

TASK SHIFTING DALAM PENDISTRIBUSIAN OBAT DI RUMAH SAKIT DARURAT PENANGANAN COVID-19 WISMA ATLET KEMAYORAN

TASK SHIFTING IN THE DISTRIBUTION OF DRUGS IN COVID-19 EMERGENCY HOSPITAL WISMA ATLET KEMAYORAN

Dandung Ruskar^{1,2,6*}, Mochamat Helmi^{2,3}, IDK Widana¹, Tjahja Nurrobi^{2,4}, Tugas Ratmono^{2,4,5}

¹Fakultas Keamanan Negara, Prodi Manajemen Bencana, Universitas Pertahanan

²RS Darurat Penanganan COVID-19 Wisma Atlet Kemayoran

³Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara

⁴Markas Besar Tentara Nasional Indonesia

⁵Fakultas Kedokteran Universitas Ahmad Yani

⁶Lembaga Farmasi TNI Angkatan Laut Drs. Mochamad Kamal

ABSTRAK

Pandemi COVID-19 yang terjadi saat ini menyebabkan *surge of capacity* termasuk dalam jumlah tenaga kefarmasian. Rumah Sakit Darurat Penanganan COVID-19 Wisma Atlet Kemayoran (RSDC WAK) mempunyai kapasitas menampung pasien dengan jumlah yang cukup besar sehingga membutuhkan perhatian khusus dalam ketersediaan tenaga farmasi. Akibat dari keterbatasan jumlah tenaga farmasi di RSDC WAK membuat *Task Shifting* dalam pelayanan kefarmasian menjadi penting untuk dapat dilakukan. Dalam hal ini pendistribusian obat kepada pasien COVID-19 yang seharusnya dilakukan oleh tenaga farmasi dilimpahkan kepada tenaga perawat. Apabila sistem ini tidak disertai dengan pembekalan, pengetahuan dan keterampilan khusus, tidak menutup kemungkinan akan terjadi kesalahan dalam pendistribusian obat yang akan berpotensi menurunkan mutu pelayanan kesehatan. Kajian ini memberikan gambaran tentang *Task Shifting* yang terjadi di RSDC WAK, kemudian melalui analisa literatur untuk menjelaskan bagaimana implementasi yang sebaiknya terjadi.

Kata Kunci: Pendistribusian Obat; Keterbatasan tenaga farmasi; Pelayanan Kefarmasian; *Task Shifting*.

ABSTRACT

The recent COVID-19 pandemics cause a surge of capacity in the number of pharmaceutical personnel. The Emergency Hospital Wisma Atlet Kemayoran can serve a large number of COVID-19 patients. Therefore, attention needs to be made to provide the number of personnel. Due to the limited number of pharmacy personnel in this hospital making *Task Shifting* in pharmaceutical services is an important factor to consider. In this regard, the distribution of drugs to COVID-19 patients that should be done by pharmacy personnel is delegated to nurses. However, if *Task Shifting* is not equipped with special knowledge and skills, it may have the possibility of errors in the distribution of drugs that may worsen the quality of health services. This study aimed as an overview of *Task Shifting* that occurred in this hospital and performed literature analysis to discuss how the implementation of *Task Shifting* should work.

Keywords: Drug Distribution; Limited pharmacy personnel; Pharmaceutical Services; *Task Shifting*.

PENDAHULUAN

Berawal dari kota Wuhan-Tiongkok pada bulan Desember 2019 sampai saat ini, pandemi *Corona Viruses Disease* 2019 (COVID-19) secara global belum juga menunjukkan penurunan prevalensi. Dari data Komite Penanganan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional berdasarkan laman dari *World Health Organization* (WHO) pada tanggal 4 Januari 2020 menyebutkan sebaran COVID-19 secara global sudah melintasi 222 negara dengan jumlah pasien terkonfirmasi sebanyak 83.715.617 jiwa dan meninggal sebanyak 1.835.901 jiwa. Sedangkan di Indonesia sebanyak 772.103 jiwa pasien positif dengan angka kematian sebanyak 22.911 jiwa dimana Jakarta sebagai Ibu Kota negara masih menempati urutan nomor 1 sebaran COVID-19 tertinggi di Indonesia (1). Tingginya tingkat kematian di Indonesia dipengaruhi oleh keberadaan penyakit penyerta yang dimiliki oleh

pasien positif virus corona, usia rentan, dan fasilitas kesehatan yang kurang memadai (2).

Dalam menangani para pasien yang positif terinfeksi COVID-19, pemerintah juga dihadapkan dengan para tenaga medis yang ikut terpapar bahkan harus gugur saat bertugas menangani pandemi. Tanggal 04 Januari 2021, tim mitigasi Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia mencatat sepanjang tahun 2020 sebanyak 504 tenaga medis di Indonesia meninggal akibat terpapar COVID-19. Dari jumlah tersebut sebanyak 237 adalah dokter, 15 dokter gigi, 171 perawat, 64 bidan, 7 apoteker, dan 10 tenaga lab medik. Kematian tenaga medis di Indonesia tercatat yang paling tinggi di Asia dan masuk 5 besar di dunia (3). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mashabi S (2020) dengan judul "Riset FKUI : 83 Persen Tenaga Kesehatan Alami *Burnout*" menyebutkan bahwa tenaga laboratorium, perawat, apoteker, bidan, dokter gigi dan dokter spesialis paling banyak mengalami *Burnout* tingkat sedang (4).

Pengoperasian Rumah Sakit Darurat Penanganan COVID-19 Wisma Atlet Kemayoran (RSDC WAK) yang diresmikan pada tanggal 23 Maret 2020 oleh Presiden Joko Widodo merupakan salah satu upaya Pemerintah dalam menangani dan menekan sebaran pandemi COVID-19. Rumah sakit ini pada awalnya diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada 3000 pasien COVID-19 dengan gejala ringan sampai dengan sedang (5). Tetapi pada saat ini, RSDC WAK diharuskan untuk mampu merawat pasien berat akibat sukarnya mekaskanakan proses rujukan. Pada tanggal 04 Januari 2021 jumlah pasien yang dirawat di RSDC Wisma Atlet sebanyak 3889 pasien dari 4424 tempat tidur (87,90%) (6). Diambil dari laporan RSDC Wisma Atlet Kemayoran, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia tanggal 04 Januari 2021 sebanyak 2073 orang yang merupakan gabungan dari Lembaga, TNI/Polri, dan relawan lain.

Dari 2073 tenaga kesehatan yang tersedia, 114 diantaranya adalah tenaga farmasi dengan 38 apoteker dan 76 tenaga teknis kefarmasian (TTK). Tenaga kesehatan terbesar adalah tenaga perawat dengan jumlah 1424 perawat. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian, ratio jumlah apoteker terhadap pasien rawat inap adalah 1 apoteker untuk 30 pasien rawat inap (7). Keterbatasan jumlah tenaga farmasi di Wisma Atlet pada akhirnya mendorong penerapan metode *Task Shifting* dari tenaga farmasi kepada profesi keperawatan terutama dalam melakukan pendistribusian logistik medis (logmed) kepada pasien. Kedaruratan penggunaan *Task Shifting* tanpa koordinasi, pembekalan pelatihan dan keterampilan akan berpotensi besar menimbulkan *medication error*. Berdasarkan latar belakang di atas, maka dalam penulisan ini penulis akan mendeskripsikan implementasi *Task Shifting* yang terjadi antara tenaga farmasi dengan tenaga perawat dan potensi *Medication Error* yang dapat terjadi bila dilaksanakan tanpa strategi yang baik dalam memberikan pelayanan kesehatan di RSDC WAK.

METODE KAJIAN

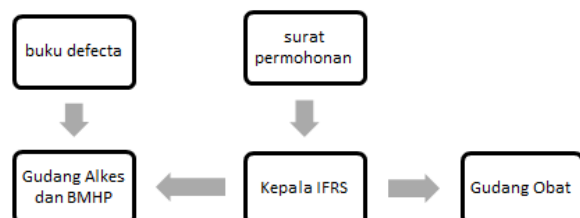
Kajian ini bersifat deskriptif dengan metode kualitatif observasional. Untuk menggambarkan proses *Task Shifting* yang terjadi antara tenaga farmasi dan tenaga perawat di RSDC WAK. Data hasil observasi kemudian dikaji berdasarkan studi literatur yang diharapkan dapat memberikan gambaran tentang sistem distribusi logistik farmasi di Rumah Sakit dan *Task Shifting* antar tenaga kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terkait pandemi COVID-19 beserta *medication error* yang ditimbulkan akibat implementasi yang tidak diikuti dengan strategi lain yang baik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sistem Distribusi Logmed RSDC WAK

Sistem distribusi obat untuk penderita rawat inap yang diterapkan pada suatu rumah sakit berbeda-beda antara satu rumah sakit dengan rumah sakit yang lain, hal tersebut biasanya tergantung pada kebijakan rumah sakit, kondisi dan keberadaan fasilitas fisik, personel dan tata ruang suatu rumah sakit (8). Kegiatan pendistribusian logmed untuk pasien rawat inap yang dilakukan di bagian Instalasi Farmasi RSDC WAK, berdasarkan pengamatan menggunakan sistem distribusi kombinasi antara sistem distribusi *floor stock* di gudang logmed dan sistem distribusi resep perorangan (*individual prescribing*) di rawat inap. Sistem distribusi *floor stock* dilaksanakan melalui mekanisme satu pintu secara sentralisasi untuk permintaan yang berasal dari dalam dan dari luar lingkungan RSDC WAK. Sistem distribusi *floor stock* dari dalam lingkungan RSDC WAK dilaksanakan melalui sistem amprahan dan surat permohonan permintaan yang ditujukan kepada kepala IFRS/apoteker yang kompeten sedangkan permintaan dari luar lingkungan RSDC WAK dilaksanakan melalui surat permohonan permintaan yang ditujukan kepada koordinator RSDC WAK.

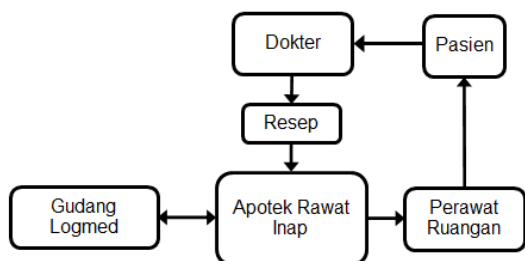
Sistem amprahan ditujukan untuk memenuhi permintaan kebutuhan yang berasal dari unit/bagian di dalam tower perawatan yang dilaksanakan secara terkoordinir berdasarkan satuan waktu dan dikelola oleh TTK dibawah supervisi apoteker yang berada di gudang logistik obat dan alkes. Jenis logmed yang dilayani melalui sistem amprahan adalah logmed selain obat, yaitu berupa alkes dan BMHP. Sistem amprahan diajukan dalam buku *defecta* yang akan dilayani setelah mendapatkan persetujuan dari Apoteker Penanggung Jawab (APJ) gudang alkes. Alur distribusi di dalam lingkungan RSDC WAK dapat dilihat dalam gambar 1. Permohonan permintaan logmed yang berasal dari luar lingkungan RSDC WAK diajukan dalam bentuk surat permohonan khusus yang ditujukan kepada Kepala Koordinator RSDC Wisma Atlet dengan kepala IFRS sebagai tembusan.



Gambar 1. Alur distribusi floor stock RSDC WAK

Selain itu, terdapat penempatan *trolley emergency* (TE) di sejumlah lantai masing-masing tower perawatan dan *emergency kit* (EK) yang berada di apotek rawat inap pusat. *Trolley emergency* adalah sarana untuk menyimpan dan mengangkut peralatan vital dan obat-obatan yang mungkin diperlukan dalam kode biru (*emergency cardiac*) ke lokasi darurat (9). Daftar isi logmed yang ada di TE dan EK berdasarkan koordinasi antara dokter, perawat dan apoteker. Pemenuhan logmed yang umumnya berupa *live saving* baik diajukan melalui surat permintaan permohonan dan ditujukan kepada kepala IFRS. TE dan EK disiapkan dan dikendalikan oleh bagian gudang logistik medis yang ditempatkan di beberapa lantai tiap tower. TE dan EK merupakan perpanjangan bentuk sistem distribusi *floor stock* di ruang rawat inap diluar amprahan. Akan tetapi pengelolaan TE dan EK secara ideal masih menjadi salah satu kendala yang dihadapi oleh IFRS dikarenakan keterbatasan sarana yaitu berupa ketersediaan jumlah *trolley* dan ketersediaan obat, alkes dan BMHP untuk ditempatkan di masing-masing *trolley*.

Sistem pendistribusian kepada pasien di Apotek Rawat Inap dilakukan melalui sistem resep perorangan (*individual prescribing*) yang diresepkan untuk kebutuhan selama 3 (tiga) hari ke depan secara sentralisasi. Alur distribusi Apotek Rawat Inap RSDC WAK dapat dilihat pada gambar 2.



Gambar 2. Alur distribusi Apotek Rawat Inap RSDC WAK

Melalui observasi di lapangan dapat diketahui bahwa apotek rawat inap RSDC WAK dapat melayani resep rata-rata sebanyak 1600-1700 resep dalam sehari. Jumlah tenaga farmasi yang berada di apotek rawat inap sebanyak 100 personel terdiri dari 30 apoteker dan 70 TTK. Dalam sehari bekerja dalam tim yang terbagi dalam 3 (tiga) shift pelayanan. Pemilihan sistem distribusi kombinasi antara *floor stock* dengan *individul prescribing* sesuai dengan PMK Nomor 72 tahun 2016 (7). Penerapan sistem *floor stock* di gudang logmed ditujukan untuk mempermudah lalu lintas logmed dan sekaligus mempermudah pengawasan, pengendalian dan administrasi atas ketersediaan

karena dikelola langsung oleh apoteker yang dibanrtu oleh tenaga teknis kefarmasian. Sistem distribusi obat di rawat inap awalnya menggunakan sistem distribusi *unit dispensing dose* untuk mencegah resiko kehilangan obat dan kesalahan dalam pemberian obat ke pasien. Akan tetapi dengan pertimbangan kecepatan dan efisiensi dalam memberikan pelayanan kesehatan akhirnya disepakati menggunakan sistem *individual prescribing* untuk 3(tiga) hari ke depan dengan menggunakan bantuan tenaga perawat (*Task Shifting*) dalam pendistribusian langsung kepada pasien. Pengawasan ketat dalam pengambilan obat oleh perawat, pencatatan dan pelaporan riwayat pengobatan pasien oleh IFRS masih tetap rutin berjalan. Dan saat ini sudah terbantu dengan adanya sistem komputerisasi di apotek rawat inap untuk mempermudah proses pelaksanaannya. *Task Shifting* pendistribusian obat kepada tenaga perawat ini juga didasarkan atas adanya kebijakan RSDC WAK yang berlaku yang memberikan keterbatasan gerak kepada pasien COVID-19 untuk tidak melakukan aktivitas lain diluar kamar perawatan kecuali ada instruksi lebih lanjut sehingga pasien dilarang untuk mengambil obat sendiri di apotek rawat inap.

Task Shifting Distribusi Obat RSDC WAK

Suatu hal yang berubah pada saat ini adalah pelayanan kefarmasian yang awalnya berorientasi pada obat telah bergeser menjadi orientasi pada pasien, yang mengacu kepada *pharmaceutical care*, kegiatan pelayanan kefarmasian yang awalnya terfokus pada pengelolaan obat berubah menjadi pelayanan yang komprehensif atau menyeluruh dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup pasien. Sebagai akibat dari pergeseran orientasi tersebut, apoteker dituntut untuk meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, dan perilaku untuk dapat melakukan interaksi langsung dengan pasien (10).

Jumlah tenaga farmasi yang aktif di RSDC WAK berjumlah 114 personel yang terdiri dari 38 apoteker dan 76 TTK. Dari 114 personel farmasi tersebut, 100 personel diantaranya merupakan tenaga farmasi yang melakukan pekerjaan kefarmasian di apotek rawat inap dengan 30 apoteker dan 70 TTK. Bila melihat PMK Nomor 72 tahun 2016 tentang ratio kebutuhan apoteker di rawat inap dimana 1 apoteker untuk 30 pasien rawat inap (7) tentunya angka tersebut sangat jauh dari ideal. Dengan jumlah pasien RSDC WAK sebesar 3889 pasien maka seharusnya membutuhkan apoteker sebesar 130 personel untuk di rawat inap saja. Hal ini berarti 1 apoteker di apotek rawat inap RSDC WAK bekerja 4-5x lipat dari idealnya.

Meningkatnya kebutuhan akan nakes dalam jumlah pasien yang terus meningkat akan menurunkan mutu pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien. Sehingga harus diupayakan jalan alternatif terbaik untuk mengatasi masalah ini yaitu melalui *Task Shifting* (11). Menurut WHO, metode alih kerja (*Task Shifting*) dapat diartikan sebagai metode kerja sama tim antar tenaga kesehatan (nakes) dalam memberikan pelayanan kesehatan dimana terdapat pendelegasian tugas dari profesi nakes yang satu kepada nakes lain yang berbeda profesi (12). Dalam situasi krisis SDM yang terjadi, untuk tetap mempertahankan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan maka *Task Shifting* bisa menjadi strategi alternatif yang dapat disebut sebagai strategi kelangsungan hidup (11). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fulton dkk (2011) memberikan kesimpulan bahwa *Task Shifting* adalah alternatif kebijakan yang menjanjikan untuk meningkatkan efisiensi dan produktifitas pelayanan kesehatan, meningkatkan jumlah layanan yang diberikan dengan kualitas dan biaya tertentu. Dan untuk meningkatkan mutu pelayanan, keterampilan perlu dievaluasi dengan menggunakan desain penelitian yang ketat untuk dapat memperkirakan dampak pada hasil kesehatan pasien, kualitas pelayanan, dan biaya (13). Terlepas dari standar kebutuhan nakes untuk memberikan pelayanan kesehatan, kebutuhan untuk melakukan alih kerja (*Task Shifting*) dari nakes kepada tenaga biasa tidak dapat dipungkiri. *Task Shifting* kepada kader kesehatan, sukarelawan dan konselor terbukti mengurangi beban kerja staf klinik dan memberikan kontribusi pelayanan kesehatan yang lebih merata khususnya untuk daerah terpencil (14).

Semenjak awal beroperasinya RSDC WAK, pendistribusian obat ke pasien sudah dilakukan oleh tenaga perawat. Koordinasi antara bagian farmasi dengan bagian perawat mulai terbentuk dua bulan setelahnya. Dimana saat itu kepala bagian keperawatan menyetujui untuk membantu melakukan distribusi obat kepada pasien. Dalam upaya untuk tetap selalu konsisten dalam menjaga mutu pelayanan kesehatan yang terbaik, cepat dan efisien kepada pasien ditengah keterbatasan SDM dan lonjakan jumlah pasien tentunya harus dipikirkan strategi alternatif terbaik. Sehingga akhirnya salah satu kegiatan pelayanan kefarmasian dalam pengelolaan logmed yaitu pendistribusian obat kepada pasien di rawat inap didelegasikan kepada profesi kesehatan yang lain yaitu tenaga perawat. Proses *Task Shifting* yang terjadi antara tenaga farmasi dengan tenaga perawat dalam pendistribusian obat ke pasien di rawat inap RSDC WAK dapat dilihat pada gambar 5. Kegiatan *Task Shifting* antara tenaga

farmasi dengan tenaga perawat terlihat saat alur dimana perawat ruangan memberikan obat secara langsung kepada pasien.

Task Shifting dapat membantu mengatasi kekurangan tenaga kesehatan saat ini namun *Task Shifting* bukan jawaban untuk dapat menyelesaikan krisis tenaga kerja kesehatan (12) s. Lebih lanjut, *Task Shifting* sebenarnya dapat meningkatkan permintaan kebutuhan akan nakes. Hal ini terjadi karena nakes bersangkutan memiliki tanggung jawab lebih yaitu menjadi pelatih dan supervisor sebagai tugas tambahan disamping tugas pokoknya dalam memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien (15). Kekurangan SDM farmasi dan mungkin juga kekurangan SDM yang lain bukan merupakan hal yang baru, ditambah juga dengan gugurnya nakes dalam upaya menangani pasien COVID-19. Tentunya hal ini harus menjadi agenda tersendiri bagi Pemerintah untuk mengatasi krisis ini. Mengingat pandemi COVID-19 masih berlangsung maka sebaiknya implementasi *Task Shifting* harus dilakukan sambil menunggu terpenuhinya SDM yang baru yang mana juga membutuhkan proses dan waktu yang panjang. Untuk itu penerapan *Task Shifting* dalam jangka waktu yang panjang harus membutuhkan strategi yang berkelanjutan.

Administration Error di RSDC WAK

Pada hakekatnya pelayanan Kefarmasian harus dilakukan oleh Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian dan Tenaga Teknis Kefarmasian yang melakukan Pelayanan Kefarmasian harus di bawah supervisi Apoteker (7). Keterampilan seorang apoteker dalam pengelolaan sediaan farmasi akan menentukan keberhasilan suatu apotek dalam menyediakan sediaan farmasi yang cukup dan terjangkau bagi masyarakat. Kesalahan pengobatan (*medication error*) dapat terjadi pada 4 fase, yaitu kesalahan peresepan (*prescribing error*), kesalahan penerjemahan resep (*transcribing error*), kesalahan menyiapkan dan meracik obat (*dispensing error*), dan kesalahan penyerahan obat kepada pasien (*administration error*) (16). *The United States National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* mendefinisikan *medication error* sebagai setiap peristiwa yang dapat dicegah yang dapat menyebabkan atau menyebabkan penggunaan obat yang berbahaya kepada pasien saat obat berada dalam kendali profesional perawatan kesehatan, pasien, atau konsumen (17) with substantial and increasing medication use comes a growing risk of harm (1).

Epidemiologi *distribusi administration error* menunjukkan bahwa sebagian besar kesalahan ini disebabkan oleh kelalaian dosis (42%) atau

kesalahan pada administrasi waktu (50%) (18). *National Patient Safety Agency* di Inggris mengungkapkan bahwa kesalahan administrasi pengobatan terjadi pada 50% dari semua administrasi obat-obatan di rumah sakit (19). Di Amerika Serikat, *administering errors* terjadi pada 5 sampai 20% dari semua administrasi obat, dengan biaya sistem kesehatan tambahan \$ 380 juta dan diperkirakan membahayakan setidaknya 400.000 efek samping yang dapat dicegah (20). *Administration errors* di Afrika Timur umum terjadi dan tingkat kesalahannya berkisar antara 9,4 sampai 80% dari semua administrasi pengobatan (21) Medline, Pubmed, the British Nursing Index and the Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature. The search strategy included all ages and languages. Inclusion criteria were that the studies assessed or discussed the incidence of medication errors and contributory factors to medication errors during the medication treatment process in adults or in children. Results: Forty-five studies from 10 of the 15 Middle Eastern countries met the inclusion criteria. Nine (20 %). Prevalensi *administration errors* di Jimma, Ethiopia di dalam unit perawatan intensif (ICU) dan bangsal anak-anak masing-masing menunjukkan 51,8 dan 90,8% (22).

Dalam perjalanan waktu memang dijumpai beberapa kejadian yang tidak diharapkan terhadap pelaksanaan *Task Shifting* tersebut. Sejauh ini, diantara kejadian tersebut tidak ada yang berpotensi menurunkan mutu pelayanan karena hanya cukup diatasi dengan penerbitan SOP dan kontrol pengawasan. Adanya masukan, saran dan informasi dari semua bagian sangat memberikan masukan tentang upaya untuk mengatasi kejadian serupa agar tidak terulang. Dibantu dengan sosialisasi dan pembekalan ilmu praktis oleh bagian pendidikan dan latihan (diklat) sangat membantu untuk meningkatkan *safety* dari kegiatan *Task Shifting* ini. Intuisi, inisiatif, pengalaman dan loyalitas dari para nakes juga memberikan kontribusi yang sangat berarti terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSDC WAK sehingga probabilitas potensi kejadian atau peristiwa yang dapat membahayakan pasien dan nakes sangatlah minim. Menurut Ramli (2010), berdasarkan Tingkatan Resiko menurut AS/NZS 4360:2004 maka kejadian yang tidak diharapkan tersebut termasuk dalam kategori *Low Risk* (23). Penilaian ini didasarkan atas frekuensi kejadian yang hanya 1 (satu) kali dan dengan segera diatasi dengan penerbitan SOP setempat dilanjutkan dengan sosialisasi dan koordinasi kepada kepala bagian terkait lalu monitoring serta evaluasi terhadap pelaksanaannya.

Sistem distribusi obat memiliki peranan penting terhadap capaian terapi pengobatan pasien rawat inap di suatu rumah sakit. Bentuk kegiatannya sederhana, akan tetapi berakibat fatal bila terjadi kelengahan dan ketidakpedulian atas kegiatan tersebut. *Administration error* memiliki dampak signifikan pada pasien dalam hal morbiditas, mortalitas, kejadian obat terlarang, dan lama tinggal di rumah sakit. Selain itu, ini meningkatkan biaya untuk dokter dan sistem kesehatan (24) untuk itu kontrol dan pengawasan ketat atas kegiatan pendistribusian obat harus dimonitor dan di evaluasi secara rutin dan berkelanjutan. Meskipun beberapa kejadian *administration error* yang terjadi di rawat inap RSDC WAK seperti obat hilang, salah pasien, salah pemberian dan komunikasi buruk sudah dapat diatasi dengan sistem komputerisasi diharapkan untuk tetap melakukan monitoring dan evaluasi baik terhadap sistem komputerisasi dan potensi kejadian lain. Keterbatasan sarana dan prasarana, dimana letak apotek rawat inap yang cukup jauh dari jangkauan tenaga perawat yang berbeda tower juga harus dipertimbangkan dan dicari solusi yang tepat. Seperti yang sudah disampaikan sebelumnya bahwa faktor penyebab terjadinya *administration error* yaitu beban kerja yang tidak seimbang, gangguan dalam bekerja, edukasi yaitu tidak tepat, kondisi lingkungan yaitu jarak unit farmasi tidak memudahkan tenaga kesehatan dalam pemberian harus setidaknya bisa menjadi bahan pertimbangan pihak RSDC WAK untuk melakukan antisipasi dan pencegahan.

Manajemen Resiko *Task Shifting* Distribusi Obat di RSDC WAK

WHO menegaskan bahwa pelaksanaan *Task Shifting* harus dilaksanakan bersamaan dengan strategi lain yang dirancang untuk meningkatkan jumlah total tenaga kesehatan di semua bagian, dalam hal ini adalah sistem *Check and Balances* (25). Sistem *check and balances* adalah sistem kontrol dan keseimbangan tanggung jawab sehingga tidak terjadi pemusatan tanggung jawab dari salah satu unsur. Sistem kontrol dilaksanakan dalam bentuk monitoring dan evaluasi dan sistem keseimbangan dilaksanakan dalam bentuk pelatihan untuk meningkatkan keterampilan. Meskipun *Task Shifting* dapat berguna dalam situasi tertentu dan terkadang dapat meningkatkan tingkat perawatan pasien, *Task Shifting* juga membawa risiko yang signifikan. Pertama dan yang terpenting adalah terjadinya kemungkinan terdapat resiko penurunan kualitas perawatan terhadap pasien, terutama jika terdapat *Task Shifting* dalam memberikan penilaian secara medis dan mengambil keputusan diagnosa. Secara

nyata pasien dirawat oleh petugas kesehatan yang kurang terlatih, sehingga terdapat kemungkinan permasalahan terkait mutu profesionalisme yang terlibat, termasuk berkurangnya kontak dengan pasien, layanan kesehatan yang terbagi dan tidak efisien, kurangnya respon dan tindak lanjut yang tepat, kesalahan diagnosis dan kesalahan pengobatan serta ketidakmampuan untuk menangani komplikasi dan keadaan darurat (15).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mafigri et al (2012) yang berjudul "*Task Shifting for tuberculosis control: a qualitative study of community-based directly observed therapy in urban Uganda*" menyimpulkan bahwa strategi pelaksanaan *Task Shifting* kepada tenaga non kesehatan yang sudah dibekali dengan pelatihan bila dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang profesional, memberikan hasil tingkat kesembuhan pasien yang tidak jauh berbeda (26). Hal serupa disampaikan oleh Okyere, E (2017) dalam penelitiannya yang berjudul "*Is task-shifting a solution to the health workers' shortage in Northern Ghana?*" menyimpulkan bahwa selain pelatihan, adanya pengawasan yang memadai bagi tenaga kesehatan sangatlah penting dalam rangka meningkatkan keahliannya sebelum tugas tambahan tersebut ditugaskan kepada mereka agar mutu dan kualitas pelayanan kesehatan tidak terganggu (27). Ghana. Methods Data was collected through field interviews. A total of sixty eight (68). Sebelum *Task Shifting* dilaksanakan, sebaiknya dilakukan tinjauan ulang terlebih dahulu tentang kemampuan RSDC WAK dan target sasaran pelayanan yang akan dicapai. Setelah itu lakukan analisa terhadap ketersediaan, keterampilan dan pengalaman dari SDM yang tersedia, lakukan juga seleksi siapa saja yang dapat melaksanakan *Task Shifting*. Selanjutnya lakukan studi atas resiko pelaksanaan dan upaya menurunkan resiko *Task Shifting* terhadap kasus yang ada. Apabila memang diperlukan *Task Shifting*, agar pihak RSDC WAK mengeluarkan kebijakan dan aturan terkait pelaksanaan *Task Shifting* di lingkungan RSDC WAK. Setelah itu rencanakan pelatihan yang tepat dalam waktu singkat dan sosialisasikan kegiatan *Task Shifting* kepada pasien jika memang diperlukan. Kemudian lakukan studi untuk mengetahui keuntungan, manfaat, kendala dan kerugian dalam pelaksanaan *Task Shifting* sehingga dapat diambil suatu kesimpulan apakah pelaksanaannya dapat dipertahankan atau harus dihentikan.

