kurang lancar, implementasi kebijakan yang serba mendadak serta kurangnya koordinasi dan komunikasi, dan meningkatnya kecemasan staf karena risiko terpapar COVID-19. Visi Rumah Sakit Bethesda dalam penanganan COVID-19 adalah membuat sistem pelayanan rumah sakit yang lebih tertata sehingga pelayanan COVID-19 dan non-COVID-19 dapat berjalan sesuai standar serta aman bagi pasien, pengunjung, dan staf.

Perumusan masalah penelitian adalah "Bagaimana mekanisme *surge capacity* Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta dalam menghadapi lonjakan pasien terkait COVID-19?" Tujuan penelitian ini adalah mengukur tingkat kesiapan rumah sakit Bethesda Yogyakarta dalam menyiapkan sumber daya untuk mengatasi lonjakan pasien COVID-19 selama masa pandemi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah studi kasus. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta pada Agustus-September 2020 setelah mendapat persetujuan etik. Rumah Sakit Bethesda adalah rumah sakit swasta kelas B di Yogyakarta yang ditunjuk menjadi salah satu rumah sakit rujukan untuk COVID-19 level 2 oleh Pemerintah Daerah Istimewa Yogyakarta. Populasi penelitian adalah staf dan manajemen rumah sakit yang terlibat dalam penanganan COVID-19. Sampel ditentukan dengan cara *purposive sampling*. Instrumen penelitian berupa panduan wawancara mendalam,

daftar pertanyaan wawancara, dan form *Hospital Safety Index* (HSI) yang disesuaikan. Data penelitian dianalisis dengan cara kompilasi serta triangulasi data wawancara dan hasil kalkulasi skor HSI untuk ditarik kesimpulan. Wawancara mendalam dilakukan secara semi terstruktur. Data hasil wawancara ditranskripsi, dikategorikan, diinterpretasi dan dilaporkan secara tertulis. Analisis data ditampilkan sesuai dengan konsep *surge capacity* rumah sakit yaitu meliputi aspek *space, staff, stuff/supplies*, dan *system* berdasarkan data penelitian.

Penelitian dilakukan dengan memegang teguh prinsip baik, hormat, dan adil terhadap subjek penelitian. Sebelum dilakukan pengambilan data, dilakukan pengajuan untuk mendapatkan kelayakan etik dari Komisi Etik FK-KMK UGM Yogyakarta dan Komite Etik Penelitian (KEP) Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta. Penelitian dilakukan sesuai dengan protokol yang telah disetujui dan dinyatakan layak etik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan penghitungan skor *Hospital Safety Index* menggunakan kalkulator HSI, diperoleh hasil sebagai berikut. Untuk modul 2 yaitu elemen yang terkait dengan keamanan struktural rumah sakit, diperoleh hasil indeks keamanan sebesar 0,38 dan indeks kerentanan sebesar 0,62 dengan klasifikasi b. Untuk modul 3 yaitu keamanan non struktural rumah sakit, diperoleh hasil indeks keamanan sebesar 0,70 dan indeks kerentanan sebesar 0,30 dengan klasifikasi a. Untuk modul 4 yang terkait dengan pengelolaan darurat dan bencana, diperoleh hasil indeks keamanan sebesar 0,29 dan indeks kerentanan sebesar 0,71 dengan klasifikasi c. Status keseluruhan fasilitas kesehatan berdasarkan skor HSI termasuk klasifikasi B, dengan indeks keamanan sebesar 0,46. Dengan klasifikasi B, maka secara keseluruhan tingkat keamanan dan penanganan darurat dan manajemen rumah sakit saat ini adalah sedemikian rupa sehingga keamanan pasien dan staf rumah sakit, dan kemampuan rumah sakit untuk berfungsi selama dan setelah bencana darurat berpotensi berisiko. Sehingga, langkah-langkah intervensi dibutuhkan dalam jangka pendek. Dalam penelitian ini akan dibahas secara khusus modul 4 HSI karena tabulasi skor modul 4 Rumah Sakit Bethesda adalah yang paling rendah dibandingkan modul 2 dan 3.

Tabel 1. Modul 4 *Hospital Safety Index*: Pengelolaan darurat dan bencana

	Jumlah Butir			Bobot Kontribusi terhadap Modul (%)			Total
	Rendah	Sedang	Tinggi	Rendah	Sedang	Tinggi	
4.1 Koordinasi manajemen pada saat keadaan darurat dan bencana	3	5	0	4.05	10.95	0.00	15.00
4.2 Respon dan rencana pemulihan rumah sakit untuk keadaan darurat dan bencana	3	2	0	10.26	7.74	0.00	18.00
4.3 Manajemen komunikasi dan informasi	1	2	1	2.80	2.45	1.75	7.00
4.4 Sumber daya manusia	0	4	1	0.00	19.00	1.00	20.00
4.5 Logistik dan keuangan	1	1	2	2.40	2.00	3.60	8.00
4.6 Layanan dan dukungan pasien	4	4	1	8.25	15.50	1.25	25.00
4.7 Evakuasi, dekontaminasi dan keamanan	1	4	0	1.05	5.95	0.00	7.00
Total	13	22	5	28.81	63.59	7.60	100.00

Modul 4.1 yaitu koordinasi manajemen pada saat keadaan darurat dan bencana dikaitkan dengan data wawancara dalam aspek sistem *surge capacity* yaitu kategori *Incident Command System* dan komunikasi eksternal. Meskipun sudah menggunakan konsep ICS, koordinasi manajemen belum efektif karena anggota tim belum dilatih dan belum dijelaskan tanggung jawabnya secara terperinci sehingga konsep ICS belum dipahami sepenuhnya. Belum semua staf memahami tugasnya dalam tim. Selain itu, terjadi tumpang tindih tanggung jawab karena manajemen bencana bukan pekerjaan utama. Pihak eksternal melihat rumah sakit siap namun secara internal masih banyak yang harus dikerjakan dan dipenuhi dalam waktu singkat. Koordinasi akan efektif jika tingkat kewenangan, peran, dan tanggung jawab dalam rumah sakit telah didefinisikan sehingga kegiatan dan layanan sejalan dengan tujuan dan peran rumah sakit secara keseluruhan (17).

