



UNIVERSITAS INDONESIA

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENJAMINAN ALTEPLASE PADA
PASIEEN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DENGAN STROKE
ISKEMIK DI RS TIPE B TAHUN 2023**

TESIS

**DAHLIA ANGGRAINI
2206004610**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
DEPOK
JUNI 2024**



UNIVERSITAS INDONESIA

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENJAMINAN ALTEPLASE PADA
PASIEEN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DENGAN STROKE
ISKEMIK DI RS TIPE B TAHUN 2023**

TESIS

**Diajukan sebagai salahsatu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**DAHLIA ANGGRAINI
2206004610**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
DEPOK
JUNI 2024**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Dahlia Anggraini
NPM : 2206004610

Tanda Tangan : 

Tanggal : 29 Juni 2024

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Dahlia Anggraini
NPM : 2206004610
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Implementasi Kebijakan Penjaminan Alteplase Pada Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Dengan Stroke Iskemik Di RS Tipe B Tahun 2023

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Atik Nurwahyuni, S.K.M., M.K.M.
Penguji Dalam 1 : Prastuti Soewondo, S.E., M.P.H., Ph.D.
Penguji Dalam 2 : Prof. Dr. drg. Mardiaty Nadjib, M.Sc.
Penguji Luar 1 : dr. Ita Muharram Sari, Sp.N
Penguji Luar 2 : drg. Lusiana Siti Masytuh, MKM



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 29 Juni 2024

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Dahlia Anggraini
NPM : 2206004610
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2022

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

**“IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENJAMINAN ALTEPLASE PADA PASIEN
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DENGAN STROKE ISKEMIK DI RS
TIPE B TAHUN 2023”**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, 29 Juni 2024



(Dahlia Anggraini)

KATA PENGANTAR

Dengan penuh rasa syukur kepada Allah SWT, akhirnya saya dapat menyelesaikan tesis ini. Atas berkat dan rahmat-Nya, penulisan tesis ini berhasil diselesaikan sebagai salah satu syarat untuk meraih gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Jurusan Asuransi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Perjalanan ini penuh dengan tantangan, dan saya menyadari bahwa tanpa bantuan, dukungan, dan bimbingan dari berbagai pihak, sangat sulit bagi saya untuk mencapai titik ini. Oleh karena itu, dengan tulus hati saya ingin mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Ibu Dr. Atik Nurwahyuni, S.K.M., M.K.M., yang telah membimbing saya dengan penuh kesabaran dan dedikasi. Waktu, tenaga, dan pikiran yang Ibu curahkan sangat berarti dalam penyusunan tesis ini.
- (2) Ibu Prastuti Soewondo, S.E., M.P.H., Ph.D., Prof. Dr. drg. Mardiaty Nadjib, M.Sc., dr. Ita Muharram Sari, Sp.S, dan drg. Lusiana Siti Masytoh, MKM, yang telah menjadi penguji dan memberikan masukan berharga untuk penyempurnaan tesis ini.
- (3) Direksi RSPON Mahar Mardjono, yang telah memberikan dukungan material dan non-material, sehingga saya dapat fokus dalam penyusunan tesis ini.
- (4) Keluarga tercinta: Ibu, Bapak, Mertua, Suami Guntur Hariyanto, dan anak tercinta M. Syuja EP. Doa dan dukungan kalian adalah sumber kekuatan saya dalam menyelesaikan studi ini.
- (5) Keluarga besar IPP dan PPII, yang selalu kompak dan memberikan support yang tiada henti.
- (6) Sahabat seperjuangan: Kak Rere, Kak Devi, Kak Vira, Kak Latifa, Tyas, dan semua yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu. Kehadiran kalian dalam setiap langkah perjalanan ini sangat berarti bagi saya.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan oleh semua pihak. Saya berharap tesis ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi pengembangan ilmu dan praktik di bidang Kesehatan Masyarakat.

Dengan penuh harapan dan doa, semoga tesis ini menjadi langkah awal untuk kontribusi yang lebih besar di masa depan.

Depok, 29 Juni 2024

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dahlia Anggraini

NPM : 2206004610

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis karya : Tesis

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Implementasi Kebijakan Penjaminan Alteplase Pada Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Dengan Stroke Iskemik Di RS Tipe B Tahun 2023

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 29 Juni 2024

Yang menyatakan



(Dahlia Anggraini)

ABSTRAK

Nama : Dahlia Anggraini
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Implementasi Kebijakan Penjaminan Alteplase Pada Pasien Jaminan Kesehatan Nasional dengan *Stroke* Iskemik Di RS Tipe B Tahun 2023
Pembimbing : Dr. Atik Nurwahyuni, S.K.M., M.K.M.

Paket manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan berupa rawat inap dan rawat jalan yang dibayar dengan tarif INACBG dan non paket INACBG. Sebelumnya penjaminan obat alteplase pada penyakit stroke iskemik dibayarkan dalam satu paket INACBG rawat inap, setelah PMK 3 Tahun 2023 diberlakukan obat alteplase dapat diklaim terpisah dalam penjaminan non paket INACBG. Penelitian ini menganalisis utilisasi penggunaan alteplase di rumah sakit tipe B secara nasional dan melakukan telaah implementasi penggunaan obat alteplase yang dimulai pada 24 Januari 2023. Kemudian mengambil sampel dari satu rumah sakit pemerintah dan satu rumah sakit swasta dalam hal ini RSUD Koja dan RS Hermina Daan Mogot. Metode yang digunakan adalah pendekatan kualitatif non-eksperimental dengan mengacu pada teori Edward III. Penelitian ini mengukur empat aspek penting, yaitu sumber daya, struktur birokrasi, komunikasi, dan disposisi, untuk memahami efektivitas implementasi penggunaan obat alteplase di rumah sakit tipe B. Dari 82 rumah sakit yang melakukan klaim obat alteplase jenis rumah sakit tipe B paling banyak melakukan klaim obat alteplase sebanyak 54,88%. Secara nasional, RS Swasta paling banyak mengajukan klaim obat alteplase sebanyak 50% berbanding lurus dengan RS tipe B, RS kepemilikan swasta juga paling banyak melakukan klaim obat alteplase sebanyak 64,44%. Di RS Swasta, SDM tersedia dan mencukupi termasuk tim *code stroke* sejak pertengahan 2023 dan tindakan trombolisis atau penggunaan obat alteplase dimulai pada Oktober 2023. Di RS Pemerintah, pelaksanaan pemberian obat alteplase dilakukan setelah dokter neurologi kembali dari pendidikan *fellowship* pada September 2023, trombolisis dimulai pada Februari 2024 setelah sosialisasi pada November 2023. Terdapat perbedaan penentuan penghitungan waktu serangan stroke sampai dengan diberikan obat alteplase (onset) pada PNPk Stroke dan Formularium Nasional. Selain itu, diperlukan ruangan *high care unit*, CT Scan, dan tim *code stroke* dalam melaksanakan penggunaan obat alteplase. Kesimpulannya, implementasi penjaminan obat alteplase berjalan dengan baik di RS yang diteliti, diperlukan persiapan SDM pelaksana trombolisis dan sinkronisasi kebijakan, sosialisasi internal RS, dan persiapan yang lebih baik di RS untuk hasil penggunaan obat alteplase yang optimal. Informasi yang ditampilkan hanya menggambarkan kondisi RS Tipe B yang diteliti, dan tidak menggambarkan secara keseluruhan karena diperlukan penelitian lanjutan seperti penelitian kuantitatif pada semua RS Tipe B. Rekomendasi peneliti adalah melakukan revisi kebijakan, penyusunan buku pedoman Tim Code Stroke, dan penggunaan aplikasi stroke registry serta program ECHO untuk sosialisasi dan pelatihan.

Kata kunci:

Alteplase, JKN, Kebijakan, Stroke Iskemik, Trombolisis

ABSTRACT

Name : Dahlia Anggraini
 Study Program : Public Health
 Title : Implementation of the Alteplase Guarantee Policy for National Health Insurance Patients with Ischemic Stroke in Type B Hospitals in 2023
 Counsellor : Dr. Atik Nurwahyuni, S.K.M., M.K.M.

The benefits package of the National Health Insurance (JKN) provides healthcare services in the form of inpatient and outpatient care, which are paid for using the INACBG and non-INACBG package rates. Previously, the coverage of alteplase for ischemic stroke was included in a single INACBG inpatient package. However, after the implementation of PMK 3 of 2023, alteplase can now be claimed separately under the non-INACBG package. This study analyzes the utilization of alteplase in type B hospitals nationwide and reviews the implementation of alteplase usage, which began on January 24, 2023. Samples were taken from one government hospital and one private hospital, namely Koja Regional General Hospital and Hermina Daan Mogot Hospital. The method used is a non-experimental qualitative approach based on Edward III's theory. The study measures four key aspects: resources, bureaucratic structure, communication, and disposition, to understand the effectiveness of alteplase implementation in type B hospitals. Out of 82 hospitals claiming alteplase, type B hospitals accounted for the highest percentage at 54.88%. Nationally, private hospitals submitted the most alteplase claims at 50%, which is directly proportional to type B hospitals. Private ownership hospitals also accounted for the highest alteplase claims at 64.44%. In private hospitals, human resources were sufficient, including a stroke code team since mid-2023, and thrombolysis or alteplase usage began in October 2023. In government hospitals, alteplase administration began after the neurologist returned from fellowship training in September 2023, with thrombolysis starting in February 2024 following socialization in November 2023. There were differences in determining the time from stroke onset to alteplase administration (onset) between the Stroke Clinical Practice Guidelines and the National Formulary. Additionally, a high care unit, CT scan, and stroke code team are required for alteplase administration. In conclusion, the implementation of alteplase coverage runs well in the studied hospitals. However, preparation of human resources for thrombolysis, policy synchronization, internal hospital socialization, and better hospital preparation are needed for optimal alteplase usage outcomes. The information presented only reflects the conditions of the studied type B hospitals and does not represent the overall situation, as further research, such as quantitative studies in all type B hospitals, is needed. The researcher's recommendations include policy revision, the development of a Stroke Code Team guideline book, and the use of a stroke registry application and the ECHO program for socialization and training.

Keywords:

Alteplase, JKN, Policy, Ischemic Stroke, Thrombolysis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vi
ABSTRAK	1
DAFTAR ISI	3
DAFTAR TABEL	6
DAFTAR GAMBAR.....	7
DAFTAR LAMPIRAN	9
DAFTAR SINGKATAN	10
BAB 1 PENDAHULUAN.....	11
1.1 Latar Belakang	11
1.2 Rumusan Masalah	17
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	17
1.4 Tujuan Penelitian	18
1.4.1 Tujuan Umum	18
1.4.2 Tujuan Khusus.....	18
1.5 Manfaat Penelitian	18
1.5.1 Bagi Kementerian kesehatan	18
1.5.2 Bagi PERDOSNI.....	18
1.5.3 Bagi BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit	18
1.5.4 Bagi Peneliti	19
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	19
BAB 2 TINJAUAN LITERATUR	20
2.1 Asuransi	20
2.1.1 Asuransi Kesehatan	22
2.1.2 Jaminan Kesehatan Nasional.....	24
2.2 Penyakit <i>Stroke</i>	27
2.2.1 Pengertian <i>Stroke</i>	27
2.2.2 Tatalaksana atau Terapi.....	30
2.2.3 Kriteria Trombolisis Intra Vena	30
2.3 Pengampuan Pelayanan <i>Stroke</i>	32
2.4 Obat Alteplase.....	35
2.5 Penjaminan Obat Alteplase	36
2.6 Cara Pengklaim Obat Alteplase	37
2.7 Manajemen.....	38
2.7.1 Unsur-unsur pada Manajemen	39
2.8 Kebijakan Publik.....	40
2.8.1 Sistem dan komponen Kebijakan Publik	42
2.8.1.1 Kebijakan Publik Menurut Willian Dunn.....	43
2.8.1.2 Sistem Kebijakan Walt dan Gilson	44
2.8.1.3 Teori Sistem David Easton	44

2.8.2 Formulasi Kebijakan Publik.....	46
2.8.3 Implementasi Kebijakan Publik	48
2.8.4 Pendekatan Analisis Implementasi Kebijakan Publik.....	49
2.8.4.1 Analisis Implementasi Jeffrey Pressman dan Aaron Wildavsky ...	49
2.8.4.2 Analisis Implementasi Kebijakan D. Van Meter dan C. Van Horn	51
2.8.4.3 Analisis Implementasi Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn...	52
2.8.4.4 Analisis Implementasi Kebijakan George C. Edwards III.....	53
2.8.5 Pemantauan dan Evaluasi Kebijakan Publik	57
2.9 Kerangka Teori	59
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH.....	61
3.1 Kerangka Konsep	61
3.2 Definisi Istilah.....	62
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	63
4.1 Desain Penelitian	63
4.2 Informan Penelitian.....	63
4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian	65
4.4 Teknik Pengumpulan Data.....	65
4.5 Validitas Penelitian	66
4.6 Analisis Data	66
4.7 Etik Penelitian.....	67
4.7.1 Kaji Etik Penelitian	67
4.7.2 Perijinan Turun Lapangan	68
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	69
5.1 Pelaksanaan Penelitian.....	69
5.2 Keterbatasan Penelitian.....	71
5.3 Gambaran Lokasi Penelitian	71
5.3.1 Kementerian Kesehatan.....	71
5.3.2 Perhimpunan Dokter Neurologi Seluruh Indonesia	75
5.3.3 BPJS Kesehatan.....	75
5.3.4 Rumah Sakit	76
5.3.5 Perusahaan Farmasi “Boehringer Ingelheim Pharma”	78
5.4 Kebijakan Implementasi Penjaminan Obat Alteplase.....	78
5.5 Implementasi Penjaminan Obat Alteplase Tahun 2023.....	82
5.5.1 Implementasi Penjaminan Obat Alteplase Nasional Tahun 2023	82
5.5.2 Implementasi Penjaminan Obat Alteplase di RS Tipe B Tahun 2023	96
5.6 Implementasi Penjaminan Obat Alteplase di RS Pemerintah dan Swasta Tahun 2023.....	105
5.6.1 Sumber daya	105
5.6.1.1 Sumber Daya Manusia.....	105
5.6.1.2 Sumber Daya Keuangan	112
5.6.1.3 Sistem Informasi	115
5.6.1.4 Obat.....	119
5.6.1.5 Sarana dan Prasarana	121
5.6.2 Struktur Birokrasi	122
5.6.2.1 <i>Standart Prosedur</i>	122

5.6.2.2 Kewenangan	126
5.6.3 Komunikasi	132
5.6.3.1 Transmisi	132
5.6.3.2 Kejelasan.....	134
5.6.3.3 Konsistensi.....	137
5.6.4 Disposisi	139
5.6.4.1 Pemahaman.....	139
5.6.4.2 Respon	141
5.6.4.3 Intensitas Respon	143
BAB 6 PEMBAHASAN	145
6.1 Implementasi Kebijakan Penjaminan Obat Alteplase Nasional Tahun 2023 ..	146
6.2 Implementasi Penjaminan Obat Alteplase di RS Pemerintah dan Swasta Tahun 2023.....	147
6.2.1 Sumber daya	147
6.2.2 Struktur Birokrasi dalam Implementasi Penjaminan Obat.....	153
6.2.3 Komunikasi dalam Implementasi Penjaminan Obat	154
6.2.4 Disposisi dalam Implementasi Penjaminan Obat.....	156
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	158
7.1 Kesimpulan	158
7.1.1 Sumber Daya	158
7.1.2 Struktur Birokrasi	159
7.1.3 Komunikasi	160
7.1.4 Disposisi	160
7.2 Saran	161
7.2.1 Bagi Kementerian Kesehatan	161
7.2.2 Bagi PERDOSNI.....	162
7.2.3 Bagi BPJS Kesehatan	162
7.2.4 Bagi Rumah Sakit.....	163
7.2.5 Bagi Peneliti dan Pembaca	163
DAFTAR PUSTAKA	164

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1. Stratifikasi Kemampuan Pelayanan <i>Stroke</i> di Wilayah DKI Jakarta	33
Tabel 3. 1. Definisi Istilah	62
Tabel 5. 1. Karakteristik Informan Wawancara Mendalam	70
Tabel 5. 2. Data Klaim Alteplase Tahun 2023	82
Tabel 5. 3. Data Perbandingan Rumah Sakit di Indonesia dengan Pengaju Klaim Obat Alteplase Tahun 2023.....	86
Tabel 5. 4. Perbandingan Jumlah Kasus <i>Stroke</i> Dengan Jumlah Kasus Klaim Alteplase Di Indonesia Tahun 2023	89
Tabel 5. 5. Progres CT Scan Layanan <i>Stroke</i> berdasarkan RS Jejaring Pengampuan	93
Tabel 5. 6. Data kemampuan Trombolisis Kabupaten/Kota	94
Tabel 5. 7. Laporan Monev Pengampuan <i>Stroke</i> untuk Trombolisis.....	95
Tabel 5. 8. Data Klaim Alteplase RS Tipe B Tahun 2023	96
Tabel 5. 9. Data Perbandingan Rumah Sakit Tipe B di Indonesia dengan Pengaju Klaim Obat Alteplase Tahun 2023	99
Tabel 5. 10. Perbandingan Jumlah Kasus <i>Stroke</i> Dengan Jumlah Kasus Klaim Alteplase Di RS Tipe B Tahun 2023	102
Tabel 5. 11. Data Kepemilikan Dokter Spesialis Neurologi di RS Jejaring Pengampuan <i>Stroke</i>	108
Tabel 5. 12. Alokasi dan Realiasi Anggaran Pusjak PDK per Program Tahun 2023 ...	114
Tabel 5. 13. Data Kepemilikan Imaging di RS Jejaring Pengampuan <i>Stroke</i>	122
Tabel 5. 14. Capaian kegiatan pengampuan <i>stroke</i>	144

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1. Siklus Proses Kebijakan Publik	42
Gambar 2. 2. Kebijakan Publik	43
Gambar 2. 3. Proses Kebijakan Publik	43
Gambar 2. 4. Hubungan Tiga Elemen Sistem Kebijakan.....	44
Gambar 2. 5. Framework Kebijakan Publik Sistem Easton	45
Gambar 2. 6. Perumusan dan Penetapan Kebijakan.....	47
Gambar 2. 7. Implementasi Kebijakan Jeffrey P. dan Aaron W.	51
Gambar 2. 8. Implementasi Kebijakan Van Meter dan Van Horn	52
Gambar 2. 9. Implementasi Kebijakan Edward III.....	54
Gambar 2. 10. Kerangka Teori	60
Gambar 3. 1. Kerangka Konsep	61
Gambar 5. 1. Tangkapan layar aplikasi Eklaim penandaaan pemberian obat alteplase	116
Gambar 5. 2. Tangkapan layar user manual penggunaan LUPIS pada pengklaiman obat alteplase	119
Gambar 5. 3. Tangkapan layar dari media sosial kegiatan monitoring dan evaluasi Pengampunan <i>Stroke</i>	127
Gambar 5. 4. Tangkapan layar salah satu contoh <i>desk</i> saat kegiatan <i>monitoring</i> dan evaluasi	128
Gambar 5. 5. Tangkapan layar produk unggulan RS Swasta	131
Gambar 5. 6. Tangkapan layar kegiatan sosialisasi PMK 3 Tahun 2023.....	132
Gambar 5. 7. Kegiatan <i>Workshop</i> Pengampunan <i>Stroke</i> Wilayah Sumatera Selatan	132
Gambar 5. 8. Tangkapan layar salah satu contoh <i>desk</i> saat kegiatan <i>monitoring</i> dan evaluasi yang belum mengerti sudah diklaim/ belum obat alteplasnya.....	135
Gambar 5. 9. Tangkapan layar Instagram RS Swasta testimoni pasien yang berhasil dilakukan trombolisis	141

Gambar 6. 1. Aplikasi <i>Stroke Registry existing</i>	151
Gambar 6. 2. Aplikasi LUPIS.....	151

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Instrumen dan Informan Penelitian dari Kementerian Kesehatan	173
Lampiran 2. Instrumen dan Informan Penelitian dari PERDOSNI	177
Lampiran 3. Instrumen dan Informan Penelitian dari BPJS Kesehatan	180
Lampiran 4. Instrumen dan Informan Penelitian dari Rumah Sakit.....	183
Lampiran 5. Instrumen dan Informan Penelitian dari Industri Farmasi	186
Lampiran 6. Lampiran Penjelasan Sebelum Persetujuan (PSP) dan Pedoman Wawancara Mendalam	189
Lampiran 7. Surat Kaji Etik dan Ijin Penelitian	220
Lampiran 8. Lampiran Matriks Wawancara Mendalam Kementerian Kesehatan	222
Lampiran 9. Lampiran Matriks Wawancara Mendalam PERDOSNI	228
Lampiran 10. Lampiran Matriks Wawancara Mendalam BPJS Kesehatan	230
Lampiran 11. Lampiran Matriks Wawancara Mendalam RS Pemerintah.....	233
Lampiran 12. Lampiran Matriks Wawancara Mendalam RS Swasta	235

DAFTAR SINGKATAN

AHA	: <i>American Heart Association</i>
ASA	: <i>American Stroke Association</i>
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CAPD	: <i>Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis</i>
CT	: <i>Computed tomography</i>
DTO	: <i>Digital Transformation Office</i>
DWI	: <i>Diffusion-weighted imaging</i>
EGFR	: <i>Estimated Glomerular Filtration Rate</i>
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
ICCU	: <i>Intensive Cardiology Care Unit</i>
ICH	: <i>Intra Cerebral Hemorrhage/ Perdarahan Intra Kranial</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
INACBG	: <i>Indonesian Case Base Groups</i>
IHT	: <i>In-House Training</i>
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KJSU	: Kanker, Jantung, Strok, Dan Uronefrologi
LMWH	: <i>Low Molecular Weight Heparin</i>
LUPIS	: Luar Paket INACBG
MRI	: <i>Magnetic resonance imaging</i>
NHIS	: <i>National Health Interview Survey</i>
NIH	: <i>National Institutes of Health</i>
NIHSS	: <i>National Institutes of Health Stroke Scale</i>
NINDS	: <i>National Institute of Neurological Disorders and Stroke</i>
PET Scan	: <i>Positron Emission Tomography Scan</i>
PKR	: Pelayanan Kesehatan Rujukan
PKS	: Perjanjian Kerja Sama
PNPK	: Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran
RS	: Rumah Sakit
SAH	: <i>Sub Arachnoid Hemorrhage/ Perdarahan Subarakhnoid</i>
TIA	: <i>Transient Ischemic Attack</i>
t-PA	: <i>tissue plasminogen activator</i>
US	: <i>United State</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuransi adalah metode pengelolaan risiko yang melibatkan pemindahan risiko dari satu pihak ke pihak lain, yaitu ke perusahaan asuransi. Prinsip utamanya adalah menyediakan layanan perlindungan untuk mengatasi risiko keuangan, dengan tujuan melindungi masyarakat dari potensi kerugian di masa depan. Menurut Pasal 1 Undang-Undang No. 40 tahun 2014 tentang Perasuransian, asuransi adalah perjanjian antara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dan pemegang polis, di mana perusahaan asuransi menerima premi sebagai imbalan untuk memberikan penggantian kepada tertanggung atau pemegang polis atas kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum pihak ketiga akibat suatu peristiwa yang tidak pasti, atau memberikan pembayaran berdasarkan meninggalnya atau hidupnya tertanggung dengan manfaat yang telah ditetapkan atau berdasarkan hasil pengelolaan dana (UU, 2014). Objek asuransi meliputi jiwa, kesehatan, tubuh manusia, tanggung jawab hukum, barang, dan jasa, serta segala kepentingan lainnya yang dapat mengalami kehilangan, kerusakan, kerugian, dan/atau penurunan nilai.

Asuransi kesehatan adalah perlindungan finansial yang menjamin biaya pengobatan dan perawatan medis saat seseorang sakit atau kecelakaan, membantu mengurangi beban biaya medis yang tinggi dan tak terduga, serta memberikan akses ke layanan kesehatan yang lebih baik bagi mereka yang tidak mampu membayar sendiri (Jayadie dkk., 2023). Pembiayaan asuransi kesehatan terdiri dari tiga jenis utama: asuransi pemerintah atau sosial, asuransi swasta, dan asuransi yang disediakan oleh pengusaha atau pekerja (Setiawan dkk., 2021). Penyelenggara asuransi swasta adalah perusahaan yang dikelola oleh badan atau perusahaan swasta. Sedangkan asuransi kesehatan sosial merupakan asuransi yang penyelenggaranya ditunjuk oleh pemerintah, seperti halnya di Indonesia juga menyediakan asuransi kesehatan sosial yang dinamakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang penyelenggara ditunjuk oleh pemerintah yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).