Dari hasil pengamatan menunjukkan bahwa pelaksanaan *Task Shifting* distribusi obat sudah berjalan dengan baik melalui pembekalan, pendidikan, pelatihan dan pengawasan. Berdasarkan rekomendasi dari WMA, *Task*

Shifting harus dikembangkan dan dikendalikan dibawah koordinasi dan pengawasan profesi yang bersangkutan (15). Keterlibatan bagian farmasi dalam bagian diklat RSDC WAK juga masih belum maksimal diberdayakan sepenuhnya. Oleh karena itu, pihak RSDC WAK untuk mempunyai sasaran dan program khusus dengan melakukan kolaborasi antara bagian farmasi, bagian diklat, bagian penelitian dan bagian keperawatan dengan untuk bekerja sama melakukan pembekalan pengetahuan dan pelatihan, pengawasan dan evaluasi berkelanjutan sehingga mutu pelayanan secara rutin dan konsisten dapat terus dipertahankan. Pelaksanaan *Task Shifting* dalam jangka panjang membutuhkan kebijakan yang berkelanjutan, untuk itu harus diperhatikan dengan benar dan tepat melalui kajian hasil analisa, pelaporan hasil monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan *Task Shifting* dalam jangka panjang.

KESIMPULAN

Task Shifting antara tenaga farmasi dengan tenaga perawat dalam pendistribusian obat di rawat inap RSDC WAK sudah berjalan dengan baik akan tetapi masih harus ditingkatkan upaya lebih lanjut untuk menindaklanjuti *Task Shifting* tersebut melalui monitoring dan evaluasi.

Task Shifting juga bukan solusi atas keterbatasan jumlah nakes dan tidak dijadikan sebagai alasan untuk penghematan biaya. Ada atau tidak ada *Task Shifting*, pihak RSDC WAK tetap harus memenuhi kekurangan SDM yang ada. Meskipun kebutuhan SDM *Task Shifting* tidak sebesar dengan tidak melakukan *Task Shifting*.

Dalam situasi kedaruratan pelayanan dengan krisis tenaga SDM, pelaksanaan *Task Shifting* merupakan pilihan terbaik sebagai jawaban atas permasalahan tersebut. Akan tetapi *Task Shifting* juga memberikan resiko tersendiri yang pada akhirnya bisa menurunkan mutu pelayanan kesehatan apabila tidak ditangani dengan baik.

Task Shifting bisa memicu kejadian *administration error* yang berdampak signifikan terhadap morbiditas dan mortalitas. Analisa studi resiko terhadap pelaksanaan *Task Shifting* harus menjadi pokok pikiran utama. Untuk itu diperlukan keterlibatan semua bagian pelayanan kesehatan agar bisa memberikan masukan dan saran serta kerja sama untuk penyelenggaraan di lapangan di RSDC WAK

SARAN

Saran yang dapat disampaikan dari penulisan ini kepada pihak pengelola RSDC WAK dalam pelaksanaan *Task Shifting* distribusi obat adalah :

1) Pihak RSDC WAK memberikan legalitas dalam bentuk keputusan atas pelaksanaan *Task Shifting* distribusi obat bila memang *Task Shifting* menjadi solusi alternatif; 2) Lebih memberdayakan bagian diklat RSDC WAK untuk memberikan edukasi dan pelatihan singkat terhadap pelaksanaan *Task Shifting* distribusi obat; 3) Keterlibatan Instalasi Farmasi RSDC WAK sebagai supervisi dan pendamping bagian diklat dalam memberikan edukasi dan pelatihan terkait *Task Shifting* distribusi obat; 4) Meningkatkan peran apoteker dalam kegiatan farmasi klinis sebagai kontrol dan monitoring terhadap pelaksanaan *Task Shifting* distribusi obat dan kajian risikonya; 5) Untuk penentuan kegiatan dalam *Task Shifting* yang lain yang beresiko tinggi seharusnya tidak didelegasikan kepada profesi tenaga kesehatan lain dan harus melalui koordinasi dari profesi terkait.

DAFTAR PUSTAKA

1. Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. Data Sebaran Covid-19. Data Sebaran. 2020.
2. Ilpaj SM, Nurwati N. Analisis Pengaruh Tingkat Kematian Akibat Covid-19. *J Pekerj Sos.* 2020;
3. Rini RAP. Kematian Tenaga Medis di Indonesia Peringkat 5 Besar di Dunia, 504 Nakes Meninggal Akibat Covid-19. *TribunNews.com* [Internet]. 2021 Jan 3 [cited 2021 Jan 15];1–3. Available from: <https://www.tribunnews.com/nasional/2021/01/03/kematian-tenaga-medis-di-indonesia-peringkat-5-besar-di-dunia-504-nakes-meninggal-akibat-COVID-19>
4. Mashabi S. Riset FKUI: 83 Persen Tenaga Kesehatan Alami “Burnout.” *Kompas.com.* 2020;
5. Makdori Y. HEADLINE: Wisma Atlet Kemayoran Jadi RS Darurat Penanganan Corona Covid-19, Bagaimana dengan Daerah? *Liputan6.com* [Internet]. 2020 Mar 25 [cited 2021 Jan 15];1–4. Available from: <https://www.liputan6.com/news/read/4209977/headline-wisma-atlet-kemayoran-jadi-rs-darurat-penanganan-corona-covid-19-bagaimana-dengan-daerah>
6. Ihsanuddin. Rumah Sakit Penuh, RSD Wisma Wisma Atlet Pun Harus Antre untuk Rujuk Pasien Covid-19 Gejala Berat. *Kompas.com* [Internet]. 2021 Jan 4 [cited 2021 Jan 15];1–1. Available from: <https://megapolitan.kompas.com/read/2021/01/04/15562311/rumah-sakit-penuh-rsd-wisma-atlet-pun-harus-antre-untuk-rujuk-pasien>
7. RI M. PMK Nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. 2016.
8. Admin. Sistem Distribusi Obat di Rumah Sakit. *Kumpulanartikelfarmasi.com* [Internet]. 2018 Jun 26 [cited 2021 Jan 16];1–1. Available from: <http://kumpulanartikelfarmasi.com/2018/06/sistem-distribusi-obat-di-rumah-sakit/>
9. Rendra Y. Trolley Emergency. *slideshare.net* [Internet]. 2017 Oct 28 [cited 2021 Jan 16];1–26. Available from: <https://www.slideshare.net/yusrendra/trolley-emergency>
10. RI M. PMK Nomor 73 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek. *Standar Pelayanan Kefarmasian DI Apot.* 2016;
11. Aithal A, Aithal PS. Task Shifting - An alternative survival strategy for health care organizations. *J Sci Res Mod Educ.* 2017;2(2):34–48.
12. WHO. Task Shifting. *Global Recommendations and Guidelines.* World Heal Organ. 2008;
13. Fulton BD, Scheffler RM, Sparkes SP, Auh EY, Vujicic M, Soucat A. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: A review of recent evidence. *Human Resources for Health.* 2011.
14. Bemelmans M, Van Den Akker T, Ford N, Philips M, Zachariah R, Harries A, et al. Providing universal access to antiretroviral therapy in Thyolo, Malawi through task shifting and decentralization of HIV/AIDS care. *Trop Med Int Heal.* 2010 Dec;15(12).
15. World Medical Association. WMA Resolution on Task Shifting from the Medical Profession. *J Interprof Care* [Internet]. 2009 Apr [cited 2021 Jan 16];25(October):26–32. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-task-shifting-from-the-medical-profession/>
16. Adrini T M, Harijanto T, Woro U E. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Rendahnya Pelaporan Insiden di Instalasi Farmasi RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. *J Kedokt Brawijaya.* 2015;
17. WHO. Medication errors [Internet]. *Medication Error : Technical Series on Safer Primary Care.* 2016. 1–24 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643-eng.pdf;sequence=1>
18. Fontan JE, Maneglier V, Nguyen VX, Loirat C, Brion F. Medication errors in hospitals: Computerized unit dose drug dispensing system versus ward stock distribution system. *Pharm World Sci.* 2003;
19. Cousins D, Dewsbury C, Matthew L, Nesbitt I. NPSA safety in doses: medication safety incidents in the NHS: the fourth report of the patient safety observatory. ... , 2007, Rep No PSO [Internet]. 2007 Aug [cited 2021 Jan 19];4:1–72. Available from: <http://data.parliament.uk/DepositedPapers/Files/DEP2008-1788/DEP2008-1788.pdf>

20. Aspden Philip, Wolcott Julie A., Bootman J. Lyle CLR. Preventing medication errors: Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. *Metas de Enfermería*. 2007.
21. Alsulami Z, Conroy S, Choonara I. Medication errors in the Middle East countries: A systematic review of the literature. Vol. 69, *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2013. p. 995–1008.
22. Agalu A, Ayele Y, Bedada W, Woldie M. Medication administration errors in an intensive care unit in Ethiopia. *Int Arch Med*. 2012;
23. Ramli S. *Pedoman Praktis Manajemen Resiko*. dian rakyat. 2010. 156 p.
24. Popescu A, Currey J, Botti M. Multifactorial Influences on and Deviations from Medication Administration Safety and Quality in the Acute Medical/Surgical Context. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2011 Mar;8(1):15–24.
25. WHO. Task shifting to tackle health worker shortages. Geneva WHO. 2007;
26. Mafigiri DK, McGrath JW, Whalen CC. Task shifting for tuberculosis control: A qualitative study of community-based directly observed therapy in urban Uganda. *Glob Public Health*. 2012;
27. Okyere E, Mwanri L, Ward P. Is task-shifting a solution to the health workers' shortage in Northern Ghana? *PLoS One*. 2017;

TELAAH KEBIJAKAN MITIGASI KESEHATAN KELOMPOK RENTAN PASCA PANDEMI DAN KEADAAN LUAR BIASA LAIN

REVIEW OF HEALTH MITIGATION POLICIES FOR VULNERABLE GROUPS POST-PANDEMIC AND OTHER EXTRAORDINARY CIRCUMSTANCES

Anung Ahadi Pradana¹, Lina Anisa Nasution², Casman³

¹Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Mitra Keluarga

²Fakultas Pendidikan Olahraga dan Kesehatan, Universitas Pendidikan Indonesia

³Departemen Keperawatan Anak, STIKes RS Husada

ABSTRAK

Kondisi pandemi dan Keadaan Luar Biasa (KLB) memiliki efek negatif bagi kesehatan masyarakat dan kelompok rentan secara khusus. Efek negatif yang dialami oleh kelompok rentan pada periode pasca KLB dapat memanjang hingga beberapa tahun setelah kejadian. Penelitian ini bertujuan untuk menemukan penanganan kesehatan pasca-KLB pada kelompok rentan menggunakan metode studi literatur sederhana. Pencarian artikel didapatkan dari beberapa database diantaranya *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), ScienceDirect, ProQuest dan PubMed antara tahun 2010 hingga 2020. Peran yang dapat dilakukan antara lain: mempersiapkan masyarakat dalam kesiapsiagaan terhadap kejadian KLB lain yang terjadi di masa depan, memaksimalkan fungsi pelayanan kesehatan terhadap kelompok rentan, Peningkatan peran tenaga kesehatan di pelayanan primer melalui proses Konseling, Informasi, dan Edukasi (KIE) serta sistem surveilans di masyarakat. Peran pemerintah dan tenaga kesehatan profesional menjadi sangat penting dalam membantu kelompok rentan dalam mencegah efek negatif khususnya di bidang kesehatan selama periode pasca-KLB.

Kata kunci: Anak; Ibu Hamil; Keadaan Luar Biasa; Lansia; Pandemi.

ABSTRACT

Pandemic conditions and extraordinary circumstances (KLB) have a negative effect on the health of the public and particularly vulnerable groups. The negative effects experienced by vulnerable groups in the post-outbreak period can extend to several years after the event. This study aims to find post-outbreak health care in vulnerable groups using a simple literature study method. The search for articles was obtained from several databases including the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), ScienceDirect, ProQuest and PubMed between 2010 and 2020. The roles that can be carried out include: preparing the community to be prepared for other outbreaks that occur in the future. in the future, maximizing the function of health services for vulnerable groups, Increasing the role of health workers in primary services through the process of Counseling, Information and Education (IEC) and surveillance systems in the community. The role of government and health professionals is very important in assisting vulnerable groups in preventing negative effects, especially in the health sector, during the post-outbreak period.

Keywords: Children; Elderly; Extraordinary Circumstances; Pandemic; Pregnant Women.

PENDAHULUAN

Keadaan Luar Biasa (KLB) adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengakibatkan timbulnya korban jiwa, korban luka/sakit, pengungsian, dan/ atau adanya potensi bahaya yang berdampak pada kesehatan masyarakat yang membutuhkan respon cepat di luar kebiasaan normal dan kapasitas kesehatan tidak memadai. Penanggulangan KLB pada tahap pascakrisis kesehatan meliputi kegiatan: a. melakukan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan sumber daya kesehatan pascakrisis kesehatan; b. menyusun rencana aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan; c. melaksanakan rencana aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan; dan d. monitoring dan evaluasi pelaksanaan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan (1). 5 ciri utama kejadian luar biasa (KLB) antara lain: a) kejadian tiba-tiba, b) Mengganggu rutinitas kolektif secara serius,

c) Menyebabkan penerapan tindakan yang tidak direncanakan untuk menyesuaikan diri dengan gangguan tersebut, d) Memiliki sejarah kejadian berulang di masa lampau, dan e) menimbulkan bahaya bagi masyarakat (2). KLB yang terjadi dalam beberapa dekade kebelakang diketahui memiliki beban sosial-ekonomi yang relatif besar bagi masyarakat. Proses hospitalisasi dan pengobatan sering menjadi masalah rutin pada kelompok risiko tinggi khususnya kelompok rentan (3).

KLB tidak hanya meningkatkan angka kesakitan, kematian penduduk dunia bahkan berdampak pada multisektoral pembangunan negara menunjukkan bahwa faktanya mitigasi perlu untuk dikaji dan dipersiapkan oleh setiap negara, wilayah dan sektor (4,5) and since March 11, 2020, to limit the spread of the SARS-CoV-2 virus known to cause the Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Mitigasi yang merupakan proses pembuatan keputusan

interdisiplin berdasarkan informasi terkait risiko dan pengkajian pajanan (5,6)Ministry of Water (MOW. Konsep mitigasi risiko di Indonesia selain menitikberatkan pada peraturan regional, nasional maupun internasional juga harus memerhatikan karakteristik dari komunitas guna menemukan strategi mitigasi yang efektif (6,7).

KLB dapat mengganggu lingkungan fisik dan sosial yang pada akhirnya dapat menyebabkan masalah kesehatan dan sosial. Masalah umum yang dialami kelompok masyarakat dalam situasi pasca-KLB meliputi masalah finansial, kesehatan reproduksi, kondisi emosional, kekerasan fisik dan beberapa isu lain yang terkait seperti kondisi isolasi sosial yang dapat menyebabkan masyarakat mengalami efek kerentanan lebih terhadap risiko akibat KLB (8).

Hal-hal yang penting menjadi perhatian tenaga kesehatan selama KLB antara lain: Melanjutkan pencegahan utama melalui skrining dan isolasi rutin untuk mengurangi penyebaran penyakit, menggunakan teknik Konseling, Informasi, dan Edukasi (KIE) berbasis internet bagi masyarakat dengan tujuan untuk mengurangi ketergantungan masyarakat pada pelayanan kesehatan primer dan sekunder, menciptakan program untuk melindungi kelompok rentan dari infeksi yang terjadi, serta memastikan respon pelayanan cepat dan alat-alat pendukung di RS khususnya pelayanan bagi kelompok rentan (9). Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat yang mudah terpapar pada kondisi kesehatan yang rendah, yang termasuk ke dalam kelompok ini antara lain : kelompok minoritas, yang di antaranya adalah anak – anak, ibu hamil, dan lansia. Dalam fase KLB yang terjadi, kelompok rentan menjadi salah satu kelompok yang mengalami dampak terburuk. (10). Dalam hal ini penulis bertujuan untuk melihat penanganan kesehatan pasca-KLB yang difokuskan pada kelompok rentan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk menemukan penanganan kesehatan pasca-KLB pada kelompok rentan menggunakan metode studi literatur sederhana. Pencarian artikel didapatkan dari beberapa database diantaranya *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), ScienceDirect, ProQuest dan PubMed antara tahun 2010 hingga 2020. Kata kunci yang dipergunakan merupakan gabungan dan kombinasi dari beberapa kata, antara lain “*after disaster*”, “*after pandemic*”, “*vulnerable population*”, “*children*”, “*pregnant women*”, dan “*elderly*”. Total artikel terkait kata kunci yang didapatkan sebanyak 72 artikel jurnal. Kriteria inklusi yang dipergunakan antara lain: (1) artikel

berbahasa Indonesia dan Inggris, (2) memuat artikel penanganan kesehatan pasca-KLB pada kelompok rentan. Dari total 72 artikel jurnal yang didapat, terdapat 48 artikel yang memenuhi kriteria inklusi dan lolos proses skrining menggunakan diagram PRISMA.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pentingnya pemerintah dalam mempersiapkan masyarakat dalam kesiapsiagaan terhadap kejadian KLB lain yang terjadi di masa depan juga perlu dilaksanakan mengingat pemahaman secara jelas akan faktor risiko suatu KLB yang dimiliki oleh masyarakat umum dapat membantu proses evakuasi hingga pertolongan yang perlu dilakukan selama periode KLB berikutnya (11). Setelah pandemi, pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan berangsur melalui beberapa model pelayanan seperti kunjungan rumah, isolasi mandiri bagi yang masih menunjukkan gejala COVID-19, klinik/pelayanan di komunitas maupun pelayanan terjadwal di rumah sakit (12,13)Ireland and USA.

Prediksi akurat dan kesiapsiagaan yang maksimal pada periode pra-KLB yang dimiliki oleh suatu negara dapat meminimalisir dampak yang dapat terjadi pada masyarakat. Beberapa kejadian KLB terdahulu menunjukkan bahwa kelompok lansia tidak memiliki kesiapan cukup terhadap KLB. Kelompok ini perlu mendapat dukungan baik dari pemerintah maupun tenaga kesehatan profesional dalam mengembangkan strategi dan kesiapan bertahan hidup ketika KLB terjadi (14). Beberapa strategi yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional ketika membantu kelompok rentan dalam menghadapi kondisi KLB antara lain: a) Konseling, Informasi dan Edukasi dalam kesiapsiagaan terhadap KLB yang akan terjadi, b) persiapan proses mitigasi hingga proses pemulihan KLB di masyarakat, c) Memastikan respon cepat yang ada di masyarakat berfungsi, dan d) memastikan kebutuhan dasar kelompok rentan dapat terpenuhi saat KLB (15). Penjelasan khusus terkait kondisi yang dialami tiap kelompok usia dapat dilihat pada poin di bawah.

Kelompok Anak

Efek KLB pada anak harus menjadi perhatian serius terutama terkait kesejahteraan anak, karena pengaruh pasca-KLB dapat tetap muncul selama beberapa tahun setelah kejadian (16). Kondisi KLB yang terjadi diketahui memengaruhi kesejahteraan anak, yang mana kesejahteraan anak selama atau pasca pandemi harus tetap menjadi prioritas perhatian tenaga kesehatan mengingat anak masih mengalami proses tumbuh kembang. Penelitian menemukan bahwa emosi anak memiliki hubungan erat dengan kondisi

finansial keluarga, sehingga keluarga yang kehilangan pekerjaan selama dan pasca-KLB perlu mendapat perhatian yang signifikan (16) (17). Kondisi lain yang perlu menjadi perhatian terkait kondisi psikologis pada anak dan remaja adalah peningkatan kasus melukai diri sendiri, kecemasan, panik, gangguan tidur, kesulitan berkonsentrasi, serta rasa frustrasi (18).

Pemerintah memiliki beberapa peran dalam menurunkan kejadian depresi dan kepanikan pada anak pasca-KLB yang terjadi, diantaranya dengan menjamin pekerjaan maupun bantuan finansial bagi keluarga yang terdampak, melakukan skrining terhadap pemberitaan di media massa yang relevan dalam rangka mencegah terjadinya mispersepsi yang mungkin terjadi, perlunya skrining emosi dan mental pada anak, konseling secara berkala bagi keluarga dan anak yang mengalami depresi serta menjamin pelaksanaan pendidikan yang layak serta aman pasca-KLB.

Sekolah berkaitan dengan keamanan dan kesejahteraan anak terutama emosi dan *post-traumatic stress syndrome/PTSD* (19). Sejak pertengahan Mei 2020 sebanyak 1.725 juta pelajar dari kurang lebih 156 negara terdampak penutupan sekolah, pembukaan kembali sekolah tentu bukan perkara mudah, oleh karena itu peran organisasi yang menangani pendidikan harus memandang segala aspek sebelum memutuskan sebuah kebijakan (20). Riset di Selandia baru memperlihatkan bahwa 60% orangtua menyatakan ketakutan dan 79% takut akan risiko tinggi penularan maupun efek buruk lain pada anak (21). Beberapa strategi pembukaan kembali sekolah pasca-KLB yang dapat diperhatikan antara lain: Tetap mengimplementasikan sejumlah protokol kesehatan guna menekan paparan infeksi, memberikan informasi penting dan terkini kepada siswa, skrining kondisi kesehatan anak secara rutin, dan menjamin kebersihan serta keamanan kondisi sekolah (22).

Pembukaan kembali sekolah dapat dilakukan melalui strategi dan pemodelan yang tepat, terutama cara menurunkan interaksi antar siswa dengan cara memodifikasi jam masuk sekolah atau dengan cara membatasi hanya murid berusia >10 tahun yang masuk sekolah, sedang yang lainnya masih tetap daring (23). Selain pembatasan agregat umur, pembukaan sekolah juga dapat dilakukan dengan model *shifts* seperti di Vietnam atau *outdoor schooling* di Denmark (24). Namun, pembukaan kembali sekolah harus tetap didasarkan pada kondisi anak dan disesuaikan dengan perkembangan anak (25).

Aturan nasional pemulihan pasca pandemi harus diatur sampai level pemerintah lokal (26). Aturan tentang re-open sekolah tentunya

harus jelas, *Test, Trace, dan Isolate* (TTI) dan kebiasaan baru harus diatur secara tegas. Selain TTI, kebiasaan baru terkait penggunaan masker, cuci tangan dan jaga jarak perlu ditaati selama kegiatan belajar di sekolah berlangsung. TTI harus dijalankan selama pembukaan kembali sekolah karena meningkatkannya kontak anak dengan orang dewasa (27) (28) (29).

Kelompok Ibu Hamil

Pedoman pelayanan kesehatan pada ibu hamil selama periode KLB menitikberatkan pada perawatan antenatal, intranatal dan postnatal melalui isolasi pasien, pencegahan risiko penularan pada bayi baru lahir serta pelayanan dengan fasilitas yang aman dan nyaman bagi ibu hamil maupun tenaga kesehatan yang terlibat (30–33). Ibu hamil merupakan kelompok rentan yang membutuhkan perhatian khusus saat pandemi (6) Ministry of Water (MOW. Hal tersebut berhubungan dengan kerentanan dirinya terinfeksi maupun situasi sekitar yang menimbulkan kelahiran prematur, BBLR, peningkatan komplikasi kehamilan, peningkatan stres psikologis, perpisahan antara ibu hamil dan anggota keluarga lain dan berkurangnya akses ke pelayanan kesehatan (13,34). Kerentanan dapat terus berlanjut hingga ibu telah melahirkan, ibu postpartum di kala pandemi memiliki masalah terkait kurangnya akses pelayanan kesehatan dan pemasangan kontrasepsi maupun efek terhadap pemberian ASI ataupun susu formula pada bayinya (34,35).

Kompleksitas kondisi pandemi yang berdampak secara langsung maupun tidak langsung pada ibu hamil menjadikan adanya kebutuhan pelayanan prenatal, intranatal dan postnatal yang adekuat (6) Ministry of Water (MOW. Pada pelayanan antenatal, pemanfaatan data ibu hamil diupayakan untuk melakukan kunjungan rumah oleh kader, pemberian informasi terkait jadwal pelayanan antenatal di rumah sakit sehingga meskipun terdapat kebijakan pembatasan sosial akan tetapi ibu hamil tetap dapat mendapatkan edukasi seputar kehamilan melalui media sosial, mengetahui jadwal dan mendapatkan pelayanan antenatal sesuai penerapan protokol kesehatan (34,36). Perencanaan kunjungan rumah dilakukan berdasarkan manajemen resiko bagi ibu hamil dan tim kesehatan dengan tetap memerhatikan protokol kesehatan. Kunjungan rumah dapat dimanfaatkan untuk kegiatan pengkajian tanda bahaya kehamilan, edukasi antenatal, skrining psikososial, suplementasi maupun pemberian makanan tambahan (13,37).

Salah satu model pelayanan antenatal dan postnatal yang dapat dikembangkan selama

pandemi dan atau pemulihan pasca pandemi adalah model pelayanan hibrid. Model hibrid adalah kombinasi elemen pelayanan kesehatan Puskesmas (unit kesehatan di komunitas), telepon/ *video call* dan kunjungan rumah. *Telehealth* dan *telemedicine* merupakan salah satu solusi yang cocok untuk diterapkan di masa pandemi COVID 19 maupun periode pemulihan yang masih membutuhkan kontak minimum. Layanan tersebut dapat dimanfaatkan sebagai sarana edukasi, informasi jadwal kunjungan dan identifikasi kebutuhan bantuan pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dan atau dukungan laktasi bagi ibu postpartum (6,13) Ministry of Water (MOW).

Aspek kesehatan spiritual dan stres pada ibu hamil selama pandemi maupun pasca pandemi COVID-19 juga menjadi fokus perhatian dalam pelayanan kesehatan maternal baik pada ibu hamil maupun ibu menyusui (38–40). Hal tersebut berkaitan dengan dampak pandemi dan kerentanan ibu hamil. Stres pada ibu hamil dapat menimbulkan berbagai komplikasi yang terjadi saat hamil, persalinan hingga postpartum. Beberapa dampak negatif dari stres pada ibu hamil seperti persalinan prematur dan berat badan lahir rendah (38,39,41). Oleh karena itu basis pelayanan pada berbagai model seperti kunjungan rumah, unit pelayanan kesehatan komunitas, telehealth, telemedicine maupun pelayanan di rumah sakit tidak hanya berfokus pada aspek fisik melainkan juga aspek psikologis maternal (6,13,40).