Modul 4.2 yaitu respon dan rencana pemulihan rumah sakit untuk keadaan darurat dan bencana dikaitkan dengan data wawancara dalam aspek sistem *surge capacity* yaitu kategori *Hospital Disaster Plan*. Sudah ada HDP di rumah sakit Bethesda dan konsepnya sudah dipahami namun tidak terdokumentasi dengan baik, belum diuji rencana responnya, dan tidak mudah diakses dokumennya. Tujuan pendokumentasian HDP supaya dalam keadaan darurat atau tanggap bencana, rumah sakit dapat mengintegrasikan rencana tanggapannya dengan rencana tanggapan lokal dan rencana respon kesehatan di tingkat lain serta menyediakan kerja sama dengan layanan dan institusi lain termasuk rujukan ke dan dari fasilitas lain dan mempertimbangkan dukungan teknis dan logistik yang sesuai (17).

Modul 4.3 yaitu manajemen komunikasi dan informasi dikaitkan dengan data wawancara

dalam aspek sistem *surge capacity* yaitu kategori komunikasi eksternal, komunikasi internal, dan sistem informasi. Untuk komunikasi internal, staf yang terlibat belum terlatih dalam komunikasi darurat. Sedangkan untuk komunikasi eksternal, meskipun sudah ada PIC yang ditunjuk, pada awal pandemi ada kendala dalam sistem informasi karena alur dan prosedur penyampaian informasi data dan hasil tes diagnostik yang belum tertata. Baru pada akhir Maret 2020, Satgas COVID-19 Indonesia mengeluarkan pedoman medis respon cepat dan aspek kesehatan masyarakat COVID-19 di Indonesia yang juga mengatur informasi tentang protokol tes diagnostik cepat, tes laboratorium, penanganan pasien, dan sarana komunikasi (18).

Modul 4.4 yaitu sumber daya manusia dikaitkan dengan data wawancara dalam aspek staf *surge capacity* yaitu kategori manajemen relawan, kesediaan staf, kriteria staf, kompetensi staf, upaya memotivasi staf, dan upaya perlindungan terhadap staf. Ketersediaan SDM untuk pelayanan penunjang pada awal pandemi COVID-19 di rumah sakit Bethesda dibantu dengan perekrutan relawan non medis. Sedangkan untuk SDM klinis, khususnya perawat untuk ruang isolasi khusus COVID, dilakukan upaya peningkatan kompetensi, pembekalan tentang APD, dan mobilisasi sedemikian rupa supaya ada waktu istirahat yang cukup. Yang terpenting adalah mengupayakan agar SDM yang ditugaskan dapat termotivasi untuk bekerja dengan menyadari risiko bagi diri dan keluarganya. Dukungan manajemen rumah sakit bagi SDM yang terlibat pelayanan COVID secara langsung adalah melalui suplementasi vitamin untuk ketahanan fisik, surveilans berkala, prosedur APD sesuai level untuk perlindungan, pemberlakuan alur bagi staf yang terpapar, penyediaan tempat untuk isolasi mandiri SDM yang terpapar, dan pemberian insentif sesuai aturan Kementerian Kesehatan.

Ketersediaan staf berpengaruh signifikan terhadap kapasitas rumah sakit untuk memberikan layanan dalam keadaan darurat atau bencana. Harus tersedia rencana untuk melatih personel rumah sakit secara terus-menerus untuk keadaan darurat dan bencana yang juga menjadi bagian orientasi reguler untuk staf baru. Harus ada verifikasi penentuan ruang untuk petugas rumah sakit dapat beristirahat, tidur, makan, minum, dan menjalankan ibadah dalam keadaan darurat (17).

Sebuah penelitian menyimpulkan bahwa epidemi COVID-19 mengakibatkan peningkatan beban kerja dan stres bagi staf medis. Faktor utama yang mempengaruhi adalah persepsi risiko infeksi pada diri dan keluarga staf, kematian pasien, ketersediaan APD, pengakuan atas pekerjaan mereka oleh otoritas rumah sakit, dan penurunan jumlah kasus COVID yang dilaporkan. Untuk mempertahankan dan mendorong keterlibatan staf medis di masa depan, diperlukan dukungan staf dan penyediaan fasilitas serta peralatan oleh pengelola rumah sakit dan pemerintah (19).

Modul 4.5 yaitu logistik dan keuangan dikaitkan dengan data wawancara dalam aspek *supplies* dalam *surge capacity* yaitu kategori upaya mencukupkan APD dan logistik farmasi serta sinkronisasi kebutuhan dengan ketersediaan. Pada awal pandemi COVID-19, rumah sakit mengalami kesulitan mendapatkan APD karena harga yang tinggi. Tim logistik HDP berupaya mendapatkan APD secara cepat dan tepat melalui dua mekanisme pengadaan yaitu donasi dan membeli. Donasi banyak dibantu oleh jejaring seperti YEU. Donasi mulai berkurang jika dibandingkan pada awal pandemi. Sinkronisasi kebutuhan dan ketersediaan logistik dilakukan agar pemanfaatan sesuai dengan kebutuhan.

Optimalisasi penggunaan APD penting mengingat meningkatnya permintaan APD di seluruh dunia. WHO dan CDC mengeluarkan pedoman untuk menjaga pasokan APD. Koordinasi antara penawaran dan permintaan APD penting dilakukan agar rasio persediaan dan permintaan APD terpenuhi. Salah satu metode untuk memantau pasokan dan menyesuaikan permintaan APD adalah dengan memperkirakan penggunaan APD berdasarkan penghitungan rasional, yaitu dengan penjabaran persediaan untuk memenuhi permintaan (20) prevention became a major part of controlling the disease and its effects. COVID-19 spreads from the aerosols of an infected individual whether they are showing any symptoms or not. Therefore, it becomes nearly impossible to point exactly where the patient is. This is where personal protective equipment (PPE).