Program JKN mulai berjalan pada tahun 2014, dan tahun ini merupakan satu dekade program JKN dijalankan. Seperti halnya asuransi kesehatan lainnya, JKN

menanggung biaya perawatan rawat jalan dan rawat inap. Dengan metode pembayaran menggunakan tarif kapitasi, non kapitasi, *Indonesian Case Base Groups* (INACBG) dan Non INACBG yang tertuang pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Stroke merupakan penyebab kematian ke dua sedangkan di Indonesia *stroke* penyebab kematian pertama. Selain risiko kematian yang sangat tinggi, *stroke* juga dapat menyebabkan disabilitas sehingga penderitanya akan menderita keseterbatasan dalam melakukan aktifitas (WHO, 2019). Dari seluruh *stroke*, 87% merupakan *stroke* iskemik, 10% merupakan *stroke* ICH, dan 3% merupakan *stroke* SAH (Virani dkk., 2021). *Stroke* iskemik merupakan kejadian penyumbatan pembuluh darah otak akut yang menyebabkan pasokan darah kedalam otak mengalami gangguan akibat kekurangan pasokan oksigen dan nutrisi. Sedangkan *Intra Cerebral Hemmorage* (ICH) merupakan kejadian pecahnya pembuluh darah didalam otak (Intra Serebral) dan *Sub Archnoid Hemmorage* (SAH) adalah kejadian pecahnya pembuluh darah di *Sub Arachnoid* yang menyebabkan peningkatan tekanan pada sel sel otak yang menyebabkan kerusakan (Brown, 2023).

Di Amerika Serikat (AS), dalam sebuah penelitian di tingkat daerah diketahui angka kematian akibat *stroke* di antara orang dewasa berusia 35 hingga 64 tahun di AS meningkat dari 14,7 per 100.000 penduduk pada tahun 2010 menjadi 15,4 per 100.000 penduduk pada tahun 2016. Angka tersebut menurun di antara orang dewasa berusia ≥ 65 tahun dari 299,3 per 100.000 pada tahun 2016 menjadi 271,4 per 100.000 pada tahun 2016 (Virani dkk., 2021).

Analisis *National Health Interview Survey* (NHIS) menunjukkan bahwa kesadaran akan gejala dan tanda *stroke* di kalangan orang dewasa AS meningkat dari tahun 2009 hingga 2014. Pada tahun 2014, 68,3% responden survei mampu mengenali 5 gejala umum *stroke*, dan 66,2% menunjukkan pengetahuan tentang kelima gejala *stroke*. dan pentingnya menelepon layanan bantuan kegawatdaruratan (Virani dkk., 2021). Di Indonesia melalui Kementerian Kesehatan juga berupaya meningkatkan kesadaran pentingnya segera mengakses layanan kesehatan ketika seseorang mengalami gejala *stroke* dengan *tagline* SeGeRa Ke RS. Dimana **Se** adalah senyum tidak simetris, **Ge** adalah gerak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba, **Ra** adalah bicara pelo, **Ke** adalah Kebas separuh tubuh, **R** adalah rabun atau pandangan mata kabur tiba-tiba dan **S** adalah sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba (Tarmizi, 2023).

Prevalensi *stroke* iskemik di dunia lebih tinggi dibandingkan dengan jenis *stroke* lainnya dan menyumbang penyebab disabilitas, dari peringkat 18 pada tahun 1990 menjadi peringkat 15 pada tahun 2019 dengan peningkatan sebesar 101,99% dibandingkan pada tahun 1990 (Virani dkk., 2021). Dengan tingginya prevalensi angka kejadian *stroke* iskemik menyebabkan pemerintah harus memberikan perhatian lebih dalam penanganannya. Diperlukan kemudahan akses layanan kesehatan, pengobatan dan pemahaman masyarakat untuk segera mengakses layanan kesehatan.

Di Indonesia *stroke* menyebabkan kematian dan disabilitas tertinggi, angka kematian sebanyak 132 orang per 100.000 penduduk atau setara dengan 357.183 kematian pada tahun 2019 atau setara dengan 0,13% penduduk Indonesia. Sedangkan disabilitas menyumbang sebanyak 3.280 orang per 100.000 penduduk atau setara dengan 8.888.473 orang dengan disabilitas pada tahun 2019 atau setara dengan 3,28% penduduk Indonesia sejumlah 271jt orang (WHO, 2019).

Berdasarkan laporan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, *Stroke* menempati posisi ke tiga dalam hal pembiayaan *katastropik* setelah jantung dan kanker. Jumlah kasus *stroke* yang diajukan ke BPJS kesehatan sebanyak 2,5 juta klaim pada tahun 2022 dengan nilai klaim 3.235 milyar rupiah secara proporsi sebesar 13,45% dari total biaya pengeluaran penyakit *katastropik* sebesar 24.059 milyar (BPJS Kesehatan 2023).

Terapi pada penderita *stroke* yaitu dengan membawa ke rumah sakit, tatalaksana *stroke* sesuai dengan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) *stroke* adalah dengan melakukan evaluasi cepat dan diagnosis yang berarti penderita harus segera dilakukan pemeriksaan penunjang salah satunya CT-Scan Kepala tanpa kontras untuk memastikan jenis *stroke* iskemik atau perdarahan yang dilakukan maksimal di 20 menit pertama kedatangan. Pada pasien *stroke* iskemik dapat direncanakan untuk diberikan terapi trombolisis dengan *recombinant tissue plasminogen activator* (rtPA) dengan nama obat Alteplase dan atau *trombektomi*.

Referensi terapi trombolisis ini diberikan melalui intravena pada $\leq 4,5$ jam atau ≤ 6 jam sejak penderita mengalami serangan. Prosedur trombolisis harus memenuhi kriteria inklusi seperti usia, klinis *stroke* yang jelas, kejadian *stroke* pada $\leq 4,5$ jam atau ≤ 6 jam sebelum terapi trombolisis, tidak ada gambaran perdarahan di pemeriksaan *imaging*, terdapat *inform concent*. Selain itu terdapat pula kriteria eksklusi seperti defisit *neurologis*

ringan atau cepat mengalami perbaikan, riwayat cedera kepala atau *stroke* ≤ 3 bulan yang lalu, infark luas, kejang, dll. Dan dalam pemberian terapi harus memperhatikan dosis penjaminannya berdasarkan berat badan pasien, sehingga mengetahui berat badan pasien menjadi penting untuk mengetahui jumlah pemberian rtPA (Alteplase). Setelah terapi trombolisis pun dibutuhkan pemantauan ketat untuk memantau respon setelah diberikan terapi rtPA. Pasien wajib dilakukan pemantauan di ruang intensif, agar kondisi pasien jam ke jamnya dapat dilihat perkembangannya (Kepmenkes, 2019).

Utilisasi tindakan trombolisis rtPA melalui intra vena pada *stroke* iskemik pada tahun 2002 di *United State* (US) capaian nasional hanya mencapai 2% sedangkan pada tahun 2004 masih belum ada perubahan yang signifikan yaitu mencapai 2,4% di klinik wilayah *Cleveland* (Katzan dkk., 2004). pada tahun 2005 di Georgia mencapai 3% dan Massachusetts mencapai 8,5% dari kejadian *stroke* iskemik (The Paul Coverdell Prototype Registries Writing Group*, 2005). Dan pada tahun 2009 di Belanda tingkat tatalaksana trombolisis intra vena mencapai 12,7%, peningkatan terjadi dikarenakan adanya monitoring dan evaluasi serta melakukan perbaikan sehingga meningkatkan capaian trombolisis mulai dari pasien datang sampai pasien mendapatkan suntikan rtPA (Van Wijngaarden dkk., 2009).

Pada tahun 2021 Departemen Neurologi Universitas Ain Shams Mesir dapat memperpendek waktu “*door-to-needle*” tindakan trombolisis rtPA dengan capaian angka trombolisis sebesar 12,3% dimana sebelum tahun 2015 hanya mencapai $< 1\%$ yaitu dengan menetapkan rencana tindakan untuk meningkatkan tingkat terapi reperfusi yang mencakup beberapa langkah penting: perluasan unit *stroke* dari 4 menjadi 16 tempat tidur; pembuatan protokol terapi reperfusi; pembentukan program pelatihan terapi reperfusi pada *stroke* iskemik bersama dengan departemen radiologi; pelatihan bermain peran bagi residen dan petugas neurologi, ahli radiologi, perawat, dan teknisi laboratorium untuk memprioritaskan pasien yang memenuhi syarat untuk trombolisis guna mengurangi waktu logistik di rumah sakit; penerapan NIHSS6 versi bahasa Arab beserta pelatihan penggunaannya; konsensus bahwa waktu dari kedatangan hingga interpretasi CT-Scan tidak boleh lebih dari 45 menit; penunjukan seorang *supervisor* untuk melacak kualitas layanan dan kepatuhan terhadap pedoman; dan pengajuan proposal ke Kementerian Kesehatan Mesir untuk penyediaan alteplase intravena (tPA) yang akhirnya disetujui pada

April 2016, sehingga obat ini kini tersedia untuk pasien tanpa asuransi kesehatan. (Aref dkk., 2021).

Tingkat pemanfaatan trombolisis intra vena secara keseluruhan sebesar 9,1% di wilayah negara Asia antara tahun 2010 sd 2015. Negara-negara berpendapatan tinggi memiliki angka yang lebih tinggi (11,3%) dibandingkan negara-negara berpendapatan menengah ke bawah (8,1%) dan negara-negara berpendapatan menengah atas (9%). Asia Tengah dan Utara memiliki angka tertinggi (17,5%) dan Asia Tenggara memiliki angka terendah (6,8%). Studi yang dilakukan setelah tahun 2015 memiliki tingkat trombolisis yang lebih tinggi (11,3%) dibandingkan sebelum tahun 2015 (1,5%). Kehadiran protokol *stroke* di rumah sakit (10,7%) dan pedoman *stroke* nasional (10,1%) dikaitkan dengan tingkat trombolisis yang lebih tinggi (Gajurel dkk., 2023).

Penjaminan obat alteplase sebelumnya tergabung dengan biaya perawatan yang tergabung dengan INACBG, namun mulai tanggal 24 Januari 2023 obat alteplase dibayarkan oleh BPJS Kesehatan menggunakan tarif non INA-CBG bersamaan dengan CAPD, pelayanan imunohistokimia, pemeriksaan EGFR, obat penyakit kronis, PET Scan, obat kemoterapi, kantong darah, ambulans dan alat bantu kesehatan (Permenkes, 2023). Cara pengajuan klaimnya terpisah dari sistem INA-CBG, harga obat alteplase diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1276/2023 Tentang Nilai Klaim Harga Obat Program Rujuk Balik, Obat Penyakit Kronis Di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, Obat Kemoterapi, Dan Obat Alteplase dan per 1 Maret 2024 terdapat perubahan kebijakan menjadi Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/MENKES/503/2024 Tentang Nilai Klaim Harga Obat Program Rujuk Balik, Obat Penyakit Kronis Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut, Obat Kemoterapi, Dan Obat Alteplase.

Penjaminan alteplase juga diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2197/2023 Tentang Formularium Nasional dengan retriksi tidak diperbolehkan pada *stroke* iskemik dengan riwayat perdarahan intrakranial, cedera kepala berat dan operasi mayor ≤ 3 bulan, riwayat gangguan koagulasi, hipertensi tidak terkontrol dan hanya digunakan pada kasus infark miokard akut dengan onset < 12 jam dan *stroke non* hemoragik dengan onset $< 4,5$ jam, yang

pemberi pelayanan Faskes Tk. 2 wajib memiliki fasilitas ICCU/ICU/*unit stroke* (Kepmenkes, 2023a).

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1336/2023 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan *Stroke* disampaikan bahwa semua rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan *stroke* harus bisa melakukan tindakan thrombolisis. Terdapat stratifikasi kemampuan pelayanan *stroke* pada Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan *Stroke* yaitu strata paripurna, strata utama dan strata madya (Kepmenkes, 2023b).

Tahun 2024 merupakan satu tahun pertama penjaminan alteplase, oleh karena itu perlu mengetahui implementasi kebijakan yang telah di laksanakan sejak 24 Januari 2023. Kebijakan penjaminan alteplase apakah sudah sesuai PNPK *Stroke*, Formularium Nasional serta kendala di lapangan terkait pelaksanaan tindakan dan klaim alteplase. Karena kesulitan dalam mengembangkan kebijakan tidak hanya muncul pada saat penetapan kebijakan, namun juga memastikan implementasi kebijakan tersebut dilapangan mencapai tujuan dari kebijakan tersebut (Aprianto, 2022). Implementasi kebijakan dapat dianalisis melalui sudut pandang sumber daya yang tersedia, organisasi birokrasi, cara komunikasi, dan sikap atau kecenderungan dari pelaksana kebijakan (Taufiqurakhman, 2014).

Evaluasi kebijakan merupakan kegiatan menilai kebijakan yang telah dijalankan, menilai sejauh mana kebijakan yang telah dijalankan mampu menyelesaikan masalah. Oleh karena itu dibutuhkan ukuran dan kriteria yang menjadi dasar untuk menilai kebijakan yang telah dijalankan mencapai dampak yang diinginkan (Sulaiman, 2018). Berlakunya kebijakan penjaminan alteplase kita perlu mengetahui bagaimana implementasi kebijakan terapi alteplase, membuat peneliti tertarik untuk melihat implementasi kebijakan penjaminan alteplase di RS Tipe B. Dipilih RS Tipe B dikarenakan secara strata paling rendah yaitu madya namun fasilitas untuk penatalaksanaan trombolisis sudah terpenuhi. Implementasi penjaminan alteplase dilihat dari utlisasi klaim alteplase, pengetahuan, literasi, manfaat yang dirasakan dengan dijaminnya alteplase dalam program Jaminan Kesehatan Nasional. Sehingga pada akhirnya menjadi bahan pertimbangan untuk mendukung capaian kemampuan suatu provinsi untuk menangani masalah kesehatan masyarakat diwilayahnya tanpa perlu merujuk pasien ke luar wilayah (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor

13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, 2022).

1.2 Rumusan Masalah

Sebelumnya, penjaminan obat alteplase termasuk dalam paket INACBG rawat inap untuk penyakit stroke iskemik. Namun, sejak 24 Januari 2023, Jaminan Kesehatan Nasional mulai menjamin biaya penggunaan obat alteplase diluar paket INACBG. Berdasarkan penelitian di berbagai negara, terapi trombolisis menggunakan alteplase terbukti efektif untuk pasien yang mengalami stroke iskemik dalam waktu onsite 4,5 jam. Utilisasi klaim alteplase mencerminkan berbagai upaya pemerintah untuk mendorong keberhasilan suatu wilayah dalam memperbaiki derajat kesehatan masyarakat, khususnya dalam penanganan penyakit stroke.

Oleh karena itu, penting untuk meninjau implementasi penjaminan obat alteplase, termasuk kesiapan fasilitas kesehatan, sumber daya, komunikasi, disposisi, dan struktur birokrasi yang ada. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan penjaminan obat alteplase di rumah sakit tipe B, baik di rumah sakit pemerintah maupun swasta. Diharapkan, hasil penelitian ini dapat memberikan masukan dan menjadi bahan pertimbangan untuk menyempurnakan kebijakan penjaminan obat alteplase, serta mendukung pencapaian target rencana strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana ketersediaan sumber daya dalam implementasi kebijakan penjaminan obat alteplase di RS Tipe B?
2. Bagaimana struktur birokrasi implementasi kebijakan penjaminan obat alteplase di RS Tipe B?
3. Bagaimana komunikasi implementasi kebijakan penjaminan alteplase di RS Tipe B?
4. Bagaimana disposisi implementasi kebijakan penjaminan obat alteplase di RS Tipe B?
5. Bagaimana hasil implementasi kebijakan penjaminan obat alteplase di RS Tipe B?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui implementasi kebijakan penjaminan obat alteplase di RS Tipe B tahun 2023.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui ketersediaan sumber daya dalam implementasi kebijakan penjaminan obat alteplase di RS Tipe B
2. Mengetahui struktur birokrasi implementasi kebijakan penjaminan obat alteplase di RS Tipe B
3. Mengetahui komunikasi dalam implementasi kebijakan penjaminan obat alteplase di RS Tipe B
4. Mengetahui disposisi implementasi kebijakan penjaminan alteplase di RS Tipe B
5. Mengetahui hasil implementasi kebijakan penjaminan obat alteplase di RS Tipe B

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Kementerian kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan implementasi kebijakan tentang penjaminan obat alteplase pada pasien *stroke* iskemik yang lebih baik, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan penduduk Indonesia.

1.5.2 Bagi PERDOSNI

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan terkait ketersediaan sumber daya manusia, PNPK, dan tatalaksana sesuai dengan keilmuan terbaru.

1.5.3 Bagi BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran implementasi kebijakan tentang penjaminan obat alteplase pada pasien *stroke* iskemik dalam program JKN.

1.5.4 Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan bagi penelitian lainnya yang ingin mengetahui implementasi kebijakan tentang penjaminan alteplase pada pasien *stroke* iskemik di Indonesia sehingga dapat memicu penelitian selanjutnya mendapatkan hasil yang lebih komprehensif.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dari bulan Maret - Juni 2024 dengan menggunakan metode kualitatif. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan informasi mendalam mengenai variabel komunikasi, sumber daya, disposisi/sikap, dan struktur birokrasi dalam implementasi penjaminan obat alteplase. Metode pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dengan rumah sakit tipe B, dengan mengambil satu rumah sakit pemerintah tipe B dan satu rumah sakit swasta tipe B. Para responden yang diwawancarai mencakup pelaksana pemberian obat alteplase, petugas klaim JKN, dan petugas farmasi.

Selain itu, informan lainnya dari Kementerian Kesehatan (Penanggung Jawab Program Pengampuan *Stroke*-Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan, Kepala Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan, Ketua Tim Seleksi Obat Fornas Direktorat Jenderal Farmasi dan Alkes, Tim Kerja Pengendalian dan Ketersediaan Obat, Ketua Tim Koordinator pengampu penyakit prioritas *stroke*), BPJS Kesehatan (Bidang manajemen klaim dan utilisasi, Bidang Kebijakan Penjaminan Manfaat, Bidang Kebijakan Penjaminan Manfaat Rujukan, Verifikator internal cabang Jakarta Utara dan Jakarta Barat), organisasi profesi dalam hal ini yaitu Perhimpunan Dokter Neurologi Seluruh Indonesia (PERDOSNI), dan industri farmasi dalam hal ini perusahaan farmasi yang menyediakan obat alteplase di Indonesia.

BAB 2

TINJAUAN LITERATUR

2.1 Asuransi

Menurut Undang-Undang Perasuransian, asuransi adalah perjanjian antara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dan pemegang polis. Perjanjian ini menetapkan bahwa perusahaan asuransi menerima premi sebagai imbalan untuk memberikan kompensasi kepada tertanggung atau pemegang polis atas kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga akibat suatu peristiwa yang tidak pasti. Selain itu, asuransi juga dapat memberikan pembayaran berdasarkan kematian tertanggung atau hidupnya tertanggung dengan manfaat yang telah ditetapkan atau berdasarkan hasil pengelolaan dana (UU, 2014). Sedangkan didalam buku Hukum Asuransi Di Indonesia yang di tulis oleh Wetria Fauzi (2019) pengertian asuransi menurut para ahli sebagai berikut:

1. HMN. Purwosutjipto menjelaskan bahwa asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian timbal balik antara penanggung dan tertanggung. Penanggung berkomitmen untuk mengganti kerugian atau membayar sejumlah uang yang telah ditetapkan saat penutupan kepada tertanggung jika terjadi peristiwa tertentu, sementara tertanggung berkomitmen untuk membayar premi.
2. Robert I. Mehr mengungkapkan bahwa asuransi adalah alat untuk mengurangi risiko dengan menggabungkan sejumlah unit yang berisiko. Hal ini memungkinkan prediksi kerugian individu secara kolektif, yang kemudian dibagikan dan didistribusikan secara proporsional di antara semua unit dalam kelompok tersebut.
3. Abdul Kadir Muhammad mendefinisikan asuransi sebagai perjanjian timbal balik antara penanggung dan tertanggung. Penanggung berkomitmen untuk mengganti kerugian yang disepakati pada saat penutupan jika terjadi suatu peristiwa yang tidak pasti, dan tertanggung berkomitmen untuk membayar premi.
4. Subekti juga menyatakan bahwa asuransi adalah persetujuan di mana pihak yang menjamin menerima sejumlah uang premi sebagai pengganti kerugian yang ditanggung oleh pihak yang dijamin akibat suatu peristiwa yang belum jelas terjadi. Asuransi melibatkan dua pihak, yaitu pihak yang menjamin kerugian dan pihak yang menanggung kerugian.

Sehingga dapat disimpulkan, asuransi adalah sebuah perjanjian antara dua pihak—perusahaan asuransi dan pemegang polis—di mana perusahaan asuransi menerima premi sebagai imbalan untuk memberikan kompensasi atas kerugian atau kerusakan yang dialami oleh tertanggung akibat suatu peristiwa yang tidak pasti. Asuransi berfungsi sebagai alat untuk mengurangi risiko dengan menggabungkan sejumlah unit berisiko, sehingga kerugian dapat diprediksi dan dibagi secara proporsional. Perjanjian ini bersifat timbal balik, di mana penanggung berkomitmen untuk mengganti kerugian, sementara tertanggung berkomitmen untuk membayar premi.

Prinsip dasar asuransi meliputi (Danarti, 2011 dalam Hasan, 2023):

1. Utmost Good of Faith: Kontrak asuransi harus didasarkan pada pemahaman dan kepercayaan yang sama antara kedua belah pihak (asuransi dan peserta).
2. Insurable Interest: Orang yang diasuransikan harus mengalami kerugian finansial akibat kerusakan atau kejadian yang ditanggung.
3. Indemnity Scheme: Asuransi tidak digunakan untuk spekulasi atau mencari keuntungan, sehingga manfaat yang ditanggung tidak boleh melebihi nilai kerugian.
4. Subrogasi: Ketika asuradur memberikan penggantian penuh atas kerugian objek tertanggung, kepemilikan atas objek tersebut beralih kepada asuradur (berlaku untuk asuransi kerugian—nonkesehatan).
5. Kontribusi: Tingkat kontribusi yang memadai untuk menutupi kerugian yang ditanggung.
6. Proximate Cause: Jika kerugian disebabkan oleh lebih dari satu penyebab, penyebab terdekat harus dipertimbangkan dalam keputusan pertanggungan oleh asuradur.
7. Minimisasi Kerugian: Upaya dari tertanggung untuk meminimalkan kerugian yang terjadi.

Sedangkan manfaat asuransi adalah dapat menciptakan rasa aman dan keadilan. Polis asuransi dapat digunakan sebagai jaminan kredit, serta menjadi sumber tabungan dan pendapatan. Premi yang dibayarkan oleh pemegang polis setiap periode memiliki nilai yang setara dengan tabungan. Distribusi biaya dan manfaat dilakukan secara lebih

adil. Prinsip kewajaran digunakan secara cermat untuk menentukan nilai dan premi asuransi yang akan dipertahankan oleh pemegang polis secara berkala, dengan mempertimbangkan faktor-faktor signifikan yang mempengaruhi asuransi. Mendukung aktivitas bisnis. Investasi seorang investor dapat mengalami kerugian karena berbagai faktor. Asuransi membantu mendiversifikasi risiko, sehingga risiko yang seharusnya ditanggung oleh pemegang polis juga ditanggung oleh perusahaan asuransi dengan ketidakseimbangan premi yang tetap berdasarkan nilai yang dipertanggungjawabkan (Al Arif, 2012).