Kelompok Lansia

Kelompok lansia telah lama dianggap sebagai masalah kritis bagi banyak negara karena lansia umumnya dianggap sebagai salah satu kelompok yang paling rentan di masyarakat dan sangat berisiko selama bencana. Lansia dianggap sebagai salah satu kelompok paling rentan di antara populasi karena mereka memiliki kemungkinan lebih besar mengalami gangguan mobilitas fisik, kondisi kesehatan kronis, kesadaran sensorik yang berkurang, dan keterbatasan ekonomi dan sosial (42). Lansia memiliki kecenderungan untuk lebih mengalami dampak negatif akibat KLB jika dibandingkan dengan kelompok usia lain. Riset menunjukkan bahwa dalam 1 tahun pertama setelah KLB, lansia dilaporkan mengalami peningkatan tingkat stres, depresi, dan risiko kematian lebih tinggi jika dibandingkan dengan kelompok usia lain (43).

Lansia yang selamat dari situasi KLB memiliki risiko lebih tinggi mengalami Gangguan Stres Pasca Trauma (PTSD) dan gangguan psikiatri umum lainnya jika dibandingkan dengan generasi yang lebih muda. 50% Lansia yang mengalami

kondisi KLB diketahui mengalami gejala gangguan kejiwaan, angka tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya intensitas paparan KLB, persentase kehilangan yang dialami lansia, kondisi injury dan kecemasan yang dialami, serta jenis kelamin (perempuan memiliki risiko lebih tinggi jika dibandingkan laki-laki) (44). Untuk meminimalisir masalah gangguan kejiwaan yang dialami, penting bagi pelayanan kesehatan untuk memaksimalkan pelayanan psikiatri terhadap kelompok lansia dalam mencegah dan menurunkan tanda gejala PTSD yang dialami (45).

Tingginya ketergantungan lansia menyebabkan munculnya hambatan dalam melakukan persiapan yang memadai untuk menghadapi bencana, dan karenanya menurunkan kemampuan adaptasi mereka ketika terjadi (42). Kebutuhan akan makanan, obat-obatan, dan perawatan medis serta ketidakmampuan untuk langsung menyesuaikan dengan keadaan darurat meningkat pada masa KLB. Pentingnya modal sosial dalam bentuk jaringan pengaman sosial menjadi salah satu faktor penting yang dapat membantu lansia dalam menghadapi KLB yang terjadi (46).

Pemerintah perlu lebih memahami risiko bencana dan krisis khusus lansia untuk memprioritaskan lansia yang paling berisiko dan mengidentifikasi cara-cara untuk mengurangi dan mengelola risiko yang mereka hadapi (misalnya penilaian lingkungan, kebijakan perawatan kesehatan, peraturan pensiun, kode pembangunan kota, dan distribusi demografis) (42). Jejaring sosial dan program sosial yang dapat mencegah berbagai masalah dan kekerasan terhadap lansia perlu untuk dikuatkan selama periode pasca-KLB melalui kegiatan pelatihan dan dukungan yang dilakukan oleh pemerintah terkait melalui pengadaan peraturan yang mencegah kekerasan pada lansia dengan ganjaran yang keras. Peraturan maupun hukum yang dibentuk perlu untuk diimplementasikan secara serius mengingat tingginya angka kejadian kekerasan pada lansia yang sering terjadi pada masa pasca-KLB (8).

Hal lain yang perlu menjadi perhatian pemerintah dalam meningkatkan kesiapsiagaan kelompok lansia dalam menghadapi KLB adalah dengan memperhatikan kapasitas fungsional, kapabilitas, serta kemampuan lansia dalam melakukan aktivitas kesehariannya. Lansia dapat diikutsertakan dalam membuat perencanaan di masyarakat sebagai kelompok yang memiliki pengalaman hidup dalam hubungannya dengan menghadapi kondisi KLB di era sebelumnya (47).

KESIMPULAN

Kelompok rentan menjadi salah satu kelompok yang memiliki risiko mengalami gangguan kesejahteraan hidup khususnya dalam hal kesehatan pada periode selama dan pasca-KLB. Mitigasi risiko selama pasca-KLB menjadi salah satu poin penting yang selama ini seringkali terlewat dalam penanganan pada kelompok rentan. Peran pemerintah dan tenaga kesehatan profesional menjadi sangat penting dalam membantu kelompok rentan dalam mencegah efek negatif khususnya di bidang kesehatan selama periode pasca-KLB yang diketahui dapat berlangsung selama beberapa tahun setelah kejadian KLB berlangsung.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN [Internet]. Indonesia; 2019. Available from: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No__75_Th_2019_ttg_Penanggulangan_Krisis_Kesehatan.pdf
2. Quarantelli E. What is a disaster? Perspectives on the Question. London: Routledge; 2005.
3. Gasparini R, Amicizia D, Lai PL, Panatto D. Clinical and socioeconomic impact of seasonal and pandemic influenza in adults and the elderly. *Hum Vaccin Immunother*. 2012;5515:20–8.
4. Bruinen de Bruin Y, Lequarre AS, McCourt J, Clevestig P, Pigazzani F, Zare Jeddi M, et al. Initial impacts of global risk mitigation measures taken during the combatting of the COVID-19 pandemic. *Saf Sci*. 2020;128(April):104773.
5. Akseer N, Kandru G, Keats EC, Bhutta ZA. COVID-19 pandemic and mitigation strategies: Implications for maternal and child health and nutrition. *Am J Clin Nutr*. 2020;112(2):251–6.
6. CDC. Framework for Implementation of COVID-19 Community Mitigation Measures for Lower-Resource Countries. 2020.
7. Hermon D. How Is Covid-19 Mitigation in Indonesia? *Sumatra J Disaster*. 2020;4(1):1–4.
8. Rajeev. POST DISASTER ISSUES AND CHALLENGES OF ELDERLY POPULATIONS IN INDIA : EXPERIENCES FROM NATURAL DISASTERS. *Soc Sci*. 2016;2(3):3–4.
9. Pradana AA, Casman, Nur'aini. Pengaruh kebijakan social distancing pada wabah COVID-19 terhadap kelompok rentan di Indonesia. *J Kebijak Kesehat Indones*. 2020;9(2):61–7.
10. Allender J, Rector C, Warner K. *Community & Public Health Nursing: Promoting the Public's Health Eighth, North American Edition*. Eight Edit. Wolters Kluwer| Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
11. Leppold C, Tanimoto T, Tsubokura M. Public health after a nuclear disaster : beyond radiation risks. *Bull World Health Organ*. 2016;94(11)(December 2015):859–60.
12. Pollock D, Murphy MM, O'Leary J, Warland J. Pregnancy after loss during the COVID19 pandemic. *Women and Birth*. 2020;33(6):540–3.
13. Larki M, Sharifi F, Roudsari RL. Models of maternity care for pregnant women during the COVID-19 pandemic. *East Mediterr Heal J*. 2020;26(9):994–8.
14. Loke AY, Lai CKY, Wai O, Fung M. At-home disaster preparedness of elderly people in Hong Kong. *Geriatr Gerontol Int*. 2011;12(3):1–8.
15. Fernandez LS, Byard D, Lin C, Benson S, Barbera JA, Fernandez L, et al. Frail Elderly as Disaster Victims : Emergency Management Strategies. *Prehosp Disaster Med*. 2012;17(2).
16. Benner AD, Mistry RS. Child development during the COVID-19 pandemic through a life course theory lens. *Child Dev Perspect*. 2020;14(4):236–43.
17. Curran MA, Minoff E. Supporting children and families through the pandemic, and after : The case for a US child allowance. *Soc Sci Humanit Open*. 2020;2(100040):1–4.
18. Cowie H, Myers C-A. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and well-being of children and young people. *Child Soc*. 2020;0:1–13.
19. Mian AI, Chachar AS. Debate: COVID-19 and school mental health in Pakistan. *Child Adolesc Ment Health*. 2020;25(4):270–2.
20. Jansen J. More eyes on COVID-19: Perspectives from education studies, school as organisations and the science of re-opening. *South Africa J Sci*. 2020;116(7/8):1.
21. Jeffs E, Lucas N, Walls T. CoVID-19: Parent and caregiver concerns about reopening New Zealand schools. *J Paediatr Child Health*. 2020;1–6.
22. Miller JR, Short V I, Wu HM, Waller K, Mead P, Kahn E, et al. Use of nonpharmaceutical interventions to reduce transmission of 2009 pandemic influenza a (pH1N1) in Pennsylvania public. *J Sch Health*. 2013;83(4):281–9.
23. Lee B, Hanley JP, Nowak S, Bates JHT, Hébert-dufresne L. Modeling the impact of school reopening on SARS-CoV-2 transmission using contact structure data from Shanghai. *BMC Public Health*. 2020;20(1713):1–9.
24. Sheikh A, Sheikh A, Sheikh Z, Dhimi S. Reopening schools after the COVID-19 lockdown. *J Glob Health*. 2020;10(1):1–3.
25. Hamilton J, Ameal K, Asfour F. Returning to school in the midst of the COVID-19 pandemic for children with cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol*. 2020;55:2502–3.

26. Hefferon C, Taylor C, Bennett D, Falconer C, Campbell M, Williams JG, et al. Priorities for the child public health response to the COVID-19 pandemic recovery in England. *Arch Dis Child*. 2020;0:1–6.
27. Edmunds WJ. Comment Finding a path to reopen schools during the COVID-19 pandemic. *Lancet child Adolesc Heal*. 2020;4642(20):1–2.
28. Panovska-griffiths J, Kerr CC, Stuart RM, Mistry D, Klein DJ, Viner RM, et al. Determining the optimal strategy for reopening schools, the impact of test and trace interventions, and the risk of occurrence of a second COVID-19 epidemic wave in the UK: a modelling study. *Lancet child Adolesc Heal*. 2020;4(11):817–27.
29. Viner RM, Bonell C, Drake L, Jourdan D, Davies N, Baltag V, et al. Reopening schools during the COVID-19 pandemic: governments must balance the uncertainty and risks of reopening schools against the clear harms associated with prolonged closure. *Arch Dis Child*. 2020;0(0):1–3.
30. Indian Council of Medical Research. Guidance for Management of Pregnant Women in COVID-19 Pandemic. *Natl Inst Res Reprod Heal*. 2020;1–17.
31. Queensland Clinical Guidelines Steering Committee. Maternity care for mothers and babies during the COVID-19 pandemic. *Queensl Clin Guidel*. 2020;MN20.63-V3(march):1–33.
32. Ranganathan R, Khan AM, Chhabra P. Antenatal care, care at birth, and breastfeeding during the coronavirus (COVID-19) pandemic. *Indian J Community Heal*. 2020;32(1):17–20.
33. Centers for Disease Control and Prevention. Maternal, neonatal and child health services during COVID-19. 2020.
34. UNFPA. COVID-19 Technical Brief for Maternity Services - Update 1: May 2020. 2020. 1-55 p.
35. UNFPA. Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage. *Interim Tech Note*. 2020;(April):7.
36. Nour NN. Maternal Health Considerations During Disaster Relief. *Rev Obs Gynecol*. 2011;224(11):22–7.
37. Pant S, Koirala S, Subedi M. Access to Maternal Health Services during COVID-19. *Eur J Med Sci*. 2020;2(2):48–52.
38. Souto SPA do, Albuquerque RS de, Prata AP. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 2):e20200551.
39. Caparros-Gonzalez RA, Ganho-Ávila A, Torre-Luque A de la. The COVID-19 Pandemic Can Impact Perinatal Mental Health and the Health of the Offspring. *Behav Sci (Basel)*. 2020;10(11):162.
40. Ravaldi C, Wilson A, Ricca V, Homer C, Vannacci A. Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women and Birth*. 2020;(2019).
41. Nodoushan RJ, Alimoradi H, Nazari M. Spiritual Health and Stress in Pregnant Women During the Covid-19 Pandemic. *SN Compr Clin Med*. 2020;
42. Wong HT, Chaub CW, Guoc Y, Chiou SMJ. International Journal of Disaster Risk Reduction Disaster risk and elderly in the Asia-Pacific region. *Int J Disaster Risk Reduct* [Internet]. 2019;41(August 2018):101278. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2019.101278>
43. Adams V, Kaufman SR, Hattum V, Moody S. Aging Disaster : Mortality , Vulnerability , and Long-Term Recovery among Katrina Survivors. *Med Anthropol Cross- Cult Stud Heal Illn*. 2011;30(3)(May):247–70.
44. Zhang Z, Shi Z, Wang L, Liu M. Post □ traumatic Stress Disorder , Anxiety and Depression among the Elderly : A Survey of the Hard □ hit Areas a Year after the Wenchuan Earthquake. *Stress Heal*. 2008;28(1):61–8.
45. Jia Z, Tian W, Liu W, Cao Y, Yan J, Shun Z. Are the elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster ? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake. *BMC Public Health*. 2010;10(172).
46. Durant TJ. The Utility of Vulnerability and Social Capital Theories in Studying the Impact of Hurricane Katrina on the Elderly. *J Fam Issues*. 2011;32(10):1285–302.
47. Johnson HL, Ling CG, Mcbee EC. Multi-disciplinary Care for the Elderly in Disasters : An Integrative Review. *Prehosp Disaster Med*. 2014;30(December).

GOVERNMENT POLICY ON COVID-19: PERSPECTIVE OF CERTAIN PROFESSIONS IN INDONESIA

Dyah Indraswati¹, Uwi Martayadi², Sovia Rahmaniah³, Mohammad Archi Maulyda⁴, Prihma Sinta Utami⁵

^{1,4}Corresponding Author, Primary Teacher Education Study Program, Universitas Mataram

²Tourist Study Program, Mataram Tourism High School

³English Education Department, Universitas Islam Negeri Antasari Banjarmasin

⁴Civic Education, Universitas Muhammadiyah Ponorogo

ABSTRACT

On December 2019, Wuhan, the capital city of Hubei, China, became the center of a pneumonia outbreak that indicated the discovery of a new type of Coronavirus named Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) which caused Covid-19. The type of this research was descriptive qualitative. Data collection procedures were done by literature study, interviews, and documentation. The subject of the study was 16 people with different professions. Some professions which came in contact with Covid-19 and the policies include healthcare professionals, online transportation drivers, sellers, teachers/lecturers, and journalists. To analyze the data, the researcher used data reduction, data presentation, and drawing conclusions. This study aimed to examine government policy and observe the perspectives of Indonesian people from different professions about the Covid-19 virus outbreak and its impact on socio-economic life. The results of the study showed that Indonesian government's policies were appropriate in overcoming the Covid-19 virus outbreak even though the benefits were not evenly distributed for the entire community.

Keywords: Covid-19; Impact; Policy.

INTRODUCTION

On December 2019, Wuhan, the capital city of Hubei, China, became the center of an unknown pneumonia outbreak. An extraordinary incident in Wuhan was indicated as the existence of a new type of novel Coronavirus named Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) which caused Coronavirus Disease-2019 (Covid-19). (Zhou et al., 2020). It was believed that this virus was transmitted to humans through contaminated live animals (bats). The focal nature of the epidemic disease was in Huanan seafood market. (Peeri et al., 2020). Pneumonia was caused by very contagious Covid-19, even WHO declared a Public Health Emergency of International Concern. (Chen et al., 2020). By March 11th, 2020, the spread of SARS-CoV-2 also called respiratory syndrome, had infected 115 countries, with 119,239 cases and 4287 deaths. Governments from various countries prepare health systems in a short time to reduce the risk of death from the virus transmission. Patients infected with Sars-CoV-2 pneumonia needed intensive care, and the problem would be even greater if the transmission could not be controlled. Although China had tried to control, but the spread of this virus throughout the world could not be avoided. It was because of difficult control of human mobility. Based on the data obtained from the Nytimes.com, until April 16th, 2020 the number of cases reached 2 million, and the number of confirmed deaths was 131,336 worldwide. This number showed an increasing trend in an undetermined time. In Italy,

the percentage of confirmed Covid-19 patients was consistent between 9-11%. If the infected patients reached 30,000 people, the intensive care unit would be at maximum capacity. More than four thousands hospital beds would be needed especially for Covid-19 patients. (Remuzzi & Remuzzi, 2020). An exponential growth of people tested for Covid-19 and the death rate pushed Italian government to have lockdown on March 8th, 2020. (Fanelli & Piazza, 2020).

Human transmission of Covid-19 virus outbreak was caused by direct interaction between individuals. Covid-19 was transmitted through saliva or mucus when coughing or sneezing (droplets), and aerosols. (Yu et al., 2020). The Government of China implemented a physical distancing policy, which urged the public to avoid crowded places, closed tourist attractions, closed schools and offices for a certain period of time. Physical distancing helped to control the outbreak and provide the provision of health systems such as the expansion of large capacities hospitals and rapid testing and diagnostic processes. (Prem et al., 2020). These steps were also supported by the scientists' efforts to find vaccines. Chloroquine phosphate, and drugs commonly used for malaria were effective and clinically tested to treat pneumonia caused by Covid-19. (Gao, Tian, & Yang, 2020).

Covid-19, which had been spread to 177 countries, made each country create a variety of policies. The British government also announced to all its citizens to make social distancing, contact limitation to many people. It involved all

people who were healthy, experienced Covid-19 symptoms, had a history of severe illness, were pregnant, and were over 70 years, must quarantine independently for 14 days. The number of tested people would be increased especially for people who had a contact to Covid-19 patients. (Mahase, 2020). Some countries had also banned travel to and from abroad for reducing the entry of the virus into their territories. In addition, many countries checked tourists using infrared thermometers at the airports and state borders. Although, it was then discovered that SARS-CoV-2 could be transmitted by infected people without showing symptoms. (Lancet & Diseases, 2020).

In Uganda, health care workers did effective triage for patients. It was because of the limited number of medical personnels and medical facilities. Patients who had light symptoms such as fever and cough would be asked to isolate before getting intensive care in the hospitals. The doctor would choose patients who were prioritized to undergo intensive care. (Ayebare, Flick, Okware, Bodo, & Lamorde, 2020). Covid-19 patients who had congenital disease (comorbidity) must be prioritized. In a variety of literature, Covid-19 was identified by symptoms like fever, fatigue, dry cough, and lymphopenia. People who had congenital diseases such as heart, liver, kidney, and malignant tumors could get worse if infected with Covid-19. Covid-19 did not only cause pneumonia, but also damage to other organs such as the heart, liver, kidneys, and immune system. For this reason, doctors must pay attention to the potential multi-organ injury in the treatment of Covid-19. (Wang et al., 2020).

In line with other countries, the Government of Indonesia also adopted a policy to reduce the virus spread by suggesting people to do physical distancing, clean living, hand washing, ethics when coughing and sneezing, mask application, and home quarantine. Major events began to be postponed or even canceled. Schools, malls, offices, museums, tourist attractions, and universities were temporarily closed. It certainly brought economics and social impacts for Indonesian. Social and physical distancing made many companies lost their income so that it had an impact on the number of employment termination. People who depended on daily income complained because of the potential for poverty and starvation.

This study analyzed government policy and identified the perspectives of Indonesian people from different professions about the Covid-19 virus outbreak and its impact on socio-economic life.. Some professions which came in contact with Covid-19 and the policies include health workers, online transportation drivers, sellers, teachers/

lecturers, and journalists. The significance of this research for readers was to learn about Covid-19 and see various viewpoints of the community. For policy makers, this research was useful to provide an overview to find more effective solutions. This study was also useful as a reference for further research on Covid-19.

METHODS

This research was a descriptive qualitative research. The subject of the study was 16 people with different professions. The professions included a midwife, two doctors, a pharmacist, two physiotherapists, four online transportation drivers, two academics, three journalists, and a seller. The method of data collections were literature study, interviews, and documentation. The data included causes, symptoms, and impacts of Covid-19, Indonesian government policies, and respondents' perspectives and solutions on Covid-19. To analyze the data, the researcher used data reduction, data presentation, and drawing conclusions.

RESULT AND DISCUSSION

Coronavirus Disease (Covid-19)

Coronavirus is a group of viruses that can infect animals and humans. Some types of coronaviruses cause respiratory infections such as Middle East Respiratory Syndrome (MERS) and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). Coronavirus Disease-2019 (Covid-19) is caused by a new type of Coronavirus named Severe Acute Respiratory Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) syndrome. This disease is contagious. (Hui et al., 2020). Coronavirus is usually found in animals. SARS-CoV is associated with ferrets, while MERS-CoV is transmitted by camels. The Covid-19 carrier in the form of animals had not been confirmed but many believe this virus originated from bats.

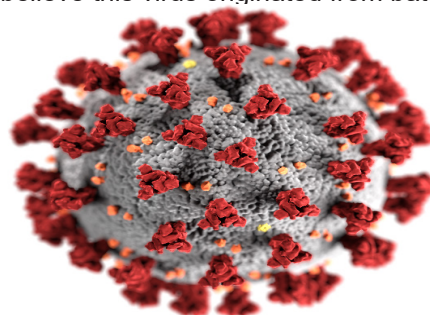


Figure 1. Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)

Source: <https://phil.cdc.gov/Details.aspx?pid=23312>

Figure one is the picture of Covid-19 (Sars-CoV-2) virus. Corona virus is zoonosis (transmitted between a human and an animal).

The lung is the most vulnerable organ to Covid-19. This virus accesses host cells through the ACE2 (Angiotensin-converting enzyme 2), which is the most numerous alveolar type II cells. This virus uses a special surface glycoprotein, called a “spike”, to connect to ACE2 and enter the host cell (Letko, Marzi, & Munster, 2020). The density of ACE2 in each tissue correlates to the severity of the disease in the tissue. By the development of alveolar, respiratory failure can occur as a cause of death. (Xu et al., 2020).

The incubation period for Covid-19 virus is from one to fourteen days, and it occurs on the third day to the seventh day. The symptoms for a person who is confirmed Covid-19 include fever, fatigue, and dry cough. Some patients experience pain, nasal congestion, runny nose, sore throat, and diarrhea. These symptoms appear gradually. Some people infected by Covid-19 do not show any symptom and still seem healthy. Most infected people can recover without special care. About 1 in 6 people infected with Covid-19 suffers from

breathing difficulty and severe pain. Elderly people and people who have previous illnesses such as kidney, high blood pressure, heart disease, and diabetes can experience more serious illness. (Chan et al., 2020).

Covid-19 virus can be transmitted from human to human through droplets (water splash from nose or mouth) when an infected person coughs or sneezes. The sparks may fall on objects or surfaces. People who touch the object may accidentally touch their eyes, nose or mouth, and then can be infected by Covid-19 virus. Novel Coronavirus can last on the surface for several hours to several days. The length of time a novel coronavirus remains on the surface is affected by the type of the surface, temperature and humidity in the environment. Covid-19 virus infection can also occur if people inhale a spark from a cough or a breath from an infected person. Therefore, it is important to maintain a distance for approximately two meters away from a sick person

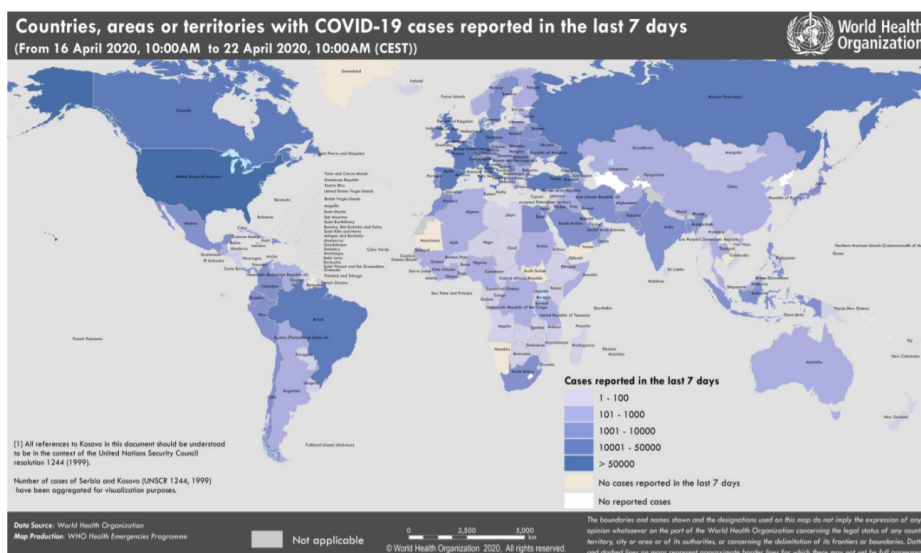


Figure 2. Covid-19 Contaminated Countries until April 22nd, 2020
Source: Covid19.who.intl

Figure 2 shows the spread of Covid-19 virus to more than 177 countries. Based on the data from WHO, until April 23rd, 2020, the number of confirmed cases was 2,549,632 cases with deaths of 175,825 people worldwide.

Indonesian Government Policy

Indonesia is one of the infected countries. The virus was first detected on March 2nd, 2020 in two Covid-19 virus infected patients. The increasing number of cases was quite significant and stable with an average of 100 cases per day. By March 25th, 2020, Indonesia had reported 790 cases from 24 provinces: Bali, Banten, DIY, DKI Jakarta,

Jambi, West Java, Central Java, East Java, South Kalimantan, West Kalimantan, East Kalimantan, Central Kalimantan, West Nusa Tenggara, Riau Islands, North Sumatra. Various sources predicted that the number of Covid-19 cases in Indonesia could reach ten or even hundred thousands. The capability, speed, and effectiveness of Indonesian government were considered as responsible respond to the high number of Covid-19 cases.

Derived from New England Complex System Institute, the term zone was used to identify and respond to the outbreak for its effectiveness. In controlling the spread of Covid-19, there were some terms of zone used in Indonesia.

1. Green Zone

This is an area without any confirmed case. The local government in this zone must increase public awareness to wash hands, keep a distance, and use a mask as prevention to virus transmission. In addition, the government should conduct tests at the border for individuals who are from yellow or red zone, also enforce fourteen days of quarantine for the individuals.

2. Yellow Zone

This is an area with few cases of local transmission, but without any group transmission. The efforts are as same as the green zone, plus contact tracing, testing and self-isolation. The government should urge the residents to avoid meetings involved many people, and provide maximum protection for medical personnel.

3. Orange Zone

This is an area near red zone or small group community. The efforts are made as same as in the yellow zone, plus giving disinfection on public places, giving test to people who have symptoms, giving personal protection like washing hands, wearing masks, and increasing test capacity and speed.

4. Red Zone

This is an area where local transmission has occurred. The efforts are made as same as the orange zone, also closing places that involve crowds such as schools, malls, tourist attractions, and others, giving travel limits, quarantine, and separating medical facilities for cases of Covid-19 infections with other cases.

Some terms related to Covid-19 virus outbreak:

1. Person under Surveillance (ODP)

The status of Person under Surveillance (ODP in Indonesian) is given to a person who has a fever ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) or he has a history of fever or ARI (Acute Respiratory Infection) without pneumonia. In addition, the person also has a travelling history to an infected country in the last 14 days before symptoms appeared. People going from areas with red zone status are also included under surveillance status. For those who are under surveillance status, they must carry out isolation by staying at home for 14 days (self-quarantine)

2. Patient under Observation (PDP)

- A person who has travelling history to an infected country in the last 14 days before the symptoms appeared, and a person who has these symptoms: fever ($>38^{\circ}\text{C}$); cough, flu, and sore throat, light to heavy pneumonia; also a patient with

low immunity. People who have under observation status must have 14 days quarantine in a hospital.

- A person who has a fever more than 38°C or he has a history of fever or ARI (light or heavy) in the last 14 days before symptoms appeared. Also if he: has contact with confirmed Covid-19 patient, works or visits medical facilities related to a confirmed Covid-19 patient, has travelling history to Hubei Province, has a contact history with a person who has travelling history in the last 14 days to Hubei Province. (Indonesian Ministry of Home Affairs, 2020).

3. Suspected Patient

A person under observation who has contacted a confirmed Covid-19 patient will be included as suspected patient. A Suspect refers to a person who shows symptoms of Covid-19 and is strongly suspected of having made contact with a confirmed Covid-19 patient. A patient in the suspect category will be examined by two methods namely, polymerase chain reaction (PCR) and Genome Sequencing to confirm whether he is positive or negative of Covid-19.