Modul 4.6 yaitu layanan dan dukungan pasien dikaitkan dengan data wawancara dalam aspek

sistem dan *space surge capacity* yaitu kategori pelayanan pasien COVID, skrining, dan eskalasi. Dengan adanya alur dan SPO pelayanan pasien COVID, gambar struktur HDP COVID, dan pengawasan pelaksanaannya oleh komite mutu dan keselamatan pasien rumah sakit, diharapkan pelayanan pasien COVID berjalan sesuai dengan standar dan aman bagi pasien, staf, dan lingkungan. Proses skrining pasien menjadi hal yang sangat penting terutama dalam hal keakuratan datanya. Eskalasi ruang isolasi COVID disiapkan jika hunian ruang isolasi COVID mencapai 80% dari kapasitas. Identifikasi area eskalasi terus dilakukan.

Protokol skrining yang handal diperlukan untuk mengidentifikasi pasien yang dicurigai atau dikonfirmasi COVID-19 selama wabah. Skrining diberlakukan bagi semua pasien dan pengunjung rawat inap maupun rawat jalan (21)200 bed tertiary care teaching hospital in Chengdu, Sichuan, China. Participants: 802 adults presenting to hospital with concerns of having COVID-19, 1,246 inpatients and 2,531 hospital visitors. Interventions: Screening and management of patients using a hospital-specific protocol, which included fever triage, monitoring visitors and patients, emergency response, personnel training for healthcare team members, health education for patients and family, medical materials management, disinfection and wastes disposal protocols. Results: Between 23 January and 28 February 2020, 73 people were identified as having fever plus respiratory signs with/without a history of exposure and were tested for the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Sedangkan pemilihan ruang untuk menghadapi lonjakan pasien ditentukan oleh karakteristik area masing-masing seperti lokasi, staf, dan pemantauan pasien. Untuk penyakit menular melalui udara, dibutuhkan isolasi dengan ventilasi tekanan negatif untuk mencegah penularan. Isolasi airborne adalah bentuk yang paling ketat untuk syarat fasilitas ruang intensif (22)qualified personnel, medical care, and public health in the event of bioterrorism, disaster, or other large-scale, public health emergencies. There are many individuals and agencies, including policy makers, planners, administrators, and staff at the federal, state, and local level, involved in the process of planning for and executing policy in respect to a surge in the medical requirements of a population. They are responsible to ensure there is sufficient surge capacity within their own jurisdiction. Problem: The [US] federal government has required New York State to create a system of hospital bed surge capacity that provides for 500 adult and pediatric patients per 1 million population,

which has been estimated to be an increase of 15-20% in bed availability. In response, the New York City Department of Health and Mental Hygiene (NYC DOH).

Modul 4.7 yaitu evakuasi, dekontaminasi, dan keamanan dikaitkan dengan data wawancara dalam aspek *supplies* dan sistem di *surge capacity* yaitu kategori proses dekontaminasi alat dan meminimalkan risiko penularan. Dekontaminasi dilakukan terhadap alat seperti APD dan lingkungan, bukan pada orang, karena sifat karsinogenik desinfektan. Dekontaminasi APD, yang seharusnya sekali pakai, dilakukan sesuai pedoman standar PPI. Dekontaminasi yang tidak tepat atau tidak memadai dapat menimbulkan ancaman yang serius. Yang perlu diperhatikan adalah keefektifan metode yang digunakan, ada

tidaknya sisa toksisitas, dan memastikan materi APD masih berfungsi (20)prevention became a major part of controlling the disease and its effects. COVID-19 spreads from the aerosols of an infected individual whether they are showing any symptoms or not. Therefore, it becomes nearly impossible to point exactly where the patient is. This is where personal protective equipment (PPE).

Kebijakan rumah sakit untuk meniadakan jam kunjung, mengurangi kontak, wajib memakai masker, dan mencuci tangan dilaksanakan untuk meminimalkan risiko penularan. Pengunjung dan pasien rawat jalan merupakan pembawa potensial infeksi patogen ke lingkungan rumah sakit. Sehingga, kebijakan rumah sakit Bethesda tersebut sudah sesuai untuk meminimalkan risiko (23).

Tabel 2. Matriks Kategori Data *Surge Capacity*

<p>SPACE</p> <ul style="list-style-type: none"> Eskalasi Ruang isolasi COVID Alur ke ruang isolasi COVID Ruang dekontaminasi Anteroom Area drop off pasien Perubahan tata ruang Biaya penyiapan ruang isolasi Komunikasi di ruang isolasi Klinik Agatha Bilik swab Tata udara ruang isolasi 	<p>STAFF</p> <ul style="list-style-type: none"> Upaya manajemen terhadap staf Dampak ekonomi staf Manajemen relawan Kompetensi SDM untuk pelayanan COVID Kriteria SDM untuk pelayanan COVID Mobilisasi SDM untuk pelayanan COVID Risiko SDM dalam pelayanan COVID Upaya perlindungan terhadap staf Skrining pada staf yang terpapar Upaya memotivasi staf untuk pelayanan Insentif bagi staf yang terlibat pelayanan COVID Isolasi bagi staf yang terpapar Kesediaan SDM untuk pelayanan COVID SDM klinik Agatha
<p>SUPPLIES</p> <ul style="list-style-type: none"> Level APD yang digunakan Situasi logistik saat awal pandemi Upaya mencukupkan APD Upaya mencukupkan logistik farmasi Peran jejaring dalam mencukupi kebutuhan Ketersediaan ventilator Penanganan limbah COVID Proses dekontaminasi alat Fasilitas cuci tangan APD sesuai standar Donasi Logistik yang diurus tim donasi Sinkronisasi kebutuhan dan ketersediaan Pemakaian dan pelepasan APD Hepafilter 	<p>SYSTEM</p> <ul style="list-style-type: none"> Pengalaman menghadapi bencana Pelayanan pasien non COVID Meminimalkan risiko penularan Pemisahan area Skrining Strategi rumah sakit untuk bertahan Sistem rujukan pasien Tren selama pandemi Komunikasi eksternal Inovasi pelayanan Pelayanan pasien COVID Incident command system Jejaring eksternal Komunikasi internal Sistem informasi Penjaminan biaya pasien Hospital disaster plan Biaya operasional Regulasi terkait COVID Sistem logistik Pengambilan keputusan Penegakan diagnosis Sistem pendaftaran Upaya promotif preventif Sistem kohorting