2.1.1 Asuransi Kesehatan

Menurut Ery Setiawan dkk, asuransi kesehatan adalah instrumen sosial yang mengimplementasikan prinsip gotong royong atau solidaritas masyarakat dalam pelayanan kesehatan. Secara sederhana, ini berarti bahwa masyarakat secara kolektif berkontribusi untuk membantu anggota yang sedang sakit (Setiawan dkk., 2021). Asuransi kesehatan merupakan jenis perlindungan finansial yang menjamin biaya pengobatan dan perawatan medis jika seseorang jatuh sakit atau mengalami kecelakaan. Dengan adanya asuransi kesehatan, beban biaya medis yang tinggi dan tidak terduga dapat berkurang, serta memungkinkan akses yang lebih baik ke layanan kesehatan bagi mereka yang tidak mampu membiayai sendiri (Jayadie dkk., 2023).

Berdasarkan jenisnya, asuransi dibagi menjadi dua kategori, yaitu asuransi jiwa dan asuransi umum. Asuransi jiwa meliputi asuransi jiwa, kecelakaan, dan kesehatan. Asuransi umum memiliki dua komponen yang dapat diasuransikan: harta benda seseorang dan perlindungan terhadap orang itu sendiri, seperti asuransi kecelakaan atau asuransi kesehatan. Dari penjelasan tersebut, dapat diketahui bahwa produk asuransi kesehatan dapat dipasarkan melalui perusahaan asuransi jiwa maupun perusahaan asuransi umum (UU, 2014).

Perkembangan asuransi kesehatan dipengaruhi oleh kebutuhan manusia akan kepastian hidup. Konsep Asuransi Kesehatan Nasional (AKN) telah diadopsi oleh banyak negara, dengan Inggris sebagai pelopor melalui sistem National Health Service (NHS) yang dibiayai oleh pajak dan memberikan cakupan kesehatan universal. Meskipun memiliki tujuan yang sama, yaitu memberikan pelayanan kesehatan tanpa memandang kemampuan ekonomi, AKN dan NHS berbeda dalam mekanisme pendanaan. AKN

bergantung pada kontribusi wajib yang dikelola terpisah dari anggaran negara, sedangkan NHS didanai oleh pajak umum (Thabrany, 2013).

Asuransi kesehatan berbeda dengan jenis asuransi lainnya karena hanya menanggung hal-hal yang terkait dengan pemeliharaan dan perawatan kesehatan. Untuk itu, cakupan asuransi kesehatan perlu dijelaskan dengan rinci agar batasannya jelas dibandingkan dengan asuransi lainnya. Cakupan ini meliputi semua aspek pelayanan kesehatan yang melibatkan fasilitas layanan kesehatan dan sarana prasarana yang terkait perawatan kesehatan. Ada empat kategori utama dalam cakupan asuransi kesehatan, yaitu: Perawatan Medis Utama, Perawatan Suplemen, Perawatan Disabilitas, dan Perawatan Jangka Panjang.

Perawatan Medis Utama mencakup semua pembiayaan kesehatan yang membutuhkan perawatan medis. Layanan medis yang ditanggung termasuk pelayanan oleh tenaga kesehatan profesional, biaya rumah sakit untuk kamar dan makan, terapi fisik, keperawatan rutin, diagnosis dengan sinar X dan pemeriksaan laboratorium, transfusi darah, oksigen dan gas obat, obat-obatan, layanan ambulans, pembalut gips, kursi roda, biaya bersalin, biaya bedah, serta administrasi rawat inap dan rawat jalan. Sedangkan Perawatan Suplemen mencakup biaya di luar perawatan medis utama seperti kecelakaan kerja, bedah kosmetik, perawatan dan pengobatan gigi, pembelian atau pemasangan kacamata dan alat bantu dengar, serta pemeriksaan kesehatan rutin dan gangguan mental.

Perawatan Disabilitas adalah pembayaran yang diberikan secara berkala jika peserta asuransi tidak dapat bekerja karena kecatatan atau disabilitas. Ini sering disebut sebagai disability income insurance atau income protection insurance. Sementara itu, Perawatan Jangka Panjang ditujukan kepada tertanggung yang menderita gangguan fungsional dan kognitif yang membutuhkan perawatan di rumah atau layanan harian untuk dewasa. Asuransi ini memberikan jaminan pembiayaan jangka panjang dengan pengecualian seperti gangguan mental, kecanduan alkohol atau narkoba, luka yang ditimbulkan sendiri, perawatan di luar negeri, dan perawatan rumah sakit harian.

Berdasarkan tujuan operasionalnya, perusahaan asuransi dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu asuransi komersial dan asuransi sosial. Asuransi komersial adalah perusahaan asuransi yang bertujuan mencari keuntungan, termasuk asuransi komersial nasional, multinasional, joint venture, dan asuransi milik negara (BUMN). Sebaliknya, asuransi sosial tidak bertujuan untuk memperoleh keuntungan dan dijalankan

oleh lembaga yang ditunjuk oleh pemerintah, dengan ketentuan yang diatur secara khusus melalui peraturan perundang-undang (Thabrany, 2013)

Asuransi sosial memiliki beberapa karakteristik yang mencerminkan prinsip keadilan dan kesetaraan dalam pelayanan kesehatan. Pertama, kepesertaan dalam asuransi sosial bersifat wajib, sehingga semua individu dari berbagai kelompok usia, status ekonomi, dan kondisi kesehatan mendapatkan perlindungan yang sama. Hal ini mencerminkan prinsip gotong-royong antar golongan, di mana yang muda membantu yang tua, yang kaya membantu yang miskin, dan yang sehat membantu yang sakit. Tidak adanya seleksi bias dalam asuransi sosial memastikan bahwa setiap orang mendapatkan perlindungan yang setara tanpa diskriminasi. Paket jaminan atau benefit yang ditawarkan juga sama untuk semua peserta, menunjukkan komitmen terhadap keadilan sosial dan egaliter. Dalam hal respon pelayanan medis, asuransi sosial fokus pada pemenuhan kebutuhan medis (medical needs), memastikan bahwa semua individu mendapatkan perawatan yang diperlukan berdasarkan kebutuhan medis mereka.

Di sisi lain, asuransi komersial lebih menekankan pada prinsip kebebasan individu dan respons terhadap permintaan pasar. Kepesertaan dalam asuransi komersial bersifat sukarela, memungkinkan individu untuk memilih apakah ingin bergabung atau tidak berdasarkan kemampuan dan keinginan mereka. Sifat gotong-royong dalam asuransi komersial lebih terbatas, hanya mencakup golongan sehat-sakit, dan ada risiko adverse selection atau favourable selection tergantung pada keahlian insurer dalam mengelola risiko. Paket jaminan atau benefit dalam asuransi komersial bervariasi sesuai dengan premi yang dibayar, memberikan fleksibilitas kepada peserta untuk memilih tingkat perlindungan yang sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan finansial mereka. Keadilan dalam asuransi komersial bersifat lebih individualistis dan libertarian, dengan fokus pada pemenuhan permintaan medis (medical demand), yang berarti pelayanan medis diberikan berdasarkan permintaan peserta asuransi (Thabrany, H., 2001 dalam Hasan, 2023).

2.1.2 Jaminan Kesehatan Nasional

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah asuransi sosial dengan mekanisme pengumpulan iuran yang wajib dari peserta, bertujuan untuk memberikan perlindungan terhadap risiko sosial ekonomi yang mungkin menimpa mereka atau anggota keluarganya. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan model

penyelenggaraan jaminan sosial yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. SJSN adalah bentuk jaminan sosial yang memastikan semua orang di Indonesia dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup dan mencapai kesejahteraan. Oleh karena itu, JKN dikembangkan sebagai bagian dari SJSN yang mengharuskan seluruh masyarakat Indonesia untuk berpartisipasi. Manfaat utama SJSN adalah memberikan proteksi kepada seluruh masyarakat Indonesia melalui sistem asuransi untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang baik (UU, 2004).

Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) meliputi beberapa aspek penting. Pertama, prinsip kegotong-royongan diwujudkan melalui mekanisme di mana peserta yang mampu membantu yang kurang mampu, peserta berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi, dan peserta sehat membantu yang sakit. Ini bertujuan menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Kedua, prinsip nirlaba menekankan bahwa pengelolaan dana amanat tidak bertujuan mencari keuntungan, melainkan untuk memenuhi kepentingan peserta sebesar-besarnya. Dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan sepenuhnya untuk kepentingan peserta.

Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas diterapkan dalam seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya. Prinsip portabilitas memastikan jaminan sosial tetap berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal di wilayah Indonesia. Prinsip kepesertaan bersifat wajib agar seluruh rakyat menjadi peserta dan terlindungi, dengan penerapan disesuaikan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, sementara sektor informal dapat menjadi peserta secara sukarela hingga mencakup seluruh rakyat. Terakhir, prinsip dana amanat menggarisbawahi bahwa dana yang terkumpul dari iuran peserta adalah titipan yang dikelola untuk kesejahteraan peserta, dan hasil pengelolaan, termasuk dividen dari pemegang saham, dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terbagi menjadi dua kelompok utama: Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan bukan Penerima Bantuan Iuran (non-PBI) JKN. Peserta PBI JKN adalah mereka yang tergolong miskin dan tidak mampu, di mana iuran mereka sepenuhnya dibayarkan oleh pemerintah sesuai dengan amanat UU SJSN. Sementara itu, peserta non-PBI JKN adalah individu yang tidak termasuk dalam kategori miskin dan mampu membayar iurannya sendiri baik secara mandiri maupun kolektif.

Peserta non-PBI JKN terdiri dari beberapa kelompok: pekerja penerima upah dan anggota keluarganya (seperti Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI/Polri, pejabat negara, pegawai swasta), pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya (seperti pekerja mandiri atau wirausaha), serta bukan pekerja penerima upah dan anggota keluarganya (seperti investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, dan perintis kemerdekaan).

Iuran Jaminan Kesehatan merupakan kontribusi rutin yang dibayarkan oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau pemerintah untuk mendukung program Jaminan Kesehatan. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013, yang telah diubah beberapa kali hingga Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018, menetapkan bahwa Jaminan Kesehatan adalah bentuk perlindungan kesehatan yang memberikan manfaat pemeliharaan kesehatan dasar kepada peserta. Peraturan ini menegaskan bahwa setiap orang yang membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah berhak memperoleh manfaat tersebut. Implementasi operasional JKN diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang PBI yang telah diubah oleh Peraturan Pemerintah Nomor 76 Tahun 2015.

Jaminan Kesehatan adalah perlindungan kesehatan yang memastikan peserta mendapatkan manfaat dari pemeliharaan kesehatan dan perlindungan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Manfaat ini diberikan kepada setiap individu yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah pusat atau daerah. Kebutuhan Dasar Kesehatan merujuk pada kebutuhan penting terkait pelayanan kesehatan individu untuk pemeliharaan kesehatan, penghilangan gangguan kesehatan, dan penyelamatan nyawa, sesuai dengan pola epidemiologi dan siklus hidup (Perpres, 2024).

Pasal 46 pada Perpres Jaminan Kesehatan memberikan ketentuan bahwa setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang terdiri dari manfaat medis dan nonmedis. Manfaat medis mencakup layanan kesehatan perorangan yang meliputi layanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat-obatan, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai kebutuhan medis yang diperlukan. Manfaat ini diberikan berdasarkan kebutuhan dasar kesehatan yang mencakup upaya pelayanan kesehatan perorangan, pelayanan untuk menyelamatkan nyawa dan menghilangkan gangguan produktivitas, pelayanan yang efektif dan efisien, serta pelayanan yang standar dan tidak dibedakan berdasarkan besaran iuran peserta.

Manfaat medis juga berlaku bagi bayi baru lahir dari peserta paling lama 28 hari sejak dilahirkan. Manfaat nonmedis menunjang pelayanan kesehatan termasuk fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap. Fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap mencakup sarana dan prasarana, jumlah tempat tidur, dan peralatan yang diberikan berdasarkan kelas rawat inap standar. Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas dua tingkat, yaitu:

1. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama:

- Administrasi pelayanan
- Pelayanan promotif dan preventif perorangan
- Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
- Tindakan medis nonspecialistik, baik bedah maupun nonbedah
- Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai
- Pemeriksaan penunjang diagnostik tingkat pertama
- Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis

2. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan:

- Administrasi pelayanan
- Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar dan spesialisik
- Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun nonbedah sesuai indikasi medis
- Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai
- Pemeriksaan penunjang diagnostik lanjutan sesuai indikasi medis
- Rehabilitasi medis, pelayanan darah, pemulasaraan jenazah peserta yang meninggal di fasilitas kesehatan, pelayanan keluarga berencana
- Perawatan inap nonintensif dan intensif
- Pelayanan ambulans darat atau air

2.2 Penyakit *Stroke*

2.2.1 Pengertian *Stroke*

Faktor risiko *stroke* berdasarkan gaya hidup dapat disebabkan oleh obesitas, kurang aktifitas fisik, minuman beralkohol, penjaminan obat-obatan terlarang. Sedangkan faktor risiko berdasarkan kondisi medis dapat disebabkan oleh hipertensi, merokok aktif/pasif, kolesterol tinggi, diabetes, *Obstructive sleep apnea*, penyakit jantung, riwayat pribadi atau keluarga yang menderita *stroke*, serangan jantung, atau serangan iskemik transien, dll (Utama & Nainggolan, 2022). Faktor lain yang memungkinkan meningkatkan risiko *stroke* dapat berupa usia, ras dan etnis, jenis kelamin dan hormon (Brown, 2023).

Untuk menghindari *stroke* maka dapat melakukan aktifitas yang dapat menurunkan risiko dengan memperbaiki gaya hidup dan selalu menjaga kesehatan dengan menghindari penyakit yang dapat menyebabkan *stroke* serta memanfaatkan media sosial untuk mendapatkan banyak informasi tentang *stroke* (Azzahra & Ronoatmodjo, 2022).

Stroke adalah keadaan darurat medis. Sangat penting untuk mendapatkan perawatan medis segera. Mendapatkan bantuan medis darurat dengan cepat dapat mengurangi kerusakan otak dan komplikasi *stroke* lainnya. *Stroke* merupakan manifestasi klinis akut akibat disfungsi pada otak, *medulla spinalis* atau retina baik sebagian atau menyeluruh yang menetap ≥ 24 jam atau dapat menimbulkan kematian akibat gangguan pembuluh darah (Kepmenkes, 2019). *Stroke* iskemik terjadi ketika suplai darah ke bagian otak terhambat atau berkurang. Hal ini mencegah jaringan otak mendapatkan oksigen dan nutrisi. Sel-sel otak mulai mati dalam hitungan menit. Jenis *stroke* lainnya adalah *stroke* hemoragik, penyebab terjadinya pembuluh darah di otak bocor atau pecah dan menyebabkan pendarahan di otak. Darah meningkatkan tekanan pada sel-sel otak dan merusaknya (CDC, 2022). Gejala *stroke* meliputi (CDC, 2022; The University of Texas, 2021) :

1. Kesulitan berbicara dan memahami apa yang dikatakan orang lain. Seseorang yang mengalami *stroke* mungkin akan kebingungan, mengucapkan kata-kata yang tidak jelas, atau mungkin tidak dapat memahami pembicaraan.
2. Mati rasa, kelemahan atau kelumpuhan pada wajah, lengan atau kaki. Hal ini seringkali hanya mempengaruhi satu sisi tubuh saja. Orang tersebut dapat mencoba mengangkat kedua tangannya ke atas kepala. Jika salah satu lengan mulai terjatuh, itu mungkin merupakan tanda *stroke*. Selain itu, salah satu sisi mulut mungkin terkulai saat mencoba tersenyum.
3. Masalah penglihatan pada satu atau kedua mata. Orang tersebut mungkin tiba-tiba mengalami penglihatan kabur atau menghitam pada salah satu atau kedua matanya. Atau orang tersebut mungkin melihat ganda.
4. Sakit kepala. Sakit kepala parah yang tiba-tiba bisa jadi merupakan gejala *stroke*. Muntah, pusing dan perubahan kesadaran dapat terjadi bersamaan dengan sakit kepala.

5. Kesulitan berjalan. Seseorang yang mengalami *stroke* mungkin tersandung atau kehilangan keseimbangan atau koordinasi.

Penegakan diagnosa Langkah pertama adalah pemeriksaan neurologis, yaitu evaluasi observasional sistem saraf. Ketika seseorang yang diduga menderita *stroke* tiba di rumah sakit, tenaga kesehatan profesional, biasanya dokter atau perawat, akan melakukan penilaian mendetail terhadap tanda dan gejala orang tersebut. Mereka juga akan menanyakan kapan gejalanya dimulai. Salah satu tes yang membantu dokter menilai tingkat keparahan *stroke* adalah Skala *Stroke* NIH standar (NIHSS), yang dikembangkan melalui penelitian yang didukung oleh *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS).

Profesional kesehatan juga menggunakan berbagai teknik pencitraan otak untuk menilai risiko *stroke*, mendiagnosis *stroke*, menentukan jenis *stroke* (dan tingkat serta lokasi kerusakan yang tepat, dan mengevaluasi individu untuk studi klinis dan pengobatan terbaik. *Computed tomography* (CT) polos kepala dan otak adalah prosedur pencitraan yang paling banyak digunakan untuk menyingkirkan kemungkinan perdarahan. Dokter harus memastikan apakah ada perdarahan di otak sebelum memberikan obat-obatan tertentu, seperti terapi trombolitik atau *tissue plasminogen activator* (t-PA), yang mungkin meningkatkan perdarahan dan memperburuk *stroke* hemoragik. Salah satu dampak *stroke* iskemik adalah terhentinya pergerakan air melalui sel-sel di jaringan otak yang terluka. Pencitraan berbobot difusi/ *Diffusion-weighted imaging* (DWI), merupakan jenis *Magnetic resonance imaging* (MRI) khusus, dapat mengukur pergerakan air di jaringan otak. DWI dapat mendiagnosis *stroke* iskemik sebelum terlihat pada CT scan non-kontras dan sangat berguna untuk mendeteksi area kecil jaringan mati yang disebabkan oleh hilangnya suplai darah. Meskipun MRI dan CT sama akuratnya dalam menentukan kapan terjadinya perdarahan (perdarahan), MRI memberikan diagnosis *stroke* iskemik yang lebih akurat dan lebih dini, terutama untuk *stroke* yang lebih kecil dan serangan iskemik transien, atau TIA. Selain itu, MRI bisa lebih sensitif dibandingkan CT dalam mendeteksi jenis gangguan neurologis lain yang mirip dengan gejala *stroke*. Namun, MRI tidak dapat dilakukan pada orang yang menggunakan implan logam atau elektronik jenis tertentu, seperti alat pacu jantung (MD: National Institutes of Health, 2009).

2.2.2 Tatalaksana atau Terapi

Pada penelitian ini akan dibahas lebih mendalam tentang *stroke* iskemik, karena jenis *stroke* yang paling banyak di derita adalah *stroke* iskemik. Di Amerika, sekitar 87% dari semua *stroke* adalah *stroke* iskemik, dimana aliran darah ke otak terhambat (CDC, 2023).

Apabila pasien ke rumah sakit dalam waktu 3 jam setelah gejala pertama *stroke*, mungkin pasien akan mendapatkan obat yang disebut trombolitik (obat “penghilang bekuan”) untuk memecah bekuan darah. *Tissue plasminogen activator* (tPA) adalah trombolitik. tPA meningkatkan kemungkinan pulih dari *stroke*. Studi menunjukkan bahwa pasien *stroke* iskemik yang menerima tPA lebih mungkin pulih sepenuhnya atau memiliki kecacatan lebih sedikit dibandingkan pasien yang tidak menerima obat tersebut (Marler dkk., 2000; Massachusetts Medical Society, 1995). Pasien yang diobati dengan tPA juga cenderung tidak membutuhkan perawatan jangka panjang di panti jompo (MD: National Institutes of Health, 2009). Trombolisis tPA mencakup berbagai jenis agen trombolitik. Saat ini, ada tiga jenis tPA yang digunakan dalam fibrinolisis: alteplase, reteplase, dan tenecteplase. Alteplase adalah tPA rekombinan (rtPA) yang identik dengan tPA alami, reteplase merupakan aktivator plasminogen rekombinan (rPA) yang menghilangkan sebagian rantai protein dari alteplase, sedangkan tenecteplase adalah modifikasi DNA komplementer (cDNA) dari tPA manusia (Allen, 2023).

Sayangnya, banyak korban *stroke* tidak sampai ke rumah sakit tepat waktu untuk mendapatkan perawatan tPA. Inilah mengapa sangat penting untuk segera mengenali tanda dan gejala *stroke* dan segera datang ke rumah sakit. Dokter mungkin juga mengobati *stroke* iskemik dengan obat lain, seperti pengencer darah, serta pembedahan untuk menghilangkan bekuan darah.

2.2.3 Kriteria Trombolisis Intra Vena

Stroke iskemik, onset pemberian trombolisis direkomendasikan Terapi ini harus diberikan dalam rentang waktu 3-4,5 jam sesuai pedoman *American Heart Association/American Stroke Association* (AHA/ ASA) *class I, level of evidence A*. Diharapkan terjadi penghancuran trombus dan reperfusi jaringan otak dan perubahan ireversibel pada otak yang terkena, terutama daerah penumbra sehingga terjadi perbaikan luaran klinis pasien (Hendartono, 2019; Powers dkk., 2018). Sedangkan berdasarkan

PNPK *Stroke* batas waktu pemberian rtPA adalah $\leq 4,5$ jam atau ≤ 6 jam (bukan *wake up stroke*) pada jalur intravena dengan sirkulasi anterior (Kepmenkes, 2019). Berdasarkan PNPk *Stroke* disampaikan kriteria pasien yang diperbolehkan mendapatkan terapi rtPA intra vena, yaitu:

1. Kriteria Inklusi

- a. Diagnosis klinis *stroke* iskemik menyebabkan defisit neurologis yang terukur
- b. Timbulnya gejala $\leq 4,5$ jam atau ≤ 6 jam sebelum memulai pengobatan; jika waktu timbulnya *stroke* secara pasti tidak diketahui, maka hal ini didefinisikan sebagai terakhir kali pasien diketahui dalam keadaan normal atau pada kondisi dasar neurologis.
- c. Usia ≥ 18 tahun
- d. Tidak ada gambaran perdarahan intrakranial pada CT-Scan / MRI (DWI)
- e. Pasien atau keluarga mengerti dan menerima keuntungan dan risiko yang mungkin timbul. Harus ada persetujuan tertulis dari pasien atau keluarga untuk dilakukan terapi rtPA (Alteplase).
- f. Boleh diberikan pada pasien yang mengonsumsi aspirin atau kombinasi aspirin dan klopidoogrel sebelumnya.
- g. Boleh diberikan pada pasien gagal ginjal kronik dengan aPTT normal (risiko perdarahan meningkat pada pasien dengan peningkatan aPTT).
- h. Boleh diberikan pada pasien dengan *sickle cell disease*.

2. Kriteria Eksklusi

- a. Defisit neurologis ringan (NIHSS ≤ 5) atau cepat mengalami perbaikan.
- b. Riwayat trauma kepala atau *stroke* dalam 3 bulan terakhir.
- c. Infark multilobar (gambaran hipodens $> 1/3$ hemisfer serebri).
- d. Kejang pada saat onset *stroke*.
- e. Kejang dengan gejala sisa kelainan neurologis postiktal.
- f. Riwayat *stroke* iskemik atau cedera kepala berat dalam 3 bulan sebelumnya.
- g. Perdarahan aktif atau trauma akut (fraktur) pada pemeriksaan fisis.
- h. Riwayat pembedahan mayor atau trauma berat dalam 2 minggu sebelumnya.
- i. Riwayat perdarahan gastrointestinal atau traktus urinarius dalam 3 minggu sebelumnya.
- j. Riwayat operasi intrakranial / spinal 3 bulan terakhir

- k. Riwayat perdarahan intracranial.
- l. Pasien dengan tumor intracranial intra-aksial.
- m. Tekanan darah sistolik >185 mmHg, diastolik >110 mmHg.
- n. Glukosa darah <50 mg/dL atau >400 mg/dL.
- o. Gejala perdarahan subaraknoid.
- p. Gejala endocarditis infeksi.
- q. Gejala atau kecurigaan diseksi aorta.
- r. Pungsi arteri pada tempat yang tidak dapat dikompresi atau pungsi lumbal dalam 1 minggu sebelumnya.
- s. Jumlah platelet <100.000/mm³.
- t. Bila mendapat terapi heparin dalam 48 jam atau LMWH dalam 24 jam terakhir.
- u. Gambaran klinis adanya perikarditis post infark miokard.
- v. Infark miokard dalam 3 bulan sebelumnya.
- w. Wanita hamil.
- x. Tidak sedang mengonsumsi antikoagulan oral (atau bila sedang dalam terapi antikoagulan hendaklah INR $\leq 1,7$).
- y. Nilai aPTT >40 atau PT >15.