4. Person without Symptoms (OTG)

An OTG is an individual who is infected with a virus but shows no symptom of the corona virus. The sign of being infected with Covid-19 without symptoms is the disappearance of the ability to smell which shows that the virus has been in the nose. (Indozone.id)

According to Kompas.com, Indonesia chose a rapid diagnostic test to find out and map the distribution of Covid-19. The government had prepared 125,000 test kits distributed throughout Indonesia and continually added. Rapid diagnostic test is a rapid test method to track the infections so the patients can quickly in the quarantine period with provided medical facilities. Two types of rapid diagnostic tests are antigen and antibody. Rapid antigen test is used to detect the presence of a foreign object in the body. Samples are usually taken from the upper respiratory tract in the form of nasal or throat fluid. Rapid antibody test is used to detect whether there is antibody in the blood sample. The results are usually obtained in 1 or 2 hours because they do not require sophisticated laboratory facilities. The residents who can undergo a rapid diagnostic test are the people who have a contact history with a patient under observation, a confirmed Covid-19 patient, and a person under surveillance.

If the test shows negative of Covid-19, a person who has undergone a rapid diagnostic test must still be quarantined independently for 14 days. Negative result is still considered potential infection

and transmission of Covid-19. If the person shows worse symptoms or conditions, the person will be referred to a hospital to undergo a Polymerase Chain Reaction (PCR) test. However, if it does not show any symptom, the person is asked to repeat the test on the seventh to tenth day after the first rapid test. Finally, if the result remains negative, the person is declared uninfected.

The Polymerase Chain Reaction (PCR) method, often refers to a throat swab test. It uses fluid samples from the lower respiratory tract. This test is done by wiping the back of the throat. This examination takes 20-30 minutes. In the PCR method, the researchers extract nucleic acids in the fluid samples from the lower respiratory tract. Nucleic acid contains a viral genome which determines whether an infection is present or not in the body. Not everyone can have this PCR test, only those who are at risk will be diagnosed.

The effective preventions in the community as such as:

1. Clean your hand often using soap and water or alcohol-based hand rub;
2. Avoid touching your eyes, nose and mouth after touching anything;
3. Have an ethic while coughing and sneezing by covering the nose and mouth with the bent elbow;
4. Wear a mask;
5. Maintain a safe distance more than two meters from others. (Indonesian Ministry of Home Affairs, 2020).

Policies related to Covid 19 transmission prevention:

1. **Lockdown policy** means a policy that prohibits residents from entering a place because of an emergency. Lockdown can also mean a country that closes its borders, as the result, no one is able to enter or exit the country.

2. Social distancing means reducing the amount of outdoor activity and interaction, reducing direct face-to-face contact. This step includes avoiding public places. Social distancing is different from locking yourself at home, if someone has to be in a public place, for example a supermarket, it is necessary to keep a distance for about two meters from other people. An effort in implementing this policy is Work from Home (WFH) policy. There are ways to do social distancing:

- a. Do not have meeting with a lot of people;
- b. Be careful in public area by not touching any public facility;
- c. Avoid being outside in rush hours;
- d. Avoid any meeting point like offices, schools, cinemas and others;
- e. Do not make a handshake;
- f. Avoid any crowded.

3. **Physical distancing**, means maintaining a physical distance between one person and another. Some ways to do physical distancing, including;

- a. Avoid any crowded;
- b. Do not make a handshake;
- c. Keep minimum distance of two meters away;
- d. Work, study and pray at home;
- e. Wear a mask if sick or in a public area.

Even if everyone does physical distancing, everybody can still do daily activities, maintain social relationship with family and others using social media.

4. **Large-Scale Social Restrictions (PSBB)**

In Indonesian, it is called PSBB. It is regulated in the Law No. 6 Year 2018 and Government Law Number 21 Year 2020. It is included the school and workplace closures, restrictions on religious activities and public activities, and prohibitions on going to home town.

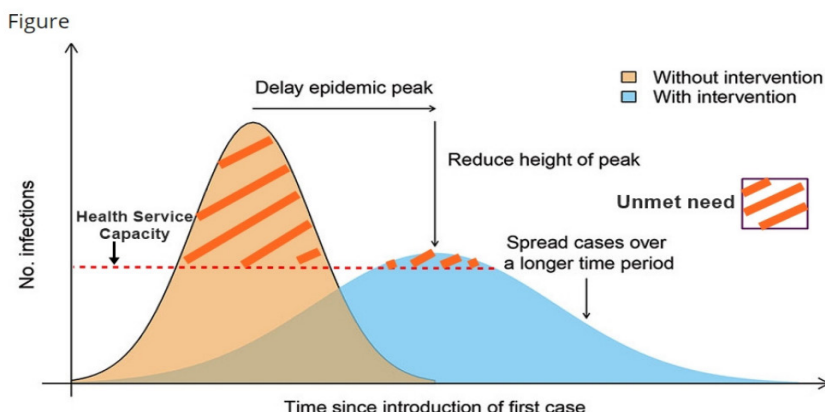


Figure 3. The impact of Covid-19 to the increase of sanitation and social distancing (Fong et al., 2020)

Figure number 2 illustrates a concept to limit the epidemic peak, so that every patient is able to get medical service (red dashed line). If this curve slopes, then the patient's need for medical facilities can be fulfilled and get intensive care. Social and physical distancing are needed for controlling the transmission, so better medical system can be provided, and vaccines can be produced. If there is no social and physical contraction, transmission cannot be controlled. As a result, a lot of patients cannot get appropriate medical facilities which will lead to the death. (Dalton, Corbett, & Katelaris, 2020)

Weber divided people into three classes: lower class, middle class, and upper class sections which were illustrated proportionally in the form of triangular curves. Structural categorization refers to wealth and income per capita. Indonesia was dominated by the lower classes. According to the World Bank (2020), the composition and proportion of classes in Indonesia consisted of lower classes (79%), middle classes (20%), and upper classes (less than 1%). Regional quarantine policies and Large-Scale Social Restrictions (PSBB) with restrictions on social movements, social and physical distancing and work from home (WFH) were like attacking the lower classes, especially for informal sector or daily workers. This policy had an impact on the decrease of the less fortunate classes's purchasing power. Then, multidimensional crisis had become a threat. (Ansori & Hubei, 2020)

The Impact of Covid-19 Virus Outbreak on Certain Professions in Indonesia

1. Healthcare/ Medical Professionals

Healthcare professionals were considered as frontlines for handling the confirmed Covid-19 patients. Easily transmitted type of virus made medical professionals very careful in handling patients. They must ensure that patients were handled properly while prioritizing their own lives. Based on the confession by respondents who work as medical professionals, there had been many positive and death cases on their colleagues due to treating Covid-19 patients. The role of doctors in dealing with Covid-19 was as an educator, diagnosis, observator, therapist, as well as a multidisciplinary mediator. Before carrying out these functions, the principle of patient safety must be carried out strictly. The main point was to reduce the risk of transmission. Therefore, the use of appropriate Personal Protective Equipment (PPE) for each procedure was mandatory. Actually, a doctor could refuse Covid-19 patients if PPE was not available, and this had been approved by the Indonesian Doctors Association (IDI).

There were many problems related to the handling of Covid-19 in the perspectives of medical professionals, including the unequal growing number of patients to the available medical professionals, the lack of hospital emergency facilities, the difficulties of obtaining Personal Protective Equipment (ADP), the scarcity of N95 Masks, and the missocialisation Standard Operating Procedures (SOPs), the less competence of medical professionals in handling Covid-19, and the limitation number of available hospitals for Covid-19. Some medical professionals also felt isolated by their environment, because they were considered able to transmit the virus due to direct contact with Covid-19 patients.

One of the effects of the Covid-19 pandemic was the scarcity of masks, hand sanitizers and alcohol. Many irresponsible individuals piled these medical items and sold them at unreasonable price due to the high demand. Sixty milliliters of hand sanitizer, which was originally around IDR 11, 000 to IDR 17,000.00 per bottle, raised to IDR 50,000 - IDR 70,000 per bottle. The price of ordinary masks per box was IDR 20,000. Then, it increased to IDR 80,000 or more than IDR 100,000. Medical masks from IDR 200,000 were raised to IDR 1,300,000 - IDR 2,000,000.00 per box.

Medical professionals also had dual roles: as a preventive agent (prevention) as well as a curative agent (healing). Medical professionals must be able to provide education to the public in an effort to minimize the transmission of Covid-19. As a curative agent, the medical staff must try to survive in the hospital and not return home. Triage was needed due to inadequate human resources and medical facilities. Triage was patient classifications based on disease, severity, prognosis, and availability of resources. Triage was a quick method to assess the severity of a condition, setting priorities, and moving patients to the right treatment. Triage divided patients into black, red, yellow, and green groups. Black was for passed away patients, red was for critical patients, yellow was for emergency patients, and green was for unserious condition patients. An unserious condition patient and able to move was asked for a self-isolation. Medical services were for those patients who needed it the most. Assistance from the Department of Health and volunteers for human resources and medical equipments was still very much needed.

Government appreciated the medical professionals by providing incentives for who handle Covid-19 patients. The President promised that the specialists would receive an incentive of IDR. 15,000,000, while general practitioners and dentists would receive IDR. 10,000,000, midwives

been done at home. Interviews were conducted through online media or live streaming. However, if they really had to work outside, they wore a mask, brought a hand sanitizer, and did physical distancing.

The mass media had a strategic role in providing information as well as education to the public. In this condition, the mass media could play a role in creating a safe atmosphere or even a panic and anxiety through the news. The mass media must be able to provide non-provocative news. Journalists must have social and political sensitivity in order to uphold ethical values in presenting the news. Journalists needed moral awareness to build public optimism in overcoming the Covid-19 virus outbreak threat.

5. Sellers

Since government had suggested doing social and physical distancing, self-quarantine, and large-scale social restrictions, many street vendors were lost their income because there were not a lot of buyers. Some sellers who rely on daily income were still looking for their lucks in selling, even though they had to face many risks. They continued to struggle to make a living, so that their families would not starve.

Respondents said that this outbreak caused the dramatic decrease on the daily income which was more than 50% from before. The sellers felt uneasy, so many of them had to go around selling their wares. The sellers worried that the food prices would be raised while their income was getting decreased.

A respondent who worked on the culinary business admitted that she was not able to cover her capital; so that, instead of earning income, it was actually lost. If his pandemic did not end, it was possible that many sellers would make employment termination or even close their own business.

The government would not be able to minimize the deaths due to Covid-19 without giving the economic impact on the country. Controlling the number of deaths as low as possible would be a priority, but the government must prepare a program to fix upcoming inevitable economic crisis. The government must be able to make decisions, although in the future there would be many pros and cons from the community. The impact on every individual was different from the policies issued by the government. (Anderson, Heesterbeek, Klinkenberg, & Hollingsworth, 2020)

Government Regulation in Lieu of Law Number 1 Year 2020 concerning State Financial Policies and Financial System Stability for Handling Covid-19 Pandemic produced a variety of policies.

1. Family Hope Program

The government added Family Hope Program members from 9.2 million families to 10 million families. The amount was also increased to 25% allocation of IDR 37.4 trillion.

2. Non-Cash Food Assistance (BPTN) or food assistance cards

The government increased the number of recipients to 20 million and the value rose 30% to IDR 200,000, per recipient. Food assistance cards will be given for 9 months.

3. Preemployment Card

The budgets for pre-employment card became 20 triliun with the total recipients of 5.6 million people. The value became IDR 650,000 to IDR 1,000,000 per month for four months.

4. Electricity Tariff Assistance

The government gave free electricity tariff to customers who had 450 voltages of electricity, around 24 million customers, for three months (April - June 2020). The government provides a 50% discount for 900 voltages to 7 million customers for three months (April - June 2020).

5. Alternative Budget Allocation

The government had IDR 25 trillions to fulfill basic needs, logistics and market operations.

6. Credit Installment Relief

This relief was given to taxi drivers, online transportation drivers, Micro Small and Medium-sized Enterprises (MSME), fishermen, residents with affected daily income in April 2020. (Maftuchan, 2020).

WHO's Strategic and Technical Advisory Group for Infectious Hazards (STAG-IH) gave protection and prevention advises, as such as:

1. Each country should rapidly increase preparations, readiness and response based on national risk assessments.
2. All countries must consider a combination of responses, case and contact findings, and other actions to delay the high number of patients, and steps to arise public awareness, promotion to always maintain hygiene, preparation to the high demand health system, and cancellations or postponing large scale public meetings.
3. Countries with zero Covid-19 case must conduct active surveillance for on time case finding, isolate, test and track every contact, practice social distance, and prepare health care.
4. Countries with low and medium income per capita must be supported technically and financially by institutions in the world.

STAIG-IH emphasized that it was important to keep sharing health data quickly, as well as technical collaboration between doctors, epidemiologists and virologists around the world. (Bedford et al., 2020).

CONCLUSION

The steps to reduce Covid-19 transmission included detecting and isolating cases, tracking contact and quarantine, social distancing and physical distancing, international travel bans, prevention of mass meetings, and self-maintenance. Social and physical distancing through staying at home movements was intended to slow the spread of disease and stop the chain of Covid-19 transmission. All public health services must be balanced with adaptive strategies to maintain social connections, protect incomes and secure food supplies. The negative economic impact of social distancing needed to be anticipated by managing the work cycle. Health care services were focused on the efforts to cure Covid-19 patients by increasing the health budget. For social, it was focused on the implementation of social safety nets. For recovering the economics was by providing cash transfers, credit, and monetary.

REFERENCES

1. Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet*, 395(10228), 931–934. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)
2. Ansori, M. H., & Hubei, P. (2020). Wabah COVID-19 dan Kelas Sosial di Indonesia. *THC Insights*, (14).
3. Ayebare, R. R., Flick, R., Okware, S., Bodo, B., & Lamorde, M. (2020). Adoption of COVID-19 triage strategies for low-income settings. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(4), e22. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30114-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30114-4)
4. Bedford, J., Enria, D., Giesecke, J., Heymann, D. L., Ihekweazu, C., Kobinger, G., ... Wieler, L. H. (2020). COVID-19: towards controlling of a pandemic. *The Lancet*, 395(10229), 1015–1018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30673-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30673-5)
5. Chan, J. F. W., Yuan, S., Kok, K. H., To, K. K. W., Chu, H., Yang, J., ... Yuen, K. Y. (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *The Lancet*, 395(10223), 514–523. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9)
6. Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., ... Zhang, Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet*, 395(10226), 809–815. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
7. Dalton, C., Corbett, S., & Katelaris, A. (2020). Pre-Emptive Low Cost Social Distancing and Enhanced Hygiene Implemented before Local COVID-19 Transmission Could Decrease the Number and Severity of Cases. *SSRN Electronic Journal*, 1–10. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3549276>
8. Fanelli, D., & Piazza, F. (2020). Analysis and forecast of COVID-19 spreading in China, Italy and France. *Chaos, Solitons and Fractals*, 134, 109761. <https://doi.org/10.1016/j.chaos.2020.109761>
9. Fong, M. W., Gao, H., Wong, J. Y., Xiao, J., Shiu, E. Y. C., Ryu, S., & Cowling, B. J. (2020). Nonpharmaceutical Measures for Pandemic Influenza in Nonhealthcare Settings—Social Distancing Measures. *Emerging Infectious Diseases*, 26(5). <https://doi.org/10.3201/eid2605.190995>
10. Gao, J., Tian, Z., & Yang, X. (2020). Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. *BioScience Trends*, 14(1), 1–2. <https://doi.org/10.5582/BST.2020.01047>
11. Hui, D. S., I Azhar, E., Madani, T. A., Ntoumi, F., Kock, R., Dar, O., ... Petersen, E. (2020). The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health — The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *International Journal of Infectious Diseases*, 91, 264–266. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.01.009>
12. Kemendagri, T. (2020). *Pedoman Umum Menghadapi Pandemi Covid-19 Bagi Pemerintah Daerah*. Jakarta: Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia.
13. Lancet, T., & Diseases, I. (2020). Editorial COVID-19 , a pandemic or not ? *The Lancet Infectious Diseases*, 20(4), 383. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30180-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30180-8)
14. Letko, M., Marzi, A., & Munster, V. (2020). Functional assessment of cell entry and receptor usage for SARS-CoV-2 and other lineage B betacoronaviruses. *Nature Microbiology*, 5(4), 562–569. <https://doi.org/10.1038/s41564-020-0688-y>
15. Maftuchan, A. (2020). Program Tunai di Era COVID-19: Bantuan Tunai Korona atau Jaminan Penghasilan Semesta. *Prakarsa Policy Brief*, (April), 21-. <https://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/6247>
16. Mahase, E. (2020). Covid-19: UK starts social distancing after new model points to 260 000 potential deaths. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 368(March), m1089. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1089>

17. Peeri, N. C., Shrestha, N., Rahman, M. S., Zaki, R., Tan, Z., Bibi, S., ... Haque, U. (2020). The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? *International Journal of Epidemiology*, (February). <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa033>
18. Prem, K., Liu, Y., Russell, T. W., Kucharski, A. J., Eggo, R. M., Davies, N., ... Hellewell, J. (2020). The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: a modelling study. *The Lancet Public Health*, 2667(20), 1–10. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30073-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30073-6)
19. Remuzzi, A., & Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet*, 395(10231), 1225–1228. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9)
20. Wang, T., Du, Z., Zhu, F., Cao, Z., An, Y., Gao, Y., & Jiang, B. (2020). Comorbidities and multi-organ injuries in the treatment of COVID-19. *The Lancet*, 395(10228), e52. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30558-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30558-4)
21. Xu, H., Zhong, L., Deng, J., Peng, J., Dan, H., Zeng, X., ... Chen, Q. (2020). High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. *International Journal of Oral Science*, 12(1), 1–5. <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0074-x>
22. Yu, N., Li, W., Kang, Q., Xiong, Z., Wang, S., Lin, X., ... Wu, J. (2020). Clinical features and obstetric and neonatal outcomes of pregnant patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective, single-centre, descriptive study. *The Lancet Infectious Diseases*, 3099(20), 1–6. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30176-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30176-6)
23. Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., ... Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229), 1054–1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

EVALUASI KEBIJAKAN MUTU LAYANAN KESEHATAN DALAM ERA JKN DI PROVINSI DKI JAKARTA: STUDI KASUS HIPERTENSI DENGAN DATA SISTEM KESEHATAN (DASK)

Eva Tirtabayu Hasri¹, Hanevi Djasri²

¹Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

¹Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRAK

Kematian tertinggi di Provinsi DKI Jakarta disebabkan oleh ischemic heart disease dan stroke, salah satu risiko terjadinya kedua penyakit tersebut adalah hipertensi. Tingginya kasus penyakit ini menjadi dasar diperlukannya analisa efektivitas upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan, melalui regulasi kendali mutu dan kendali biaya, pencegahan kecurangan, dan kapitasi berbasis kinerja. Penelitian menggunakan metode penelitian analisa statistik deskriptif sederhana, data dikumpulkan secara sekunder dari DaSK PKMK FK-KMK UGM yang memuat data IHME dan sampel BPJS Kesehatan. Hasil tiga regulasi mutu menunjukkan bahwa: 1) regulasi KMKB belum efektif, karena total klaim diagnosa hipertensi (I11, I12, I13, I15) di provinsi DKI Jakarta dari tahun 2015 ke tahun 2016 menunjukkan adanya peningkatan; 2) regulasi pencegahan kecurangan telah efektif berjalan, karena jumlah kunjungan dan total biaya diagnosa hipertensi esensial tahun 2015 ke tahun 2016 di provinsi DKI JAKARTA terlihat sebanding dari tahun 2015 ke tahun 2016; 3) regulasi KBK juga telah efektif berjalan karena rasio peserta sakit diagnosa hipertensi esensial yang dirujuk ke rumah sakit di provinsi DKI Jakarta tahun 2015 ke tahun 2016 mengalami penurunan. Kebijakan KBK dan pencegahan kecurangan efektif meningkatkan mutu tata laksana hipertensi di provinsi DKI Jakarta sedangkan kebijakan KMKB belum efektif meningkatkan mutu tata laksana hipertensi di provinsi DKI Jakarta.

Kata kunci: Kendali Mutu Kendali Biaya; DKI Jakarta; Kecurangan; Hipertensi; Kapitasi Berbasis Kinerja.

ABSTRACT

The leading causes of death in the DKI Jakarta Province is ischemic heart disease and stroke. The underlying factor of those two diseases is high-blood pressure/hypertension. The high number of hypertension case demand an effectivity analysis to increase the service quality though cost and quality control policy, fraud prevention and performance-based capitation policy. This research used data from secondary sources: National Health System Data which consist of data from Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) and National Health Insurance Agency (BPJS). Based on the three regulation of quality control we have found that: 1) the cost and quality control policy implementation in DKI Jakarta province is not effective in lower the cost, there was an increase of claim related to hypertension (I11, I12, I13, I15) from 2015-16; 2) the fraud prevention policy is effectively implemented. We found a match in number of visit and total cost from 2015-16; 3) the performance-based capitation also run quite effectively base on the decreased number of referrals from primary care to hospital in hypertension cases from 2015-16. In conclusion, the fraud prevention and performance-based capitation policy has potentially increase quality of services while the cost and quality control policy need more attention in implementation to be able to contribute in quality enhancement effort of hypertension services in DKI Jakarta Province.

Keywords: Cost and Quality; DKI Jakarta; Fraud; Hypertension; Performance-Based Capitation.

PENDAHULUAN

Provinsi Daerah Khusus Ibukota (DKI) Jakarta dibagi menjadi 6 Kabupaten/Kota administratif yaitu Jakarta Pusat, Jakarta Utara, Jakarta Barat, Jakarta Selatan, Jakarta Timur dan kepulauan seribu. Kematian Penduduk di provinsi DKI Jakarta paling banyak disebabkan oleh ischemic heart disease dan stroke (IHME, 2017), penyakit ini disebabkan oleh Hipertensi yang menjadi salah satu faktor risiko utama yang dapat menyebabkan penyakit kardiovaskular dan ginjal (Brent, 2018).

WHO (2011) menyebutkan bahwa satu milyar orang didunia menderita penyakit Hipertensi. Angka kejadian Hipertensi akan terus meningkat, diprediksikan bahwa tahun 2025, sebanyak 29% orang dewasa di dunai akan menderita Hipertensi.

Di Indonesia angka penduduk yang mengalami Hipertensi diatas usia 18 tahun sebanyak 31,7%. Di DKI Jakarta Terbanyak di Jakarta Selatan pada segmenetasi peserta bukan perkerja dan diikuti oleh segmentasi PBI APBN (Data sample BPJS Kesehatan 2015 & 2016 dalam DaSK, 2020).

Tata laksana pasien hipertensi di provinsi DKI jakarta telah dilakukan melalui mengaktifkan posbindu di setiap RW dan mengoptimalkan program rujuk balik BPJS Kesehatan melalui koordinasi Puskesmas, rumah sakit, apotik rujukan, serta BPJS BPJS Kesehatan. Persentase penderita hipertensi yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, tertinggi ada di Wilayah Jakarta Pusat (71%) dan terendah di Jakarta Selatan (0,3%) (Profil Kesehatan provinis DKI Jakarta Tahun 2018, 2019).

Berbagai upaya dalam Hipertensi telah dilakukan di lakukan mulai dari tingkat stakeholders sampai pada tingkat fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan mutu tata laksana Hipertensi. Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan berbagai kebijakan mutu layanan kesehatan, antara lain kebijakan Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB), pencegahan kecurangan dalam era JKN, dan Kapitasi berbasis kinerja (KBK).

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK-KMKB UGM mengevaluasi kebijakan kendali mutu dan kendali biaya, pencegahan kecurangan dalam era JKN, dan kapitasi berbasis kinerja untuk memastikan kebijakan bekerja sesuai tujuannya. Data yang digunakan sebagai bahan evaluasi kebijakan berasal dari data sampel 1% tahun 2015 dan 2016. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK-KMKB UGM telah menyediakan data ini dalam bentuk Data Sistem Kesehatan (DaSK).

Penelitian ini menjadi bukti bahwa kebijakan yang diterapkan saat ini terbukti memberikan manfaat terhadap peningkatan mutu (Fafard, 2008). Hasil penelitian diberikan kepada stakeholders agar dapat dimanfaatkan, kita tahu bahwa implementasi kebijakan tidak banyak menggunakan hasil penelitian sebagai empirical evidence, karena adanya pertimbangan-pertimbangan lainnya seperti kultur dan politik dari masyarakat (CDC US, 2008).

METODE PENELITIAN

Penelitian menggunakan metode kuantitatif deskriptif melalui penggunaan data sekunder. Data sekunder yang diolah berupa data sampel 1% BPJS Kesehatan tahun 2015 dan 2016 yang telah dipublikasikan oleh BPJS Kesehatan lalu telah diolah melalui DaSK oleh PKMK FK-KMK UGM. DaSK merupakan dashboard yang berisi data-data sampel BPJS Kesehatan tahun 2015 dan tahun

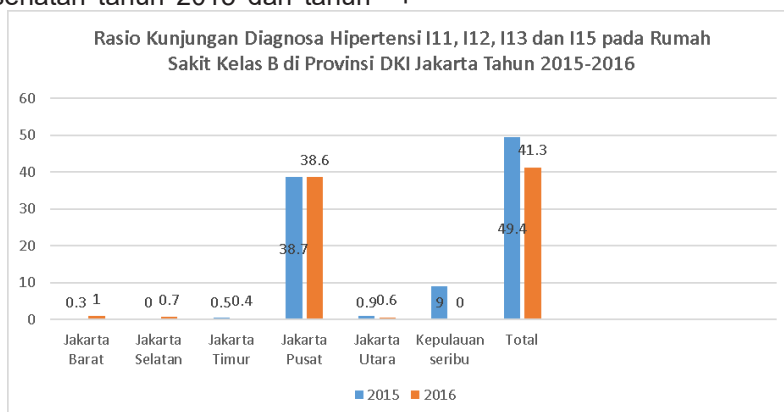
2016 yang dapat diakses oleh siapapun. Data menampilkan visualisasi data secara nasional, regional, dan provinsi. Berisi data data kunjungan, data rujukan, besaran klaim berdasarkan kelas RS, segmentasi peserta. Hasil pengambilan data dari DaSK dianalisa menggunakan statistik deskriptif dengan cara menampilkan gambar dalam bentuk grafik.

Hasil analisa diinterpretasikan menggunakan logik sebagai berikut, yaitu: 1) Kebijakan KMKB dilakukan dengan menganalisa jumlah kunjungan dan besaran klaim hipertensi (I12, I13, I14, I15) dari tahun 2015 ke tahun 2016, regulasi dianggap efektif bila hasil analisa mengalami penurunan; 2) Kebijakan pencegahan kecurangan dilakukan dengan menganalisa perubahan perbandingan antara jumlah klaim dengan jumlah pasien diagnosa hipertensi di Rumah Sakit dari tahun 2015 ke tahun 2016, regulasi dianggap efektif bila terlihat adanya kesesuaian perbandingan; 3) Kebijakan KBK dilakukan dengan menganalisa jumlah rujukan hipertensi esensial dari tahun 2015 ke tahun 2016, regulasi dianggap efektif bila hasil analisa mengalami penurunan.

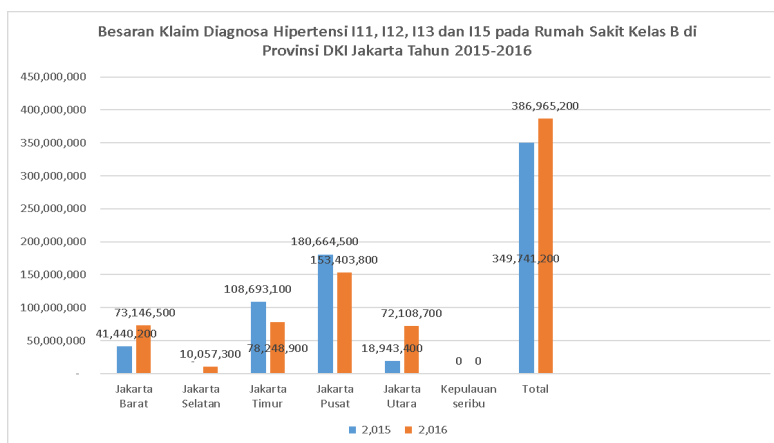
HASIL DAN PEMBAHASAN

Evaluasi Kebijakan KMKB

Secara umum hasil analisa kunjungan diagnosa hipertensi (I11, I12, I13, I15) di provinsi DKI Jakarta dari tahun 2015 ke tahun 2016 terlihat penurunan. Rasio kunjungan terbanyak di Jakarta Pusat. Jumlah 0 pada kabupaten kepulauan seribu karena benar-benar tidak ada kunjungan atau karena jumlahnya sangat kecil mengingat sampel hanya 1% (gambar 1). Dari hasil tersebut didapatkan bahwa kebijakan KMKB efektif dalam tata laksana pasien hipertensi dilihat dari rasio kunjungan karena hasil analisa data mengalami penurunan.