KESIMPULAN

Kesiapan rumah sakit Bethesda dalam masa bencana non-alam COVID-19 dinilai sedang berdasarkan skor *Hospital Safety Index* dengan kategori B. Manajemen bencana rumah sakit Bethesda Yogyakarta mengadopsi konsep *surge capacity* dan *incident command system* untuk mengantisipasi lonjakan pasien COVID-19 dalam masa pandemi. Faktor-faktor penentu manajemen

bencana di rumah sakit Bethesda Yogyakarta berdasarkan aspek *space* adalah perubahan tata ruang, penyiapan dan penggunaan ruang isolasi, penyiapan eskalasi ruang, dan alur ke ruang isolasi. Faktor-faktor penentu berdasarkan aspek *staff* adalah kesediaan SDM, kriteria SDM, kompetensi SDM, perlindungan terhadap staf, skrining dan isolasi bagi staf yang terpapar COVID-19, dan upaya memotivasi staf untuk pelayanan COVID. Faktor-faktor penentu berdasarkan aspek *supplies* adalah

upaya mencukupkan APD yang sesuai standar dan level, sinkronisasi kebutuhan dan ketersediaan logistik, upaya mencukupkan logistik, peran jejaring dalam mencukupi kebutuhan seperti ventilator dan donasi. Faktor-faktor penentu berdasarkan aspek sistem adalah upaya meminimalkan risiko penularan, pemisahan area, skrining, komunikasi eksternal dan internal, sistem informasi, tren selama pandemi, dan inovasi pelayanan sebagai strategi rumah sakit untuk bertahan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: An overview. *J Chinese Med Assoc* [Internet]. 2020; Available from: <https://www.mendeley.com/catalogue/1c74710a-95e1-3a64-be56-ef801c1bac13/>
2. Zhou Y, Chen Z, Wu X, Tian Z, Cheng L, Ye L. The Outbreak Evaluation of COVID-19 in Wuhan District of China. 2020;
3. Kim I, Lee J, Lee J, Shin E, Chu C, Lee SK. KCDC Risk Assessments on the Initial Phase of the COVID-19 Outbreak in Korea. *Osong Public Heal Res Perspect*. 2020;11(2):67–73.
4. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy--Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *The New England journal of medicine*. 2020;1–3.
5. Nuraini R. Kasus Covid-19 Pertama, Masyarakat Jangan Panik [Internet]. *indonesia.go.id*. 2020. p. 1. Available from: <https://indonesia.go.id/narasi/indonesia-dalam-angka/ekonomi/kasus-covid-19-pertama-masyarakat-jangan-panik>
6. Daud A. Kasus Corona Dunia Tembus 1,5 Juta, WHO Peringatkan Potensi Ledakan Artikel ini telah tayang di *Katadata.co.id* dengan judul "Kasus Corona Dunia Tembus 1,5 Juta, WHO Peringatkan Potensi Ledakan", <https://katadata.co.id/berita/2020/04/09/kasus-corona-dunia>. 2020.
7. Irmansyah N. Balita positif COVID-19 di NTB dan ancaman transmisi lokal [Internet]. 2020. Available from: <https://www.antaraneews.com/berita/1417135/balita-positif-covid-19-di-ntb-dan-ancaman-transmisi-lokal>
8. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) sebagai Bencana Nasional. Indonesia; 2020.
9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/239/2020. Indonesia; 2020.
10. Surat Edaran Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 41. Indonesia; 2020.
11. corona.jogjaprovo.go.id [Internet]. 2020. Available from: <https://corona.jogjaprovo.go.id/>
12. [covid19.go.id](https://www.covid19.go.id/) [Internet]. 2020. Available from: <https://www.covid19.go.id/>
13. WHO. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2020. Available from: <https://covid19.who.int/>
14. Binti Hamzah F, Lau CH, Nazri H, Ligot DV, Lee G, Tan CL, et al. CoronaTracker : Worldwide COVID-19 Outbreak Data Analysis and Prediction. *Bull World Heal Organ*. 2020;(March).
15. ANTARA. BPBD DIY Menyiapkan Rencana Kontijensi Penanggulangan COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <https://jogja.antaraneews.com/berita/413538/bpbd-diy-menyiapkan-rencana-kontijensi-penanggulangan-covid-19>
16. DIY HP. Daftar RS Rujukan Penanggulangan COVID-19 di DIY [Internet]. 2020. Available from: <http://bob.kemepar.go.id/2554-daftar-rs-rujukan-penanggulangan-covid-19-di-diy/>
17. WHO. Hospital Safety Index: Guide for Evaluators. 2nd ed. World Health Organization; 2015.
18. Djalante R, Lassa J, Setiamarga D, Mahfud C, Sudjatma A, Indrawan M, et al. Review and analysis of current responses to COVID-19 in Indonesia: Period of January to March 2020. *Prog Disaster Sci*. 2020;6:100091.
19. Cai H, Tu B, Ma J, Chen L, Fu L, Jiang Y, et al. Psychological impacts and coping strategies of front-line medical staff during COVID-19 outbreak in Hunan, China. *Med Sci Monit*. 2020;26.
20. Mahmood SU, Crimbly F, Khan S, Choudry E, Mehwish S. Strategies for Rational Use of Personal Protective Equipment (PPE) Among Healthcare Providers During the COVID-19 Crisis. *Cureus*. 2020;12(5).
21. Pu H, Xu Y, Doig GS, Zhou Y. Screening and managing of suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) patients: experiences from a tertiary hospital outside Hubei province. *medRxiv*. 2020;(37):2020.03.20.20038679.
22. Dayton C, Ibrahim J, Augenbraun M, Brooks S, Mody K, Holford D, et al. Integrated plan to augment surge capacity. *Prehosp Disaster Med*. 2008;23(2):113–9.
23. Gan WH, Lim JW, Koh D. Preventing Intra-hospital Infection and Transmission of Coronavirus Disease 2019 in Health-care Workers. *Saf Health Work*. 2020;