2.3 Pengampunan Pelayanan *Stroke*

Stroke, sebagai penyakit katastrofik yang menuntut perawatan kesehatan jangka panjang dan mahal, masih mencatatkan tingginya angka kecacatan dan kematian. Ini menekankan perlunya peningkatan layanan melalui pengembangan kapasitas sumber daya, manajemen perawatan, dan sistem rujukan di jaringan pengampunan layanan rumah sakit. Jejaring pengampunan pelayanan *stroke* yang diatur dalam kebijakan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1336/2023 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan *Stroke* melibatkan rumah sakit pengampu yang memiliki stratifikasi kemampuan paripurna dan utama, serta rumah sakit diampu dengan kemampuan utama dan madya, beroperasi secara komprehensif, efektif, dan efisien dengan memenuhi indikator pengampunan yang telah ditetapkan. Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Mahar Mardjono ditunjuk sebagai koordinator jejaring ini, memainkan peran kunci dalam mengkoordinasikan dan meningkatkan kualitas layanan *stroke*. Untuk mendukung keberhasilan jejaring ini, pemerintah daerah berkomitmen

melalui pembuatan perjanjian dan/atau nota kesepahaman yang menjamin dukungan terhadap rumah sakit di wilayahnya, mencakup penyediaan sumber daya manusia yang kompeten, sarana prasarana yang memadai, serta dukungan lainnya yang diperlukan untuk meningkatkan layanan *stroke*. Dibawah ini merupakan contoh stratifikasi kemampuan pelayanan *stroke* di wilayah DKI Jakarta.

Tabel 2. 1. Stratifikasi Kemampuan Pelayanan *Stroke* di Wilayah DKI Jakarta

Rumah Sakit	Tipe RS	Strata	CT-Scan 64	CT-Scan 128	MRI	Neurologi
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta	A	Paripurna	0	1	2	22
RSUP Fatmawati Jakarta	A	Paripurna	0	2	1	8
RSUP Persahabatan Jakarta	A	Paripurna	2	2	1	6
RS Umum Daerah Tarakan	A	Utama	1	0	1	3
RS Umum Daerah Cengkareng	B	Madya	1	1	0	3
RS Umum Daerah Pasar Minggu	B	Madya	0	1	0	3
RS Umum Daerah Pasar Rebo	B	Madya	1	1	0	4
RS Umum Daerah Koja	B	Madya	0	2	0	4
RS Umum Daerah Budhi Asih	B	Madya	0	1	0	3

Koordinator Jejaring Pengampuan Pelayanan *Stroke*, tanggung jawab meliputi berbagai aspek: berfungsi ganda sebagai rumah sakit pengampu; merancang strategi jejaring pengampuan dan langkah-langkah untuk mencapai indikator keberhasilan; melakukan koordinasi dan fasilitasi untuk memperkuat layanan, pendidikan, dan penelitian translasional, termasuk membangun kemitraan dengan entitas eksternal; melakukan analisis dan memberikan saran kepada Kementerian Kesehatan mengenai target tahunan, kebutuhan sumber daya manusia dan peningkatan kompetensinya, serta perencanaan infrastruktur dan peralatan untuk pelayanan *stroke*. Rumah sakit harus menyusun rencana tahunan untuk mencapai target stratifikasi, bekerja sama dengan koordinator jejaring dan rumah sakit pengampu setempat. Koordinasi dengan Kementerian Kesehatan dan otoritas kesehatan daerah memastikan kesinambungan dan efektivitas rencana. Pengawasan kegiatan ini berkontribusi pada pertimbangan dalam akreditasi rumah sakit. Tugas lainnya termasuk menyusun standar operasional prosedur untuk pelayanan *stroke*, koordinasi registri *stroke* berbasis rumah sakit dan populasi, monitoring dan evaluasi jejaring pengampuan secara berkala, memberikan umpan balik

dan rekomendasi untuk peningkatan layanan, dan melaporkan kemajuan kepada Menteri Kesehatan setiap tiga bulan atau sesuai kebutuhan.

Rumah Sakit Pengampu bertanggung jawab atas sejumlah tugas kunci dalam meningkatkan layanan *stroke*, termasuk pengampuan kepada rumah sakit dalam jaringannya sesuai wilayah yang ditetapkan, menyelenggarakan pembinaan yang mencakup manajemen, layanan, pendidikan, pelatihan, dan penelitian *stroke*. Tugasnya juga meliputi pengembangan pelayanan *stroke* secara komprehensif sesuai dengan strata dan standar yang ditetapkan, serta membangun kemitraan untuk meningkatkan layanan, pendidikan, dan penelitian. Selain itu, rumah sakit pengampu melakukan kajian dan memberikan rekomendasi kepada koordinator terkait target tahunan, kebutuhan sumber daya manusia dan peningkatannya, serta kebutuhan infrastruktur dan peralatan. Tugas lainnya mencakup menyusun rencana operasional dan strategi bisnis, melakukan pencatatan kasus *stroke* berbasis rumah sakit dan populasi melalui sistem terpadu, menyediakan data dan analisis untuk rekomendasi kebijakan, memberikan umpan balik kepada rumah sakit diampu tentang kemajuan pengampuan, dan melaporkan kemajuan pelaksanaan pengampuan pelayanan *stroke* setiap tiga bulan kepada Koordinator Jejaring Pengampuan serta Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Rumah Sakit yang diampu memiliki tugas untuk menerima bimbingan dari rumah sakit pengampu dan memberikan pelayanan *stroke* yang komprehensif, termasuk memperkuat dan mengembangkan layanan dalam aspek manajemen, pendidikan, pelatihan, dan penelitian *stroke* dengan koordinasi yang erat dengan rumah sakit pengampu. Tugas ini juga mencakup pengembangan kemitraan dan inisiatif untuk meningkatkan layanan, pendidikan, dan penelitian. Selain itu, rumah sakit diampu bertanggung jawab untuk melakukan pencatatan kasus *stroke* yang akurat, berbasis rumah sakit dan populasi, melalui sistem terpadu dan menyediakan data serta analisis terkait beban penyakit *stroke* yang dibutuhkan untuk rekomendasi kebijakan. Penting juga bagi rumah sakit yang diampu untuk secara berkala, setiap tiga bulan, menyampaikan laporan tentang pelaksanaan pengampuan pelayanan *stroke* kepada rumah sakit pengampu, dengan tembusan kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Koordinator Jejaring Pengampuan Pelayanan *Stroke*, guna memastikan transparansi dan akuntabilitas dalam pengampuan pelayanan.

Indikator keberhasilan pengampuan untuk Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan *Stroke* mencakup dua kategori utama. Pertama, indikator proses yang meliputi realisasi aktivitas pengampuan sesuai target, pelaksanaan pelatihan di rumah sakit yang diampu, program peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan, pencapaian persentase kelengkapan infrastruktur dan peralatan medis yang mendukung pengampuan, implementasi program di rumah sakit yang diampu sesuai rencana pengampuan, dan penggunaan sistem informasi dalam aktivitas pengampuan. Kedua, indikator hasil yang mencakup penurunan tingkat kenaikan kematian akibat *stroke* menjadi 0,4% atau 138,7 kematian per 100.000 penduduk per tahun, penyelenggaraan layanan *stroke* di setiap rumah sakit yang diampu sesuai dengan stratifikasi layanan, dan pembentukan sistem registrasi *stroke* yang komprehensif dan berkelanjutan. Kesuksesan dalam indikator-indikator ini menggambarkan efektivitas jaringan pengampuan dalam meningkatkan layanan *stroke* dan mengurangi dampaknya pada populasi.

2.4 Obat Alteplase

Alteplase merupakan bubuk disertai dengan pelarut untuk larutan injeksi, Pengobatan trombolitik dapat digunakan untuk infark miokard akut dan pada *stroke* iskemik akut. Pengobatan harus dimulai sedini mungkin dalam waktu 4,5 jam setelah timbulnya gejala *stroke* dan setelah perdarahan intrakranial disingkirkan dengan teknik pencitraan yang sesuai (misalnya *computerized tomography* kranial atau metode pencitraan diagnostik lain yang sensitif terhadap adanya perdarahan) (PT. Boehringer Ingelheim Indonesia, 2021). Efek pengobatan bergantung pada waktu; oleh karena itu pengobatan lebih awal meningkatkan kemungkinan hasil yang menguntungkan.

Nama merk dagang alteplase di Indonesia adalah *actilyse* produksi dari perusahaan Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co.KG Biberach/Riss, Jerman. Komposisi *actilyse* adalah 1 botol berisi 50 mg alteplase dan 1 botol pelarut berisi 50 mL air steril untuk injeksi. Dosis total yang dianjurkan adalah 0,9 mg alteplase/kg berat badan (maksimum 90 mg dimulai dengan 10% dari total dosis sebagai bolus intravena awal, segera diikuti dengan sisa dosis total yang diinfuskan secara intravena selama 60 menit. Pengobatan harus dimulai sebagai sedini mungkin dalam waktu 4,5 jam sejak timbulnya gejala. Efek pengobatan bergantung pada waktu, oleh karena itu pengobatan lebih awal

meningkatkan kemungkinan hasil yang menguntungkan (PT. Boehringer Ingelheim Indonesia, 2021).

Efek samping alteplase termasuk perdarahan, angioedema, anafilaksis, dan demam. Risiko perdarahan tertinggi terjadi pada pasien dengan kondisi berikut: perdarahan intrakranial baru-baru ini, operasi besar, penyakit serebrovaskular, trauma atau perdarahan besar baru-baru ini, hipertensi yang tidak terkontrol, perikarditis akut, kondisi mata hemoragik, usia lanjut, obat antikoagulan atau antiplatelet yang digunakan bersamaan, dan penyakit apa pun. Koagulopati yang membuat pasien lebih rentan terhadap perdarahan. Ada laporan kasus embolisasi kolesterol pada pasien yang diobati dengan trombolitik, termasuk alteplase. Insidensi dan signifikansi klinis penyakit ini belum diketahui dengan jelas (Reed dkk., 2024).

Obat alteplase dapat dipesan fasilitas kesehatan pada katalog elektronik atau *e-Catalogue*, Berdasarkan aturan yang ditetapkan dalam Peraturan Presiden No. 54/2010 yang kemudian direvisi oleh Peraturan Presiden No. 70/2012, obat dikategorikan sebagai barang/jasa khusus dengan spesifikasi, jumlah, dan harga yang telah ditentukan oleh Menteri Kesehatan, yang memungkinkan pengadaannya dapat dilakukan secara langsung. Pengembangan sistem *e-Catalogue* untuk obat memungkinkan instansi pemerintah melakukan pengadaan obat melalui dua cara: pertama, untuk obat yang terdaftar dalam *e-Catalogue*, pengadaan dilakukan melalui prosedur *e-Purchasing*; kedua, untuk obat yang belum terdaftar, pengadaan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Perpres No. 54/2010 yang telah diubah oleh Perpres No. 70/2012 (Permenkes, 2013).

2.5 Penjaminan Obat Alteplase

Terapi thrombolisis sudah di bahas dalam PNPk *Stroke*, dan menjadi rekomendasi tatalaksana pada *stroke* iskemik akut, dengan onsite pemberian rtPA $\leq 4,5$ jam atau ≤ 6 jam (bukan *wake-up stroke*) melalui jalur intravena dengan sirkulasi anterior, pada PNPk *stroke* juga dibahas dosis dan kriteria inklusi dan eksklusi terapi rtPA (Kepmenkes, 2019).

Pada tahun 2013, 2014 dan 2015 dalam formulir nasional sudah tercantum aturan retriksi obat alteplase yaitu dapat diberikan pada *stroke* infark dalam waktu kurang dari 3 jam (Kepmenkes, 2013; Kepdirjen Binfarkes, 2014; Kepmenkes, 2015). Dan pada tahun 2021 kembali terdapat revisi formulir nasional dengan nomor

HK.01.07/Menkes/6485/2021, pada perubahan formularium nasional tahun 2021 terdapat perubahan retriaksi pemberian obat alteplase yaitu:

1. Kontraindikasi: tidak digunakan untuk *stroke* iskemik dengan riwayat perdarahan intrakranial dan cedera kepala berat dalam waktu 3 bulan terakhir, operasi mayor dalam waktu 3 bulan terakhir, riwayat gangguan koagulasi, hipertensi yang tidak terkendali.
2. Hanya untuk infark miokard akut dengan onset < 12 jam.
3. Hanya untuk *stroke non* hemoragik dengan onset < 4,5 jam.
4. Dapat diberikan di FKRTL yang memiliki fasilitas ICCU/ICU/unit *stroke*.

Retriaksi sudah dibuat sesuai dengan pedoman penatalaksanaan *stroke* terbaru, walaupun obat alteplase sudah diatur dari pertama kali JKN dijalankan. Namun dalam pembiayaan obat alteplase tidak dapat digantikan pembiayaannya seperti streptokinase, dikarenakan belum ada peraturan yang menyampaikan metode pembayaran atas penggantian penjaminan obat alteplase pada pasien JKN.

Seiring berjalannya waktu dan banyaknya masukan ke Kementerian Kesehatan tentang penjaminan obat alteplase, pada tahun 2023 akhirnya dikeluarkan peraturan penjaminan obat alteplase di dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dan untuk tarif obat alteplase diatur pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/MENKES/503/2024 Tentang Nilai Klaim Harga Obat Program Rujuk Balik, Obat Penyakit Kronis Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut, Obat Kemoterapi, Dan Obat Alteplase dengan besaran nilai tarif obat alteplase adalah Rp 4.500.545 per Ampul pada rumah sakit daerah regional I,II,III,IV,dan V sedangkan pada regional VI dan VII nilai tarif obat alteplasenya adalah Rp 4.950.600,- (Kepmenkes, 2024; Permenkes, 2023).

2.6 Cara Pengklaim Obat Alteplase

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan disampaikan bahwa obat alteplase dijamin di bagian standar tarif pada FKRTL dengan tarif *Non* INACBG yang artinya cara pengajuan klaim Tarif *Non* INA-CBG dilakukan secara terpisah dari sistem INA-CBG (Permenkes, 2023). Dan untuk harga obat alteplase seperti

dipembahasan sebelumnya diatur pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/MENKES/503/2024 Tentang Nilai Klaim Harga Obat Program Rujuk Balik, Obat Penyakit Kronis Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut, Obat Kemoterapi, Dan Obat Alteplase dengan nilai obat Rp 4.500.545 per Ampul pada rumah sakit daerah regional I,II,III,IV,dan V sedangkan pada regional VI dan VII nilai tarif obat alteplasenya adalah Rp 4.950.600,-.

Untuk pengklaiman menggunakan aplikasi VClaim pada bagian Luar Paket INACBG (LUPIS) yang disediakan oleh BPJS Kesehatan, alur pengklaiman dilakukan dengan 2 tahap (BPJS Kesehatan, 2023a) yaitu:

1. Membuat legalisasi pada pelayanan luar paket INACBG yang diterima oleh pasien, dibuat pada saat pasien di resepkan obat alteplase.
2. Pengajuan Klaim yaitu membuat rekapitulasi pengajuan klaim luar paket INACBG yang akan diajukan kemudian membuat Formulir Pengajuan Klaim (FPK). Dengan terlebih dahulu melakukan realisasi pelayanan luar paket INACBG yang sebelumnya telah dilegalisasi, kemudian dibuat tagihan klaim.

2.7 Manajemen

Menurut George R. Terry, manajemen adalah proses yang terdiri dari elemen yaitu Perencanaan (*Planning*), Pengorganisasian (*Organizing*), Pengarahan (*Actuating/Leading*), dan Pengawasan (*Controlling*) usaha-usaha dari anggota organisasi dan penjaminan sumber daya organisasi lainnya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien (Wulansari, 2023).

Sedangkan menurut Mary Parker Follet Manajemen adalah "seni menyelesaikan pekerjaan melalui orang-orang". Bagaimana manajemen dapat memfasilitasi interaksi antara individu-individu dalam sebuah organisasi untuk mencapai tujuan bersama. Follett menekankan pada konsep-konsep seperti kerjasama, konflik dan kepemimpinan (Ismainar dkk., 2021).

Plunket dkk (2005) mengartikan manajemen sebagai proses di mana satu atau lebih individu yang bertindak sebagai manajer bekerja secara individu atau bersama untuk menetapkan dan mencapai tujuan dengan melaksanakan fungsi-fungsi terkait seperti perencanaan, pengorganisasian, penataan staf, memimpin, dan mengendalikan, sambil mengkoordinasikan sumber daya yang beragam seperti informasi, bahan, uang, dan

tenaga kerja. Dalam konteks ini, manajer didefinisikan sebagai individu yang bertugas mengalokasikan dan memantau penjaminan sumber daya (Plunkett dkk., 2005).

2.7.1 Unsur-unsur pada Manajemen

Unsur-unsur pada manajemen sering kali dirangkum dalam konsep yang dikenal sebagai fungsi manajemen. Fungsi-fungsi ini membentuk kerangka dasar yang digunakan untuk mengoordinasikan sumber daya dan kegiatan organisasi (Juneja, t.t.). Unsur-unsur atau fungsi-fungsi manajemen yang paling umum dikenal adalah:

1. Perencanaan (*Planning*): Ini adalah tahap di mana manajer menetapkan tujuan dan memutuskan cara terbaik untuk mencapainya. Perencanaan melibatkan pemikiran strategis dan menetapkan langkah-langkah untuk mencapai tujuan jangka pendek dan jangka panjang.
2. Pengorganisasian (*Organizing*): Setelah rencana ditetapkan, manajer harus mengatur sumber daya dan kegiatan organisasi sehingga tugas dapat dilaksanakan. Pengorganisasian melibatkan penentuan tugas, pembagian tugas, dan alokasi sumber daya yang diperlukan.
3. Penyusunan Staf (*Staffing*): Fungsi ini berkaitan dengan mendapatkan dan memelihara tenaga kerja. Ini mencakup perekrutan, seleksi, pelatihan, dan pengembangan karyawan, serta memastikan bahwa organisasi memiliki jumlah dan jenis karyawan yang tepat untuk memenuhi tujuannya.
4. Pengarahan (*Directing/Leading*): Pengarahan melibatkan memotivasi dan memimpin karyawan untuk mencapai tujuan organisasi. Ini termasuk komunikasi, kepemimpinan, dan motivasi. Manajer bekerja untuk mempengaruhi dan memandu perilaku karyawan melalui komunikasi, kepemimpinan, motivasi, dan dinamika kelompok.
5. Pengawasan (*Controlling*): Fungsi ini memastikan bahwa tujuan organisasi tercapai dengan cara yang efektif dan efisien. Pengawasan melibatkan penilaian kinerja terhadap standar yang telah ditetapkan dan, jika perlu, melakukan tindakan korektif. Ini termasuk pemantauan, evaluasi kinerja, dan umpan balik.
6. Koordinasi: Meskipun tidak selalu diakui sebagai fungsi terpisah, koordinasi adalah elemen penting dalam manajemen. Ini melibatkan penyelarasan dan

integrasi semua kegiatan dan sumber daya organisasi untuk memastikan bahwa mereka semua bekerja bersama menuju tujuan yang sama.

2.8 Kebijakan Publik

Pengertian kebijakan publik menurut para ahli:

1. Thomas R. Dye: Dye mendefinisikan kebijakan publik sebagai "apa pun yang pemerintah memilih untuk dilakukan atau tidak dilakukan." Definisi ini menekankan pada keputusan dan tindakan pemerintah, termasuk tindakan untuk tidak mengambil langkah apapun dalam menghadapi suatu masalah (Dye, 2014).
2. James E. Anderson: Dalam bukunya "*Public Policymaking*", Anderson mendefinisikan kebijakan publik sebagai "sebuah tindakan pemerintah yang diambil untuk menangani suatu masalah atau untuk mengejar suatu tujuan." Definisi ini menggarisbawahi tindakan pemerintah dalam menanggapi isu dan tujuan yang dianggap penting (Anderson, 2011).
3. Harold D. Lasswell: Lasswell, seorang ahli ilmu politik, mendefinisikan kebijakan publik sebagai "Suatu program pencapaian tujuan, nilai-nilai dan praktek-praktek yang terarah". Pendekatan Lasswell menyoroti proses pengambilan keputusan dan peran otoritas dalam menentukan kebijakan (Fischer dkk., 2007).
4. David Easton: Easton mendefinisikan kebijakan publik sebagai "alokasi nilai-nilai yang otoritatif untuk seluruh masyarakat." Definisi ini menekankan pada pembagian dan penentuan nilai-nilai yang dilakukan oleh pemerintah dan dampaknya terhadap masyarakat secara keseluruhan (Easton, 1953).
5. Birkland: Dalam "*An Introduction to the Policy Process*", Birkland menegaskan bahwa kebijakan publik adalah pernyataan pemerintah di tingkat manapun, dalam bentuk apapun tentang apa yang akan dilakukan tentang masalah publik (Birkland, 2005).

Penjelasan yang diberikan di atas menunjukkan bahwa kebijakan publik adalah konsep yang kompleks, yang melibatkan berbagai aspek seperti langkah-langkah dan resolusi yang diambil oleh pemerintah, metode pengambilan keputusan, penyebaran nilai-nilai, serta keterlibatan dari berbagai pihak yang berkepentingan dalam mengatasi berbagai isu yang berkaitan dengan sosial, ekonomi, dan politik. Jadi tidak ada pengertian

tunggal untuk mengartikan kebijakan publik, berikut beberapa atribut kunci dari kebijakan publik (Birkland, 2005):

1. Kebijakan publik dibuat sebagai respons terhadap masalah tertentu yang memerlukan tindakan dari pemerintah.
2. Kebijakan publik dibuat demi "kepentingan umum," sebuah istilah yang diberi tanda kutip karena tidak semua orang akan setuju tentang apa itu kepentingan umum.
3. Kebijakan diinterpretasikan dan diimplementasikan oleh aktor publik dan swasta yang memiliki motivasi yang berbeda-beda, sehingga mereka akan membawa interpretasi yang berbeda tentang masalah dan solusi.
4. Kebijakan publik berorientasi pada tujuan atau keadaan yang diinginkan, seperti mengurangi insiden atau keparahan suatu masalah.
5. Menurut Howlett dkk kebijakan pada akhirnya dibuat oleh pemerintah, meskipun ide tersebut mungkin berasal dari luar pemerintah atau melalui interaksi antara aktor pemerintah dan nonpemerintah.

Proses kebijakan publik, sebagaimana diuraikan oleh William N. Dunn dan Moetopadidjaya dalam Ibrahim dan Supriatna (2020), mencakup beberapa tahapan yang saling terkait dan membentuk siklus kebijakan publik yang terintegrasi. Tahapan ini mencerminkan jalannya kebijakan publik dari konsepsi hingga evaluasi, dan mencakup:

1. Perumusan Kebijakan (*Policy Formulation*): Tahap ini melibatkan identifikasi masalah, pengumpulan data dan informasi, pembahasan berbagai alternatif kebijakan, dan akhirnya, pengembangan dan seleksi proposal kebijakan. Tujuannya adalah untuk merancang kebijakan yang dapat menyelesaikan masalah publik dengan efektif.
2. Pelaksanaan Kebijakan (*Policy Implementation*): Setelah kebijakan dirumuskan dan disetujui, tahap selanjutnya adalah penerapannya. Ini melibatkan penerjemahan kebijakan menjadi program dan tindakan nyata. Pelaksanaan kebijakan membutuhkan koordinasi antara berbagai lembaga dan pihak yang terlibat, serta alokasi sumber daya yang diperlukan.
3. Pemantauan dan Evaluasi Kebijakan (*Policy Monitoring and Evaluation*): Tahap ini bertujuan untuk menilai efektivitas kebijakan yang telah diimplementasikan. Pemantauan adalah proses berkelanjutan untuk mengumpulkan data tentang

kemajuan kebijakan, sedangkan evaluasi adalah penilaian lebih komprehensif terhadap hasil dan dampak kebijakan. Evaluasi dapat menginformasikan perubahan atau penyesuaian kebijakan untuk meningkatkan efektivitasnya.