Gambar 1. Rasio Kunjungan Diagnosa Hipertensi
Sumber: BPJS Kesehatan dalam DaSK, 2020



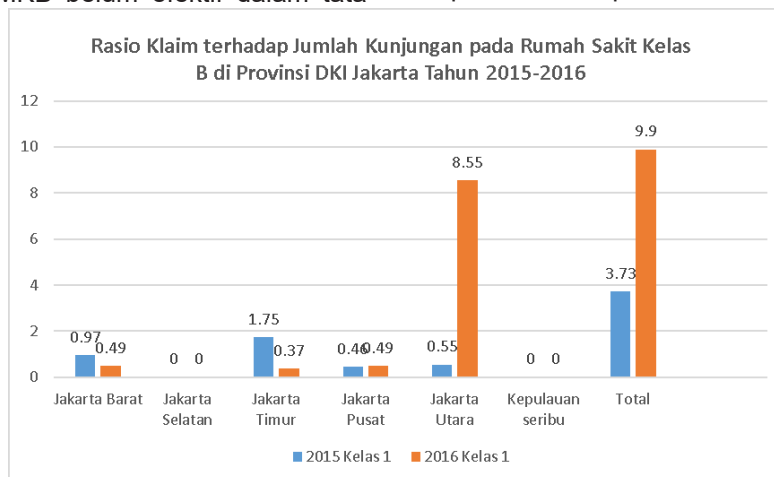
Gambar 2. Besaran Klaim Diagnosa Hipertensi
Sumber: BPJS Kesehatan dalam DaSK, 2020

Secara umum hasil analisa total klaim diagnosa hipertensi (I11, I12, I13, I15) di provinsi DKI Jakarta dari tahun 2015 ke tahun 2016 terlihat peningkatan (gambar 2). Peningkatan total klaim dari tahun 2015 ke tahun 2016 terjadi di Jakarta Barat, Jakarta Selatan, dan Jakarta Utara sedangkan yang mengalami penurunan di Jakarta Pusat dan Jakarta Timur. Jakarta Pusat dan Timur memiliki besaran klaim terbanyak selama tahun 2015 dan 2016, namun grafiknya menurun di tahun 2016. Wilayah kepulauan seribu 0 karena benar-benar tidak ada kunjungan atau karena jumlahnya sangat kecil mengingat sampel hanya 1%. Secara umum dari hasil tersebut didapatkan bahwa regulasi KMKB belum efektif dalam tata

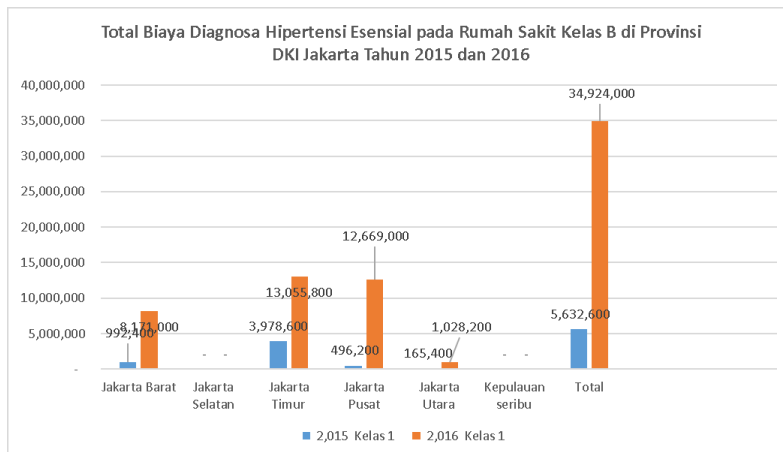
laksana pasien hipertensi di provinsi DKI Jakarta karena hasil analisa data mengalami peningkatan.

Evaluasi Kebijakan Pencegahan Kecurangan

Secara umum hasil analisa jumlah kunjungan dan total biaya diagnosa hipertensi esensial tahun 2015 ke tahun 2016 di provinsi DKI Jakarta terlihat sebanding (gambar 3 dan gambar 4). Jumlah kunjungan diagnosa hipertensi esensi tahun 2015 ke tahun 2016 mengalami tren peningkatan, begitu juga dengan total biaya. Sehingga didapatkan bahwa kebijakan pencegahan kecurangan efektif dalam tata laksana pasien hipertensi karena tidak ada potensi fraud pada data tersebut.



Gambar 3. Rasio Klaim Jumlah Kunjungan
Sumber: BPJS Kesehatan dalam DaSK, 2020

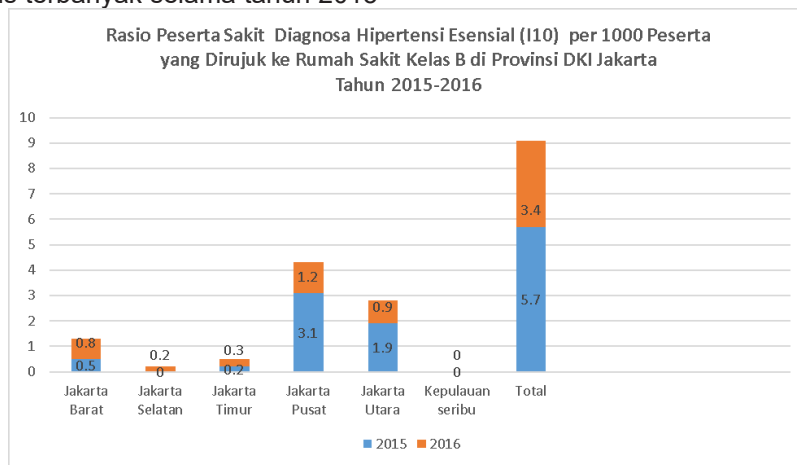


Gambar 4. Total Biaya Diagnosa Hipertensi
Sumber: BPJS Kesehatan dalam DaSK, 2020

Evaluasi Kebijakan KBK

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hipertensi esensial masih dirujuk dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Hasil analisa rasio peserta sakit diagnosa hipertensi esensial yang dirujuk ke rumah sakit di provinsi DKI Jakarta tahun 2015 ke tahun 2016 mengalami penurunan (gambar 5). Kasus terbanyak selama tahun 2015

dan 2016 di Jakarta Pusat, walaupun terbanyak tapi kasusnya mengalami penurunan pada tahun 2016. Berbeda halnya dengan kabupaten kepulauan seribu tidak ada karena tidak ada rujukan atau karena jumlahnya sangat kecil mengingat sampel hanya 1%. Sehingga didapatkan bahwa kebijakan KBK efektif dalam tata laksana pasien hipertensi karena hasil analisa data menurun.



Gambar 5. Rasio Peserta Sakit Hipertensi Esensial
Sumber: BPJS Kesehatan dalam DaSK, 2020

Evaluasi Regulasi KMKB

Kebijakan KMKB mengugaskan KMKB melakukan UR, audit medis, sosialisasi kewenangan tenaga klinis dan pembinaan etika disiplin profesi (BPJS Kesehatan, 2016). Semua kegiatan tersebut memerlukan data, baik dari fasilitas pelayanan kesehatan maupun BPJS Kesehatan.

Menurut WHO (2015), akses terhadap data universal health coverage (UHC) sangat penting dalam rangka monitoring keberhasilan UHC. Data digunakan juga untuk menilai kebijakan sehingga dapat dimanfaatkan oleh pengambil kebijakan

untuk menerapkan kebijakan yang berbasis bukti (CDC US, 2008).

Pemanfaatan data telah menjadi salah satu masalah dalam menerapkan kebijakan kendali mutu dan kendali biaya di fasilitas pelayanan kesehatan, hasil penelitian Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK-KMK UGM tentang evaluasi kebijakan mutu tentang kendali mutu dan kendali biaya menunjukkan bahwa TKMKB tidak mempunyai akses data ke BPJS Kesehatan, dalam buku petunjuk teknis KMKB telah dijelaskan bahwa TKMKB mendapat akses

ke BPJS Kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan (BPJS Kesehatan, 2015).

Selain masalah data, kemampuan mengolah data juga harus disiapkan oleh TKMKB untuk mengakomodir keterbukaan data BPJS Kesehatan. Kemampuan ini dapat dilakukan dengan memanfaatkan media visualisasi, seperti yang telah dilakukan oleh Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK-KMK UGM melalui DaSK. DaSK berisi data sample 1% BPJS Kesehatan tahun 2015 dan 2016. Melalui data tersebut, TKMKB juga dapat melakukan analisa data, seperti melihat angka kejadian suatu penyakit di tingkat provinsi maupu nasional, melihat total klaim, melihat jumlah rujukan dari FKTP ke FKRTL dan lainnya (DaSK FK-KMK UGM, 2020).

Penelitian Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK-KMK UGM tentang evaluasi kebijakan mutu tentang kendali mutu dan kendali biaya menunjukkan bahwa kebijakan KMKB dapat berjalan melalui adanya partisipasi aktif dari BPJS Kesehatan untuk memfasilitasi kegiatan TKMKB, inisiatif TKMKB melakukan semua tugas yang telah ditetapkan mulai dari utilisasi review, audit medis, pembinaan etika dan disiplin profesi, dan sosialisasi kewenangan tenaga klinis. Sedangkan hal yang menyebabkan kebijakan KMKB sulit berjalan antara lain TKMKB merasa tidak ada akses data, TKMKB tidak mempunyai kompetensi analisa data, kurangnya fasilitasi kegiatan KMKB dari BPJS Kesehatan, kurangnya komitmen TKMKB terhadap tugas dan tanggung jawab (Hasri, Wulan & Djasri, 2020).

Evaluasi Regulasi Pencegahan Kecurangan

Kebijakan pencegahan kecurangan menetapkan berbagai kegiatan untuk mencegah pencegahan, penanganan, pemberian sanksi, serta pembinaan dan pengawasan kecurangan, yaitu (1) penyusunan kebijakan (policy) dan pedoman pencegahan kecurangan (fraud); (2) pengembangan budaya pencegahan kecurangan (fraud); (3) pengembangan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya; dan (4) pembentukan tim pencegahan kecurangan (fraud) yang disesuaikan dengan kebutuhan dan skala organisasi (Permenkes nomor 16 tahun 2019).

Implementasi kebijakan ini mengalami berbagai hambatan, antara lain Staf tidak merasa mendapat arahan yang meyeluruh dan sistematis untuk melakukan pengendalian kecurangan JKN di institusi, Staf belum merasa terdorong untuk berperilaku etik yang dapat menghambat kejadian fraud, Belum muncul rasa tanggung jawab untuk mengatasi fraud dan mendorong berjalannya program-program anti fraud (Candra dkk, 2020).

Implementasi kebijakan pencegahan kecurangan yang belum optimal menyebabkan adanya potensi fraud, penelitian Sparrow (1998) menunjukkan bahwa ada 7 faktor dan tantangan yang menyebabkan fraud di lingkungan manapun sulit dikendalikan yaitu: (1) fraud akan terlihat saat melakukan deteksi dan hanya mewakili sebagian sampel; (2) indikator kinerja yang tersedia bersifat ambigu dan buruk; (3) banyak data seperti data klaim namun SDM terbatas; (4) fraud bersifat dinamis bukan satu statis (5) penindakan fraud menggunakan pendekatan tradisional; (6) adanya rasa percaya diri yang tinggi tentang efektifitas penanganan kontrol fraud yang baru; (7) pencegahan fraud dilakukan pada bentuk fraud yang sederhana.

Evaluasi Regulasi KBK

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 5 tahun 2014 tentang panduan praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer bahwa hipertensi esensial merupakan salah satu diagnosa dalam kategori 144 penyakit yang harus dikuasai penuh oleh para lulusan dokter dan tuntas diselesaikan di Puskesmas. Kebijakan KBK dapat berjalan karena Puskesmas memiliki dokter yang cukup, kompetensi dokter cukup memadai, sarana dan prasarana yang memadai, staf mendapatkan insentif dana kapitasi, ada tim Monev JKN yang selalu aktif melakukan sosialisasi, monitoring dan evaluasi di semua Puskesmas khususnya pada Puskesmas yang tidak mencapai target indikator rujukan non spesialisik (Hasri, Wulan & Djasri, 2020).

Pembayaran menggunakan sistem kapitasi berdampak pada efisiensi penggunaan sumber daya, menciptakan persaingan fasilitas pelayanan kesehatan dalam menyediakan pelayanan yang berkualitas (Opoku, 2014). Implementasi kebijakan KBK juga dipengaruhi oleh jumlah penduduk di suatu wilayah. Kapitasi yang besar memiliki keunggulan karena uang yang banyak dapat digunakan untuk melengkapi alat kesehatan, kebutuhan medis, menambah sumber daya manusia. Namun jumlah peserta yang banyak juga dapat menurunkan kualitas pelayanan yang diberikan oleh dokter, hasil penelitian yang dilakukan Hasan (2017) menunjukkan bahwa Puskesmas yang memiliki dana kapitasi besar memungkinkan "kualitas pemeriksaan dokter 'terpaksa' diturunkan karena kuantitas yang banyak sedangkan pada Puskesmas kapitasi kecil kualitas pemeriksaan dokter terjaga karena kuantitas yang sedikit. Penelitian lainnya dari Salama & Ilyas menunjukkan bahwa tenaga kesehatan Puskesmas tidak sebanding dengan jumlah pasien yang berkunjung per harinya

sehingga memungkinkan pemberian pelayanan yang kurang berkualitas (Salama & Ilyas, 2016).

Manajemen tata laksana hipertensi yang tidak bermutu di Puskesmas dipengaruhi oleh pemberian pelayanan yang belum sesuai standar, kurangnya evidence based tata laksana hipertensi diantara dokter, perawat yang tidak *continue* (Kalantan, 2001 & Guibert, 1996). Tuwiri (2006) menyebutkan bahwa kualitas tata laksana hipertensi dilakukan dengan cara peningkatan pengetahuan dokter akan pentingnya pemberian pelayanan yang sesuai standar. Fasilitas pelayanan kesehatan harus menyediakan sumber daya diagnostik, terapi dan pendidikan yang memadai pada dokter.

KESIMPULAN

Kebijakan KBK dan pencegahan kecurangan efektif meningkatkan mutu tata laksana hipertensi di provinsi DKI Jakarta sedangkan kebijakan KMKB belum efektif meningkatkan mutu tata laksana hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

1. BPJS Kesehatan. Peran BPJS kesehatan dalam pencegahan fraud dan abuse dalam sistem jaminan kesehatan nasional: BPJS Kesehatan; Slide Presentasi disampaikan 2005
2. BPJS Kesehatan. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun Tentang Penerapan Kendali Mutu Dan Kendali Biaya Pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional: BPJS Kesehatan; 2016
3. BPJS Kesehatan. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama: BPJS Kesehatan; 2019
4. Brent M. Egan, Susan E. Sutherland, Michael Rakotz, Jianing Yang, R. Bruce Hanlin, Robert A. Davis, and Gregory Wozniak. (2018). Improving Hypertension Control in Primary Care With the Measure Accurately, Act Rapidly, and Partner With Patients Protocol Results at 6 and 12 Months. *AHA*. 2018; Volume 72, Issue 6, Pages 1320-1327. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.11558>
5. Candra, Hasri, E.T., Rahma, P.A., & Djasri, H. Realist Evaluation Kebijakan Mutu Layanan Kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional di Daerah Istimewa Yogyakarta: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan UGM (PKMK-FK-KMK UGM); 2020
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). US State Policy Guide: Using Research in Public Health Policymaking A Publication of The Council of State Governments 2008. U.S. Department of Health and Human Services; 2008
7. DaSK PKMK FKK-MK UGM. Data Sampel BPJS Kesehatan Tahun 2015 dan 2016. BPJS Kesehatan; 2020. Diakses <https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/file/peta-penyakit-layanan-rujukan.html>.
8. DaSK PKMK FKK-MK UGM. (2020). Data Sampel BPJS Kesehatan Tahun 2015 dan 2016; 2020. BPJS Kesehatan. Diakses <https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/file/utilisasi-peserta-JKN.html>
9. Fafard P. Evidence and Healthy Public Policy: Insights from Health and Political Sciences. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy US; 2008
10. Hasan, AG & Adisasmito, WBB. Analisis Kebijakan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN Pada FKTP Puskesmas Di Kabupaten Bogor Tahun 2016. Yogyakarta: Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia Volume 06 No. 03 September; 2017
11. Hasri, ET., Wulan, S., Djasri, H. Evaluasi Kebijakan Kendali Mutu dan Kendali Biaya, Pencegahan Kecurangan dan Kapitasi Berbasis Komitmen dalam Era JKN di Provinsi Bengkulu Menggunakan Pendekatan Realis Evaluasi. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK-KMK UGM; 2020. Di akses pada <https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/file/artikel-mutu-bengkulu.pdf>
12. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2017). Angka Kematian di Provinsi DKI Jakarta. University of Washington
13. Kalantan KA, Mohamed AG, Al-Taweel AA, Ab-dulghani HM. Hypertension among attendants of primary health care centers in Al-Qassim region, Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2001; 22(11): 960-3.
14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Hipertensi. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
15. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 16 tahun 2019 tentang pencegahan dan penanganan kecurangan (fraud) serta pengenaan sanksi administrasi terhadap kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan.
16. Opoku, Michael and Nsiah, Richard and Oppong, Paul and Tetteh, Edmund. (2014). The Effect of Capitation Payment on the

- National Health Insurance Scheme in Ashanti Region, Ghana. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2479305> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2479305>
17. Salama, N & Ilyas, Y. (2016). Efektivitas Puskesmas Duren Sawit sebagai Gatekeeper dalam Penanganan Pasien Hipertensi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2016. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
 18. Sparrow, M. K. 1998. National Institute of Justice: Fraud control in health care Industry: Assessing the State of the Art.
 19. TKMKB Nasional. (2015). Buku Petunjuk Teknis Kendali Mutu dan Kendali Biaya Program JKN. Jakarta: BPJS Kesehatan.
 20. Tuwijiri, AAA & Al-Rukban, MO. (2006). Hypertension control and co-morbidities in primary health care centers in Riyadh. *Ann Saudi Med* 26(4) July-August 2006 www.saudiannals.net
 21. World Health Organization. (2015). Tracking Universal Health Coverage: First global monitoring report. World Health Organization. ISBN 9241564970, 9789241564977

POLA PELAYANAN PENDERITA HIPERTENSI PESERTA JKN DI FKRTL PROVINSI JAWA BARAT TAHUN 2015-2016

SERVICE PATTERNS FOR JKN PARTICIPANTS WITH HYPERTENSION IN FKRTL WEST JAVA PROVINCE YEAR 2015-2016

Wulan Fitriani¹, Yulia Sofiatin^{2*}, Irvan Afriandi²

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Universitas Padjadjaran

²Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran

ABSTRAK

Tekanan darah tinggi merupakan faktor risiko independen penyakit kardiovaskular. Hipertensi di Jawa Barat masih menjadi masalah dengan angka kejadian yang terus meningkat. Beberapa kasus hipertensi harus dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) untuk mendapatkan pelayanan spesialis/sub spesialis. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Pola Pelayanan Penderita Hipertensi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) Provinsi Jawa Barat Tahun 2015-2016. Penelitian menggunakan desain deskriptif kuantitatif. Data yang digunakan merupakan data tersier yaitu data sampel BPJS Kesehatan tahun 2015-2016. Subyek penelitian ini merupakan penderita hipertensi yang menerima pelayanan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) Provinsi Jawa barat tahun 2015-2016. Seluruh data yang memenuhi syarat dan sebagian besar variabelnya terisi lengkap diikutsertakan dalam analisis dengan menggunakan pembobotan yang disediakan dalam data sampel. Proporsi penderita hipertensi yang dilayani di FKRTL sebanyak 6,3%. Kelompok yang paling banyak ditangani di FKRTL adalah kasus hipertensi primer (53,8%), usia >64 tahun (31,2%), perempuan (63,9%), dan orang yang sudah menikah (72,3%). Hipertensi yang dikelola di FKRTL lebih banyak diberikan kepada kelas premi I (43,8%) dan segmen pekerja bukan penerima upah (33,6%). Jenis fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut yang dikunjungi paling banyak adalah rumah sakit (99,9%), fasilitas kesehatan asal rujukan paling banyak adalah puskesmas (51,8%), dan klinik yang melayani pasien hipertensi terbanyak adalah klinik penyakit dalam (44,4%). Jenis pelayanan yang diberikan kepada penderita hipertensi terbanyak adalah rawat jalan (81,3%) dan status pulang terbanyak pada penderita hipertensi dengan rawat inap adalah sehat (93%). Sebagian besar pasien hipertensi adalah hipertensi primer, berusia >64 tahun, berjenis kelamin perempuan, status sudah menikah, segmen PBPU, dan kelas premi I. Hipertensi paling banyak terdiagnosis di rumah sakit, dilayani pada klinik penyakit dalam, dan dirujuk dari puskesmas. Jenis pelayanan yang diberikan kepada penderita hipertensi terbanyak adalah rawat jalan dan sebagian besar penderita hipertensi dengan rawat inap pulang dalam keadaan sehat.

Kata kunci: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL); Karakteristik hipertensi; BPJS Kesehatan.

ABSTRACT

High blood pressure is an independent risk factor for cardiovascular disease. Hypertension in West Java is still a problem with increasing incidence. Some cases of hypertension must be referred to Advanced Level Health Facilities (FKRTL) for specialist/sub-specialist services. This study aims to describe the pattern of services for hypertension patients who participate in the National Health Insurance (JKN) at the Advanced Level Health Facility (FKRTL), West Java Province in 2015-2016. This research used quantitative descriptive design. The data used is tertiary data, BPJS Health sample data 2015-2016. The subjects of this study were hypertensive patients who received services at the Advanced Level Health Facility (FKRTL) in West Java Province in 2015-2016. Data that meet the requirements and most of the variables filled in completely are included in the analysis using weights provided in the data sample. The proportion of hypertensive patients served at the FKRTL was 6.3%. The groups managed by FKRTL the most were primary hypertension (53.8%), age > 64 years (31.2%), women (63.9%), and married people (72.3%). Hypertension that is managed in FKRTL is mostly given to premium class I (43.8%) and non-wage worker (33.6%). Types of advanced level health facilities visited the most were hospitals (99.9%), health facilities from which the most referrals originated were puskesmas (51.8%), and clinics that served the most hypertensive patients were internal medicine clinics (44.4%). Most of the services provided to hypertensive patients were outpatient (81.3%) and most patients with hypertension who hospitalized were healthy (93%). Most hypertensive patients are primary hypertension, > 64 years old, female, married, PBPU segment, and premium class I. Hypertension is most diagnosed in hospitals, served at internal medicine clinics, and referred from puskesmas. Most types of services provided to hypertensive patients are outpatient and most hypertensive patients with hospitalization go home in good health.

Keywords: Advance Level Health Facilities (FKRTL); Characteristics of hypertension; Social Security Administrative Body (BPJS).

PENDAHULUAN

Hipertensi ditandai dengan peningkatan tekanan darah sistolik 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik 90 mmHg secara persisten.¹ Tekanan darah tinggi merupakan faktor risiko independen penyebab penyakit kardiovaskular dan memiliki prevalensi yang tinggi di masyarakat.² High blood pressure (BP Berdasarkan data Riskesdas 2013, angka kejadian hipertensi di Jawa Barat sebanyak 29,4% sedangkan pada Riskesdas 2018, angka kejadian hipertensi di Jawa Barat mencapai 39,60%.

BPJS kesehatan merupakan badan penyelenggara jaminan sosial di bidang kesehatan yang mulai beroperasi di Indonesia pada tahun 2014. Per November 2016, peserta BPJS kesehatan mencapai 68% masyarakat Indonesia.³ Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis yang ditanggung pembiayaannya oleh BPJS. Pada tahun 2015-2016 hipertensi menjadi diagnosis terbanyak di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).⁴

BPJS kesehatan menggunakan sistem rujuk berjenjang sehingga pasien yang tidak bisa ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) akan dirujuk menuju fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKRTL) untuk mendapatkan pelayanan spesialisik atau subspecialistik. Pasien hipertensi yang dirujuk ke FKRTL merupakan pasien dengan hipertensi resisten, hipertensi dengan komplikasi, dan pasien hipertensi dengan tekanan sistole lebih dari 180 mmHg (hipertensi urgensi).⁵

BPJS Kesehatan meluncurkan data sampel BPJS tahun 2015-2016 yang telah diolah sedemikian rupa sehingga merupakan representasi dari wilayah, baik negara, provinsi, maupun kabupaten/kota. Data sampel BPJS ini dapat dianalisis sehingga berguna sebagai dasar evaluasi sistem kesehatan dan pembentukan kebijakan kesehatan di Indonesia.

Penelitian mengenai karakteristik penderita hipertensi di Provinsi Jawa Barat yang mendapat pelayanan BPJS Kesehatan belum pernah dilakukan, khususnya yang menggunakan data sampel BPJS Kesehatan tahun 2015-2016. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui distribusi sosiodemografi, distribusi klinis, dan distribusi pelayanan penderita hipertensi pada peserta jaminan kesehatan nasional (JKN) di

fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKRTL) Provinsi Jawa Barat tahun 2015-2016

METODE PENELITIAN

Penelitian dilakukan dengan desain deskriptif kuantitatif, dilaksanakan sejak bulan September hingga Desember 2020 setelah mendapat persetujuan dari Komite Etik Penelitian Universitas Padjadjaran Bandung (No.838/UN6.KEP/EC/2020).