PELEPASAN HAK PESERTA BPJS DALAM FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP)

PARTICIPANTS RIGHTS RELINQUISHMENT BPJS IN HEALTH FACILITIES THE FIRST DEGREE

Arief Wahyu Soekarno¹, Laksono Trisnantoro², Endang Suparniati²

¹Jurusan Magister Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada,

²Departemen Kebijakan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

ABSTRAK

Keberadaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat suatu negara. Setiap manusia berkeinginan untuk hidup sehat atau paling tidak akan mempertahankan status sehat yang dimilikinya. Tindakan manusia dalam mempertahankan Kesehatan atau melakukan pencarian Kesehatan (*health seeking behaviour*) tersebut mengakibatkan terjadinya pemanfaatan pelayanan kesehatan yang ada, baik pengobatan tradisional maupun pengobatan modern. Data Jumlah Kepesertaan BPJS Kesehatan per Januari 2020 83.61 %. Untuk Data Kepesertaan BPJS Kesehatan Jawa Tengah 84.3%. Total peserta yang terdaftar di area Surakarta sudah mencapai 100 % total penduduk sudah memiliki kartu JKN, dan Sukoharjo 83 %, jadi hampir semua penduduk punya Perbandingan peserta Umum dengan BPJS 1 : 3 . Beberapa pasien yang terdaftar umum juga memiliki Kartu JKN dengan fasilitas Kesehatan di tempat lain. Tujuan Penelitian ini mendeskripsikan gambaran peserta BPJS di klinik Pratama dr. Arief Wahyu Soekarno (Klinik AWS) dan Mendeskripsikan alasan pasien melepas haknya memiliki Kartu BPJS . Desain penelitian ini adalah *deskriptif kualitatif*, karena penulis ingin menggambarkan atau melukiskan fakta-fakta terkait alasan pasien ingin melepaskan hak peserta BPJS nya untuk menjadi pasien umum. Terkait alasan pasien datang ke Klinik AWS dengan melepas hak kepesertaan BPJS, peneliti membuat 4 kelompok alasan yakni Sumber Daya Manusia (SDM) 84,13%, Pelayanan 80,95 %, Fasilitas sebanyak 63,49 % dan Geografis 52, 38 %.Faktor utama pasien memilih untuk melepas kepesertaan BPJS nya adalah mereka yang suda cocok dengan Sumber Daya Manusia yang dimiliki Klinik AWS, selanjutnya diikuti pelayanan dan Bangunan fisik Klinik. Pelayanan klinik yang dikembangkan dapat mengarah ke kasus – kasus yang akut dan kasus – kasus yang tidak di tanggung BPJS, Sehingga klinik tetap berjalan walaupun kapitasi nya tidak menjadi satu satunya yang menghidupi klinik

Kata kunci: *Health seeking behaviour*; BPJS; FKTP; Klinik

ABSTRACT

The health service facilities affecting people health a country. Every man willing to healthy life or at least to protect healthy status have. The act of mankind in preserve health or to search health (health seeking behaviour) has resulted in the use of the health service that is, good traditional treatment and modern medication. The total number of participants BPJS january 2020 83.61 %. To participants BPJS central java 84.3%. The total participants listed the surakarta has reached 100 % the population has cards scheme and thus sukoharjo 83 %, so nearly everyone having comparison BPJS participants common with 1 : 3. Some patients also had a listed common be health facilities elsewhere. The purpose of this research is describe of the participants BPJS at the Klinik Pratama dr. arief wahyu soekarno and descriptions reason their patients had a them BPJS Card. The Design this research is descriptive qualitative , because researchers want to describing or delineating facts relating to the reason of patient wanna divest of the title participants bpjs his to be a patient common .For the result, related to the reason the patient came to the Klinik AWS with remove rights partiipation, social service the researchers make 4 group reasons are human resources 84, 13%, Services 80,95%, Facilities 63,49%, and geographical 52,38%. The main factors patients choose to take off partisipant BPJS are those who are comfortable with human resources who owned the Clinic AWS, next followed by service and the physical plant. The clinic can service developed leading to an acute cases and the case is not in BPJS, the so remained capitation clinic although his not being one that support clinic.

Keywords: *Health seeking behaviour*; BPJS; FKTP; Clinic

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan dengan paradigma sehat menjadi sebuah kebutuhan dasar dan pokok yang harus terpenuhi oleh setiap manusia selain kebutuhan pendidikan dan ekonomi. Kebutuhan itu bahkan bukan hanya menjadi tanggung jawab pemerintah semata, tetapi pihak swasta, individu atau masyarakat. Keunggulan pelayanan Klinik tergantung pada keunikan serta

kualitas yang diperlihatkan oleh klinik tersebut. Kualitas harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pasien¹. Keberadaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat suatu negara. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menjelaskan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif,

preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat². Hubungan antara sehat dengan permintaan pelayanan kesehatan tidaklah sesederhana itu. Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor tidak hanya jarak, tarif maupun pelayanan kesehatan yang memuaskan atau tidak, tapi juga dipengaruhi oleh faktor akan konsep masyarakat itu sendiri tentang sakit³.

Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional menyatakan bahwa Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per bulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan⁴. Data Jumlah Kepesertaan BPJS Kesehatan per Januari 2020 224.149.019 Peserta (83.61 %). Untuk Data Kepesertaan BPJS Kesehatan Jawa Tengah 84.3%. Menurut Dinas Kesehatan Kota Sukoharjo Tahun 2018, data fasilitas pelayanan kesehatan di kota Sukoharjo , jumlah balai pengobatan klinik Pratama (71 klinik) ,DPM (792 Dokter Praktik Mandiri) , Klinik Utama (13 Klinik) puskesmas (12 puskesmas) dan Klinik (4 RS) di Sukoharjo. Data FKTP di daerah solo raya , menempatkan Sukoharjo dengan total FKTP Terbanyak dengan Total 94 FKTP (Agustus 2019). Dengan Tingkat persaingan yang tinggi, Oleh karena itu setiap klinik harus dapat membuat suatu strategi pemasaran yang tepat dan dapat membuat suatu perencanaan untuk dapat bersaing dimasa sekarang dan akan datang. Perbandingan peserta Umum dengan BPJS 1 : 3 . Beberapa pasien yang terdata umum juga memiliki Kartu JKN dengan faskes di tempat lain. Padahal Total peserta yang terdaftar di area Surakarta sudah mencapai 100 % total penduduk sudah memiliki kartu JKN, dan Sukoharjo 83 % , jadi hampir semua penduduk punya . Berdasarkan latar belakang masalah tersebut di atas, maka tujuan kami sebagai pemilik klinik dan sebagai dokter pelaksana di FKTP adalah mendeskripsikan alasan pasien melepas hak BPJS nya dan menjadi pasien umum.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain studi penelitian deskriptif kualitatif karena peneliti ingin menggambarkan atau melukiskan fakta-fakta terkait alasan pasien ingin melepaskan hak peserta BPJS nya untuk menjadi pasien umum. Penelitian akan dilakukan di klinik pratama dr. Arief Wahyu Soekarno (Klinik AWS) yang terletak di jalan Ciu No. 2 Kelurahan Telukan Kecamatan Grogol kota Sukoharjo Provinsi Jawa Tengah.

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Mei - Juni 2020. Fokus dalam penelitian ini adalah Pasien yang memiliki kartu BPJS Kesehatan yang memilih untuk menjadi pasien umum Populasi dalam penelitian ini adalah pasien berobat umum di klinik AWS dengan kriteria Inklusi (Pasien umum yang berada di Klinik AWS dan memiliki BPJS Kesehatan tetapi beralih menjadi pasien umum dan Pasien memiliki kemampuan berkomunikasi dengan baik) dan eksklusi (Pasien peserta BPJS Kesehatan yang tidak terdaftar di faskes 1 Klinik AWS dan Pasien yang berusia < 18 Tahun). Berdasar data kunjungan di Klinik AWS , rata - rata kunjungan pasien sesuai kriteria di atas selama Bulan Januari - Maret 2020 adalah 127 Pasien. Dalam penelitian ini teknik *sampling* yang digunakan yaitu *non probability sampling* dengan teknik *purposive sampling*. Untuk menentukan jumlah sampel dapat menggunakan rumus dengan metode *purposive sampling* dan didapat sampel 55 responden.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Jumlah responden yang didapat total ada 63 Responden dengan rentang usia/umur pasien Klinik AWS yang diambil sebagai responden. Umur responden yang menjadi sampel penelitian ini Masa remaja akhir (18-25 tahun) berjumlah 14,29 %, Dewasa Awal (26-35 Tahun) berjumlah 15,87%, Dewasa Akhir (46 – 45 Tahun) berjumlah 15,87 %, Lansia awal (46-55 Tahun) berjumlah 29,17 % , Lansia Akhir (56-65 Tahun) berjumlah 17,46% dan Manula (>65 Tahun) berjumlah 14,29%. Berdasarkan lokasi tempat tinggal Pasien Klinik AWS yang diambil sebagai responden sebagian besar tinggal di pedesaan dengan jumlah 87 %, sedangkan di perkotaan berjumlah 13 %.

Berdasarkan tentang data Pekerjaan Pasien Klinik AWS yang diambil sebagai responden untuk Pegawai Swasta sebanyak 34,92 %, Wiraswasta sebanyak 11,11 %, Pemerintahan sebanyak 12,70 %, dan Petani sebanyak 41,27 %. Terkait data penjaminan BPJS Pasien Klinik AWS yang diambil sebagai responden untuk pasien umum yakni sebanyak 39,68 %, Badan Usaha sebanyak 11,11 %, PBI APBN sebanyak 36,51 %, dan PBI APBD sebanyak 11,11 % dan total pasien dengan PBI (47,62 %) dengan Kelas BPJS responden untuk Kelas 1 sebanyak 14,29 %, Kelas 2 sebanyak 23,81 %, dan Kelas 3 sebanyak 55,56 %.

Berdasarkan keterangan yang diungkapkan responden dapat diketahui alasan pasien datang ke Klinik AWS yaitu dikarenakan Sumber Daya Manusia (SDM) 84,13%, Pelayanan sebanyak 80,95 %, Fasilitas sebanyak 63,49 % dan Geografis sebanyak 52, 38 %. Wawancara mendalam dilakukan terhadap responden untuk lebih dalam

menanyakan tentang alasan pasien terkait SDM didapatkan untuk Dokter, Petugas pendaftaran, perawat, apoteker dan petugas lainnya ramah, komunikatif, dan baik. Terkait Pelayanan klinik mengenai proses pelayanan, pelayanan obat, waktu tunggu pasien, pelayanan pemeriksaan, pelayanan pendaftaran, pelayanan pendaftaran, pelayanan instalasi farmasi dan waktu tunggu pelayanan didapatkan mudah dan cepat dan didukung dengan fasilitas yang memadai.