4. Peninjauan Kembali dan Penyesuaian Kebijakan (*Policy Review and Adjustment*): Walaupun tidak secara eksplisit disebutkan oleh Dunn dan Moetopadidjaya, siklus kebijakan publik seringkali mencakup tahap peninjauan kembali dan penyesuaian berdasarkan hasil evaluasi. Tahap ini memungkinkan pembuat kebijakan untuk memodifikasi, memperbaiki, atau bahkan membatalkan kebijakan yang ada berdasarkan umpan balik dan kondisi yang berubah.

Setiap tahap dalam siklus kebijakan publik ini saling terkait dan mempengaruhi satu sama lain, menciptakan siklus iteratif yang memungkinkan pembaharuan dan peningkatan berkelanjutan dalam pembuatan kebijakan publik. Siklus ini mengakui bahwa kebijakan publik bukanlah suatu proses statis, melainkan dinamis dan adaptif terhadap perubahan kondisi sosial, ekonomi, dan politik.

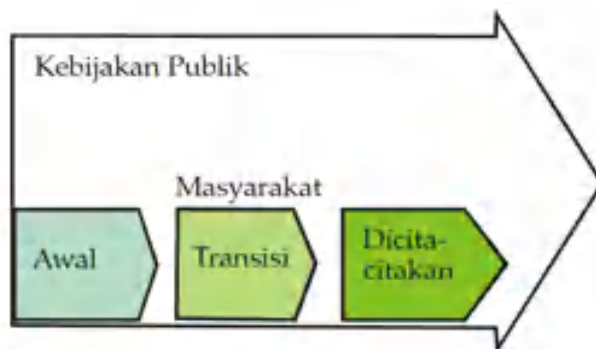


Gambar 2. 1. Siklus Proses Kebijakan Publik

Sumber: William N. Dunn dan Moetopadidjaya dalam Ibrahim dan Supriatna (2020)

2.8.1 Sistem dan komponen Kebijakan Publik

Kebijakan publik, sebagaimana yang dirancang oleh otoritas pemerintah, dirancang untuk membimbing dan mempengaruhi cara kita hidup bersama untuk mencapai tujuan-tujuan kolektif yang telah ditetapkan. Kebijakan ini dianggap sebagai alat manajerial untuk mengejar sasaran-sasaran yang spesifik dan terukur. Pembuatan kebijakan publik tidaklah sederhana; pelaksanaannya memerlukan perhatian yang teliti dan seringkali membutuhkan manajemen yang cermat, karena terlibat dalam ranah politik yang kompleks (Anggara, 2014). Seperti dalam gambar berikut ini.

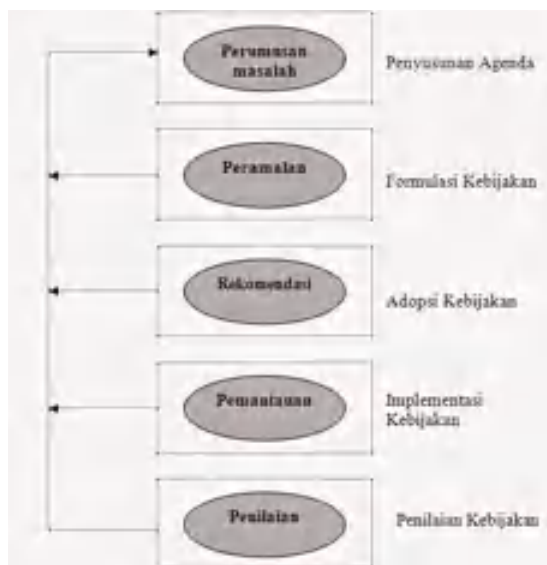


Gambar 2. 2. Kebijakan Publik

Sumber: Said Zainal Abidin dalam Anggara (Anggara, 2014)

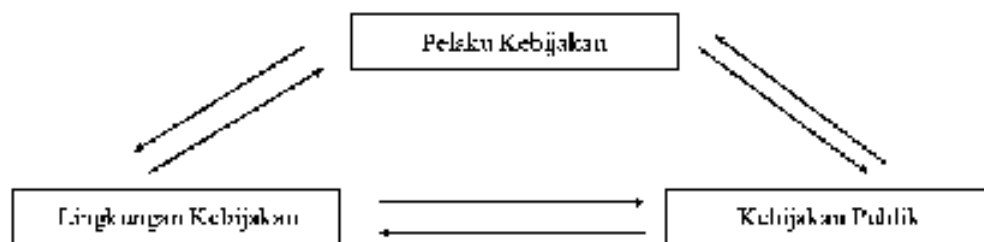
2.8.1.1 Kebijakan Publik Menurut Willian Dunn

Menurut William Dunn, siklus pembuatan kebijakan publik terdiri dari lima tahapan esensial yang berlangsung secara berurutan. Pertama, 'Penentuan Agenda' di mana masalah-masalah spesifik mendapat sorotan pemerintah untuk dijadikan prioritas tindakan. Kedua, 'Pembentukan Kebijakan', dimana opsi-opsi kebijakan dikembangkan sebagai *respons* terhadap isu yang telah diangkat. Ketiga, 'Pengambilan Keputusan', yaitu saat pemerintah menentukan pilihan mereka, memutuskan apakah akan mengambil tindakan tertentu atau tidak. Keempat, 'Pelaksanaan Kebijakan', yang melibatkan proses pengaktifan kebijakan yang telah dipilih agar tujuan yang diharapkan dapat tercapai. Terakhir, 'Evaluasi Kebijakan', dimana keberhasilan dan efektivitas kebijakan yang diterapkan dievaluasi untuk menentukan hasil yang telah dicapai (Taufiqurakhman, 2014).

Gambar 2. 3. Proses Kebijakan Publik
William N. Dunn dalam Taufiqurakhman (2014)

2.8.1.2 Sistem Kebijakan Walt dan Gilson

Teori sistem memandang bahwa pembuatan kebijakan publik terintegrasi dengan dinamika lingkungan sekitar. Aspek-aspek seperti geografi, demografi, serta sosial ekonomi memberikan konteks dan mempengaruhi bentuk kebijakan yang dihasilkan. Pembuat kebijakan harus mempertimbangkan faktor-faktor ini, termasuk sumber daya alam, kondisi iklim, topografi, distribusi penduduk, dan kekhasan lokasi, yang semuanya dapat membatasi atau mengarahkan keputusan mereka. Lingkungan domestik dan internasional, serta kebudayaan politik dan struktur sosial, juga memainkan peran penting dalam pembentukan kebijakan.



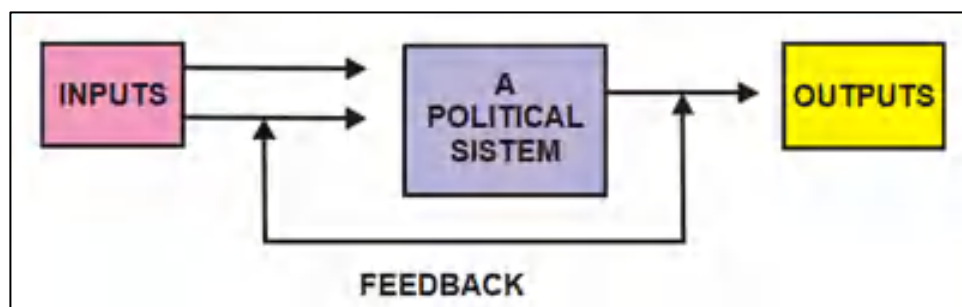
Gambar 2. 4. Hubungan Tiga Elemen Sistem Kebijakan Walt dan Gilson (1994) dalam Aprianto (2022)

Kebudayaan politik, yang merupakan hasil dari nilai, kepercayaan, dan sikap masyarakat terhadap pemerintah, memberikan fondasi terhadap apa dan bagaimana pemerintah harus bertindak. Menurut Clyde Kluckhohn, kebudayaan adalah totalitas cara hidup suatu masyarakat, yang mempengaruhi bagaimana kebijakan publik diterima dan diimplementasikan. Meskipun kebudayaan bukanlah satu-satunya faktor penentu, ia memegang peranan signifikan dalam membentuk tindakan sosial dan interaksi antar kelompok dalam masyarakat.

2.8.1.3 Teori Sistem David Easton

Di sisi lain, kondisi sosial ekonomi berperan dalam menentukan kebijakan publik sebagai alat untuk mengatasi konflik antarkelompok sosial dan antara pemerintah dengan sektor swasta. Misalnya, dalam masyarakat maju, konflik sering muncul dari aktivitas ekonomi dan kepentingan yang beragam antara berbagai kelompok, seperti perusahaan besar dan kecil, atau antara pemilik dan pekerja. Kebijakan pemerintah dapat bertindak sebagai mediator untuk menciptakan keseimbangan dan melindungi kelompok yang lebih rentan. Konsep input, konversi, dan output yang dikemukakan oleh David Easton, seperti

dikutip oleh Anderson (1979) dan Dye (1981), menggambarkan bagaimana kebijakan publik dibentuk dan bereaksi terhadap masukan dari lingkungan domestik dan internasional, serta bagaimana masyarakat memberikan tanggapan yang berpotensi membentuk kebijakan lebih lanjut (Taufiqurakhman, 2014).



Gambar 2. 5. Framework Kebijakan Publik Sistem Easton
Sumber: Paine dan Naumes dalam Anggara (2014)

Proses formulasi kebijakan publik merupakan suatu sistem yang kompleks dan dinamis, yang melibatkan berbagai komponen yang saling berinteraksi. Menurut Wibawa (1994) dalam Anggara (2014) Tahap-tahapnya mencakup tindakan kebijakan, peran aktor, dan orientasi nilai yang saling berhubungan sehingga membentuk pola sistematis berupa *input-proses-output-feedback*. Tindakan kebijakan berarti tindakan yang disengaja, terorganisasi, dan berulang yang membentuk norma-norma tertentu dalam sistem kebijakan. Norma-norma ini, seiring waktu, dapat mempengaruhi atau bahkan mengubah tujuan dari sistem kebijakan itu sendiri.

Aktor dalam sistem kebijakan adalah individu atau kelompok yang memberikan masukan berupa dukungan atau tuntutan dan menjadi target dari kebijakan itu sendiri. Aktor dominan, seperti pembuat kebijakan, memiliki kekuatan untuk menentukan isi dan memberikan legitimasi pada kebijakan. Sementara itu, kelompok kepentingan dan elit politik, yang mungkin memiliki persyaratan atau karakteristik eksternal, harus berkomitmen pada aturan main yang telah disepakati untuk dapat terus berpartisipasi dalam sistem. Kepatuhan terhadap norma-norma ini dianggap penting karena diyakini bahwa pencapaian tujuan sistem bergantung pada kerjasama dan kepatuhan semua aktor.

Terakhir, orientasi nilai dalam formulasi kebijakan melibatkan identifikasi dan analisis nilai-nilai yang berbeda, serta pemilihan nilai yang paling relevan dengan kepentingan masyarakat. Aktor dalam proses ini tidak hanya berusaha menciptakan

keseimbangan antara berbagai kepentingan tetapi juga bertindak sebagai penilai yang rasional, dengan tujuan menciptakan nilai-nilai yang disepakati bersama demi hasil yang optimal. Proses ini menuntut sebuah pemikiran kritis dan analitis untuk menilai nilai-nilai yang ada dan mengintegrasikannya ke dalam kebijakan yang efektif.

Model sistem menggambarkan kebijakan publik sebagai *output* dari proses sistem politik yang kompleks. Dalam model ini, "sistem" didefinisikan sebagai rangkaian kegiatan yang sistematis dalam masyarakat yang bertujuan untuk merespon dan mengubah tuntutan sosial menjadi keputusan yang berwenang.

Konsep sistem ini juga mencakup interaksi timbal balik antara komponen-komponen dalam sistem politik, yang semuanya memiliki peran dalam menanggapi dan menyesuaikan diri dengan tekanan lingkungan. Masukan ke dalam sistem ini datang dalam bentuk tuntutan dari individu atau kelompok yang berusaha mempengaruhi kebijakan, serta dukungan dari mereka yang menerima dan mengikuti keputusan yang dibuat, termasuk kepatuhan pada undang-undang dan pembayaran pajak.

Sistem politik harus memproses dan menyeimbangkan tuntutan yang beragam untuk menghasilkan kebijakan yang efektif. Ini melibatkan pengaturan konflik dan pelaksanaan resolusi untuk semua pihak yang terlibat. Sistem melindungi dirinya sendiri dan mempertahankan stabilitas melalui produksi keluaran yang memuaskan mayoritas, memelihara kohesi internal, dan, jika perlu, menggunakan wewenang atau kekuatan. Model sistem ini sangat berguna dalam menyediakan kerangka kerja untuk menganalisis dan memahami proses pembentukan kebijakan publik (Anggara, 2014).

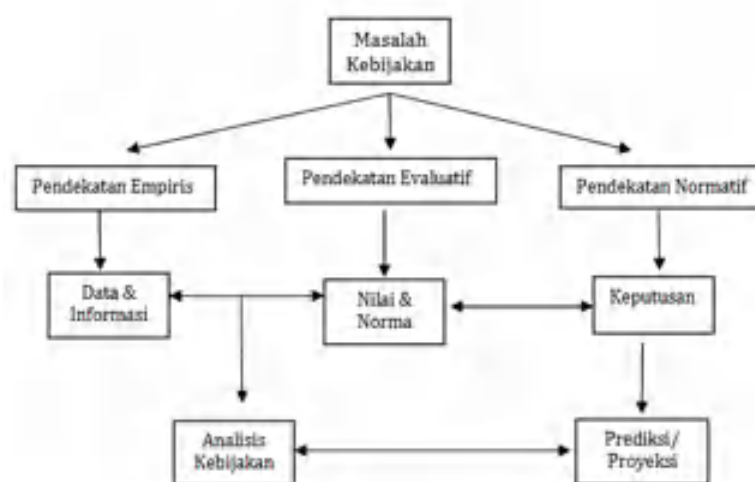
Sebuah sistem mampu mempertahankan diri dan berkelanjutan, walaupun mungkin ada keterbatasan dalam persyaratan atau kurangnya penerapan aturan secara ketat, asalkan para pesertanya memahami dan menghargai keberlangsungan serta dampak positif dari *output* sistem tersebut (Miller, 1971). Easton menekankan bahwa *output* dari suatu sistem bukanlah akhir dari proses, tetapi sebenarnya memberikan masukan yang penting untuk sistem, yang pada gilirannya akan mempengaruhi tindakan yang diambil selanjutnya (Solong, 2015).

2.8.2 Formulasi Kebijakan Publik

Tahapan penyusunan kebijakan publik merupakan proses yang komprehensif dan sistematis yang dimulai dari pengidentifikasian masalah hingga penetapan kebijakan

resmi. Proses ini melibatkan pengumpulan dan analisis informasi dan data yang akurat untuk memahami masalah yang dihadapi dan untuk merumuskan solusi yang efektif. Kebijakan yang efektif bergantung pada kemampuan untuk meramalkan dan memprediksi masa depan berdasarkan data yang tersedia, memungkinkan pembuat kebijakan untuk mempertimbangkan berbagai alternatif solusi.

Penyusunan agenda kebijakan adalah langkah awal kritis dalam proses ini, di mana pemerintah menetapkan prioritas berdasarkan masalah utama atau isu aktual yang mempengaruhi masyarakat. Isu-isu ini diidentifikasi melalui berbagai saluran, termasuk lembaga politik, sosial, ekonomi, pemerintah, dan media massa, dan menjadi fokus agenda kebijakan publik.



Gambar 2. 6. Perumusan dan Penetapan Kebijakan
Ibrahim dan Supriatna (2020) dalam Aprianto (2022)

Setelah agenda kebijakan ditetapkan, program kerja lembaga pemerintahan dirumuskan untuk menangani masalah tersebut sesuai dengan peran dan fungsi mereka dalam kebijakan publik. Program kerja ini mencakup susunan prioritas dalam penanganan masalah yang akan diatasi oleh pemerintah, termasuk isu-isu seperti kemiskinan, pendidikan, lingkungan hidup, keamanan, dan kesejahteraan masyarakat.

Pengembangan rencana dan metode untuk menyelesaikan masalah ini menjadi tahapan selanjutnya, yang melibatkan berbagai unsur kebijakan publik dalam proses pembuatan kebijakan. Rumusan kebijakan publik yang dihasilkan harus berbasis pada pertimbangan ilmu pengetahuan yang relevan dan teruji untuk menghasilkan alternatif kebijakan yang dapat menyelesaikan masalah dengan efektif.

Seluruh proses ini menekankan pentingnya partisipasi publik, transparansi, dan akuntabilitas dalam penyusunan kebijakan, sehingga keputusan yang diambil tidak hanya melayani kepentingan umum atau publik tetapi juga mencerminkan aspirasi dan kebutuhan masyarakat yang beragam. Dengan demikian, tahapan penyusunan kebijakan publik mencakup identifikasi masalah, penetapan agenda, formulasi program kerja, dan pengembangan rencana dan metode, semua berorientasi pada penciptaan solusi yang inklusif dan berkelanjutan untuk masalah kebijakan.

2.8.3 Implementasi Kebijakan Publik

Implementasi kebijakan publik adalah tahapan kritis dalam proses kebijakan publik yang berfokus pada penerjemahan kebijakan yang telah diformulasikan dan disahkan menjadi tindakan konkret untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Tahap ini menjadi jembatan antara teori kebijakan dan hasil nyata yang berdampak langsung pada masyarakat sasaran. Pentingnya implementasi kebijakan terletak pada kemampuannya untuk mewujudkan manfaat nyata dari kebijakan tersebut, melalui pengalokasian sumber daya dan pelaksanaan program serta kegiatan yang direncanakan (Anggara, 2014).

Menurut George Edward III, seperti dikutip oleh Wahab, implementasi kebijakan adalah proses yang melibatkan berbagai tahapan, dari perencanaan hingga evaluasi, dengan tujuan untuk mencapai hasil yang diinginkan dari kebijakan tersebut. Proses ini tidak hanya mencakup penerapan kebijakan itu sendiri tetapi juga pemantauan dan penilaian terhadap efektivitasnya dalam mencapai tujuan.

Kegagalan dalam implementasi kebijakan publik seringkali bukan disebabkan oleh ketidaksesuaian kebijakan itu sendiri, melainkan oleh proses implementasi yang tidak konsisten atau kurangnya dukungan dari faktor-faktor yang diperlukan untuk kelancaran pelaksanaan. Faktor-faktor ini dapat mencakup sumber daya yang cukup, dukungan politik, kemauan dan kapasitas institusi pelaksana, serta lingkungan eksternal yang mendukung.

Implementasi kebijakan publik dipengaruhi oleh berbagai disiplin ilmu, seperti manajemen, ekonomi, administrasi publik, budaya, dan sosiologi, yang menunjukkan kompleksitas dan multidisipliner proses ini. Keterlibatan berbagai bidang ilmu ini menggarisbawahi pentingnya pendekatan holistik dan terpadu dalam merancang dan

melaksanakan kebijakan publik, memperhitungkan berbagai faktor dan kondisi yang dapat mempengaruhi hasilnya.

William N. Dunn menambahkan bahwa implementasi kebijakan melibatkan mobilisasi sumber daya oleh unit-unit administrasi publik untuk mencapai keluaran dan manfaat yang diinginkan dari kebijakan tersebut. Implementasi ini menciptakan koneksi antara kebijakan yang ditetapkan dan realisasi tujuan melalui aksi-aksi konkrit oleh aparat pemerintah dan entitas terkait lainnya (Hi Ibrahim & Supriatna, 2020).

Dengan demikian, implementasi kebijakan publik merupakan tahap yang sangat strategis dalam proses kebijakan publik, memerlukan koordinasi yang efektif, pengalokasian sumber daya yang memadai, dan kerja sama antar berbagai pemangku kepentingan untuk mewujudkan tujuan kebijakan secara efektif dan efisien.

2.8.4 Pendekatan Analisis Implementasi Kebijakan Publik

2.8.4.1 Analisis Implementasi Jeffrey Pressman dan Aaron Wildavsky

Studi tentang implementasi kebijakan publik menjadi terkenal pada tahun 1970-an, terutama melalui karya Jeffrey Pressman dan Aaron Wildavsky serta Erwin Hargrove, yang menyoroti adanya celah dalam studi kebijakan publik antara formulasi dan evaluasi kebijakan. Mereka menunjukkan bahwa proses implementasi sering kali diabaikan, meskipun merupakan faktor kritis dalam keberhasilan atau kegagalan kebijakan publik. Pemahaman ini mengubah pandangan terhadap implementasi dari sekedar eksekusi instruksi menjadi proses kompleks yang mempengaruhi efektivitas kebijakan.

Kajian implementasi memperlihatkan bahwa kegagalan banyak kebijakan publik dalam mengatasi masalah sosial bukan selalu karena kekurangan dalam kebijakan itu sendiri, melainkan karena hambatan dan tantangan selama proses implementasi. Faktor-faktor seperti keragaman isu kebijakan, kompleksitas kebijakan, dan konteks kelembagaan memainkan peran penting dalam menentukan hasil implementasi (Anggara, 2014).

Dua aspek penting dalam pendekatan terhadap implementasi kebijakan publik meliputi:

1. Keragaman Isu Kebijakan: Jenis dan sifat kebijakan menentukan pendekatan implementasi. Kebijakan yang kompleks dan melibatkan banyak pihak serta faktor

memerlukan strategi implementasi yang berbeda dari kebijakan yang lebih sederhana dan langsung.

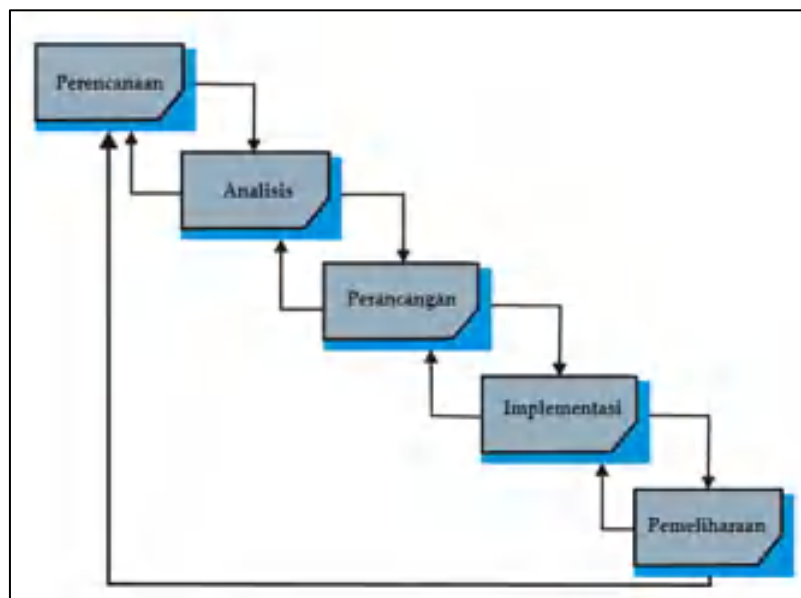
2. Konteks Kelembagaan: Cara kebijakan diimplementasikan sangat dipengaruhi oleh sistem politik dan administratif di mana kebijakan itu berada. Kebijakan yang sama dapat memiliki hasil yang sangat berbeda tergantung pada struktur kelembagaan, budaya administrasi, dan kapasitas eksekusi negara.

Kesimpulannya, studi tentang implementasi kebijakan publik menggarisbawahi pentingnya memahami dan mengatasi tantangan yang terkait dengan proses implementasi. Ini membutuhkan analisis yang mendalam tentang konteks kebijakan, struktur kelembagaan, dan dinamika aktor untuk merumuskan strategi implementasi yang efektif. Pemahaman ini juga menunjukkan pentingnya fleksibilitas dan adaptasi dalam penerapan kebijakan untuk mengatasi hambatan dan memastikan keberhasilan kebijakan dalam mencapai tujuannya.

Pressman dan Wildavsky, dalam karya penting mereka "*Implementation*" (1973), mengemukakan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan sangat bergantung pada keterkaitan dan koordinasi antar organisasi dan departemen yang terlibat dalam prosesnya di tingkat lokal. Mereka menekankan pentingnya kerjasama yang hampir sempurna antar-departemen untuk menghindari kegagalan dalam implementasi, mengingat bahwa setiap defisit dalam kerjasama dapat menghambat kesuksesan implementasi. Pendekatan mereka, yang mengusulkan analisis matematis terhadap implementasi kebijakan, mungkin efektif untuk skenario sederhana dengan aktor terbatas dan tingkatan yang jelas, namun menjadi rumit ketika kebijakan melibatkan banyak aktor dan tingkatan yang kompleks. Mereka juga menyarankan bahwa dalam kondisi kompleks tersebut, teori permainan bisa lebih relevan daripada teori probabilitas untuk menganalisis implementasi. Selain itu, Pressman dan Wildavsky mengingatkan pembuat kebijakan untuk menghindari janji yang tidak realistis dan memastikan sistem kontrol dan komunikasi *top-down* yang efektif serta ketersediaan sumber daya yang memadai untuk tugas implementasi, guna meminimalisir kesenjangan antara harapan dan realitas dalam proses implementasi kebijakan (Anggara, 2014).