Data yang digunakan merupakan data tersier yaitu data sampel BPJS Kesehatan tahun 2015-2016. Subyek penelitian ini merupakan penderita hipertensi yang menerima pelayanan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) Provinsi Jawa Barat tahun 2015-2016 dan tercantum dalam data sampel tersebut. Seluruh data yang memenuhi syarat dan sebagian besar variabelnya terisi lengkap diikutsertakan dalam analisis. Setiap data sampel telah mengalami pembobotan sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan, analisis dilakukan setelah pembobotan sehingga dapat merepresentasikan kondisi Jawa Barat secara keseluruhan. Data diolah menggunakan perangkat lunak IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) dan dianalisis menggunakan statistik deskriptif. Data disajikan dalam bentuk tabel.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Jumlah peserta jaminan kesehatan nasional (JKN) yang berobat ke FKRTL Provinsi Jawa Barat tahun 2015-2016 adalah 15.164.320 orang. Sebanyak 950.676 orang (6,3%) dari data tersebut merupakan penderita hipertensi. Hasil penelitian ini tidak menggambarkan prevalensi hipertensi di Jawa Barat seperti dalam data Riskesdas 2018 (39,60%),⁶ karena penelitian ini hanya menggunakan sampel di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut saja, faktor lain yang memengaruhi adalah jumlah peserta BPJS Kesehatan per November 2016 masih 68% dari seluruh penduduk Indonesia.³ Selain itu, berdasarkan penelitian sebelumnya tingkat pengetahuan pasien terhadap hipertensi yang kurang, di Bandung hanya 56% responden yang mempunyai pengetahuan baik, dapat memengaruhi tingkat kunjungan masyarakat ke fasilitas kesehatan.⁷

Tabel 1. Karakteristik sosiodemografi subjek penelitian

Karakteristik	Total		Jenis Kelamin			
			Laki-laki		Perempuan	
	Tidak tertimbang n=8849 jumlah (%)	Tertimbang n = 950.676 jumlah (%)	Tidak tertimbang n =3.422 jumlah (%)	Tertimbang n = 343.065 jumlah (%)	Tidak tertimbang n = 5.427 jumlah (%)	Tertimbang n = 607.649 jumlah (%)
Umur						
<18	36 (0,4)	2.022 (0,2)	24 (0,7)	1.386 (0,4)	12 (0,2)	636 (0,1)
18-24	147 (1,7)	14.914 (1,6)	19 (0,5)	1.384 (0,4)	128 (2,4)	13.530 (2,2)
25-34	479 (5,4)	49.081 (5,2)	106 (3,1)	9.754 (2,8)	373 (6,9)	39.327(6,5)
35-44	959 (10,8)	95.261 (10,0)	292 (8,5)	26.864 (7,8)	667 (12,3)	68.397 (11,2)
45-54	2.056 (23,2)	203.158 (21,4)	780 (22,8)	79.100 (23,1)	1.276 (23,5)	124.058 (20,4)
55-64	2.669 (30,2)	289.369 (30,4)	1078 (31,5)	103.192 (30,1)	1.591 (29,3)	186.177 (30,6)
>64	2.503 (28,3)	296.871 (31,2)	1.123 (32,8)	121.385 (35,4)	1.380 (25,4)	175.486 (28,9)
Kelas Premi						
Kelas I	3.643 (41,2)	416.046 (43,8)	1.555 (45,4)	172.571 (50,3)	2.088 (38,5)	243.475 (40,0)
Kelas II	2.864 (32,4)	279.495 (29,4)	1.085 (31,7)	99.354 (29,0)	1.779 (32,7)	180.141 (29,6)
Kelas III	2338 (26,4)	254.822 (26,8)	782 (22,9)	71.140 (20,7)	1.556 (28,7)	183.682 (30,2)
Missing	4 (0,0)	314 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (0,1)	314 (0,1)
Segmen Peserta						
Bukan Pekerja	2113 (23,88)	249.492 (26,2)	777 (22,7)	97.110 (28,3)	1.293 (23,8)	152.382 (25,1)
PBI APBN	963 (10,88)	107.441 (11,3)	299 (8,7)	31.092 (9,1)	664 (12,2)	76.349 (12,6)
PBI APBD	127 (1,44)	16.448 (1,7)	33 (1,0)	4.778 (1,4)	86 (1,6)	11.670 (1,9)
PBPU	3353 (37,89)	319.414 (33,6)	1.238 (36,2)	100.356 (29,3)	2.075 (38,2)	219.058 (36,1)
PPU	2293 (25,91)	257.882 (27,1)	1.075 (31,4)	109.729 (32,0)	1.309 (24,1)	148.153 (24,4)
Status perkawinan						
Belum kawin	531 (6,0)	67.047 (7,1)	220 (6,4)	15.742 (4,6)	311 (5,7)	51.305 (8,4)
Kawin	6622 (74,83)	687.355 (72,3)	2.805 (82,0)	286.637 (88,5)	3.817 (70,3)	400.718 (65,9)
Cerai	847 (9,57)	99.302 (10,4)	116 (3,4)	10.865 (3,2)	731 (13,5)	88.437 (14,5)
Missing	849 (9,59)	96.974 (10,2)	281 (8,2)	29.821 (8,6)	568 (10,5)	67.153 (11,1)
Total	8.849 (100)	950.676 (100)	3.422 (100)	343.065 (100)	5.427 (100)	607.649 (100)

Keterangan :

PBI APBN : Penerima Bantuan Iuran Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
 PBI APBD : Penerima Bantuan Iuran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
 PBPU : Pekerja Bukan Penerima Upah
 PPU : Pekerja Penerima Upah

Pasien hipertensi perempuan (63,9%) lebih banyak dari laki-laki (36,1%). Penelitian ini sejalan dengan profil kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2016 yang menyebutkan persentase penderita hipertensi di Jawa Barat lebih banyak pada perempuan (12,21%) dibanding laki-laki (8,81%).⁸

Pada tabulasi silang ditemukan penderita hipertensi terbanyak adalah kelompok perempuan berusia 55-64 tahun (30,6%). Hal itu sejalan dengan penelitian Hazwan, yang menyebutkan bahwa angka kejadian hipertensi meningkat pada perempuan disebabkan oleh menopause yang menyebabkan penurunan perbandingan estrogen dan androgen sehingga terjadi peningkatan pelepasan renin dan memicu peningkatan tekanan darah.⁹

Rentang usia peserta penderita hipertensi yang dilayani di FKRTL adalah 53 hari-95 tahun. Didapatkan 31,2% penderita hipertensi berada pada kelompok usia >64 tahun. penelitian ini juga menggambarkan bahwa seiring bertambahnya usia, maka angka kejadian hipertensi semakin meningkat. Hal itu terjadi karena kekakuan pembuluh arteri yang disebabkan oleh

arteriosklerosis struktural dan kalsifikasi, penurunan sensitivitas baroreseptor, peningkatan respon terhadap stimulus saraf simpatik, dan penurunan fungsi ginjal akibat proses penuaan.¹⁰

Pelayanan hipertensi di FKRTL lebih banyak diberikan kepada peserta dengan kelas premi I (43,8%) . Hasil penelitian ini tampak bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kharisyanti yang menunjukkan adanya hubungan antara status sosioekonomi rendah dengan kejadian hipertensi.¹¹ penelitian tersebut dilakukan pada populasi umum, sementara penelitian ini dilakukan terhadap pasien yang mendapat layanan tingkat lanjut. Pasien yang mendapat layanan tingkat lanjut kemungkinan adalah pasien yang mempunyai perhatian lebih besar terhadap kesehatannya, atau mempunyai akses yang lebih baik terhadap fasilitas kesehatan. Persentase penduduk miskin di Jawa Barat pada tahun 2015-2016 bervariasi pada rentang 7,55% -11,82% sehingga mayoritas penduduk Jawa Barat tidak tergolong miskin dan mampu untuk memilih kelas premi I.¹² Selain itu, pada tabulasi silang antara kelas premi dan segmen peserta,

didapatkan bahwa peserta yang mengalami hipertensi lebih banyak terjadi pada peserta kelas premi I segmen bukan pekerja (16,5%) dan kelas premi I segmen pekerja penerima upah (15,8%), hal ini menunjukkan bahwa kejadian hipertensi pada peserta kelas premi I tidak hanya ditemukan pada orang yang mampu untuk membayar iuran, namun juga ditemukan pada pekerja penerima upah yang didaftarkan keanggotaannya dan sebagian besar iurannya dibayarkan oleh pemberi kerja. Mengingat bahwa kelas premi bagi peserta penerima upah berhubungan dengan posisi yang bersangkutan dalam perusahaannya, maka dapat diduga bahwa penderita hipertensi yang mendapat layanan di FKRTL adalah golongan kelas ekonomi yang lebih baik.

Penderita hipertensi yang mendapat layanan di FKRTL paling tinggi adalah segmen pekerja bukan

penerima upah (PBPU) yaitu sebanyak 33,6%. Hal ini sejalan dengan laporan revidi kebijakan program jaminan kesehatan nasional (JKN) yang menyebutkan bahwa segmen dengan kunjungan terbanyak di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut adalah PBPU (26,96%).¹³

Perempuan yang sudah menikah lebih banyak (65,9%) menerima layanan untuk hipertensi di FKRTL. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya bahwa lebih dari 50% penderita hipertensi sudah menikah.¹⁴ Fenomena ini wajar jika mengingat bahwa pada usia menopause yang merupakan risiko untuk kejadian hipertensi pada perempuan, pada umumnya mereka berstatus menikah.

Tabel 2. Sebaran peserta penderita hipertensi di FKRTL Jawa Barat 2015-2016

Kab/Kota	Jumlah n=950.676	Rata-Rata Jumlah Penduduk 2015-2016 (ribu) ¹⁵	Rasio/ 1000 Penduduk
Kota Cimahi	106.178	590,3	180
Kota Banjar	15.438	181,665	85
Kab. Bogor	63.897	5523,53	12
Kab. Sukabumi	26.251	2439,42	11
Kab. Cianjur	11.328	2247,44	5
Kab. Bandung	56.108	3565,315	16
Kab. Garut	16.502	2559,115	6
Kab. Tasikmalaya	3.919	1739,14	2
Kab. Ciamis	8.535	1172,035	7
Kab. Kuningan	30.601	1058,655	29
Kab. Cirebon	28.238	2134,59	13
Kab. Majalengka	11.364	1185,055	10
Kab. Sumedang	23.057	1139,685	20
Kab. Indramayu	10.499	1696,1	6
Kab. Subang	17.787	1537,695	12
Kab. Purwakarta	21.328	927,15	23
Kab. Karawang	39.288	2284,68	17
Kab. Bekasi	43.924	3308,85	13
Kota Bogor	64.227	1056,305	61
Kota Sukabumi	26.251	319,61	82
Kota Bandung	186.586	2486,045	75
Kota Cirebon	18.133	308,99	59
Kota Bekasi	39.009	2751,02	14
Kota Depok	54.211	2142,955	25
Kota Tasikmalaya	33.008	658,545	50
Kab. Bandung Barat	7.222	181,665	40

Rasio pasien yang mendapat layanan untuk hipertensi di FKRTL terhadap 1000 penduduk tertinggi di Kota Cimahi yaitu 180, Kota Cimahi adalah kota kecil dengan jumlah penduduk yang kecil dan mempunyai beberapa RS besar. Ketersediaan layanan spesialisik yang mudah

dijangkau oleh masyarakat dapat menjelaskan fenomena ini. Jumlah tertinggi didapatkan kasus di Kota Bandung sebanyak 186.586, di antara kota-kota di Jawa Barat, jumlah penduduk kota Bandung pada tahun 2015-2016 adalah yang tertinggi nomor lima.¹⁵

Tabel 3. Karakteristik Pelayanan

Variabel	Penderita Hipertensi n = 950.676 jumlah (%)
Fasilitas kesehatan asal rujukan	
Apotik	6.017 (0,6)
Dokter Umum	67.783 (7,1)
Klinik Pratama	191.118 (20,1)
Klinik Utama	16 (0,0)
Puskesmas	492.075 (51,8)
Rumah Sakit	160.190 (16,9)
Lain-lain	14 (0,0)
Missing	33.464 (3,5)
Jenis fasilitas kesehatan	
Rumah sakit	949.436 (99,9)
Klinik utama	1.241 (0,1)
Klinik pemberi layanan	
Ilmu Penyakit dalam	422.005 (44,4)
Jantung	180.316 (19,0)
Saraf	
Instalasi Gawat Darurat	72.872 (7,7)
Endokrin	51.201 (5,4)
Obstetri ginekologi	15.751 (1,7)
Hemodialisis	9342 (1,0)
Paru	5.714 (0,6)
Mata	4158 (0,4)
Bedah	3.223 (0,3)
Laboratorium, Radiologi (penunjang)	2.388 (0,3)
Otolaringologi	1.211 (0,1)
Geriatric	662 (0,1)
Orthopedi	464 (0,0)
Anak	437 (0,0)
Gigi	412 (0,0)
Instalasi Rehabilitasi Medik, Fisioterapi	408 (0,0)
Gizi	328 (0,0)
Kulit	
Jiwa	305 (0,0)
Urologi	290 (0,0)
Unit perawatan intensif	162 (0,0)
Missing	99 (0,0)
	34 (0,0)
	178.895 (18,8)

Jenis fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut yang dikunjungi penderita hipertensi yaitu rumah sakit (99,9%) dan klinik utama (0,1%), sesuai dengan proporsi FKRTL yang diuraikan dalam makalah data sampel BPJS Kesehatan 2015-2016 yang menyebutkan bahwa FKRTL terbagi menjadi dua yaitu rumah sakit sebanyak 99% dan klinik utama sebanyak 1%.⁴ Fasilitas kesehatan asal rujukan pasien hipertensi terbanyak dari puskesmas (51,8%). Hal tersebut sejalan dengan makalah data sampel BPJS Kesehatan 2016-2016 yang menyebutkan bahwa FKTP dengan jumlah terbanyak adalah puskesmas.⁴ Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa BPJS Kesehatan dapat meningkatkan kerjasamanya dengan pihak klinik pratama maupun klinik utama agar dapat

memberikan layanan yang lebih luas kepada pesertanya.

Sebagian besar pasien hipertensi mendapat pelayanan di poli ilmu penyakit dalam (44,4%). Hal tersebut karena dokter spesialis penyakit dalam memiliki kompetensi 4A* untuk menangani kasus hipertensi primer, dan 4A untuk menangani kasushipertensi sekunder, serta hipertensi dalam kehamilan. Tingkat kompetensi 4A mempunyai makna bahwa dokter spesialis penyakit dalam mampu membuat diagnosis dan memberi tatalaksana terhadap hipertensi secara tuntas dan mandiri, sedangkan kompetensi 4A* berarti bahwa dokter spesialis penyakit dalam mampu melakukan penanganan secara mandiri dan tuntas pada kasus yang lebih kompleks.¹⁶

Tabel 4. Karakteristik Klinis

Karakteristik Klinis	Total n = 950.676 jumlah (%)	Tingkat Keparahan			
		Level 0 n (%)	Level I n (%)	Level II n (%)	Level III n (%)
Jenis Pelayanan					
Rawat Inap	178.025 (18,7)	0 (0)	102.664 (57,7)	53.507 (30,1)	21.854 (12,3)
Rawat Jalan	772.651 (81,3)	772.651 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Status pulang					
Sehat	935.413 (98,4)	769.798 (82,3)	96.814 (10,3)	49.738 (5,3)	19.063 (2,0)
Meninggal	7.342 (0,8)	247 (3,3)	2.049 (27,9)	2.782 (37,9)	2.264 (30,8)
Rujuk	3.528 (0,4)	2.129 (60,3)	1.261 (35,7)	133 (3,7)	5 (0)
Pulang paksa	3.563 (0,4)	0 (0)	2.507 (70,3)	597 (16,8)	459 (12,9)
Missing	832 (0,1)	478 (57,4)	33 (3,9)	257 (30,9)	64 (7,8)
Total	950.676 (100)	772.651 (81,3)	102.664 (10,8)	53.507 (5,6)	21.854 (2,3)

Penderita hipertensi mayoritas mendapatkan pelayanan rawat jalan (81,3%). Penderita hipertensi dengan rawat inap sebanyak 18,7% terbagi menjadi dua yaitu rawat inap tanpa komplikasi dan komorbid (level I) sebanyak 57,7% dan rawat inap dengan komplikasi dan komorbid (level II dan III) sebanyak 42,4%. Penderita hipertensi dengan rawat inap memiliki rata-rata lama rawat selama 4 hari (range 1-72 hari). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Matrix yang menyebutkan tingkat keparahan penderita hipertensi mayoritas adalah ringan (35,1%) dan rata-rata rawat inap pasien hipertensi yaitu 4-6 hari.¹⁷ Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Sedayu yang mendapatkan hipertensi tanpa komplikasi (56,6%) lebih banyak dibanding hipertensi dengan komplikasi (43,4%).¹⁸ Hipertensi

tanpa komplikasi bukan merupakan indikasi untuk rawat inap, tetapi pada penelitian ini didapatkan 57,7% penderita tanpa komplikasi yang menjalani perawatan. Kemungkinan rawat inap dijalani bukan karena kasus hipertensi, hipertensi hanya merupakan penyakit penyerta.

Pada pasien yang menjalani rawat inap 93% pulang dalam keadaan sehat dan 4% meninggal, terutama pada kasus level II dan III. Hal ini sangat wajar, karena komplikasi hipertensi seperti stroke dan serangan jantung merupakan penyebab kematian terbanyak di Indonesia.¹⁹ Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Purba yang menemukan bahwa sebagian besar pasien hipertensi pulang dengan sehat (78,85%) dan sebagian kecil meninggal dunia (9,62%).²⁰

Tabel 5. Diagnosis Hipertensi

Kode ICD	Nama Diagnosis	Diagnosis Masuk n = 507.216 jumlah (%)	Diagnosis Primer n = 155.542 jumlah (%)	Diagnosis Sekunder n = 287.918 jumlah (%)	Total n = 950.676 jumlah (%)
I10	<i>Essential (primary) hypertension</i>	274.043 (54,0)	68.745 (44,2)	168.535 (58,5)	511.323 (53,8)
I11	<i>Hypertensive heart disease</i>	171.994 (33,9)	44.597 (28,7)	89.317 (31,0)	305.908 (32,2)
I12	<i>Hypertensive renal disease</i>	5.252 (1,0)	12.490 (8,0)	16.290 (5,7)	34.032 (3,6)
I13	<i>Hypertensive heart and renal disease</i>	1990 (0,4)	10.288 (6,6)	837 (0,3)	13.115 (1,4)
I15	<i>Secondary Hypertension</i>	29.981 (5,9)	2.295 (1,5)	3.685 (1,3)	35.961 (3,8)
O10	<i>Pre-existing hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium</i>	1920 (0,4)	604 (0,4)	380 (0,1)	2.904 (0,3)
O13	<i>Gestational [pregnancy-induced] hypertension</i>	686 (0,1)	2.138 (1,4)	1.348 (0,5)	4.172 (0,4)
O14	<i>Preeklampsia</i>	16.447 (3,2)	12.854 (8,3)	5.807 (2,0)	35.108 (3,7)
O15	<i>Eklampsia</i>	2.291 (0,5)	957 (0,6)	321 (0,1)	3.569 (0,4)
O16	<i>Unspecified maternal hypertension</i>	2564 (0,5)	574 (0,4)	1.400 (0,5)	4.538 (0,5)
P292	<i>Neonatal hypertension</i>	47 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	47 (0,0)
Total		507.216 (100)	155.542 (100)	287.918 (100)	950.676 (100)

Hipertensi primer menjadi diagnosis hipertensi terbanyak pada FKRTL (54, 0%), hal ini sejalan dengan penelitian Sedayu yang menyebutkan prevalensi hipertensi primer lebih banyak dibanding hipertensi sekunder.¹⁸ Kasus hipertensi primer di FKRTL memperlihatkan

bahwa masih banyak kasus hipertensi yang tidak terkontrol dan perlu penanganan spesialistik. Di pihak lain, hal ini juga membuktikan berjalannya program rujuk dan rujuk balik untuk kasus-kasus penyakit kronis, terbukti dengan tingginya kasus rawat jalan.²¹ Program rujuk balik (PRB) adalah

program yang mengharuskan penderita hipertensi yang stabil/ terkontrol untuk mendapatkan SRB (Surat Rujuk Balik) setiap tiga bulan dari dokter spesialis/sub spesialis di FKRTL agar bisa mendapatkan pengobatan jangka panjang di FKTP, bagi penderita hipertensi yang tidak stabil maka perlu untuk melakukan kunjungan ke FKRTL setiap satu bulan.²²

Tingginya jumlah kasus *hypertensive heart disease* (32,2%) menunjukkan bahwa komplikasi hipertensi masih banyak terjadi. *Hypertensive heart disease* memperlihatkan bahwa hipertensi sudah berjalan lama dan kemungkinan pasien tidak berobat dengan benar atau pasien tidak menyadari adanya hipertensi sebelumnya. Jika program rujuk balik dapat dikelola dengan baik, diharapkan kasus-kasus komplikasi dapat dikurangi.² high blood pressure (BP Komplikasi lain yang ditemukan pada sampel adalah *hypertensive renal disease* (3,6%) dan *hypertensive heart and renal disease* (1,4%). Hal tersebut muncul karena jantung dan ginjal merupakan target organ dari penyakit tekanan darah tinggi.²³

KESIMPULAN

Pada data sampel BPJS tahun 2015-2016, pasien hipertensi di fasilitas rujukan tingkat lanjut (FKRTL) Provinsi Jawa Barat didapatkan kesimpulan bahwa sebagian besar pasien yang ditangani adalah hipertensi primer (54%), kelompok terbanyak usia >64 tahun (31,2%), dan sudah menikah (72,3%); perempuan lebih sering dibanding laki-laki. Peserta kelas premi I (43,8%) dan segmen pekerja bukan penerima upah (33,6%) lebih banyak menerima layanan di FKRTL. Jenis fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut yang dikunjungi paling banyak adalah rumah sakit (99,9%), fasilitas kesehatan yang paling banyak merujuk adalah puskesmas (51,8%), dan klinik yang paling banyak memberikan pelayanan terhadap pasien hipertensi adalah klinik penyakit dalam (44%). Jenis pelayanan yang diberikan kepada penderita hipertensi terbanyak adalah rawat jalan (81,3%) dan sebagian besar (93%) pasien rawat inap pulang dalam keadaan sehat. Layanan terhadap peserta dengan hipertensi primer di FKRTL menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan tingkat pertama belum bisa tuntas dalam melakukan penanganan hipertensi primer karena penderita hipertensi yang stabil memerlukan SRB dari FKRTL setiap tiga bulan untuk mendapatkan pengobatan jangka panjang di FKTP.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Hypertension [Internet]. World Health Associations. 2019. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Fuchs FD, Whelton PK. High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. *Hypertension*. 2020;(Cvd):285–92.
3. Barat PJ. Peserta BPJS Kesehatan Capai 68% [Internet]. 2016. Available from: https://jabarprov.go.id/index.php/news/20413/Peserta_BPJS_Kesehatan_Capai_68_Persen
4. BPJS Kesehatan. Data sampel bpjs kesehatan tahun 2015-2016. 2016;
5. IDI. Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Menteri Kesehatan Republik Indones. 2017;
6. Kemenkes RI. Laporan Nasional RISKESDAS 2018. 2018.
7. Sinuraya RK, Siagian BJ, Taufik A, Destiani DP, Puspitasari IM, Lestari K, et al. Assessment of Knowledge on Hypertension among Hypertensive Patients in Bandung City: A Preliminary Study. *Indones J Clin Pharm*. 2017;6(4):290–7.
8. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. Profil Kesehatan Jawa Barat 2016. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat. 2016;179.
9. Hazwan A. Gambaran Karakteristik Penderita Hipertensi dan Tingkat Kepatuhan Minum Obat di Wilayah Kerja Puskesmas Kintamani I. *Intisari Sains Medis*. 2017;8(2):130–4.
10. Joel N Singh; Tran Nguyen; Connor C Kerndt; Amit S. Dharmoon. *Physiology, Blood Pressure Age Related Changes* [Internet]. StatPearls Publishing. 2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537297/>
11. Kharisyanti, F., & Farapti F. Status Sosial Ekonomi dan Kejadian Hipertensi. *Media Kesehat Masy Indones*. 2017;13(3):200–5.
12. BPS. Presentase Penduduk Miskin Menurut Provinsi [Internet]. Available from: <https://www.bps.go.id/indicator/23/192/3/persentase-penduduk-miskin-menurut-provinsi.html>
13. Aspek T, Gajah U, Pkmk M. Laporan Reviu Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
14. Lelly Andayasari; Cicih Opitasari. Determinan Hipertensi di Puskesmas dan RSUD Kabupaten Natuna. 2015;89–98.
15. Badan Pusat Statistik. Provinsi Jawa Barat Dalam Angka 2016. BPS Provinsi Jawa Baeat; 2016.

16. KKI. Peraturan KKI No. 48 Tahun 2017. 2017;(1):2–4.
17. Matrix S. Hubungan Antara Tingkat Hipertensi Dengan Lama Rawat Inap Pasien CVA Berulang di Unit Stroke RS Tk. II Dr. Soepraoen Malang. Poltekkes RS dr. Soepraoen; 2018.
18. Sedayu B, Azmi S, Rahmatini R. Karakteristik Pasien Hipertensi di Bangsal Rawat Inap SMF Penyakit Dalam RSUP DR. M. Djamil Padang Tahun 2013. *J Kesehat Andalas*. 2015;4(1):65–9.
19. The George Institute for Global Health. Reducing the burden of Cardiovascular Disease in Indonesia. Cardiovascular Division; Health Services Research Centre. 2017.
20. Scolastika Purba. Gambaran Karakteristik Penyakit Hipertensi Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018. Repos STIKES St Elisabeth Medan. 2019;
21. Thabrany H, Setiawan E, Puteri GC, Qodarina, Khamida U, Arinditya. Studi Evaluasi Penyelenggaraan Sistem Rujukan Berjenjang Era JKN-KIS. Ringkasan Ris JKN-KIS. 2017;03.
22. BPJS Kesehatan. Panduan Praktis Program Rujuk Balik. Dep Kesehat RI. 2012;1(1).
23. Mensah GA. Hypertension and Target Organ Damage: Don't Believe Everything You Think! *Ethn Dis*. 2016;26(3):275–8.

ANALISIS KESIAPAN KLINIK PRATAMA AKBID MUHAMMADIYAH CIREBON DALAM MENGHADAPI PEMBAYARAN KAPITASI BERBASIS KINERJA

READINESS ANALYSIS OF PRIMARY CLINIC AKBID MUHAMMADIYAH CIREBON IN CAPITATION PAYMENT BASED ON PERFORMANCE

Ari Nurfikri¹

¹Program Studi Administrasi Rumah Sakit, Program Pendidikan Vokasi, Universitas Indonesia

ABSTRAK

Pembayaran kapitasi berbasis kinerja adalah penyempurna dari pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan, yang pada prinsipnya akan melakukan penyesuaian kapitasi yang diterima bila tidak memenuhi indikator yang ditetapkan. Klinik Akbid Muhammadiyah Cirebon membutuhkan analisis kesiapan menghadapi pembayar kapitasi berbasis kinerja. Tujuan penelitian ini adalah untuk melakukan simulasi pendapatan sebelum dan sesudah penyesuaian kapitasi berbasis kinerja serta melihat kesiapan Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon dalam menghadapi pembayaran kapitasi berbasis kinerja dilihat dari informasi, wewenang, staf, dan sarana prasarana. Penelitian ini menggunakan pendekatan metode campuran sekuensial eksplanatori, pada fase pertama data dari primary care tahun 2020 disimulasikan agar diketahui pendapatan setelah penyesuaian dengan melihat tiga indikator. Fase kualitatif dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap pimpinan klinik, koordinator pelayanan dan penunjang medis, koordinator manajemen, dan staf rekam medis untuk menganalisis kesiapan klinik menghadapi pembayaran kapitasi berbasis kinerja. Hasil penelitian menunjukkan klinik belum dapat memenuhi semua indikator pembayaran kapitasi berbasis kinerja sehingga pendapatannya menurun sebanyak Rp. 23.178.200. Persiapan dari sisi informasi dengan optimalisasi aplikasi JKN Mobile sebagai layanan telemedicine, dari sisi wewenang dengan regulasi yang mengatur rujukan non spesialis, dari sisi sarana prasarana dengan perbaikan perangkat komputer dan jaringan internet, dari sisi staf dengan pelatihan baik materi edukasi maupun media penyampaian yang inovatif. Penelitian menyimpulkan klinik memerlukan perbaikan sistem dari sisi informasi, wewenang, sarana prasarana, dan staf agar dapat memenuhi indikator angka kontak, rasio rujukan rawat jalan non spesialis, dan rasio peserta prolans.

Kata kunci: Angka kontak; Rujukan; Prolans.

ABSTRACT

Performance-based capitation payments complement capitation payments based on the fulfillment of service commitments, which in principle will make adjustments to the capitation received if it does not meet the predetermined indicators. The Primary Clinic Akbid Muhammadiyah Cirebon requires a performance-based analysis of the readiness to face capitation payments. The purpose of this study was to simulate income before and after performance-based capitation adjustments and to see the readiness of the Primary Clinic Akbid Muhammadiyah Cirebon in facing performance-based capitation payments in terms of information, authority, staff, and infrastructure. This research uses an explanatory sequential mixed-method approach. In the first phase, data from primary care in 2020 is simulated so that income is known after adjustment by looking at three indicators. The qualitative phase is carried out by in-depth interviews with clinic leaders, medical support and service coordinators, management coordinators, and medical record staff to analyze the clinic's readiness to face performance-based capitation payments. The results showed that the clinic had not been able to meet all performance-based capitation payment indicators so that the income decreased by Rp. 23,178,200. Preparation from the information side by optimizing the JKN Mobile application as a telemedicine service, in terms of authority with regulations governing non-specialized referrals, from infrastructure side with repair of computers and internet networks, from the staff side with training in both educational materials and innovative delivery media. The study concluded that the clinic requires system improvements in terms of information, authority, infrastructure, and staff to meet indicators of contact rates, non-specialist outpatient referral ratios, and prolans participant ratio.

Keywords: Contac number, Referral, Prolans.