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan sampel sebanyak 63 responden, jumlah tersebut diambil dari perhitungan dengan teknik *sampling* yang digunakan yaitu *non probability sampling* dengan teknik *purposive sampling*. Berdasar data kunjungan di Klinik AWS, rata-rata kunjungan pasien sesuai kriteria inklusi dan eksklusi selama Bulan Januari - Maret 2020 adalah 127 Fokus dalam penelitian ini adalah Pasien yang memiliki kartu BPJS Kesehatan yang memilih untuk menjadi pasien umum. Berdasarkan keterangan Hasil di atas, didapatkan alasan pasien paling utama adalah dikarenakan oleh Sumber Daya Manusia kemudian diikuti pelayanan, fasilitas dan letak lokasi rumah.

Dalam manajemen Klinik upaya untuk menciptakan Klinik yang mempunyai citra baik (berkualitas) di mata pelanggannya sangat ditentukan oleh kualitas SDM terstandarisasi yang dimilikinya. SDM terstandarisasi berarti tenaga yang dimiliki oleh manajemen telah mempunyai keterampilan dan pengetahuan yang sesuai dengan bidang tugas yang dikerjakan baik dilihat dari tingkat pendidikan maupun pengalaman yang dimiliki SDM yang bersangkutan.⁵ Sumber daya manusia yang harus dimiliki klinik atau rumah Sakit pada prinsipnya telah diatur melalui akreditasi klinik atau rumah sakit yakni dalam penentuan jumlah dan spesifikasi tenaga serta fasilitas penunjang layanan yang harus dimiliki oleh sebuah klinik atau rumah sakit⁶. Sumber daya terstandarisasi seperti SDM, manajemen dan teknologi terstandarisasi merupakan komponen yang sangat diperlukan untuk menghadapi persaingan dan menciptakan klinik yang mempunyai jasa pelayanan kesehatan berkualitas yang merupakan indikator untuk meningkatkan citra klinik dan profitabilitasnya⁵. Perencanaan SDM di Klinik AWS prosesnya dengan keputusan hasil rapat pertemuan yang dilakukan setiap awal bulan dengan menimbang dan mengkaji program-program yang berada di klinik terkait kecukupan SDM yang berada di klinik. Di samping itu refleksi tahunan juga dilaksanakan setiap akhir tahunnya. orang yang terlibat dalam proses perencanaan tersebut adalah seluruh karyawan klinik, pimpinan klinik dan pemilik klinik. Dalam perencanaan SDM

hambatan yang biasa terjadi di klinik, yaitu masalah pengupahan. Sulitnya menentukan berapa dana yang harus disiapkan dalam perencanaan. Dalam perencanaan SDM Klinik AWS lebih berfokus pada tenaga medis karena tenaga medis merupakan tenaga inti dalam melakukan pelayanan kepada pasien.

Sumber daya manusia yang ada di dalam suatu organisasi perlu pengembangan sampai pada taraf tertentu sesuai dengan perkembangan organisasi. Apabila organisasi ingin berkembang maka harus diikuti oleh pengembangan sumber daya manusia. Pengembangan sumber daya manusia ini dapat dilaksanakan melalui pendidikan dan pelatihan yang berkesinambungan. Pendidikan dan pelatihan merupakan upaya untuk pengembangan SDM, terutama untuk pengembangan kemampuan intelektual dan kepribadian. Pendidikan pada umumnya berkaitan dengan mempersiapkan calon tenaga yang digunakan oleh suatu organisasi, sedangkan pelatihan lebih berkaitan dengan peningkatan kemampuan atau keterampilan pekerja yang sudah menduduki suatu jabatan atau tugas tertentu⁷.

Kualitas pelayanan merupakan salah satu faktor yang sangat penting dalam usaha menciptakan kepuasan yang dirasakan oleh pasien selaku pengguna jasa pelayanan klinik. Pelayanan yang berkualitas di klinik adalah dengan memberikan pelayanan kepada pasien yang didasarkan pada standar kualitas untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan pasien sehingga diperoleh kepuasan yang akhirnya dapat meningkatkan kepercayaan pasien terhadap klinik. Klinik AWS memberikan pelayanan yang baik terhadap pasien, dari pendaftaran, waktu tunggu, pelayanan yang dilakukan oleh dokter, sampai pasien menunggu obat dan dijelaskan oleh apoteker memberi kesan proses pelayanan nya mudah dan waktu tunggu pasien cepat. Mutu pelayanan merupakan citra dari institusi pelayanan Kesehatan dimata masyarakat, kualitas klinik yang menghasilkan produk jasa pelayanan Kesehatan harus mampu menunjukkan kualitas pelayanannya baik pelayanan medis maupun keperawatan⁸.

Berdasarkan hasil penelitian fasilitas memiliki pengaruh terhadap kesan Pasien sehingga dapat disimpulkan bahwa fasilitas memiliki kontribusi yang positif dalam meningkatkan pasien di klinik AWS. Fasilitas adalah segala sesuatu yang dapat mempermudah upaya dan memperlancar kerja dalam rangka mencapai suatu tujuan. Sedangkan menurut Suhaisimi Arikonto, fasilitas adalah segala sesuatu yang dapat memudahkan, memperlancar pelaksanaan suatu usaha. Fasilitas. Hal ini berarti bahwa peningkatan tingkat kepuasan pasien klinik dapat meningkat seiring dengan meningkatnya fasilitas klinik. Pasien akan selalu mencari layanan

Kesehatan di fasilitas yang kinerja layanan Kesehatan nya dapat memenuhi harapan atau tidak mengecewakan pasien⁹. Terkait jarak lokasi rumah responden (letak geografis) tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kesan pasien. Pola perilaku mencari pelayanan kesehatan yang tepat didefinisikan sebagai perilaku responden dalam mencari perawatan dan pengobatan dalam 24 jam setelah diagnosis, menggunakan fasilitas Kesehatan¹⁰.