2.8.4.2 Analisis Implementasi Kebijakan D. Van Meter dan C. Van Horn

Donal Van Meter dan Carl Van Horn, dalam artikel singkat mereka di Jurnal *Administration and Society* tahun 1975, memberikan definisi implementasi kebijakan sebagai serangkaian tindakan yang diarahkan untuk mencapai tujuan dari kebijakan yang telah ditetapkan sebelumnya, baik itu upaya satu kali maupun upaya berkelanjutan untuk mewujudkan perubahan besar dan kecil yang diamanatkan oleh kebijakan. Mereka mengembangkan model implementasi yang didasarkan pada teori organisasi yang dipengaruhi oleh Max Weber, studi tentang dampak kebijakan publik, dan studi hubungan interorganisasi, yang menekankan pentingnya membedakan isi kebijakan karena efektivitas implementasinya akan sangat bervariasi tergantung pada jenis dan isu kebijakan.

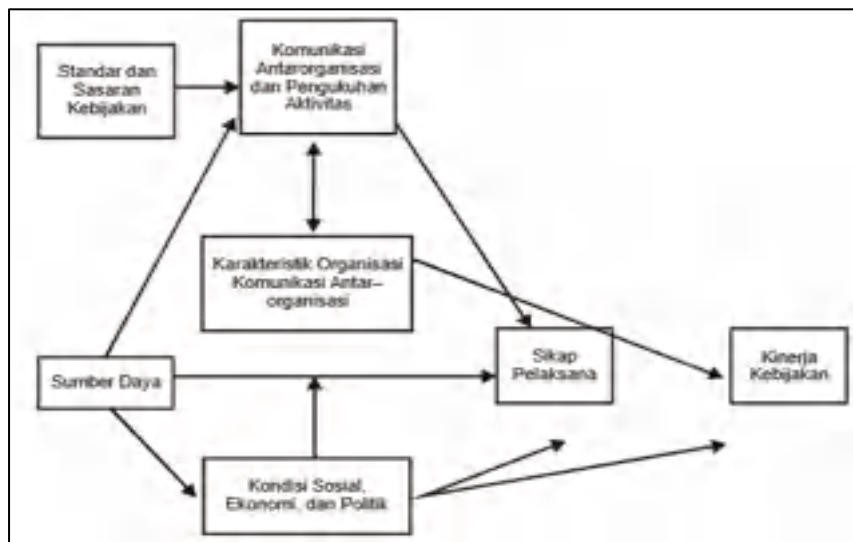


Gambar 2. 7. Implementasi Kebijakan Jeffrey P. dan Aaron W.
Sumber: Jeffrey P. dan Aaron W. (1973) dalam Anggara (2014)

Model Van Meter dan Van Horn juga mengklasifikasikan kebijakan berdasarkan besarnya perubahan yang diinginkan dan tingkat penerimaan tujuan kebijakan oleh para aktor implementasi, yang membantu menentukan strategi implementasi yang tepat. Mereka menyarankan bahwa kebijakan dengan perubahan kecil dan konsensus besar di antara pelaksana cenderung lebih mudah diimplementasikan, sedangkan kebijakan yang memerlukan perubahan besar dengan dukungan yang minim akan menghadapi tantangan lebih besar dalam implementasi. Partisipasi para implementor dalam proses pembuatan

kebijakan dianggap kritikal untuk meningkatkan komitmen dan mengurangi resistensi, meskipun model mereka lebih condong ke pendekatan *top-down* dalam komunikasi tujuan dan standar kebijakan.

Penjelasan Van Meter dan Van Horn tentang model implementasi mereka dianggap kurang terperinci dan memiliki keterbatasan, terutama karena hanya sesuai untuk program yang bertujuan mendistribusikan barang dan pelayanan publik dan terlalu abstrak. Namun, artikel tersebut berhasil memicu minat yang besar di kalangan para pemerhati implementasi, mendorong pengembangan berbagai model implementasi kebijakan lainnya yang memberikan perspektif teoretis baru bagi studi implementasi yang sebelumnya dirasakan kurang (Anggara, 2014).



Gambar 2. 8. Implementasi Kebijakan Van Meter dan Van Horn
Sumber: Van Meter dan Van Horn (1975) dalam Anggara (2014)

2.8.4.3 Analisis Implementasi Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn

Hogwood dan Gunn menekankan pentingnya pendekatan *top-down* dalam proses implementasi kebijakan, meskipun dihadapkan pada berbagai kritik. Mereka berpendapat bahwa pendekatan *bottom-up* yang menangani masalah implementasi secara kasus per kasus kurang menarik karena pembuat kebijakan yang terpilih secara demokratis seharusnya memiliki pandangan yang lebih dihargai dalam proses demokrasi. Berdasarkan analisis Gunn tentang kegagalan implementasi pada tahun 1978, mereka mengembangkan proposisi untuk mencapai implementasi sempurna dalam bukunya "*Policy Analysis for the Real World*" (1984), yang mencakup kondisi ideal seperti tidak

adanya kendala eksternal yang signifikan, ketersediaan waktu dan sumber daya yang memadai, validitas teori sebab-akibat yang mendasari kebijakan, serta komunikasi dan koordinasi yang sempurna antar elemen program.

Menurut Hogwood dan Gunn, implementasi yang sempurna hanya mungkin terjadi jika semua sistem administrasi dapat dikontrol sepenuhnya sehingga semua kondisi ideal yang mereka sebutkan dapat dipenuhi. Namun, mereka menyadari bahwa kondisi ini sangat sulit, bahkan mustahil, untuk dicapai sepenuhnya dalam praktik nyata, terutama di negara-negara demokratis maju yang tidak bisa mengharapkan kepatuhan sempurna dari aparatur pelaksana. Di negara berkembang, tantangan dalam memenuhi syarat-syarat tersebut bahkan lebih besar, terutama terkait dengan ketersediaan waktu dan sumber daya yang lengkap untuk setiap program yang diimplementasikan.

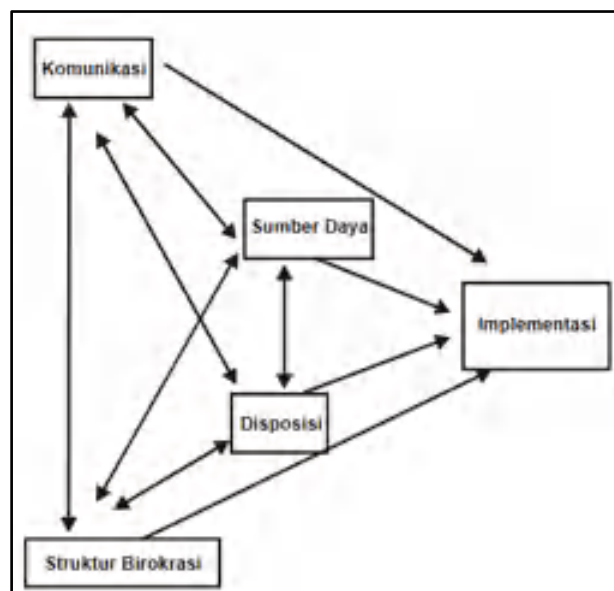
Pendekatan Hogwood dan Gunn yang sangat berorientasi pada *top-down* meninggalkan sedikit ruang bagi diskresi implementor, yang sangat diperlukan untuk mencapai tujuan kebijakan mengingat keragaman situasi dan kondisi di lapangan. Keterbatasan sumber daya dan waktu seringkali mengharuskan banyak kebijakan diimplementasikan secara inkremental. Selain itu, tuntutan mereka akan spesifikasi tugas yang detail dan lengkap mungkin terlalu ketat, dimana implementor mungkin lebih memilih mematuhi SOP daripada beradaptasi dengan kebutuhan masyarakat, sehingga mengurangi fleksibilitas yang diperlukan dalam implementasi kebijakan.

2.8.4.4 Analisis Implementasi Kebijakan George C. Edwards III

George C. Edwards III, meskipun tidak sering dikutip oleh penulis asing dalam literatur kebijakan publik, khususnya tentang implementasi kebijakan, karyanya menjadi rujukan penting bagi peneliti dan praktisi implementasi di Indonesia, lebih dari model yang dikembangkan oleh Van Meter dan Van Horn. Edwards menawarkan analisis yang lebih mendalam dan operasional tentang konsep implementasi dalam bukunya "*Implementing Public Policy*" (1980), mendefinisikan implementasi sebagai fase pembuatan kebijakan antara penetapan kebijakan dan dampaknya terhadap mereka yang terpengaruh. Ia menyoroti aktivitas implementasi yang meliputi perencanaan, pendanaan, pengorganisasian, pengangkatan dan pemecatan karyawan, negosiasi, dan lain-lain, menunjukkan kompleksitas yang terlibat dalam proses ini.

Edwards mengembangkan model implementasi yang berfokus pada empat faktor kritis yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi atau sikap pelaksana, dan struktur birokrasi. Ia mengeksplorasi prakondisi yang diperlukan untuk implementasi yang berhasil dan mengidentifikasi kendala utama yang menghambat proses tersebut. Model Edwards menekankan pentingnya komunikasi yang jelas dan konsisten dalam implementasi kebijakan publik, serta kebutuhan akan sumber daya yang memadai, termasuk staf, informasi, kewenangan, dan fasilitas.

Disposisi atau sikap pelaksana terhadap kebijakan yang diimplementasikan berperan penting dalam menentukan hasil implementasi, menuntut komitmen tinggi dan pemahaman yang mendalam tentang tujuan kebijakan. Struktur birokrasi, termasuk SOP dan koordinasi antar-institusi, menjadi faktor penting lainnya dalam efektivitas implementasi. Edwards menyarankan bahwa fragmentasi struktural mungkin diperlukan dalam situasi di mana implementasi melibatkan program-program multipel dan banyak institusi. Model Edwards memberikan kerangka kerja yang berguna untuk menganalisis dan memahami tantangan dalam implementasi kebijakan publik, mengakui kebutuhan akan pendekatan yang koheren dan terkoordinasi dalam mengelola proses ini.



Gambar 2. 9. Implementasi Kebijakan Edward III
Sumber: Edward III (1980) dalam Anggara (2014)

1. Komunikasi

Komunikasi berperan krusial dalam memastikan suksesnya penerapan kebijakan publik. Di Indonesia, tantangan dalam melaksanakan kebijakan publik seringkali berkaitan dengan fase implementasi, dimana komunikasi yang tidak memadai menjadi salah satu penyebab utamanya. Masalah ini tidak terbatas pada tahap pelaksanaan saja, tetapi juga muncul selama proses perumusan kebijakan. Pentingnya membangun komunikasi yang efektif sejak awal perumusan adalah untuk memastikan bahwa esensi dan isi kebijakan dapat diadaptasi sesuai dengan kebutuhan yang terus berubah. Komunikasi yang efektif dan intensif selama tahap implementasi kebijakan sangat krusial untuk membangun dukungan dan komitmen dari berbagai pihak yang terlibat. Menurut Agustino (2006), komunikasi mengenai kebijakan harus dilakukan dengan cara yang tepat, akurat, dan konsisten agar pembuat kebijakan dan pelaksana dapat menerapkan kebijakan tersebut secara konsisten di masyarakat. Agustino juga menyoroti tiga faktor utama yang menentukan keberhasilan komunikasi dalam konteks kebijakan publik, yaitu transmisi, kejelasan, dan konsistensi (Anggara, 2014).

Proses transmisi informasi kebijakan ke individu yang bertanggung jawab harus berjalan dengan lancar, namun sering kali dihambat oleh ketidaksetujuan dari pihak pelaksana atau kurangnya infrastruktur komunikasi yang efektif. Kejelasan dalam menetapkan tujuan dan metode implementasi kebijakan sangat penting, tetapi hal ini seringkali terkendala oleh kompleksitas dalam proses pembuatan kebijakan, perbedaan pendapat dari masyarakat, atau kebaruan kebijakan yang belum dipahami sepenuhnya oleh pihak yang terlibat. Selain itu, konsistensi dalam pesan dan instruksi yang disampaikan sangat diperlukan untuk menghindari kebingungan di antara para pelaksana kebijakan. Faktor-faktor seperti kompleksitas kebijakan, tantangan dalam mengimplementasikan kebijakan baru, tujuan yang bertentangan, dan pengaruh dari berbagai kelompok kepentingan dapat menyebabkan ketidaksesuaian dalam penerapan kebijakan.

2. Sumber Daya

Menurut Edwards III, terdapat empat jenis sumber daya utama yang krusial untuk implementasi kebijakan yang efektif. Pertama, keberadaan staf yang cukup dan memiliki kemampuan yang sesuai dengan tuntutan kebijakan sangat penting. Kedua,

informasi yang lengkap dan akurat mengenai prosedur pelaksanaan kebijakan serta data terkait kebijakan tersebut harus tersedia bagi para pelaksana. Ketiga, pelaksana kebijakan memerlukan wewenang yang cukup untuk menjalankan tugasnya, yang bisa mencakup berbagai aspek seperti mengadili kasus, menyediakan barang dan jasa, mengakses dan menggunakan dana, serta berkolaborasi dengan lembaga pemerintah lainnya. Keempat, fasilitas fisik yang memadai merupakan komponen esensial yang mendukung kelancaran komunikasi dan implementasi kebijakan. Fasilitas ini harus disesuaikan dengan kebutuhan spesifik kebijakan agar implementasinya dapat berjalan efektif. Tanpa adanya sumber daya ini, implementasi kebijakan dapat terhambat dan tidak mencapai hasil yang diinginkan.

3. Disposisi

Disposisi merujuk pada sikap dan dedikasi yang ditunjukkan oleh individu yang bertanggung jawab atas pelaksanaan suatu kebijakan atau program. Efektivitas kebijakan sangat bergantung pada motivasi dan komitmen yang tinggi dari para pelaksana untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Terdapat tiga faktor kunci yang mempengaruhi seberapa efektif para pelaksana dapat menerapkan kebijakan tersebut. Pertama adalah pemahaman (kognisi) atau kesadaran mereka tentang kebijakan, yang menentukan seberapa baik mereka mengerti tujuan dari kebijakan tersebut. Jika ada ketidakselarasan antara nilai-nilai yang dianut oleh pelaksana dengan nilai-nilai yang mendasari kebijakan, hal ini dapat menghambat proses implementasi. Ketidacukupan dalam kapasitas administratif untuk merespons kebutuhan dan ekspektasi masyarakat juga dapat mengurangi efektivitas pelaksanaan program. Kedua, adalah bagaimana mereka merespon instruksi yang diberikan, termasuk penerimaan, netralitas, atau penolakan terhadap kebijakan yang dihadapi. Ketiga, tingkat intensitas respons mereka terhadap kebijakan juga memainkan peran penting, yang mencerminkan seberapa aktif mereka menanggapi dan menerapkan kebijakan tersebut dalam praktik.

4. Struktur Birokrasi

Dalam konsep yang diusulkan oleh Edwards III, struktur birokrasi digambarkan sebagai sebuah sistem organisasi yang dirancang untuk mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan yang terkait dengan penerapan kebijakan. Konsep ini menyoroti pentingnya memiliki Prosedur Operasi Standar (SOP) yang

jelas, yang berfungsi untuk memandu alur kerja di antara para pelaksana kebijakan. SOP ini menjadi sangat krusial ketika ada beberapa lembaga atau institusi yang terlibat dalam proses pelaksanaan program, untuk memastikan bahwa semua pihak bekerja secara sinkron dan efisien. Edwards III juga menunjukkan bahwa dalam beberapa situasi, pembagian atau pemisahan tugas (fragmentasi) menjadi penting, terutama ketika kebijakan yang diimplementasikan meliputi berbagai program yang berbeda. Fragmentasi ini memungkinkan setiap program untuk ditangani dengan lebih fokus dan spesifik, memastikan bahwa setiap aspek dari kebijakan tersebut dikelola dengan efektif.

2.8.5 Pemantauan dan Evaluasi Kebijakan Publik

Tahapan pemantauan dalam kebijakan publik adalah langkah penting yang diambil setelah implementasi kebijakan. Proses ini melibatkan analisis sistematis untuk mengumpulkan informasi yang relevan tentang efektivitas dan efisiensi kebijakan yang telah diterapkan. Tujuan utama dari pemantauan ini adalah untuk memastikan bahwa implementasi kebijakan berlangsung sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, memanfaatkan sumber daya yang ada dengan optimal, dan mengarah pada pencapaian tujuan yang diinginkan. Dengan demikian, pemantauan kebijakan publik memungkinkan para pembuat kebijakan untuk mengidentifikasi kemajuan yang telah dicapai, mengatasi hambatan yang muncul, dan melakukan penyesuaian yang diperlukan untuk meningkatkan kinerja kebijakan.

Dalam proses pemantauan, konsistensi pelaksanaan kebijakan menjadi fokus utama untuk memastikan bahwa hasil yang dicapai sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Ini melibatkan evaluasi terhadap kelancaran proses implementasi, identifikasi dan analisis hambatan yang dihadapi, serta penilaian terhadap keberhasilan atau kegagalan kebijakan yang diterapkan. Proses ini tidak hanya penting untuk memastikan efektivitas kebijakan secara keseluruhan, tetapi juga untuk menginformasikan dan membimbing pengambilan keputusan masa depan. Melalui pemantauan yang efektif, para pembuat kebijakan dapat memperoleh wawasan yang berharga tentang dinamika pelaksanaan kebijakan dan dampaknya terhadap kelompok sasaran (Aprianto, 2022).

Tanggung jawab pemantauan kebijakan publik umumnya berada pada para pemimpin organisasi atau institusi pemerintah yang terlibat dalam implementasi

kebijakan. Proses pemantauan ini menekankan pada dua aspek kunci: hasil kebijakan (*Policy Output*) dan dampak kebijakan (*Policy Impact*). Hasil kebijakan merujuk pada produk langsung dari aktivitas kebijakan, yang dievaluasi berdasarkan kesesuaian dengan tujuan dan rencana awal. Sementara itu, dampak kebijakan fokus pada evaluasi manfaat dan perubahan yang dihasilkan oleh kebijakan, terutama pada perubahan yang terjadi pada kelompok sasaran. Melalui pemantauan yang komprehensif, dapat diidentifikasi apakah kebijakan telah berhasil menciptakan perubahan positif dan memberikan nilai tambah bagi masyarakat.

Evaluasi kebijakan publik merupakan tahapan krusial dalam siklus kebijakan, bertujuan untuk menilai perbedaan yang terjadi sebelum dan sesudah implementasi kebijakan. Proses evaluasi ini mengukur keberhasilan dan dampak kebijakan, baik secara kualitatif maupun kuantitatif, untuk menentukan peningkatan dalam pelayanan publik dan kesejahteraan masyarakat yang menjadi sasaran kebijakan. Dengan menggunakan standar atau parameter tertentu, evaluasi ini tidak hanya menilai pencapaian tujuan kebijakan, tetapi juga mengidentifikasi hambatan sebagai peluang untuk penyempurnaan kebijakan lebih lanjut.

Proses evaluasi melibatkan berbagai jenis penilaian, mulai dari hasil kebijakan (*output*) hingga dampak jangka panjangnya (*outcome dan impact*), serta bagaimana kebijakan tersebut mempengaruhi target sarannya. Evaluasi ini bertujuan untuk memastikan bahwa isi dan konteks kebijakan sesuai dengan tujuan yang ditetapkan, diimplementasikan dengan baik, dan mencapai sasaran yang diinginkan. Parameter evaluasi mencakup efektivitas, efisiensi, ketepatan dalam menjawab masalah, pemerataan, responsivitas, dan ketepatan guna, yang semua itu memberikan gambaran komprehensif tentang kinerja kebijakan.

Jenis evaluasi kebijakan mencakup evaluasi isi, yang menilai substansi kebijakan; evaluasi penerapan, yang fokus pada kesesuaian implementasi; dan evaluasi dampak, yang menilai manfaat jangka panjang dan efektivitas kebijakan. Evaluasi ini memungkinkan pembuat kebijakan untuk mendapatkan wawasan mendalam tentang efektivitas intervensi kebijakan, serta memberikan rekomendasi operasional untuk peningkatan masa depan, memastikan bahwa kebijakan tersebut membawa perubahan positif dan signifikan bagi masyarakat.

2.9 Kerangka Teori

Sesuai dengan uraian di atas, penelitian ini menggunakan kerangka teori yang mengadopsi pendekatan Edward III tentang implementasi kebijakan, yang mencakup aspek-aspek:

1. Komunikasi

Komunikasi berperan krusial dalam memastikan suksesnya penerapan kebijakan jaminan kesehatan. Tantangan utama dalam implementasi kebijakan sering kali muncul dari komunikasi yang tidak memadai, baik selama perumusan maupun pelaksanaan kebijakan. Transmisi informasi yang jelas tentang manfaat, prosedur klaim, dan hak serta kewajiban peserta sangat penting. Informasi mengenai kebijakan harus ditransmisikan dengan lancar kepada individu yang bertanggung jawab. Tujuan dan metode implementasi kebijakan harus jelas. Dalam asuransi kesehatan, kejelasan mengenai prosedur pendaftaran, cakupan asuransi, dan proses klaim harus dikomunikasikan dengan baik kepada semua pihak terkait, termasuk penyedia layanan kesehatan dan peserta jaminan kesehatan. Pesan dan instruksi yang disampaikan harus konsisten untuk menghindari kebingungan pada petugas pelaksana baik di pelayanan kesehatan atau penjamin.

2. Sumber Daya

Menurut Edwards III, terdapat empat jenis sumber daya utama yang kritikal untuk implementasi kebijakan penjaminan kesehatan yang efektif: Staf yang Cukup dan Kompeten, Fasilitas Fisik yang Memadai, Informasi yang Lengkap dan Akurat yang didukung sistem informasi manajemen yang baik.

3. Struktur Birokrasi

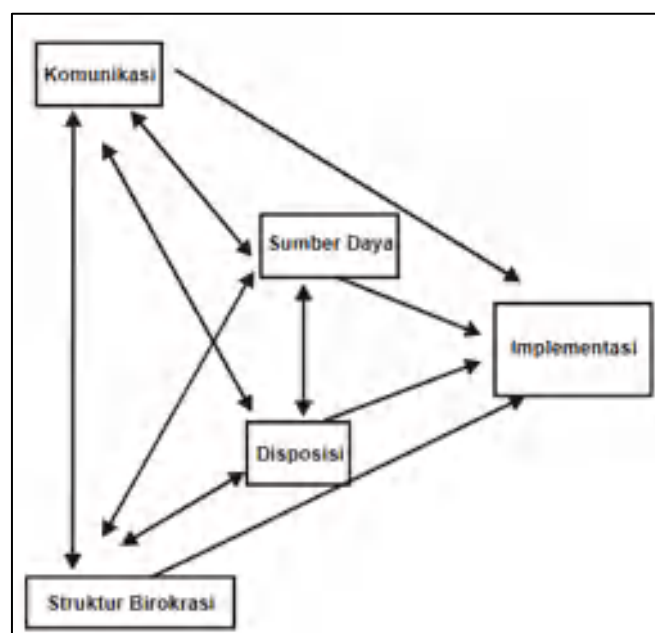
Struktur birokrasi yang efisien penting untuk mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan terkait dengan penerapan kebijakan asuransi kesehatan. Dalam asuransi kesehatan, SOP sangat penting sebagai panduan dalam melaksanakan pekerjaan, SOP dapat mencakup prosedur kerja pada jaminan kesehatan, verifikasi klaim, dan penanganan keluhan.