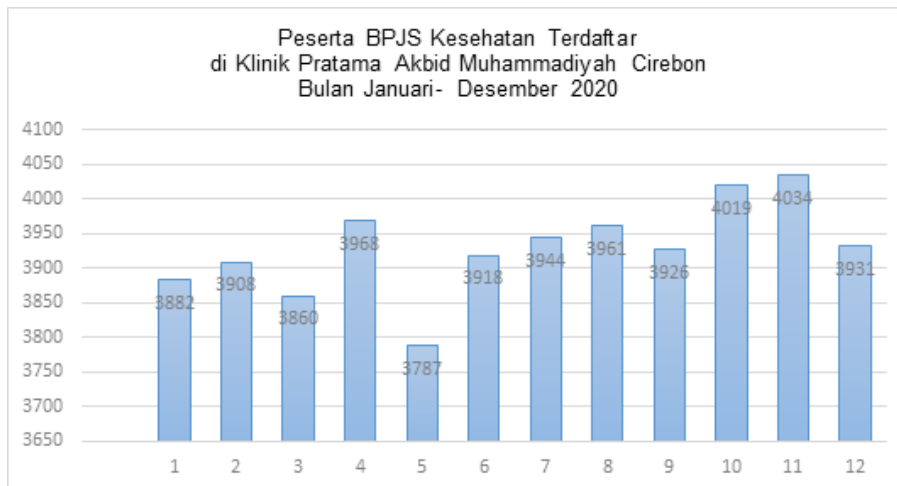
PENDAHULUAN

BPJS Kesehatan diberi amanat oleh Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 untuk mengembangkan sistem kendali mutu dan kendali biaya sistem jaminan kesehatan nasional.(1) Salah satu regulasi yang diberlakukan pada tahun 2019 di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebagai upaya menciptakan sistem kendali mutu dan kendala biaya adalah pembayaran kapitasi berbasis kinerja.(2) Kebijakan pembayaran

kapitasi berbasis kinerja diadopsi dari konsep *pay for performance* untuk memasukkan insentif dalam pembayaran kapitasi.(3) Pembayaran kapitasi berbasis kinerja dirancang untuk meningkatkan efektifitas pencapaian target di negara-negara berkembang termasuk Indonesia.(4) Pada tahun 2018 telah dilakukan evaluasi pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan terkait indikator dan penyesuaian kapitasi yang dibayarkan BPJS

Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, hingga di tahun 2019 pelaksanaannya menjadi pembayaran kapitasi berbasis kinerja. Pembayaran kapitasi berbasis kinerja ini akan meningkatkan mutu pelayanan di FKTP dalam bentuk pencapaian indikator kinerja berupa angka kontak, rasio rujukan rawat jalan non spesialisistik, serta rasio peserta prolanis terkendali. Kriteria FKTP yang menerima pembayaran kapitasi berbasis kinerja adalah sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan minimal satu tahun dan memiliki peserta terdaftar sebesar 5.000 orang.(2) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama akan mendapatkan alokasi persentase kapitasi berdasarkan capaian dari ketiga indikator tersebut. (5)paid monthly to the primary health providers based on the enrolment rate. This has ushered

in additional financial resources for the health managers in resource allocations, especially in the hiring of manpower. Drawing data from the Indonesia Family Life Survey (1993-2015 Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sejak tahun 2014. Data peserta BPJS Kesehatan yang terdaftar per Desember 2020 adalah 3.931 orang, sehingga belum dapat memenuhi kriteria pembayaran kapitasi berbasis kinerja. Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon harus melakukan upaya mencapai tiga indikator tersebut agar pada saat jumlah peserta terdaftar sudah mencapai 5.000 orang sudah memiliki kesiapan secara sistem. Berikut adalah peserta terdaftar di Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon per 31 Desember 2020.



Gambar 1. Peserta BPJS Terdaftar di Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon Bulan Januari-Desember 2020

Penyesuaian kapitasi bila tidak mencapai 100% maka akan mengurangi pendapatan Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon. Menurut Munawaroh, Misaniarti, dan Isnurhadi sumber daya yang berperan dalam pencapaian kapitasi berbasis pemenuhan pelayanan adalah informasi, wewenang, staf, dan sarana prasarana.(6)

Berdasarkan hal di atas penting untuk melakukan perhitungan indikator angka kontak, rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisistik, rasio peserta prolanis terkendali selama tahun 2020 sehingga didapatkan simulasi pendapatan sebelum dan sesudah penyesuaian kapitasi berbasis kinerja serta melihat kesiapan Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon dalam menghadapi pembayaran kapitasi berbasis kinerja dilihat dari informasi, wewenang, staf, dan sarana prasarana.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan mixed method dengan pendekatan sekuensial eksplanatori yang mendahulukan penelitian kuantitatif dengan melakukan simulasi perhitungan, lalu melakukan penelitian kualitatif untuk menganalisis kesiapan dalam menghadapi pembayaran kapitasi berbasis kinerja.(7) Penelitian diawali dengan mengambil data sekunder dari aplikasi *primary care* Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon yang memuat rincian perhitungan indikator angka kontak, rincian perhitungan rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisistik, rincian perhitungan rasio peserta prolanis terkendali dalam rentang waktu satu tahun, yakni Januari-Desember 2020. Penelitian dilanjutkan dengan melakukan simulasi pendapatan sebelum dan sesudah penyesuaian kapitasi berbasis kinerja, sehingga didapatkan selisihnya. Angka kontak diperoleh dengan rumus jumlah peserta yang melakukan kontak dibagi jumlah peserta terdaftar dikali 1000, adapun kriteria

rating 1 apabila capaiannya angka kontakannya $\leq 140\%$, rating 2 apabila capaian angka kontakannya $> 140\% - 145\%$, rating 3 apabila capaian angka kontakannya $> 145\% - 150\%$, dan rating 4 apabila capaian angka kontakannya $> 150\%$. Perhitungan rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisitik dihitung dengan rumus jumlah kasus rujukan nonspesialistik dibagi jumlah rujukan total dikali 100, adapun kriteria rating 1 apabila capaiannya $> 3\%$, rating 2 apabila capaiannya $> 2,5\% - 3\%$, rating 3 apabila capaiannya $> 2\% - 2,5\%$, rating 4 apabila capainnya $\leq 2\%$. Perhitungan rasio peserta prolanis terkontrol dihitung dengan rumus rasio prolanis diabetes melitus terkontrol ditambah rasio prolanis hipertensi terkontrol dibagi dua, adapun kriteria rating 1 apabila capainnya $< 3\%$, rating 2 apabila capainnya $3\% - < 4\%$, rating 3 apabila capainnya $4\% - < 5\%$, rating 4 apabila capainnya $\geq 5\%$. Rasio prolanis diabetes melitus terkontrol didapat dari jumlah peserta diabetes melitus terkontrol dibagi jumlah peserta terdaftar yang terdiagnosa diabetes melitus dikali 100%. Rasio prolanis hipertensi diperoleh dari jumlah peserta hipertensi terkontrol dibagi jumlah peserta terdaftar yang terdiagnosa hipertensi dikali 100%. (2)

Penilaian kesiapan Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon dari informasi,

Tabel 1. Capaian Angka Kontak Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon Bulan Januari - Desember 2020

Bulan	Jumlah Kontak	Peserta Terdaftar	Angka Kontak (%)	Rating Angka Kontak	Bobot Angka Kontak	Capaian Angka Kontak
1	313	3.882	80,63	1	40%	0.4
2	597	3.908	152,76	4	40%	1.6
3	300	3.860	77,72	1	40%	0.4
4	120	3.968	30,24	1	40%	0.4
5	188	3.787	49,64	1	40%	0.4
6	288	3.918	73,51	1	40%	0.4
7	276	3.944	69,98	1	40%	0.4
8	261	3.961	69,98	1	40%	0.4
9	314	3.926	79,98	1	40%	0.4
10	289	4.019	71,91	1	40%	0.4
11	387	4.034	95,93	1	40%	0.4
12	311	3.931	79,11	1	40%	0.4

Pada tabel 1 didapatkan bahwa hanya 1 kali Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon memenuhi rating 4 angka kontak yakni di bulan Februari sebesar 152,76 % sedangkan 11 bulan lainnya hanya mencapai rating 1 dikarenakan capainnya $\leq 140\%$. Hal ini menandakan peserta terdaftar yang melakukan kontak di Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon masih rendah.

wewenang, staf, dan sarana prasarana dilakukan melalui wawancara dengan pimpinan klinik, koordinator manajemen, koordinator pelayanan dan penunjang medis, dan unit rekam medik. Analisis data dilakukan dengan pengumpulan keseluruhan data dan informasi yang berasal dari *primary care* maupun hasil wawancara. Transkripsi data dilakukan untuk mereduksi data agar lebih tajam, terseleksi, dan terkategori dengan data yang terkait, setelah itu dilakukan interpretasi data dalam bentuk narasi lalu ditarik kesimpulan.(8)

HASIL DAN PEMBAHASAN

Simulasi pendapatan sebelum dan sesudah penyesuaian kapitasi berbasis kinerja didapatkan dari perhitungan perhitungan angka kontak, rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisitik, rasio peserta prolanis terkontrol yang terekam dalam *primary care* yang menghubungkan BPJS Kesehatan dan Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon. Berikut adalah capaian angka kontak, rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisitik, dan rasio peserta prolanis terkontrol dari Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon pada bulan Januari-Desember 2020.

Rendahnya angka kontak di Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon dikarenakan pelayanannya masih berfokus pada kuratif dan rehabilitatif, belum beralih pada layanan promotif dan preventif. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 menyebutkan bahwa kunjungan sehat dalam hal ini mencakup penyuluhan, kunjungan rumah, dan senam sehat.(2)

Tabel 2. Capaian Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon Bulan Januari - Desember 2020

Bulan	Jumlah Rujukan RRNS	Total Rujukan	RRNS (%)	Rating RRNS	Bobot Angka RRNS	Capaian RRNS
1	13	112	11.51	1	50%	0.5
2	10	102	9.8	1	50%	0.5
3	13	90	14.44	1	50%	0.5
4	10	51	19.61	1	50%	0.5
5	4	43	9.3	1	50%	0.5
6	12	71	16.9	1	50%	0.5
7	11	68	16.18	1	50%	0.5
8	7	72	9.72	1	50%	0.5
9	6	63	9.62	1	50%	0.5
10	3	69	4.35	1	50%	0.5
11	10	69	14.49	1	50%	0.5
12	13	55	23.54	1	50%	0.5

Pada tabel 2 didapatkan bahwa selama tahun 2020 hanya dapat mencapai rating 1 karena rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialistik selama 12 bulan > 3%. Hal ini menandakan belum adanya pengendalian rujukan non spesialistik rawat jalan di Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon. Pasien sulit untuk diberikan sosialisasi bahwa rujukan penyakit yang tergolong ke dalam 144

diagnosa non spesialistik tidak dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut.(9) Sistem rujukan di Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sudah secara *online*, sehingga pada saat memberikan rujukan kepada pasien rawat jalan dengan diagnosa non spesialistik akan terekam di aplikasi *primary care*.(10)

Tabel 3. Capaian Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon Bulan Januari - Desember 2020

Bln	DM	Peserta Diagnosa DM	RPPT DM	HT	Peserta Diagnosis HT	RPPT HT	Nilai RPPT	Rating RPPT	Bobot RPPT	Capaian RPPT
1	0	23	0	0	186	0	0	1	10%	0.1
2	0	24	0	0	228	0	0	1	10%	0.1
3	0	25	0	0	228	0	0	1	10%	0.1
4	0	23	0	0	235	0	0	1	10%	0.1
5	0	21	0	0	225	0	0	1	10%	0.1
6	0	22	0	0	245	0	0	1	10%	0.1
7	0	22	0	0	244	0	0	1	10%	0.1
8	0	22	0	0	242	0.41	0.21	1	10%	0.1
9	0	26	0	0	235	0	0	1	10%	0.1
10	0	26	0	0	242	0	0	1	10%	0.1
11	0	25	0	0	242	0	0	1	10%	0.1
12	0	30	0	0	235	0	0	1	10%	0.1

Pada tabel 3 didapatkan bahwa selama tahun 2020 hanya dapat mencapai rating 1 karena rasio peserta prolanis terkendali selama 12 bulan < 3%. Hal ini menandakan belum berjalannya kegiatan prolanis baik itu penyakit hipertensi maupun diabetes melitus. Klinik sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dapat membentuk klub prolanis penyakit hipertensi dan diabetes melitus yang kegiatannya dapat berupa senam, edukasi kelompok, konsultasi medis, dan pemantauan status kesehatan pesertanya. (11)

serta rasio peserta prolanis terkendali belum sesuai dengan ketentuan dari BPJS Kesehatan, yang akan berdampak pada penerimaan kapitasi. Berikut adalah capaian indikator angka kontak, rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialistik, dan rasio peserta prolanis terkendali dari Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon pada bulan Januari-Desember 2020 secara kumulatif dan simulasi pendapatan sebelum dan sesudah penyesuaian kapitasi berbasis kinerja yang ditunjukkan pada tabel di bawah ini.

Secara garis besar, capaian dari indikator angka kontak, rasio rujukan rawat jalan non spesialistik,

Tabel 4. Total Capaian dan Penyesuaian Kapitasi Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon Bulan Januari - Desember 2020

Bulan	Capaian Angka Kontak	Capaian RRNS	Capaian RPPT	Total Capaian	Penyesuaian Kapitasi
1	0.4	0.5	0.1	1	95%
2	1.6	0.5	0.1	2	96%
3	0.4	0.5	0.1	1	95%
4	0.4	0.5	0.1	1	95%
5	0.4	0.5	0.1	1	95%
6	0.4	0.5	0.1	1	95%
7	0.4	0.5	0.1	1	95%
8	0.4	0.5	0.1	1	95%
9	0.4	0.5	0.1	1	95%
10	0.4	0.5	0.1	1	95%
11	0.4	0.5	0.1	1	95%
12	0.4	0.5	0.1	1	95%

Tabel 5. Simulasi Pendapatan Sebelum dan Sesudah Penyesuaian Kapitasi Berbasis Kinerja Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon Bulan Januari - Desember 2020

Bulan	Peserta Terdaftar	Besar Kapitasi (Rp)	Kapitasi Sebelum Penyesuaian (Rp)	Penyesuaian Kapitasi	Kapitasi Sesudah Penyesuaian (Rp)	Selisih (Rp)
1	3.882	10.000	38.820.000	95%	36.879.000	1.941.000
2	3.908	10.000	39.080.000	96%	37.516.800	1.563.200
3	3.860	10.000	38.600.000	95%	36.670.000	1.930.000
4	3.968	10.000	39.680.000	95%	37.696.000	1.984.000
5	3.787	10.000	37.870.000	95%	35.976.500	1.893.500
6	3.918	10.000	39.180.000	95%	37.221.000	1.959.000
7	3.944	10.000	39.440.000	95%	37.468.000	1.972.000
8	3.961	10.000	39.610.000	95%	37.629.500	1.980.500
9	3.926	10.000	39.260.000	95%	37.297.000	1.963.000
10	4.019	10.000	40.190.000	95%	38.180.500	2.009.500
11	4.034	10.000	40.340.000	95%	38.323.000	2.017.000
12	3.931	10.000	39.310.000	95%	37.344.500	1.965.500
Total						23.178.200

Tabel di atas merupakan simulasi penerimaan klinik dari kapitasi sebelum dan sesudah penyesuaian berdasarkan capaian indikator angka kontak, rasio rujukan rawat jalan non spesialisik, serta rasio peserta prolanis terkendali dimana terjadi pengurangan penerimaan sebanyak 4,92% karena rata-rata kapitasi hanya 95,08% dengan potensi kehilangan kapitasi sebesar Rp. 23.178.200 selama satu tahun. Potensi pengurangan penerimaan kapitasi akan terus bertambah apabila tidak ada perbaikan capaian dan peserta terdaftar pertumbuhannya tidak signifikan, sehingga diperlukan analisis kesiapan agar angka kontak, rasio rujukan rawat jalan non spesialisik, serta rasio peserta prolanis terkendali dapat memenuhi rating 4 dilihat dari aspek dari informasi, wewenang, staf, dan sarana prasarana.

Upaya untuk memenuhi capaian angka kontak diperlukan pelayanan kesehatan *home visit* dengan membentuk tim kesehatan yang dibentuk Pimpinan Klinik.(12) Pada masa pandemi covid-19 ini angka kontak sulit untuk dipenuhi oleh klinik, seperti yang dikemukakan oleh pimpinan klinik berikut ini.

“Jam operasional kita tetap, praktik dokter 09.00 sampai dengan 12.00 untuk sore 17.00 sampai dengan 20.00, hanya saja untuk waktu pendaftaran kita batasi, dan untuk BPJS kita batasi hanya

sampai 15 pasien dalam satu shift.”

Pembatasan pelayanan yang dilakukan Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon di masa pandemi Covid-19 memiliki pengaruh terhadap pencapaian angka kontak. Pembatasan pelayanan dilakukan dalam mengurangi kontak langsung antara pasien dengan tenaga kesehatan mengingat tingginya kasus aktif di Kota Cirebon. Kesiapan Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon untuk dapat memenuhi angka kontak dari sisi informasi adalah dengan memanfaatkan aplikasi JKN *Mobile* sebagai layanan *telemedicine* namun belum optimal, seperti yang dikemukakan oleh koordinator pelayanan dan penunjang medis Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah berikut ini.

“Karena lagi pandemi, kunjungan dibatasi sehingga angka kontak atau kunjungan menurun. Kita ada upaya untuk meningkatkan kunjungan melalui kontak tidak langsung dengan memanfaatkan aplikasi JKN mobile sebagai sarana telemedicine namun belum maksimal karena pasien menginginkan bertemu dan diperiksa langsung oleh dokter”.

Proses penginputan data kunjungan pasien sebelum masa pandemi Covid-19 ke dalam aplikasi *primary care* atau sistem informasi yang dimiliki klinik belum optimal dilakukan, terlebih di masa pandemi covid-19 pasien diberikan informasi untuk melakukan kontak tidak langsung dengan

memanfaatkan aplikasi JKN *Mobile*.(6) Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah menggunakan pendekatan yang berbeda dengan Puskesmas yang memiliki sumber daya lebih baik, yakni dengan memberikan sosialisasi pemanfaatan JKN *Mobile*. Hal tersebut diungkapkan koordinator pelayanan dan penunjang medis berikut ini.

“Untuk sosialisasi kita sudah diupayakan, sosialisasi langsung dan tidak langsung. Sosialisasi langsung dengan menginformasikan ke pasien secara langsung, dan tidak langsung sudah dipasangkan pamflet di tempat yang mudah diketahui pasien.”

Kesiapan Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon untuk dapat memenuhi rasio rujukan rawat jalan non spesialisik dari sisi wewenang adalah dengan memberikan wewenang pimpinan klinik agar dapat membuat regulasi yang mengatur dokter untuk memberikan rujukan hanya di luar 144 diagnosa yang sudah ditetapkan. Menurut staf rekam medik Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon, rujukan non spesialisik disebabkan pasien menuntut untuk dapat dilayani oleh dokter spesialis di rumah sakit, padahal secara kompetensi penyakit tersebut dapat ditangani oleh dokter atau dokter gigi.

“Karena kemarin sudah mendapatkan raport dari BPJS dan alhamdulillah sudah disosialisasikan ke dokternya namun kendalanya adalah masyarakat yang sangat menyenangi dokter spesialis ya, jadi APS-nya kebanyakan”.

Menurut evaluasi Dewan Jaminan Sosial Nasional, sistem rujukan BPJS Kesehatan belum berjalan dengan baik, yang dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal fasilitas kesehatan terkait. Faktor internal berkaitan kompetensi tenaga medis dalam memberikan pelayanan yang seharusnya dapat dilaksanakan tanpa harus merujuk.(13) Faktor internal juga dapat disebabkan oleh kelengkapan layanan penunjang seperti laboratorium dan radiologi. Faktor eksternal berkaitan dengan pasien yang beranggapan kenyamanan pelayanan faskes primer berbeda dengan faskes tingkat lanjut.(13)

Kesiapan Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon untuk dapat target rasio rujukan rawat jalan non spesialisik dari sisi sarana prasarana adalah perbaikan perangkat komputer dan jaringan internet. Proses penginputan indikator angka kontak, rasio rujukan rawat jalan non spesialisik, serta prolans membutuhkan spesifikasi komputer dan kualitas jaringan internet yang baik yang apabila tidak dapat dipenuhi akan menyebabkan aplikasi *primary care* akan eror dan *loading* yang lama.(14) Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon spesifikasi komputer dan kualitas jaringan internetnya perlu *upgrade*, hal ini sesuai dengan yang disampaikan Koordinator Manajemen berikut ini.

“Komputer yang ada sekarang ini belum di-upgrade spesifikasinya sejak 2014. Kecepatan internetnya pun harus lebih ditingkatkan karena dapat memperlambat proses penginputan. Kita juga sudah mengajukan bridging sistem klinik dengan pcare ke BPJS, agar tidak menginput dua kali ke sistem yang berbeda”.

Sarana Puskesmas sudah dapat menggabungkan Simpus sebagai sistem informasi klinik dengan *primary care*, sehingga proses penginputan dapat lebih efektif, namun beberapa kasus di puskesmas menunjukkan bahwa pada saat dilakukan penggabungan antara Simpus dengan *primary care* sering terjadi kesalahan data, sehingga proses *bridging* tersebut masih perlu dilakukan sinkronisasi baik itu dari sisi *hardware* maupun *software*. (15)

Kesiapan Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon dalam memenuhi rasio peserta prolans adalah dengan mengoptimalkan staf untuk berperan aktif pada kegiatan prolans yang berupa senam dan edukasi. Sejak pandemi Covid-19 ini, kegiatan prolans terkendala karena ada pembatasan kegiatan di luar ruangan, hal ini sesuai dengan yang disampaikan Koordinator Pelayanan dan Penunjang Medis berikut ini.

“Lagi-lagi pandemi yang menjadi kendala karena senam adalah kegiatan di luar ruangan dan berkerumun dan itu tidak sesuai dengan pembatasan aktifitas. Klub prolans namanya Klinik Akbid Ceria untuk anggotanya sudah ada 20 orang dengan klasifikasi penyakit hipertensi, dimana sudah diberikan jadwal staf dalam memberikan edukasi dan senam.”

Komitmen staf untuk selalu memperbaharui pengetahuan yang akan disampaikan serta inovasi yang terus menerus dilakukan agar peserta prolans yang didominasi lansia tertarik untuk mengikuti rangkaian kegiatan.(11) Klinik Pratama Akbid Muhammadiyah Cirebon belum memiliki program kerja memberikan pelatihan baik materi edukasi maupun media penyampaian yang inovatif sehingga pelaksanaan prolans terlebih di masa pandemi Covid-19 belum dapat optimal.

KESIMPULAN

Klinik belum dapat memenuhi semua indikator pembayaran kapitasi berbasis kinerja sehingga bila disimulasikan pendapatannya menurun sebanyak Rp. 23.178.200. Persiapan dari sisi informasi dengan optimalisasi aplikasi JKN *Mobile* sebagai layanan *telemedicine*, dari sisi wewenang dengan regulasi yang mengatur rujukan non spesialisik, dari sisi sarana prasarana dengan perbaikan perangkat komputer dan jaringan internet, dari sisi staf dengan pelatihan baik materi edukasi maupun media penyampaian yang inovatif. Pemenuhan indikator kapitasi berbasis kinerja memerlukan penyesuaian dengan pandemi Covid-19.

DAFTAR PUSTAKA

1. Hasri ET, Wulan S, Djasri H. Evaluasi Kebijakan Kendali Mutu dan Kendali Biaya, Pencegahan Kecurangan dan Kapitasi Berbasis Komitmen dalam Era JKN di Provinsi Bengkulu Menggunakan Pendekatan Realis Evaluasi. PKMK FK-KMK UGM. 2019;1–12.
2. BPJS. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja. 2019;1–26.
3. Tan SY. Bureaucratic autonomy and policy capacity in the implementation of capitation payment systems in primary healthcare: comparative case studies of three districts in Central Java, Indonesia. *J Asian Public Policy* [Internet]. 2019;12(3):330–50. Available from: <https://doi.org/10.1080/17516234.2018.1459150>
4. Pay ME, Meliala A, Handono D. Performance Based Payment (PBP) dan Kepuasan Kompensasi dalam Pemberian Jasa Pelayanan Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Tenaga Kesehatan Puskesmas di Kabupaten Ende. *BKM J Community Med Public Heal* [Internet]. 2018;34(12):461–6. Available from: <https://journal.ugm.ac.id/bkm/article/view/38850>
5. Tan SY, Qian J. An unintended consequence of provider payment reform: The case of capitation grants in the National Health Insurance reform of Indonesia. *Int J Health Plann Manage*. 2019;34(4):e1688–710.
6. Munawarah SH, Misnaniarti M, Isnurhadi I. Sumber Daya Terhadap Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBPKP) di Puskesmas Kota Palembang. *Gaster*. 2020;18(1):37.
7. Creswell JW. *Research Design Pendekatan Metode Kualitatif, Kuantitatif, dan Campuran Edisi 4*. 2017.
8. Pasaribu KF, Hendrartini J, Hafidz F. Analisis Pemanfaatan Dana Kapitasi Khusus di Kabupaten Nias Utara. *J Kebijak Kesehat Indones JKKI* [Internet]. 2019;8(3):121–6. Available from: <https://journal.ugm.ac.id/jkki/article/view/47885>
9. Febriawati H, Yandrizal Y, Afriza Y, Pratiwi BA, Yanuarti R, Suryani D. Analisis Besar dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan terhadap Pengendalian Rujukan di Puskesmas Kota Bengkulu [Internet]. Vol. 6, *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*. 2017. p. 204–9. Available from: <https://journal.ugm.ac.id/jkki/article/view/30890>
10. Setiawati ME, Nurizka RH. Evaluasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional. *J Kebijak Kesehat Indones JKKI* [Internet]. 2019;8(1):35–40. Available from: <https://journal.ugm.ac.id/jkki/article/view/43843>
11. Meiriana A, Trisnanto L, Padmawati RS. Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Pada Penyakit Hipertensi Di Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta. *J Kebijak Kesehat Indones JKKI* [Internet]. 2018;08(02):51–8. Available from: http://etd.repository.ugm.ac.id/x.=book_=BookDetail&act=view&typ=html&act=buku_id=163144&obyek_id=4&unitid=&jenis_id=
12. Widodextrosa, Muryanto I, Rany N, Hanafi A, Puspasari A. Achievement Efforts Based On The Fulfillment of Service Commitments (KBPKP) Analysis in Puskesmas Rumbai, Pekanbaru City. 2020;6(3):310–27. Available from: <https://jurnal.hip.ac.id/index.php/keskom/article/view/597>
13. Sucipto H, Suryawati C, Jati SP. Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Komitmen Dokter di Puskesmas untuk Tidak Merujuk Kasus Non-Spesialistik Pasien BPJS di Kota Semarang. *J Manaj Kesehat Indones*. 2019;
14. Kurniawan A, Mustika DA, Muhammad RC, Putri SC. Evaluasi Implementasi Aplikasi Primary Care (Pcare) di Klinik Laras Hati. *J Kesehat Vokasional*. 2019;4(1):21.
15. Kurniawan A, Tamtomo D, Murti B. Evaluation of Community Health Center Management Information System (SIMPUS), Primary Care (P Care), and Bridging Data System in Sukoharjo District. *J Heal Policy Manag*. 2017;02(02):157–64.

KETANGGAPAN PEMERINTAH DAERAH TERHADAP SASARAN TATA KELOLA ROADMAP JAMINAN KESEHATAN NASIONAL TAHUN 2014 – 2019 DI PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

THE RESPONSIVENESS OF LOCAL GOVERNMENTS IN THE GOVERNANCE TARGETS OF THE NATIONAL HEALTH INSURANCE ROADMAP 2014 - 2019 IN THE PROVINCE OF EAST KALIMANTAN.

Rahmat Bakhtiar^{1*}, Hilda², Krispinus Duma¹

¹Laboratorium IKM/KK Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman

²Politeknik Kesehatan Provinsi Kaltim Jl. Kurnia Makmur Samarinda Kaltim Indonesia

ABSTRAK

Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2014-2019 merupakan wujud komitmen Pemerintah untuk mengintegrasikan perencanaan program pembangunan nasional untuk mengimplementasikan program jaminan kesehatan dalam mencapai kepesertaan menyeluruh program jaminan kesehatan. Sebanyak 24 stakeholder potensial diwawancarai secara mendalam dan dianalisa secara deskriptif dalam aspek kebijakan dan ketanggapan sesuai dengan peran masing masing. Hasil evaluasi peta jalan di provinsi Kalimantan Timur menunjukkan sasaran tata kelola yaitu sasaran 1, 5 dan 8 belum sepenuhnya tercapai. Jumlah kepesertaan belum mencapai target UHC (93,64%). Keterbukaan akses terhadap data diawal periode peta jalan mengakibatkan Pemerintah Daerah dan BPJS kesulitan mencapai target *universal health coverage*. Ketanggapan Pemerintah Daerah terlihat meningkatnya intensifitas koordinasi stakeholder dengan BPJS serta adanya aturan sinkronisasi kegiatan yang dibuat secara bersama. Memperbaiki tata kelola dan dukungan stakeholder program JKN-KIS diperlukan dalam upaya pemeratakan pelayanan kesehatan dan mencapai target *universal health coverage*.