Dari data terkait daerah tempat tinggal responden mayoritas di pedesaan (87%), pekerjaan responden sebagai petani (41,27%), kondisi penyakit dating responden yakni akut (76,19%), Kelas BPJS Mayoritaskelas III (55,56%), dan Pendanaan BPJS dari pemerintah (47,62%) menggambarkan responden dengan kondisi masyarakat yang biasa, bukan dari kalangan sosial yang tinggi. Disisi lain kelas BPJS Mayoritaskelas III (55,56%), didominasi oleh pasien PBI 77.14 % dan non PBI 22.86 %, dan kasus yang dimiliki oleh pasien PBI dengan kondisi akut 77.78 % dan Kronis 22.22 %. Ini menandakan bahwa pasien PBI yang datang di klinik AWS didominasi dengan pasien akut.

Secara Keseluruhan data responden memiliki fase akut 76,19 %, sedangkan fase kronis sebanyak 23,81 % Di samping itu untuk pasien Kronis yang datang ke klinik AWS memiliki persebaran di kelas 1 33.33%, Kelas 2 6.67 % dan Kelas 3 60 % . Pasien kronis yang sedikit dikarenakan dokter mengedukasi pasien tersebut untuk kembali kefaskes dan mengikuti pengobatan rutin bulanan dengan menggunakan BPJS. Dari data tersebut terlihat bahwa ada faktor-faktor yang mempengaruhi pasien untuk memilih tempat Kesehatan yang nyaman untuk pasien tersebut. Faktor utama yang mempengaruhi Kesehatan adalah keyakinan Kesehatan individu dan keluarga tentang pencarian perawatan dan Tindakan Kesehatan. Pencarian perawatan dan Tindakan Kesehatan ini berkaitan dengan perilaku pencarian penyembuhan (*health seeking behaviour*) yaitu bagaimana orang sakit memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Perilaku ini melewati beberapa tahapan, yaitu mengenali gejala penyakit dengan menggunakan caranya sendiri, melakukan penyembuhan atau pengobatan sendiri sesuai dengan pengetahuan, keyakinan atau kepercayaannya, melakukan upaya memperoleh kesembuhan dan pemulihan dari luar, sesuai dengan pemahaman dan persepsi terhadap penyakitnya¹¹. Pasien berhak memilih dokter yang ia percaya akan membantu menyembuhkan penyakit yang dideritanya. Di samping itu faktor kepercayaan ini sangat penting dalam hubungan dokter terhadap pasien¹². Meskipun pada dasarnya pasien sudah mendapat

bantuan dari pemerintah berupa Kartu Jaminan Kesehatan yang bisa digunakan secara gratis di faskes yang sudah tertera di kartu pasien tersebut, tetapi pasien memilih untuk membayar secara umum di klinik AWS.

Hak terkait memilih klinik ini cukup penting karena apabila pasien tersebut dirawat di klinik yang ia sendiri tidak menyukai klinik tersebut karena hal-hal tertentu, misalnya segi kebersihan yang kurang baik atau suasana yang tidak menyenangkan maka tujuan pengobatan tidak akan tercapai. Kecocokan akan klinik juga akan banyak membantu proses penyembuhan pasien, karena pasien akan merasa ikhlas dan sukarela¹².

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian yang penulis tuliskan, deskripsi responden yang ada Mayoritas datang dengan kondisi akut dengan pekerjaan Mayoritas petani dan penjaminan BPJS dari program pemerintah PBI kelas 3. Terkait tanggapan pasien terhadap alasan mengapa memilih untuk membayar umum, tidak menggunakan Kartu Jaminan kesehatannya untuk memeriksakan kesehatannya secara gratis yakni mereka sudah cocok dengan Sumber Daya Manusia yang dimiliki Klinik AWS, baik tim dokter, perawat, petugas pendaftaran, apoteker dan petugas lainnya, selanjutnya diikuti pelayanan dan Bangunan fisik Klinik. Pelayanan klinik yang dikembangkan dapat mengarah ke kasus – kasus yang akut dan kasus – kasus yang tidak di tanggung BPJS, Sehingga klinik tetap berjalan walaupun kapitasinya tidak menjadi satu satunya yang menghidupi klinik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kotler, Philip. 2009. *Manajemen Pemasaran Jilid 1, 11th ed. (Benyamin Molan, Penerjemah)*. Jakarta: PT. Indeks
2. Peraturan Presiden Republik Indonesia No 82 Tahun 2018. *Jaminan Kesehatan*. Jakarta
3. Notoatmodjo S. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2003.
4. Peraturan Menteri Kesehatan No 52 Tahun 2016. *Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta
5. Hafizurrachman. 2009. Sumber Daya Manusia Rumah Sakit di Q-Hospital. *Journal of the Indonesian Medical Association*.
6. Soepojo P, Koentjoro T, Utarini A. Benchmarking Sistem Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia dan Australia (Benchmarking of Hospital Accreditation System in Indonesia and Australia) *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2002;5

7. Elbandiansyah.2019. *Manajemen Sumber Daya Manusia*.Purwokerto: CV IRDH.
8. Hadi, Irwan.2017. *Manajemen Keselamatan pasien (Teori&Aplikasi)*.Yogyakarta: CV Budi Utama.
9. Pohan, Imbalo S.2004. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan Dasar -dasar Pengertian dan Penerapan*.Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
10. Maulana, H.2007. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
11. Parellangi, Andi. 2018. *Home Care Nursing Aplikasi Praktik Berbasis Evidence-Based*. Yogyakarta: Andipublisher
12. Meri, M.Imun, Handayani, et all. 2020. *Etika Profesi & Aspek Hukum Bidang Kesehatan*. Bandung: Wisina Bhakti Pesada Bandung.