4. Disposisi

Disposisi merujuk pada sikap dan dedikasi individu yang bertanggung jawab atas pelaksanaan kebijakan. Efektivitas kebijakan asuransi kesehatan sangat bergantung pada motivasi dan komitmen para pelaksana. Para pelaksana harus memiliki

pemahaman yang baik tentang kebijakan asuransi kesehatan, termasuk tujuan dan prosedurnya. Ketidakselarasan nilai antara pelaksana dan kebijakan dapat menghambat implementasi. Cara pelaksana merespon instruksi, apakah mereka menerima, netral, atau menolak kebijakan, sangat mempengaruhi efektivitas implementasi. Seberapa aktif pelaksana dalam menanggapi dan menerapkan kebijakan mencerminkan efektivitas pelaksanaan. Pelaksana yang berkomitmen tinggi akan lebih proaktif dalam menghadapi tantangan dan mencari solusi.

Semua aspek ini dianggap saling terkait dan mempengaruhi keefektifan implementasi kebijakan. Pendekatan ini dipilih karena kebijakan penjaminan obat alteplase dalam program JKN diatur secara *top-down*, dan diharapkan dapat menjelaskan fungsi manajerial seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, koordinasi, dan pengendalian yang akan diteliti (Anggara, 2014).



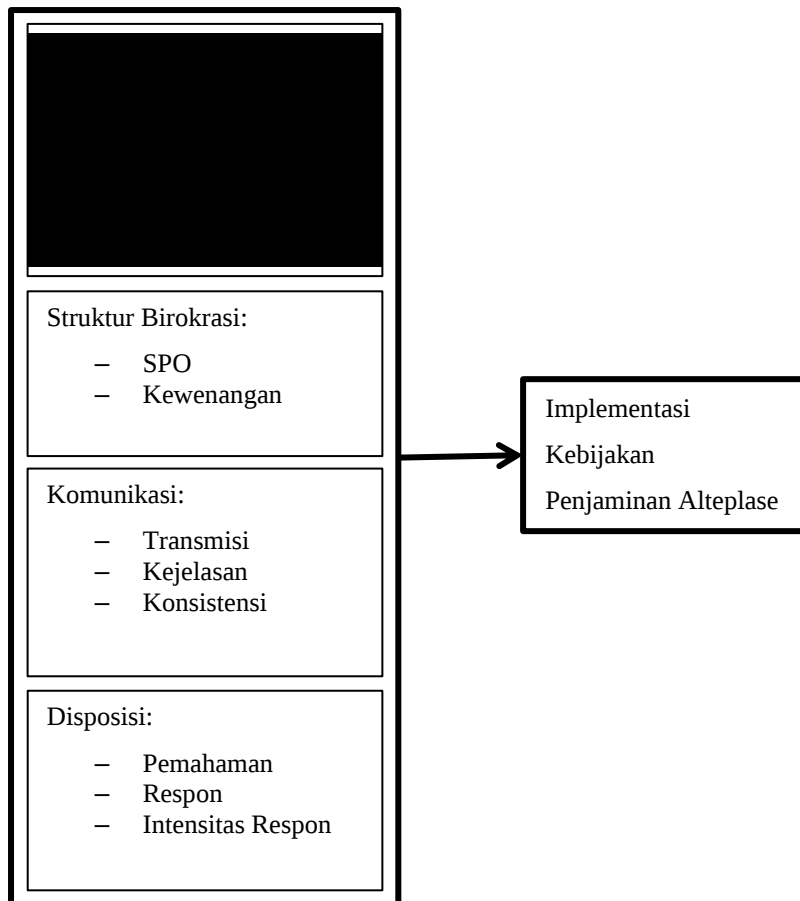
Gambar 2. 10. Kerangka Teori
Sumber: Edward III (1980) dalam Anggara (2014)

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

3.1 Kerangka Konsep

Peneliti menggunakan pendekatan Edward III yang disesuaikan untuk memudahkan pemahaman, seperti yang diilustrasikan dalam kerangka konsep berikut:



Gambar 3. 1. Kerangka Konsep

3.2 Definisi Istilah

Tabel 3. 1. Definisi Istilah

No	Variabel		Defini Istilah	Metode Pengumpulan	Instrumen
1	Sumber Daya	a Sumber Daya Manusia	Staf atau personil yang tersedia dengan kemampuan yang sesuai dalam implementasi penjaminan obat alteplase	Wawancara mendalam	Pedoman Wawancara Mendalam
		b Sumber Daya Keuangan	Ketersediaan dana untuk mengimplementasikan penjaminan alteplase • Kemkes: dana untuk kegiatan sosialisasi/pelatihan/<i>Workshop</i> • BPJS: ketersediaan dana untuk membayar klaim • RS & Industri Farmasi: untuk menyediakan alteplase	Wawancara mendalam	Pedoman Wawancara Mendalam
		c Sistem Informasi	Sistem Informasi Manajemen yang digunakan dalam penjaminan obat alteplase	Wawancara mendalam	Pedoman Wawancara Mendalam
		d Sarana dan Prasarana	Sarana dan prasarana yang mendukung dalam pelaksanaan penjaminan obat alteplase	Wawancara mendalam	Pedoman Wawancara Mendalam
		e Obat	Obat yang digunakan untuk tatalaksana trombolisis (Alteplase “Actylse”)	Wawancara mendalam	Pedoman Wawancara Mendalam
2	Struktur Birokrasi	a Standar Prosedur	Ketersediaan standar operasional prosedur dalam penjaminan obat alteplase	Wawancara mendalam	Pedoman Wawancara Mendalam
		b Kewenangan	Peran dan tanggung jawab dari berbagai bagian atau pihak dalam pelaksanaan penjaminan obat alteplase	Wawancara mendalam	Pedoman Wawancara Mendalam
3	Komunikasi	a Transmisi	Suatu proses penyampaian informasi dengan menggunakan berbagai metode <i>audio</i> , <i>visual</i> , <i>audio-visual</i> , dan berbagai <i>platform</i> terkait kebijakan dalam penjaminan obat alteplase	Wawancara mendalam	Pedoman Wawancara Mendalam
		b Kejelasan	Kesesuaian informasi yang disampaikan oleh Kemkes atau BPJS kesehatan dan di terima/disampaikan kembali oleh pelaksana	Wawancara mendalam	Pedoman Wawancara Mendalam
		c Konsistensi	Kesesuaian kebijakan yang ada dalam organisasi atau atasan terkait kebijakan penjaminan obat alteplase	Wawancara mendalam	Pedoman Wawancara Mendalam
4	Disposisi	a Pemahaman	Memahami tujuan dari kebijakan penjaminan alteplase	Wawancara mendalam	Pedoman Wawancara Mendalam
		b Respon	Bagaimana mereka merespon instruksi (penerimaan/ netral/ menolak) penjaminan alteplase	Wawancara mendalam	Pedoman Wawancara Mendalam
		c Intensitas Respon	Keaktifan dalam menerapkan kebijakan penjaminan alteplase	Wawancara mendalam	Pedoman Wawancara Mendalam
5	Implementasi kebijakan		RS melakukan klaim obat alteplase untuk pasien stroke pada JKN	Wawancara mendalam	Pedoman Wawancara Mendalam

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain penelitian *non* eksperimental, dengan tujuan untuk mengetahui implementasi kebijakan penjaminan alteplase dalam program JKN. Penelitian kualitatif dilakukan untuk mendapatkan informasi secara mendalam yang terdiri dari variabel komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi dari implementasi kebijakan penjaminan obat alteplase di Indonesia yang dilakukan dengan wawancara mendalam. Dan sebelum penelitian dilakukan dilakukan terlebih dahulu kaji etik penelitian oleh Komite Etik FKM UI.

4.2 Informan Penelitian

Pemilihan informan dalam studi ini didasarkan langsung pada prinsip Kesesuaian dan Kecukupan sesuai dengan pendekatan yang diuraikan oleh Lexy (2002) Kesesuaian menekankan pentingnya memilih informan yang memiliki pengetahuan yang relevan dengan area penelitian, sedangkan Kecukupan mengharuskan informan tersebut juga memiliki kualifikasi yang sesuai untuk memberikan wawasan tentang subjek yang sedang diteliti. Berikut adalah informan penelitian yaitu:

1. Kementerian Kesehatan

- a. Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK)
Merupakan bagian dari Kementerian Kesehatan yang menginisiasi penjaminan obat alteplase dalam JKN
- b. Penanggung Jawab Program Pengampunan *Stroke* Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan
Merupakan bagian dari Kementerian Kesehatan yang mendorong kebijakan penjaminan obat alteplase dalam JKN diberlakukan karena akan berdampak pada program prioritas penyakit *stroke*
- c. Tim Seleksi Obat Fornas Direktorat Jenderal Farmasi dan Alkes
Merupakan tim yang melakukan seleksi atas obat-obat yang diberlakukan dalam formularium nasional dalam program JKN.
- d. Tim Kerja Pengendalian dan Kersediaan Obat

Yang bertanggung jawab terhadap keseluruhan proses pengadaan obat melalui ekatalog, termasuk kontrak pengadaan antara faskes dengan penyedia

- e. Tim Koordinator pengampu penyakit prioritas *stroke*

Merupakan tim yang mengordinir pelaksanaan pelayanan penyakit prioritas *stroke*

2. Perhimpunan Dokter Neurologi Seluruh Indonesia (PERDOSNI)

Merupakan organisasi profesi yang memiliki komitmen untuk meningkatkan mutu pelayanan dokter neurologi di Indonesia.

3. BPJS Kesehatan

- a. Deputi Bidang manajemen klaim dan utilisasi

Merupakan bagian dari BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan manajemen klaim JKN dan efektivitas pengelolaan utilisasi pelayanan kesehatan

- b. Deputi Bidang Kebijakan Penjaminan Manfaat

Merupakan bagian dari BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan kebijakan penjaminan manfaat JKN

- c. Asisten Deputi Bidang Kebijakan Penjaminan Manfaat Rujukan

Merupakan bagian dari BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan kebijakan penjaminan manfaat rujukan

- d. Verifikator internal

- i. Verifikator Internal BPJS Kesehatan Cabang Jakarta Utara yang bertanggung jawab terhadap RSUD Koja

- ii. Verifikator Internal BPJS Kesehatan Cabang Jakarta Barat yang bertanggung jawab terhadap RS Hermina Daan Mogot

4. Rumah Sakit

Informan dari rumah sakit dipilih dari satu RS Pemerintah yang diampu dalam program pengampunan *stroke* yaitu RSUD Koja (Jakarta Utara) dan satu RS Swasta yaitu RS Hermina Daan Mogot (Jakarta Barat), dengan jenis pekerjaan informan sebagai berikut:

- a. Dokter Neurologi

Merupakan dokter neurologi yang pernah melaksanakan tindakan trombolisis obat alteplase

- b. Petugas Klaim JKN

Merupakan petugas klaim JKN yang mengelola pengajuan klaim obat alteplase

c. Petugas Farmasi

Merupakan petugas farmasi yang bertugas melakukan perencanaan dan pemesanan obat

5. Industri Obat/ Perusahaan Farmasi

Merupakan pegawai perusahaan farmasi “Boehringer Ingelheim Pharma” bagian marketing yang membuat strategi pengembangan produk alteplase.

4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian kualitatif akan dilakukan dengan wawancara mendalam, akan dilakukan dengan tatap muka bila memungkinkan atau dilakukan dengan *daring* menggunakan media zoom meeting pada informan yang berdomisili berbeda kota dengan peneliti atau apabila informan memiliki keterbatasan waktu untuk melakukan pertemuan dengan tatap muka. Rencana kegiatan penelitian ini dilakukan pada bulan Maret – Juni 2024.

4.4 Teknik Pengumpulan Data

Penelitian kualitatif dengan melakukan wawancara mendalam dengan mengacu pada pedoman wawancara mendalam untuk menggali informasi terkait komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi dari implementasi penjaminan obat alteplase di Indonesia. Yang didukung oleh dokumen dari laporan kinerja, PPK, SPO masing-masing organisasi serta dokumen lain yang terkait.

Tahap yang dilakukan yaitu dengan:

1. Menentukan kriteria dan jumlah informan yang akan di wawancara.
2. Membuat *informed consent* dan lembar persetujuan di google form
3. Melakukan sosialisasi kepada informan terkait jadwal dan mekanisme pelaksanaan wawancara mendalam termasuk permintaan data dukung yang diperlukan.
4. Pelaksanaan wawancara mendalam
5. Pengolahan data dan menulis hasil pembahasan

4.5 Validitas Penelitian

Validitas data dalam penelitian kualitatif dapat ditingkatkan melalui berbagai teknik verifikasi, salah satunya adalah teknik triangulasi. Triangulasi memungkinkan peneliti untuk memverifikasi data dengan menggunakan sumber atau metode yang berbeda sebagai alat pembanding (Lexy J., 2002). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan tiga bentuk triangulasi:

1. Triangulasi Sumber: Teknik ini melibatkan pengumpulan data dari berbagai sumber informan untuk membandingkan dan memverifikasi informasi guna mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam dan akurat tentang situasi yang diteliti.
2. Triangulasi Metode: Apabila peneliti sudah mendapatkan dokumen tertulis atau transkrip, maka proses triangulasi tidak diperlukan. Namun apabila informasi yang diterima ambigu maka peneliti akan menggunakan teknik pengumpulan data seperti wawancara, observasi, dan survei untuk mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam dan validasi informasi. Peneliti dapat mengkombinasikan wawancara terstruktur dan tidak terstruktur, serta mengintegrasikan observasi untuk memverifikasi informasi. Dengan memanfaatkan sumber dan perspektif yang beragam, tujuannya adalah untuk mencapai hasil yang lebih akurat dan mendekati kebenaran. Triangulasi menjadi penting terutama ketika validitas data dari informan dipertanyakan.
3. Triangulasi Data: Pendekatan ini melibatkan analisis berbagai jenis data, termasuk data primer dan sekunder, serta meminta masukan dan saran dari informan untuk memperkuat kualitas analisis, laporan, dan kesimpulan yang dihasilkan dari penelitian.

4.6 Analisis Data

Dari penelitian kualitatif, dilakukan analisis data dengan proses mencari dan menyusun secara sistematis yang diperoleh dari wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lainnya dengan harapan mudah dipahami dan dapat menginformasikan temuan tersebut kepada orang lain (Sugiyono, 2013). Dalam penelitian ini yang dianalisis adalah konten atau isi dari teknis penyelidikan untuk mengurai secara objektif, sistemik, kuantitatif dari suatu komunikasi (Aprianto, 2022). Semua data yang diperoleh dengan wawancara mendalam direkam baik menggunakan alat perekam ataupun melalui fitur perekaman pada zoom. Berikut cara melakukan analisis data:

1. Melakukan transkrip menggunakan alat bantu good tape, yang kemudian dicek kembali kata perkata dengan mendengarkan dengan seksama hasil rekaman.
2. Informasi yang diperoleh dari wawancara ditranskripsikan secara lengkap oleh peneliti, tanpa ada pengubahan atau penambahan informasi. Transkrip ini juga mencakup catatan tambahan mengenai aspek *non-verbal* seperti gestur dan ekspresi wajah yang tidak tercapai dalam rekaman *audio*. Peneliti kemudian memverifikasi keakuratan transkrip dengan membandingkannya dengan rekaman asli. Proses transkripsi ini dilakukan secara manual dengan mendengarkan ulang rekaman tersebut.
3. Melakukan koding atau pengkodean sesuai dengan tema-tema informasi yang muncul. Peneliti mengkodekan data dengan memberikan nomor identifikasi yang terstruktur sesuai dengan urutan pertanyaan yang diajukan. Setiap tema penelitian diwarnai secara berbeda untuk memudahkan proses analisis data.
4. Menampilkan informasi yang telah disusun berdasarkan tema untuk melihat kesamaan dan variasinya.
5. Mereduksi data, menyederhanakan dan menfokuskan pada hal-hal yang penting berdasarkan konsep tujuan penelitian, mencari tema dan pola, serta membuang yang dianggap tidak penting yang dituangkan dalam matriks.
6. Menginterpretasikan data, dengan menjelaskan makna inti dari data yang diperoleh dan penting dari penelitian yang dilakukan.

4.7 Etik Penelitian

4.7.1 Kaji Etik Penelitian

Studi ini telah mematuhi standar etik yang ditetapkan oleh komite etik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI), melalui proses penilaian etik. Penilaian ini bertujuan untuk menentukan kelayakan etis suatu penelitian untuk diterbitkan atau untuk mendapatkan persetujuan etik. Proses penilaian etik ini dijalankan setelah seminar proposal selesai, melibatkan pengisian dan pengajuan formulir etik penelitian untuk memverifikasi bahwa studi ini tidak menyebabkan bahaya dan memberikan keuntungan bagi partisipan penelitian.

Surat kaji etik penelitian telah diterbitkan pada tanggal 23 April 2024 dengan nomor Ket-168/UN2.F10.D11/PPM.00.02/2024 yang menyatakan telah melalui prosedur kaji etik dan dinyatakan layak untuk dilaksanakan.

4.7.2 Perijinan Turun Lapangan

Penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan ijin turun lapangan dari informan. Etika penelitian menggunakan *informed concent* yang ditandatangani oleh informan sebelum penelitian melakukan wawancara mendalam, serta meminta ijin pada informan untuk melakukan foto, rekaman selama pengumpulan data.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Pelaksanaan Penelitian

Kegiatan dilakukan dengan mengirimkan proposal penelitian yang telah lolos kaji etik beserta dengan surat izin turun lapangan. Setelah selesai melakukan koordinasi jadwal pelaksanaan wawancara mendalam, kemudian peneliti melakukan wawancara kepada 10 informan yang merupakan Ketua Tim Kerja Kebijakan Review Tarif dan INA *Grouper* dalam Program JKN Kementerian Kesehatan, Ketua Tim Kerja Pengampuan Jejaring KJSU dan KIA Kementerian Kesehatan, Tim Seleksi Obat Fornas Kementerian Kesehatan, Ketua Tim pengampu penyakit prioritas *stroke* Kementerian Kesehatan, Ketua Umum Perhimpunan Dokter Neurologi Seluruh Indonesia, Kedeputan Bidang Kebijakan Penjaminan Manfaat di wakikan oleh staf KPMR BPJS Kesehatan, Verifikator internal BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jakarta Utara dan Jakarta Barat, serta Dokter Neurologi di RS Pemerintah dan Swasta dari rencana awal dilakukan wawancara mendalam kepada 18 orang informan.

Pada saat melakukan wawancara mendalam kepada koordinator pengampuan *stroke* diberikan data klaim obat alteplase tahun pelayanan 2023, data diperoleh dari BPJS Kesehatan melalui Pusjak PDK pada bulan Januari 2024. Selain itu peneliti juga memperoleh informasi fasilitas yang dimiliki RS yang diampu berdasarkan jenjang starta kemampuan serta laporan *monitoring* dan evaluasi capaian pengampuan *stroke* tahun 2023 pada bulan April 2024. Data sekunder yang diperoleh akan dijelaskan dalam bentuk analisa deskriptif didalam bab ini.

Informan wawancara mendalam dipilih secara *purposive*, artinya informan dipilih secara sengaja berdasarkan kemampuan mereka memberikan informasi yang dibutuhkan. Pemilihan informan dilakukan berdasarkan kriteria tertentu yang ditetapkan sesuai dengan tujuan penelitian. Selain itu, jumlah informan disesuaikan hingga prinsip kecukupan informasi tercapai (Marta & Kresno, 2017).

Berikut merupakan karakteristik informan wawancara mendalam dari penelitian ini:

Tabel 5. 1. Karakteristik Informan Wawancara Mendalam

Kode Informan	Satuan Kerja	Jabatan	Lama Bekerja	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan
Informan 1 (K1)	Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK) Kementerian Kesehatan	Ketua Tim Kerja Kebijakan <i>Review</i> Tarif dan INA <i>Grouper</i> dalam Program JKN	24 Tahun	49 Tahun	Perempuan	S2
Informan 2 (K2)	Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan Kementerian Kesehatan	Ketua Tim Kerja Pengampuan Jejaring KJSU dan KIA	20 Tahun	46 Tahun	Laki-Laki	S2
Informan 3 (K3)	Direktorat Jenderal Farmasi dan Alkes Kementerian Kesehatan	Tim Seleksi Obat Fornas	8 Tahun	59 Tahun	Laki-laki	Sp-1
Informan 4 (K4)	Direktorat Jenderal Farmasi dan Alkes Kementerian Kesehatan	Tim Kerja Pengendalian dan Kersediaan Obat	-	-	-	-
Informan 5 (K5)	Koordinator pengampu penyakit prioritas <i>stroke</i> Kementerian Kesehatan	Ketua Tim pengampu penyakit prioritas <i>stroke</i>	4 Tahun	36 Tahun	Laki-laki	Sp-1
Informan 6 (P1)	Perhimpunan Dokter Neurologi Seluruh Indonesia	Ketua Umum	24 Tahun	62 Tahun	Laki-laki	S3
Informan 7 (B1)	BPJS Kesehatan	Kedeputan Bidang manajemen klaim dan utilisasi	-	-	-	-
Informan 8 (B2)	BPJS Kesehatan	Kedeputan Bidang Kebijakan Penjaminan Manfaat di wakilkkan oleh staf KPMR	16 Tahun	39 Tahun	Laki-laki	S2
Informan 9 (B3)	BPJS Kesehatan	Asisten Deputi Bidang Kebijakan Penjaminan Manfaat Rujukan	-	-	-	-
Informan 10 (B4)	BPJS Kesehatan Cabang Jakarta Utara	Verifikator internal	10 Tahun	34 Tahun	Perempuan	S1
Informan 11 (B5)	BPJS Kesehatan Cabang Jakarta Barat	Verifikator internal	9,5 Tahun	33 Tahun	Perempuan	S1
Informan 12 (RJU1)	RS Pemerintah	Dokter Neurologi	9 Tahun	39 Tahun	Perempuan	Sp-1
Informan 13 (RJU2)	RS Pemerintah	Petugas Klaim LUPIS	6 Tahun	31 Tahun	Perempuan	S1
Informan 14 (RJU3)	RS Pemerintah	Petugas Farmasi	15 Tahun	46 Tahun	Perempuan	S1
Informan 15 (RJB1)	RS Swasta	Dokter Neurologi	5 Tahun	39 Tahun	Perempuan	Sp-1
Informan 16 (RJB2)	RS Swasta	Petugas Klaim LUPIS	11 Tahun	36 Tahun	Perempuan	S1
Informan 17 (RJB3)	RS Swasta	Petugas Farmasi	8 Tahun	42 Tahun	Perempuan	S1
Informan 18 (PF1)	Perusahaan farmasi “Boehringer Ingelheim Pharma”	Tidak Bersedia	-	-	-	-

5.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif untuk mendapatkan hasil penelitian sesuai dengan tujuan yang di tentukan, pada pelaksanaanya terdapat beberapa keterbatasan dari penelitian diantaranya:

1. Perusahaan farmasi “Boehringer Ingelheim Pharma” tidak bersedia memberikan informasi dalam penelitian ini dikarenakan adanya etik dalam industri farmasi.
2. Tidak di dapatkannya rincian anggaran untuk pembayaran klaim obat alteplase, informasi latar belakang pendidikan secara detil, serta data jumlah SDM Spesialis Neurologi di Indonesia.
3. Tim Kerja Pengendalian dan Kersediaan Obat, jobdesk bukan tentang ketersediaan obat di RS.
4. Kedeputian Bidang manajemen klaim dan utilisasi tidak dilakukan wawancara dikarenakan ketidakcocokan waktu.
5. Permintaan data klaim untuk obat alteplase tidak di dapatkan, sehingga menggunakan data klaim obat alteplase per Januari 2024 atas pengklaiman dari Januari – Desember 2023 yang didapat dari Koordinator Pengampunan *Stroke*.
6. Pada penelitian ini tidak melihat setiap tahapan yang dilakukan stakeholder setelah PMK 3 Tahun 2023 diterbitkan.

5.3 Gambaran Lokasi Penelitian

5.3.1 Kementerian Kesehatan

Terdapat 4 satuan kerja di Kementerian kesehatan yang menjadi rujukan dalam pengambilan data informasi implementasi penjaminan alteplase, yaitu

1. Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan

Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan bertugas melakukan analisis, merumuskan rekomendasi, dan mengevaluasi kebijakan terkait pembiayaan, jaminan, dan desentralisasi dalam sektor kesehatan. Pusat ini berperan dalam mendukung transformasi sistem pembiayaan kesehatan dengan memastikan kemudahan dan kesetaraan akses layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat.

Selain itu, pusat ini juga mendukung berbagai urusan terkait pembiayaan dan jaminan kesehatan serta melakukan penilaian terhadap teknologi kesehatan. Upaya

ini bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas sistem kesehatan di Indonesia, sehingga dapat memberikan manfaat yang optimal bagi masyarakat.