Kata kunci: Ketanggapan; Roadmap; Tata Kelola.

ABSTRACT

The 2014-2019 National Health Insurance Roadmap was a manifestation of the Government's commitment to integrating national development program planning to implement the health insurance program in achieving universal health coverage. 24 Potential stakeholders were interviewed in-depth and analyzed descriptively in terms of policy aspects and responses according to their respective roles. The results of the road map evaluation in the province of East Kalimantan showed that the government targets namely 1, 5, and 8 targets had not been achieved. The number of participants had not reached the universal health coverage target (93.64%). Open access to data at the beginning of the road map period resulted in the Local Government and BPJS having difficulty achieving the universal health coverage target. The responsiveness of the local government was seen by the increased intensity of stakeholder coordination with the BPJS as well as the existence of joint activity synchronization rules. Improving governance and stakeholder support for the JKN-KIS program was needed to equalize health services and achieve universal health coverage targets.

Keywords: Responsiveness; Roadmap; Governance.

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diterapkan sejak Januari tahun 2014 telah memberikan manfaat yang positif bagi masyarakat dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan(1). Meskipun demikian masih terdapat kesenjangan indeks cakupan layanan antar provinsi terutama dalam dimensi penyakit tidak menular, penyakit menular, kesehatan reproduksi, ibu bayi baru lahir dan anak(2). Pemerintah menyusun peta jalan (roadmap) untuk menjadi pedoman dan memberikan arah pelaksanaan program yang bertujuan untuk menciptakan sistem kesehatan terintegrasi sehingga mampu menyediakan perawatan kesehatan dasar yang sama dan komprehensif untuk semua orang di Indonesia(3). Peta jalan menuju JKN tahun 2014 – 2019 memberikan 8 (delapan) sasaran yang

dikelompokkan menjadi 3 yaitu (1) Tata kelola yang meliputi sasaran 1, 5, dan 8 ; (2) Equity yaitu sasaran 2, 3, dan 4; dan (3) Mutu layanan kesehatan yang terdiri dari sasaran 6 dan 7.

Provinsi Kalimantan Timur (Kaltim) merupakan provinsi terluas ketiga dengan luas mencapai 6,66% dari luas wilayah Indonesia dengan jumlah penduduk 3,77 juta jiwa, memiliki kapasitas fiskal yaitu 1,266 dengan kategori tinggi(4). Studi menunjukkan hanya sebagian kecil dari masyarakat di Kaltim yang dapat merasakan hasil pembangunan daerah (*growth without development*)(5). Meskipun demikian terlihat kemajuan pembangunan bidang kesehatan berdasarkan rata rata Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) Kaltim (0,6217) lebih tinggi dibandingkan dengan nasional (0,608) dan meningkat dibandingkan tahun 2013 (0,575) serta tidak terlalu bervariasi antar kabupaten/

kota(6). Setelah 5 tahun pelaksanaan program JKN-KIS, masyarakat yang mengikuti program atau capaian Universal Health Coverage (UHC) di Kaltim sebesar 93,64%. Capaian ini sejalan dengan arah kebijakan dan strategi nasional dalam Rencana Pembangunan Nasional Jangka Menengah (RPNJM) tahun 2019 disebutkan presentase penduduk yang menjadi peserta sistem jaminan kesehatan melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bidang kesehatan minimal 95% pada tahun 2024.

Meskipun menempati peringkat ke-10 nasional sebanyak 60% Kabupaten/Kota belum mencapai target UHC sesuai dengan *roadmap* JKN. Dalam 5 tahun pelaksanaannya program JKN-KIS di Provinsi Kaltim masih menemui hambatan dan tantangan terutama dalam aspek kebijakan dan akuntabilitas penyelenggaraan program JKN karena terbentur aturan di tingkat pusat(7). Capaian Peta Jalan JKN 2014-2019 sasaran 1, 5 dan 8 yang terkait dengan transparansi, akuntabilitas dan partisipatif pengelolaan program JKN belum sepenuhnya tercapai(8). Penelitian ini bertujuan mengevaluasi ketanggapan Pemerintah Daerah (Pemda) dalam mencapai target target sasaran sesuai peta jalan JKN Tahun 2012 – 2019.

METODE PENELITIAN

Penelitian dilaksanakan di Provinsi Kalimantan Timur tahun 2018-2019 menggunakan studi kasus dengan analisa deskriptif. Pemilihan sampel menggunakan purposive sampling dengan jumlah sampel sebanyak 24 orang informan. Subjek penelitian ini adalah DPRD Komisi 3, Badan Pembangunan dan Perencanaan Daerah (Bappeda), Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BPID, Tim Koordinasi Kerjasama Provinsi, Direktur RSUD dan BPJS. Data kualitatif dikumpulkan dengan cara melakukan wawancara secara mendalam (*indepth interview*) terhadap subyek penelitian atau target potensial untuk menggali implementasi kebijakan dan ketanggapan Pemda dalam pelaksanaan program JKN sehingga mampu menjawab pertanyaan penelitian secara komprehensif dan data sekunder yang bersumber pada *Dashboard* Sistem Kesehatan (DaSK). Analisis data kualitatif berupa rekaman hasil wawancara mendalam yang dituliskan dalam transkrip wawancara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sasaran 1: BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik

Sampai tahun ke tiga peta jalan JKN, akses data kepesertaan sulit diakses secara lengkap di BPJS Kesehatan. Distribusi kartu JKN-KIS belum merata

dan tidak tepat sasaran. Demikian juga data iuran peserta dan tunggakan iuran peserta serta jumlah biaya layanan kesehatan difasilitas kesehatan diseluruh Kabupaten/Kota sulit diakses. Meskipun beberapa pihak seperti Komisi 3 DPRD Kota Samarinda dan Dinas Kesehatan Provinsi dapat mengakses secara insidental tetapi *stakeholders* tersebut tidak mendapatkan secara reguler dan rutin. Tata kelola BPJS Kesehatan yang sentralistis membuat akses data penyelenggaraan JKN sulit akses dan kalaupun dapat diakses bersifat insidental dan tidak tepat waktu.

Menelaah keterbukaan akses data terkait iuran, tunggakan dan klaim pembiayaan kesehatan. Hasil observasi menunjukkan hasil yang sama bahwa akses data tidak mudah didapatkan di Kantor Cabang BPJS Kesehatan karena harus menunggu kewenangan BPJS Kesehatan Pusat. Diawal program sebagian besar Pemda belum memahami substansi dari program JKN dan belum termotivasi untuk melakukan upaya efisiensi biaya kuratif sehingga pemanfaatan data belum dimanfaatkan secara optimal. Hal ini disebabkan ketidak transparan pengelolaan ditambah anggapan Jamkesda yang dikelola sendiri oleh Pemda lebih baik. Transparansi pengelolaan selain akan memberikan pemahaman tentang hambatan/peleluang dalam pelaksanaan JKN di kabupaten/kota, juga menginisiasi Pemda untuk berkoordinasi memecahkan persoalan kepesertaan dan distribusi kartu JKN-KIS.

Masalah ketidak transparan pengelolaan berdampak pada capaian UHC di Kaltim tidak meningkat secara signifikan dan cakupan kepesertaan tidak dapat memastikan *disadvantaged people* terdaftar dan memiliki kartu JKN-KIS. Disamping itu Pemda bahkan Provinsi belum berpartisipasi menanggulangi defisit JKN. Keterbukaan akses data kepesertaan dirasakan mulai terjadi pada tahun terakhir periode peta jalan.

“Tugas dan tanggung jawab Pemprov Kaltim adalah mendata dan mendaftarkan serta melaporkan data mutasi peserta penduduk PBPU dan BP dengan NIK KTP-el setiap calon peserta ke BPJS Kesehatan yang telah terdaftar dalam data kependudukan Dirjen Dukcapil pada BPJS Kesehatan. Kemudian menetapkan peserta awal penduduk PBPU dan BP Pemda by name by address melalui Surat Keputusan Gubernur Kaltim. serta mengalokasikan anggaran iuran dan bantuan iuran bagi peserta yang didaftarkan”. (Ketua Tim Koordinasi Kerjasama Daerah (TKKSD) Provinsi Kaltim).

Dalam aspek perluasan cakupan kepesertaan Program JKN-KIS menuju UHC di Kaltim telah dituangkan dalam nota kesepakatan antara pemerintah provinsi Kaltim dengan Kedeputusan wilayah Kaltim, Kalsel, Kalteng dan Kaltara

BPJS Kesehatan. Masyarakat Kaltim yang tidak termasuk dalam tanggungan kabupaten/kota dibayarkan melalui APBD Provinsi sebesar Rp. 36 Milyar tahun 2019-2020 untuk menjamin kepesertaan bagi sebanyak 126.181 penduduk.

Sasaran 5: Semua peraturan pelaksana telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak.

Menganalisis regulasi JKN dengan implementasinya dalam konteks daerah. Tidak memadainya sosialisasi kebijakan/program JKN oleh BPJS Kesehatan diawal peta jalan dan kebijakan BPJS Kesehatan yang sering berganti terutama yang terkait klaim dan rujukan, serta berlaku surut membuat stakeholder atau Pemda merasa kesulitan dalam mempersiapkan sarana dan prasarana pendukung. Tidak adanya kejelasan alasan dikeluarkannya kebijakan baru membuat sebagian besar Kabupaten/Kota merasa kecewa dan mengharapkan agar kebijakan BPJS Kesehatan dibentuk bersama Kementerian Kesehatan agar perencanaan harmonis, tidak cepat berganti dan memunculkan persepsi yang seragam oleh stakeholder. Pengelola rumah sakit kesulitan beradaptasi dalam memahami kebijakan yang baru dibentuk, dan berpotensi *dispute* terkait mekanisme klaim dan diimplementasinya.

Hasil observasi menunjukkan pemerintah Provinsi Kaltim telah membuat Peraturan Gubernur (Pergub) tentang rujukan berjenjang semenjak adanya kebijakan rujukan online dari BPJS Kesehatan. Hal ini mengakibatkan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di daerah tidak tuntas dilaksanakan dan harus dilakukan penyesuaian.

“Dalam upaya memberikan pemahaman program JKN kepada seluruh stakeholder terkait, sehingga pengimplementasian dana kapitasi JKN dapat berjalan dengan baik, efektif, efisien, transparan dan akuntabel maka mekanisme implementasi program JKN ditetapkan dan dicantumkan dalam guideline program kebijakan.....” (Dinas Kesehatan Provinsi Kaltim)

Adanya koordinasi lintas sektor dan rumusan kebijakan berbasis bukti yang dilakukan BPJS Kesehatan bersama Pemda, dan fasilitas kesehatan dalam memperkenalkan program/ inovasi perbaikan pelayanan JKN sangat bermanfaat dalam memfasilitasi Pemda dan fasilitas kesehatan memahami kebijakan atau aturan secara bersama, dan berinisiatif menyesuaikan SDM atau sarana dan prasarana untuk mendukung program/kebijakan JKN. Akuntabilitas BPJS Kesehatan di tahun akhir peta jalan dinilai masih cukup baik.

Sasaran 8 BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel

Menelaah keterbukaan akses data terkait kepesertaan *by name by address* untuk melihat mekanisme atau proses perencanaan program kesehatan di daerah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa akses data tersebut juga sulit didapat. Pemerintah daerah menjadi kurang memahami mengenai kebutuhan biaya dan kebijakan yang perlu disiapkan sehingga terkesan tidak berperan optimal dalam program JKN.

Mengacu pada peta jalan JKN pada tahun 2019 target kepesertaan UHC sebesar 95% harus tercapai di setiap Kabupaten/Kota. Tabel 1 menunjukkan capaian kepesertaan JKN-KIS di provinsi Kaltim semakin meningkat dari 63% pada tahun 2017 menjadi 93,69% pada tahun 2020. Pada 2019, Kaltim menempati peringkat ke-10 nasional dalam capaian UHC sebesar 93,64% lebih tinggi dibandingkan dengan angka nasional yaitu 79%. Meskipun demikian masih terdapat 5 kabupaten/kota yang belum mencapai UHC yaitu Kota Samarinda (89,43%), Kabupaten Paser (90,91%), Kabupaten Kutai Timur (81,96%), Kabupaten Mahakam Hulu (74,91%) dan Kabupaten Berau (70,67%).

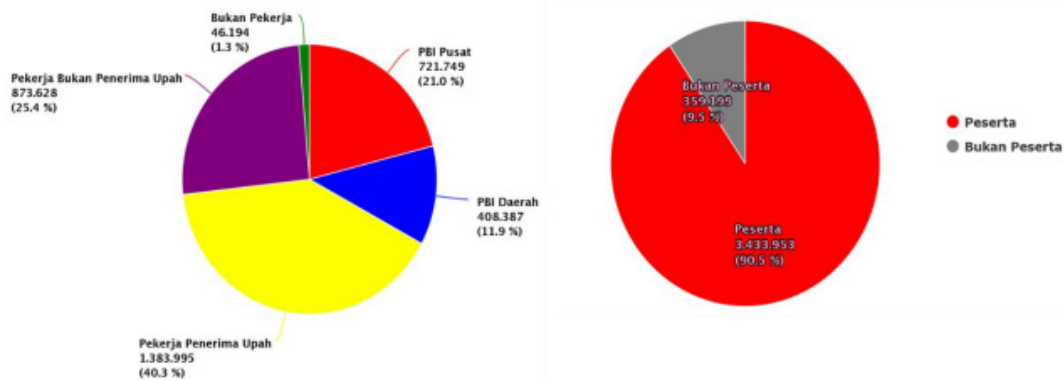
Tabel 1. Cakupan Kesertaan JKN dan Kabupaten/Kota yang Belum Mencapai UHC tahun 2017-2020

Tahun	Capaian Kepesertaan	Kabupaten/Kota belum UHC
2017	63	Kota Samarinda, Kota Balikpapan Kabupaten Paser, Kab. Kutai Timur, Kab. Kutai Barat, Kab Penajam Paser Utara dan Kab. Berau.
2018	78	Kota Samarinda, Kabupaten Paser, Kabupaten Kutai Timur dan Kabupaten Berau.
2019	93,64	Kota Samarinda, Kabupaten Paser, Kabupaten Kutai Timur, Kabupaten Mahakam Hulu dan Kabupaten Berau.
2020	93,69	Kota Samarinda, Kabupaten Paser, Kabupaten Kutai Timur,

Pada akhir periode peta jalan JKN, terdapat 3 Kabupaten/Kota yang belum mencapai target UHC yaitu kota Samarinda, Kabupaten Paser dan Kabupaten Kutai Timur. Fenomena ketidak tercapaian UHC di tiga Kabupaten/Kota ini menjadi menarik karena 45% penduduk Kaltim berada tiga daerah tersebut. Dalam verifikasi data kependudukan yang dilakukan tim koordinasi kerjasama daerah masih ditemukan penduduk yang ingin didaftarkan sebagai peserta tetapi tidak memiliki Nomor Induk Kependudukan (NIK) dan kesadaran masyarakat untuk mendaftar menjadi peserta BPJS masih rendah dan terdapat kecenderungan mendaftar menjadi peserta setelah salah seorang anggota keluarga menderit sakit yang memerlukan perawatan di rumah sakit. Ketidak tercapaian kepesertaan sesuai target UHC setidaknya disebabkan 4 faktor yaitu kepesertaan,

fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan komitmen kepala daerah(9). Di kota Samarinda ketidak tercapaian ini selain disebabkan faktor tingginya mobilitas penduduk dan kepedulian masyarakat juga disebabkan kurangnya komitmen kepala daerah dalam mendorong masyarakat untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan. Sedangkan Kabupaten Pasir dan Kutai Timur disebabkan faktor domisili penduduk yang jauh dari fasilitas kesehatan, rendahnya minat perusahaan yang mendaftarkan karyawannya secara mandiri dan belum bekerjasama dengan

BPJS. Penduduk yang berdomisili di pedalaman masih sulit untuk mengakses fasilitas kesehatan. Percepatan pencapaian UHC di tiga kabupaten/kota penyangga ini perlu dilakukan dengan peningkatan komitmen dan penyuluhan yang masif dari Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial serta pemberian pelayanan prima oleh rumah sakit dan Puskesmas kepada pasien. Stakeholder lain seperti perusahaan harus memberikan kemudahan dan prioritas bagi karyawannya untuk didaftarkan menjadi peserta.



Gambar 1. Proporsi Cakupan Kepesertaan JKN di Provinsi Kaltim (DJSN, 2020)

Cakupan kepesertaan di Provinsi Kaltim telah mencapai 90,53% (3,4 juta jiwa). Sedangkan masyarakat Kaltim yang belum terdaftar sebagai peserta JKN sebesar 9,5% (359 ribu jiwa)(10). Segmen kepesertaan Pekerja Penerima Upah (PPU) menjadi segmen terbesar kepesertaan JKN yaitu 40,3% kemudian kelompok Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBN/APBD sebesar 32,9% dan Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) berkisar 25%. Hal ini berbeda dengan penelitian Laksono Trisnantoro, dkk (2018) yang menyatakan bahwa kelompok PPU hanya sebesar 23,4% dan PBPU sebesar 14,7%(9). Komposisi ini menunjukkan selain komposisi penduduk di Provinsi Kaltim sebagian besar merupakan kelompok pekerja, baik di sektor pemerintah maupun swasta juga masih ditemukan kelompok masyarakat rentan dalam pembiayaan kesehatan masyarakat. Kondisi ini menunjukkan bahwa kurang lebih 25% dari penduduk merupakan kelompok informal. Penduduk yang belum menjadi peserta JKN sebesar 9,5% persen dan sebagian besar merupakan kelompok PPU dan PBPU(11). Tingkat partisipasi dan pemanfaatan program JKN di Kaltim cenderung meningkat sesuai dengan *timeline* peta jalan JKN. Dari komposisi segmen kepesertaan terlihat tingkat kesejahteraan masyarakat Provinsi Kaltim cukup baik mengingat kelompok PBI baik dari APBN dan APBD tidak menjadi segmen kepesertaan terbesar.

“APBD tahun 2019 kita mengalokasikan dana yang sangat besar, kita punya dana 40 M, untuk warga miskin dan tidak mampu, jadi itu diverifikasi per kepala keluarga atau per anggota.” (Dinas Kesehatan Provinsi)

Komitmen tinggi aparat pemerintah daerah terhadap pelayanan kesehatan terlihat dengan alokasi dana APBD Provinsi untuk meningkatkan kepesertaan melalui skema PBI APBD yang didukung Kaltim sebagai provinsi dengan fiskal yang tinggi. Peran aktif BPJS Kesehatan dalam meningkatkan kepesertaan JKN mendorong aparat semua level pemerintahan, meningkatkan kerjasama dengan dinas tenaga kerja untuk memastikan seluruh segmen kepesertaan didaftarkan. Upaya kabupaten/kota memastikan kepesertaan PBI yang dibayarkan melalui anggaran APBD Kabupaten/Kota dilakukan dengan melakukan verifikasi kepesertaan secara reguler sehingga data penerima ganda, terdaftar pada PBI APBN ataupun penduduk yang pindah keluar daerah dapat terdeteksi dan dihilangkan dalam kepesertaan. Urgensi penyediaan data tunggakan, data utilisasi, akses data peserta, data beban penyakit dan data keuangan secara tepat waktu dan berkala serta menjadi hal penting dalam mencapai target JKN.

Peraturan Presiden nomor 82 tahun 2018, pasal 84 tentang kewajiban BPJS memberikan data dan informasi kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dan provinsi setiap tiga bulan dalam rangka

pengambilan kebijakan dibidang kesehatan di daerah(12). Pemerintah daerah dan Organisasi Perangkat Daerah yang menjadi stakeholder BPJS Kesehatan dapat mengakses data data program JKN-KIS melalui Dashboard JKN yaitu data capaian UHC, profil peserta JKN-KIS, fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, jumlah kunjungan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), jumlah rujukan peserta FKTP, 10 diagnosa tertinggi di FKTP, jumlah kasus di rumah sakit, data utilisasi penyakit katastropik, 10 kasus tertinggi di rumah sakit dan jumlah pembayaran dan/atau klaim.

“ Awalnya agak sulit untuk mendapatkan data kepesertaan, jumlah rujukan apalagi data tentang besaran klaim tetapi setahun ini lebih mudah asalkan membuat surat permintaan dari institusi...” (Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara dan Dinkes Samarinda)

“ Kami tidak pernah mendapat kesulitan untuk mendapatkan data data dari BPJS tinggal ditelfon saja tanpa menggunakan surat resmi segera mereka sediakan dan kirimkan” (DPRD Kota Samarinda, Bappeda Kota Samarinda)

Peraturan Presiden nomor 82 tahun 2018 pasal 99 menyebutkan kewajiban Pemda dalam mendukung penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan. Kewajiban itu berupa peningkatan capaian kepesertaan di wilayahnya, kepatuhan membayar iuran dan peningkatan pelayanan kesehatan(12).

Dalam upaya pencapaian UHC provinsi Kaltim mengadakan nota kesepakatan antara pemerintah provinsi Kaltim dengan Kedeputusan wilayah Kaltim, Kalsel, Kalteng dan Kaltara. Upaya beberapa Pemda membantu BPJS Kesehatan memfasilitasi pembayaran iuran peserta PBU dan BP yang terdaftar di kelas 3 yang tidak mampu dan menunggak iuran minimal selama 3 bulan melalui APBD dan pengembangan pemanfaatan teknologi informasi berbasis digital yang terintegrasi baik di FKTP dan FKTRL. Beberapa dari implementasi JKN di Kaltim yang berkaitan dengan tata kelola telah berjalan dengan baik. Selain itu komitmen Organisasi Perangkat Daerah (OPD) di Kaltim dalam mencapai kepesertaan UHC juga terbilang tinggi, karena Pemda telah mengintegrasikan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) ke BPJS Kesehatan(9). Perbaikan tata kelola program JKN dalam hal ekosistem IT dan tanggung jawab pemerintah daerah untuk perbaikan aspek kepesertaan JKN yang tepat sasaran(13). Dengan adanya dashboard JKN memungkinkan tidak terjadinya *delay* data karena harus menunggu keputusan BPJS Kesehatan pusat.

Hasil observasi menunjukkan pemerintah Kabupaten/Kota kurang responsif terhadap

masalah yang terjadi dalam pelaksanaan JKN. Monitoring dan evaluasi yang seharusnya dilakukan bersama yang menjadi acuan perencanaan tidak terjadi mengakibatkan kegiatan seperti verifikasi data kepesertaan belum terlaksana secara optimal. Data JKN belum digunakan oleh Pemda dalam perencanaan dan penganggaran program kesehatan, seperti program validasi kepesertaan PBI, serta baik BPJS Kesehatan maupun Pemda belum merumuskan intervensi yang tepat untuk menanggulangi hambatan implementasi JKN di wilayah setempat, karena keterbatasan data, dan regulasi juga tidak mendukung. Diawal peta jalan sistem BPJS Kesehatan yang sentralisasi dan Pemda kurang *“aware”* terhadap kebijakan kebijakan pusat menyebabkan implementasi kebijakan JKN dan pengambilan keputusan tidak dilakukan berdasarkan data yang terbuka ataupun melibatkan semua pemegang kepentingan, baik di level pusat maupun daerah. Hal ini tidak sesuai dengan prinsip yang seharusnya di pergunakan dan diperintahkan Undang Undang mengenai akuntabilitas dan keterbukaan.

Sebagian informan meskipun mempunyai kewenangan terkait dengan tata kelola BPJS sesuai peta jalan belum menyadari mempunyai peran dalam memperbaiki tata kelola. Hal ini disebabkan tidak dituliskan dalam tugas pokok dan fungsi (tupoksi) jabatan dan mutasi jabatan dan menjadi kelemahan penelitian ini. Disamping itu wawancara sekali waktu dalam penelitian ini berpotensi tidak mendapatkan informasi yang komprehensif .

KESIMPULAN

Meskipun hasil evaluasi menunjukkan bahwa sasaran 1, 5 dan 8 belum sepenuhnya tercapai di Kaltim, upaya pencapaian sudah terlihat dengan semakin aktifnya koordinasi para stakeholder dengan memanfaatkan keterbukaan akses data BPJS. Ketanggapan Pemda terlihat meningkatnya intensifitas koordinasi stakeholder dengan BPJS serta adanya aturan sinkronisasi kegiatan yang dibuat secara bersama. Memperbaiki tata kelola dan dukungan stakeholder program JKN-KIS diperlukan dalam upaya mencapai target *universal health coverage* dan pemeratakan pelayanan kesehatan. Kami percaya walaupun aturan sinkronisasi yang dihasilkan pemerintah provinsi Kaltim masih sedikit, dengan tingginya ketanggapan Pemda dan terbangunnya kemitraan strategis antara Organisasi Perangkat daerah Pemda dan BPJS, Pemerintah Provinsi Kaltim akan segera mencapai target UHC .

DAFTAR PUSTAKA

1. The World Health Organization. Universal Health Coverage [Internet]. 2019. Available from: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1 [Accessed 07/10/2020]
2. Prakarsa. Universal Health Coverage : Capaian Saat Ini dan Langkah - Langkah Perbaikan. Policy Br [Internet]. 2020; Available from: <https://repository.theprakarsa.org/media/295474-universal-health-coverage-capaian-saat-i-3644315c.pdf>
3. Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat. Peta Jalan Menuju JAMINAN KESEHATAN NASIONAL 2012 - 2019 [Internet]. 2012. Available from: http://djsn.go.id/storage/app/media/Peta_Jalan_Jaminan_Kesehatan/ROADMAP_JKN_EdisiRingkas_CDVersion.pdf diakses 15 Mei 2021
4. Kementerian Keuangan Republik Indonesia. Peta Kapasitas Fiskal Daerah [Internet]. 2020. Available from: <http://www.djpk.kemenkeu.go.id/wp-content/uploads/2020/09/PMK-No.-120-Th-2020-tentang-Peta-Kapasitas-Fiskal-Daerah> diakses pada tanggal 12 Maret 2020
5. Kuncoro M. Perencanaan Daerah: Bagaimana Membangun Ekonomi Lokal, Kota dan Kawasan. Jakarta: Salemba Empat; 2012.
6. Balitbangkes Kementerian Kesehatan RI. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat Indonesia tahun 2018 [Internet]. 2019. Available from: <https://www.litbang.kemkes.go.id/buku-ipkm-2018> diakses tanggal 12 Maret 2021
7. Tim PKMK FKKMK UGM, Mitra Penelitian di Kalimantan Timur. Hasil Penelitian Kebijakan Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional 2019 di Provinsi Kalimantan Timur. Topik: Tata Kelola (Sasaran-1, Sasaran-5 & Sasaran-8) [Internet]. 2019. Available from: <https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/file/tatakelola/Artikel-RE-Kalimantan-Timur.pdf>
8. BPJS K. Hasil pertemuan dan Tindak Lanjut Review Peta jalan Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta; 2018.
9. risnantoro L, Marthias T, Djasri H, Candra, Hasri ET, Kurniawan MF, et al. Laporan Evaluasi Kebijakan JKN Tahun 2020 [Internet]. 2020. Available from: <https://dask.kebijakankesehatanindonesia.net/file/Laporan-evaluasi-kebijakan-JKN-2020.pdf>
10. Dewan Jaminan Sosial Nasional RI. Data Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia. 2020.
11. Hilda, Duma K, Bakhtiar R, Kurniawan MF. Evaluasi Capaian Pemerataan Layanan Kesehatan yang Berkeadilan di Era JKN di Provinsi Kalimantan Timur. 2020; Available from: <https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/file/equity/Equity-Provinsi-Kaltim.pdf>
12. Peraturan Presiden RI Nomor 82 tahun 2018. Jaminan Kesehatan.
13. Tri Aktariyani, Wijaya ES. Perbaikan Tata Kelola Kepesertaan JKN di Provinsi Kalimantan Timur. Policy Br [Internet]. 2020;21. Available from: <https://dask.kebijakankesehatanindonesia.net/index.php/data-provinsi>