Salah satu produk hukum yang diterbitkan oleh Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, yang didalamnya mengatur tentang penjaminan obat alteplase dalam tarif *Non* INACBG, sehingga sejak 24 Januari 2023 obat alteplase dapat diklaim terpisah dari paket perawatan dalam INACBG, yang tarif obatnya diatur dalam peraturan menteri.

2. Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan

Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan (PKR) bertugas untuk merumuskan dan melaksanakan kebijakan di bidang pelayanan kesehatan rujukan, menyusun norma, standar, prosedur, dan kriteria, serta memberikan bimbingan teknis dan supervisi, evaluasi, dan pelaporan. Fungsi utama Direktorat PKR mencakup penyiapan kebijakan di berbagai aspek pelayanan kesehatan, mulai dari pelayanan klinis, penunjang, kegawatdaruratan, dan bencana hingga pengelolaan perizinan fasilitas pelayanan kesehatan sekunder dan tersier.

Dalam menjalankan tugasnya, Direktorat PKR mengimplementasikan kebijakan yang telah dirumuskan untuk memastikan standar pelayanan kesehatan rujukan diterapkan dengan baik. Ini termasuk transformasi pelayanan kesehatan rujukan dan menangani berbagai jenis pelayanan khusus. Selain itu, Direktorat PKR juga bertanggung jawab menyusun norma, standar, prosedur, dan kriteria untuk memastikan kualitas dan efisiensi pelayanan kesehatan rujukan.

Direktorat PKR memberikan bimbingan teknis dan supervisi untuk memastikan penerapan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Direktorat PKR juga melakukan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan untuk menilai efektivitas kebijakan dan prosedur yang telah diterapkan, serta menangani urusan administrasi internal direktorat. Dengan demikian, Direktorat PKR berperan penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan rujukan di Indonesia.

Program transformasi pelayanan kesehatan rujukan dimulai dengan proses perbaikan pelayanan dengan penyakit yang menyebabkan kematian paling tinggi di Indonesia salah satunya *stroke*. Tindakan trombolisis merupakan salah satu

tatalaksana untuk menekan angka kematian dan kecacatan pada pasien *stroke* khususnya pada pasien *stroke* iskemik. Dan menjadi salah satu target capaian dari program pengampunan pelayanan *stroke* yang dapat dilakukan oleh rumah sakit baik strata paripurna, utama maupun madya berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1336/2023 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan *Stroke*.

3. Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan

Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan (Ditjen Farmalkes) di Kementerian Kesehatan memiliki tanggung jawab utama dalam merumuskan dan melaksanakan kebijakan di bidang kefarmasian dan alat kesehatan. Tugas-tugas ini mencakup berbagai aspek seperti produksi dan distribusi sediaan farmasi, penilaian dan pengawasan alat kesehatan, serta tata kelola perbekalan kesehatan. Selain itu, Ditjen Farmalkes juga berperan dalam menyusun norma, standar, prosedur, dan kriteria yang berkaitan dengan bidang tersebut. Mereka juga memberikan bimbingan teknis dan supervisi, serta melaksanakan evaluasi dan pelaporan untuk memastikan kebijakan-kebijakan yang diterapkan berjalan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

Dalam pelaksanaan tugasnya, Ditjen Farmalkes tidak hanya berfokus pada perumusan kebijakan, tetapi juga pada implementasi kebijakan tersebut secara efektif. Mereka melakukan pengawasan ketat terhadap produksi dan distribusi sediaan farmasi dan alat kesehatan untuk memastikan kualitas dan keamanan produk yang beredar di masyarakat. Ditjen Farmalkes juga bertanggung jawab atas administrasi internal Direktorat Jenderal serta tugas-tugas tambahan yang diberikan oleh Menteri Kesehatan. Melalui berbagai fungsi ini, Ditjen Farmalkes berperan penting dalam mendukung upaya pemerintah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan perlindungan masyarakat terhadap produk farmasi dan alat kesehatan.

Salah satu upaya menjamin ketersediaan obat yang aman, bermanfaat, dan bermutu dalam jumlah dan jenis yang cukup pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan, maka dibentuk Tim Seleksi Obat Formularium Nasional agar daftar obat dibuat secara transparan dan akuntabel. Pengaturan penyusunan dan penerapan Formularium Nasional dalam program jaminan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan pemahaman tentang proses

penyusunan dan kriteria pemilihan obat dalam Formularium Nasional, serta meningkatkan penerapan Formularium Nasional oleh dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis di fasilitas kesehatan. Ini memastikan pemilihan obat yang aman, berkhasiat, bermutu, terjangkau, dan berbasis bukti ilmiah. Selain itu, pengaturan ini mengoptimalkan penerapan Formularium Nasional sebagai acuan dalam perencanaan dan penyediaan obat di fasilitas kesehatan, serta meningkatkan peran tenaga kesehatan dalam memantau dan mengevaluasi penggunaan obat dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional berdasarkan Formularium Nasional (Permenkes, 2018).

Obat Alteplase merupakan salah satu dalam daftar obat di dalam Formularium Nasional, ketentuan/ retriksi penggunaannya diatur dalam formularium nasional. Dasar menentukan retriksi melalui masukan yang diberikan para ahli dan tentunya dari perusahaan farmasi, sehingga dalam penggunaannya lebih aman dan efektif.

4. Koordinator Jejaring Pengampuan Pelayanan *Stroke*

Koordinator Tugas Jejaring Pengampuan Pelayanan *Stroke* juga bertindak sebagai rumah sakit pengampu dan bertanggung jawab untuk menyusun strategi jaringan pengampuan serta upaya pencapaiannya sesuai dengan indikator keberhasilan. Selain itu, mereka melakukan koordinasi dan fasilitasi untuk penguatan pelayanan, pendidikan, dan penelitian translasional, termasuk menjalin kemitraan dengan pihak ketiga. Mereka juga melakukan kajian dan memberikan rekomendasi kepada Kementerian Kesehatan mengenai target tahunan, kebutuhan sumber daya manusia serta peningkatan kompetensinya, dan perencanaan sarana, prasarana, serta peralatan untuk pengampuan pelayanan *stroke*.

Rumah sakit bertanggung jawab untuk merencanakan pemenuhan sumber daya manusia dengan peta jalan per tahun hingga mencapai target stratifikasi, yang harus dikoordinasikan dengan koordinator jejaring pengampuan pelayanan *stroke* dan rumah sakit pengampu di wilayahnya. Perencanaan tersebut dapat diawasi oleh Kementerian Kesehatan bersama dengan dinas kesehatan provinsi dan/atau kabupaten/kota untuk memastikan kesesuaiannya, dan hasil pengawasan ini akan menjadi bahan pertimbangan dalam proses akreditasi rumah sakit. Selain itu, koordinator bertanggung jawab untuk menyusun standar prosedur operasional

pengampuan pelayanan *stroke* yang akan diacu oleh rumah sakit jejaring sesuai dengan strata pelayanannya.

Koordinator juga mengelola registri *stroke* berbasis rumah sakit dan populasi melalui sistem pencatatan terpadu, serta melakukan *monitoring* dan evaluasi berkala terhadap proses pelaksanaan pengampuan jejaring sesuai target yang telah ditetapkan. Mereka memberikan umpan balik dan rekomendasi kepada rumah sakit yang diampu terkait progres pengampuan pelayanan *stroke*, serta menyampaikan laporan pelaksanaan pengampuan pelayanan *stroke* secara berkala setiap tiga bulan kepada Menteri melalui Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

5.3.2 Perhimpunan Dokter Neurologi Seluruh Indonesia

Organisasi ini memiliki beberapa tujuan utama, antara lain membantu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia, khususnya dalam bidang kesehatan saraf. Selain itu, organisasi ini berupaya untuk memajukan pendidikan serta pengembangan ilmu dan teknologi terkait kesehatan saraf. Dengan fokus pada peningkatan profesionalisme anggota, organisasi ini juga berkomitmen untuk memperbaiki pelayanan kesehatan serta kesejahteraan para anggotanya.

Untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut, organisasi ini melakukan berbagai upaya, termasuk mengamalkan ilmu kedokteran dalam bidang kesehatan saraf. Melalui penerapan ilmu dan teknologi terbaru, organisasi ini berkontribusi dalam upaya meningkatkan taraf kesehatan masyarakat Indonesia secara keseluruhan, dengan penekanan khusus pada kesehatan saraf (PERDOSSI, 2015).

Sehubungan dengan standar kompetensi, tindakan trombolisis merupakan standar kompetensi yang dimiliki oleh dokter spesialis. Tindakan trombolisis sudah menjadi bagian dari kurikulum pendidikan Sp-1 dibidang neurologi yaitu Mampu melaksanakan trombolisis intravena secara mandiri dengan memperhatikan syarat, indikasi dan kontraindikasi tindakan tersebut (KNI Perdossi, 2015).

5.3.3 BPJS Kesehatan

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS Kesehatan memiliki fungsi utama untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Fungsi ini diperjelas dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, yang

menyatakan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa peserta mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan mereka.

Tugas BPJS Kesehatan meliputi berbagai kegiatan penting. Mereka bertanggung jawab untuk melakukan dan menerima pendaftaran peserta, memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja, serta menerima bantuan iuran dari pemerintah. Selain itu, BPJS Kesehatan mengelola Dana Jaminan Sosial demi kepentingan peserta, mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial, membayarkan manfaat dan membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Mereka juga memiliki tugas untuk memberikan informasi tentang penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat umum.

Untuk memastikan bahwa pemberian jaminan bagi peserta dan keluarganya terpenuhi dengan layak, BPJS Kesehatan menerapkan prinsip ekuitas dalam sistem jaminan kesehatan. Struktur penjaminan manfaat BPJS Kesehatan mencakup kebijakan untuk peserta, sistem pembayaran manfaat kepada fasilitas kesehatan, standar kontrak kerjasama, kendali mutu pelayanan, dan pengendalian biaya. Mekanisme pelaksanaannya melibatkan penetapan kebijakan oleh direksi, kesepakatan pembayaran manfaat, pengembangan sistem pembayaran, standar kontrak kerjasama, kendali mutu dan biaya, pembentukan tim kendali, dan memastikan kerjasama dengan fasilitas kesehatan berdasarkan integritas dan profesionalisme. Selain itu, direksi memastikan peserta mendapatkan manfaat sesuai haknya dan Dewan Pengawas memberikan saran serta pertimbangan atas kebijakan dan pelaksanaan sistem penjaminan manfaat (Perdir BPJS Kes, 2020).

5.3.4 Rumah Sakit

Rumah sakit berperan penting dalam meningkatkan efektivitas berbagai bagian sistem kesehatan lainnya dengan menyediakan layanan berkelanjutan untuk kondisi akut dan kompleks. Mereka memusatkan sumber daya yang terbatas dalam jaringan rujukan yang terencana untuk merespons kebutuhan kesehatan masyarakat dengan efisien, yang menjadi elemen penting dalam mencapai Cakupan Kesehatan *Universal* (UHC) dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDG).

Selain itu, rumah sakit merupakan bagian krusial dalam pengembangan sistem kesehatan secara keseluruhan. Dengan tekanan eksternal dan kelemahan internal, rumah sakit perlu beradaptasi dengan visi baru yang menekankan peran mereka dalam mendukung penyedia layanan kesehatan lain serta dalam penjangkauan masyarakat dan layanan berbasis rumah. Visi ini memperkuat jaringan rujukan yang efektif, memastikan rumah sakit dapat memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat dengan lebih baik.

Rumah sakit juga menjadi pusat penting bagi masyarakat dan sistem kesehatan, berfungsi sebagai tempat pendidikan bagi dokter, perawat, dan profesional kesehatan lainnya, serta basis untuk penelitian klinis. Mereka harus mencerminkan kebutuhan dan nilai masyarakat sekitarnya, memiliki ketahanan, dan mampu mempertahankan layanan dalam situasi darurat. Infrastruktur yang memadai, teknologi yang andal, serta manajemen yang baik memastikan rumah sakit dapat beroperasi dengan efektif, memberikan layanan berkualitas tinggi, dan berkontribusi pada pembangunan berkelanjutan dan penguatan sistem kesehatan.

Sistem kesehatan yang aman adalah sistem yang menerapkan semua tindakan yang diperlukan untuk menghindari dan mengurangi bahaya melalui kegiatan terorganisir. Ini termasuk memastikan komitmen kepemimpinan terhadap keselamatan dan menciptakan budaya yang mengutamakan keselamatan, menjamin lingkungan kerja dan prosedur klinis yang aman, meningkatkan kompetensi pekerja kesehatan serta kerja tim dan komunikasi, melibatkan pasien dan keluarga dalam pengembangan kebijakan dan pengambilan keputusan, serta membangun sistem pelaporan insiden keselamatan pasien untuk pembelajaran dan perbaikan berkelanjutan. Investasi dalam keselamatan pasien berdampak positif pada hasil kesehatan, mengurangi biaya terkait kerugian pasien, meningkatkan efisiensi sistem, dan membantu memulihkan kepercayaan masyarakat terhadap layanan kesehatan (WHO, 2023).

Dalam pelaksanaan pemberian obat Alteplase diperlukan koordinasi yang simultan. Seperti petugas pelayanan di IGD diharapkan memiliki tim yang solid dalam penanganan pasien *stroke* iskemik dibutuhkan kerja sama Dokter Neurologi, Dokter Umum, Dokter Radiologi, Perawat, *Radiografer*. Bagian farmasi dapat memberikan jaminan ketersediaan obat di rumah sakit. Serta bagian klaim yang memahami regulasi dan alur proses pengklaiman obat alteplase. Dan pastinya manajemen yang terus mendukung dengan melakukan perencanaan, implementasi, *monitoring* dan evaluasi

berjalannya penatalaksanaan *stroke* iskemik dengan trombolisis yang menggunakan obat alteplase.

5.3.5 Perusahaan Farmasi “Boehringer Ingelheim Pharma”

Didirikan pada tahun 1885 oleh Albert Boehringer di Ingelheim, Jerman, Boehringer Ingelheim memulai perjalanannya dengan hanya 28 karyawan yang memproduksi garam asam tartarat. Kini, lebih dari 130 tahun kemudian, perusahaan ini telah berkembang menjadi entitas global dengan 145 afiliasi dan lebih dari 52.000 karyawan yang melayani lebih dari 130 pasar di seluruh dunia. Sejak awal berdirinya, perusahaan ini, yang tetap sebagai entitas swasta, berkomitmen untuk meneliti, mengembangkan, memproduksi, dan memasarkan pengobatan baru bagi manusia dan hewan.

Boehringer Ingelheim merangkum tujuan dan keyakinannya dalam satu frase: "Nilai melalui Inovasi." Visi ini telah membantu menguatkan keunggulan dan memanfaatkan karakteristik unik serta budaya perusahaan yang berakar pada keyakinan bahwa kesuksesan dicapai melalui kemitraan yang kuat dengan karyawan kami. "Nilai melalui Inovasi" mendorong untuk terus mencari cara-cara baru dan inovatif untuk meningkatkan kehidupan yang di sentuh, baik itu pasien, keluarga mereka, karyawan, maupun komunitas kami. Boehringer Ingelheim juga berkomitmen untuk memberikan layanan dan dukungan berharga kepada pasien dan keluarga mereka, dengan tujuan memahami dan memenuhi kebutuhan mereka melalui obat-obatan inovatif, serta program dan layanan terbaik di kelasnya.

Salah satu produk Boehringer Ingelheim adalah Actilyse, zat aktif dalam Actilyse adalah alteplase, yang merupakan obat trombolitik yang bekerja dengan melarutkan gumpalan darah di pembuluh darah. Actilyse 50 mg digunakan untuk mengobati gangguan yang disebabkan oleh pembekuan darah, termasuk infark miokard akut, emboli paru masif akut dengan ketidakstabilan hemodinamik, dan *stroke* iskemik akut. Obat ini membantu memulihkan aliran darah normal dengan melarutkan gumpalan darah tersebut.

5.4 Kebijakan Implementasi Penjaminan Obat Alteplase

Kementerian Kesehatan adalah lembaga pemerintah yang bertugas mengelola urusan pemerintahan di bidang kesehatan dan berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Presiden (Perpres, 2021). Salah satu urusan tersebut tertuang dalam rencana

strategis Kementerian Kesehatan tahun 2022-2024 yaitu terkait pengembangan jejaring pengampunan penyakit stroke (Permenkes, 2022), termasuk penjaminan obat alteplase dalam program JKN. Berikut adalah kebijakan dari Kementerian Kesehatan berupa regulasi yang berlaku dalam implementasi penatalaksanaan penggunaan obat alteplase:

1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/394/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana *Stroke*

Dalam pedoman ini mengatur tatalaksana pelayanan *stroke* termasuk didalamnya tindakan trombolisis. Pasien *stroke* adalah pasien darurat yang dapat langsung menuju IGD di rumah sakit mana pun dan kemudian dirujuk ke rumah sakit yang memiliki fasilitas CT-scan termasuk pasien yang memiliki kandidat trombolisis. Didalam PNPK ini juga memberikan informasi rekomendasi *golden period* waktu pemberian rtPA, terdapat kriteria inklusi dan eklusi yang harus di perhatikan sebelum melakukan tindakan trombolisis, serta manajemen risiko perdarahan selama atau setelah pemberian Alteplase. Didalamnya juga diinformasikan protokol penggunaan rtPA (Alteplase) intravena, ketentuan penggunaan. Apabila kandidat tatalaksana lanjutan seperti trombektomi wajib dipastikan ketersediaan fasilitas cathlab dan neurointervensionis. Didalam PNPK juga disampaikan bahwa dibutuhkan tim dalam pelayanan *stroke* akut, yang terdiri dari dokter umum di ruang emergensi, dokter spesialis neurologi, dan dikarenakan dalam penegakannya dibutuhkan CT-Scan maka dokter spesialis radiologi dan *radiografer* menjadi dibutuhkan dalam pelayanan *stroke* akut. Didukung oleh didukung oleh neurointensivis, ahli neurosonologi, neurointervensi, neurobehaviour dan neurorestorasi, tim farmasi dan gizi. Dan dapat pula didukung oleh konsultan endokrin, ginjal hipertensi, hematologi, jantung, pulmonologi, bedah saraf, kedokteran fisik dan rehabilitasi, radiologi, serta ilmu gizi klinik. Tim konsultan ini dapat dimintakan konsultasi sesuai dengan penyakit penyerta pasien *stroke*.

2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2197/2023 Tentang Formularium Nasional

Formularium Nasional adalah daftar obat pilihan yang disusun untuk digunakan sebagai panduan dalam penulisan resep. Daftar ini diperlukan untuk memastikan pelayanan kesehatan yang efektif. Formularium tersebut berperan penting dalam mendukung pelaksanaan program jaminan kesehatan. Alteplase termasuk dalam

daftar formularium nasional, terdapat retriksi yang harus dipenuhi pada penggunaan obat alteplase yaitu tidak boleh digunakan untuk *stroke* iskemik jika ada riwayat perdarahan intrakranial atau cedera kepala berat dalam 3 bulan terakhir, operasi besar dalam 3 bulan terakhir, riwayat gangguan pembekuan darah, atau hipertensi yang tidak terkontrol. Hanya diperuntukkan bagi infark miokard akut dengan onset kurang dari 12 jam dan *stroke* non-hemoragik dengan onset kurang dari 4,5 jam. Pemberian hanya dapat dilakukan di Faskes Tk. 2 yang memiliki fasilitas ICCU/ICU/*unit stroke*.

3. Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan

Pada Permenkes 3 mengatur tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan baik di fasilitas kesehatan primer maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Termasuk Tarif *Non* INA-CBG yang merupakan tarif yang berada di luar paket tarif INA-CBG dan berlaku untuk jenis layanan tertentu, di mana proses pengajuan klaimnya dilakukan secara terpisah dari tarif INA-CBG. Pelayanan tertentu meliputi Dialisis Peritoneal Rawat Jalan Berkelanjutan (CAPD), pelayanan imunohistokimia untuk kanker payudara dan limfoma *non*-Hodgkin, pemeriksaan *Epidermal Growth Factor Receptor* (EGFR) untuk kanker paru, obat penyakit kronis, pemindaian hewan peliharaan, obat kemoterapi, obat alteplase, kantong darah, ambulans, dan alat bantu kesehatan. Untuk obat alteplase pada pasal 44 disampaikan bahwa tarif obat alteplase akan di tetapkan oleh Menteri.

4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1336/2023 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan *Stroke*

Tujuan dibuatnya KMK ini adalah untuk optimalisasi pelayanan dengan meningkatkan kemampuan sumber daya, penatalaksanaan, dan rujukan melalui jejaring pengampuan pelayanan rumah sakit khususnya penyakit *stroke*. Didalamnya ditunjuk Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Mahar Mardjono sebagai koordinator jejaring pengampuan pelayanan *stroke*, dan dibuatnya jejaring pengampuan layanan *stroke* dengan menunjuk rumah sakit pengampu yang terdiri dari rumah sakit dengan stratifikasi kemampuan paripurna dan madya. Sedangkan rumah sakit diampu adalah rumah sakit dengan stratifikasi kemampuan utama dan madya. Didalam peraturan ini juga disampaikan pemerintah daerah diharuskan membuat komitmen/ nota kesepahaman untuk mendukung rumah sakit didaerahnya meliputi dukungan sumber

daya manusia, sarana dan prasarana dan dukungan lainnya. Biaya yang muncul dari pelaksanaan tugas koordinator pengampuan pelayanan *stroke* dan rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan *stroke* akan ditanggung oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan/atau sumber lain. Dalam menilai kemampuan pelayanan *stroke* disemua rumah sakit dengan strata paripurna, utama, dan madya ditargetkan mampu melakukan pelayanan trombolisis. Indikator yang menjadi acuan bagi Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Stroke mencakup dua jenis: proses dan *outcome*. Indikator proses meliputi terlaksananya kegiatan pengampuan sesuai target, pelatihan kepada rumah sakit yang diampu, program peningkatan kapasitas SDM Kesehatan, persentase kelengkapan infrastruktur dan alat kesehatan yang mendukung kegiatan pengampuan, pelaksanaan program di rumah sakit yang diampu sesuai dengan program pengampuan, serta penggunaan sistem informasi dalam kegiatan pengampuan. Indikator *outcome* pengembangan jejaring pelayanan prioritas mencakup penurunan laju kenaikan kematian akibat *stroke* menjadi 0,4% atau 138,7 kematian per 100.000 penduduk per tahun, terselenggaranya layanan *stroke* pada setiap rumah sakit yang diampu sesuai dengan stratifikasi, dan terbentuknya sistem *stroke registry* yang lengkap dan berkesinambungan.

5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/MENKES/503/2024 Tentang Nilai Klaim Harga Obat Program Rujuk Balik, Obat Penyakit Kronis Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut, Obat Kemoterapi, Dan Obat Alteplase

Untuk menjamin aksesibilitas obat yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau dalam jenis dan jumlah yang memadai, perlu dilakukan penyesuaian terhadap Nilai Klaim Harga Obat Program Rujuk Balik, Obat Penyakit Kronis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut, Obat Kemoterapi, dan Obat Alteplase. Penyesuaian ini didasarkan pada formularium nasional yang telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/2197/2023 tentang Formularium Nasional dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Tarif yang ditetapkan untuk Alteplase serb inj 50 mg per ampul/vial adalah Rp

4.500.545 di regional I, II, III, IV, V sedangkan pada regional VI dan VII dikenakan tarif Rp 4.950.600.

5.5 Implementasi Penjaminan Obat Alteplase Tahun 2023

5.5.1 Implementasi Penjaminan Obat Alteplase Nasional Tahun 2023

Data klaim obat alteplase yang diterima dari Koordinator pengampu penyakit prioritas *stroke* merupakan data yang diperoleh dari BPJS Kesehatan melalui Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK), data diterima pada Januari 2024. Sehingga dapat dipastikan data klaim ini belum mencakup keseluruhan klaim yang diajukan rumah sakit ke BPJS Kesehatan, dikarenakan masih adanya waktu pengajuan klaim selama 6 bulan kedepan di bulan Januari, Februari, Maret, April, Mei dan Juni 2024 terhadap bulan layanan Agustus, September, Oktober, November dan Desember 2023.

Tabel 5. 2. Data Klaim Alteplase Tahun 2023

	Jumlah	Persentase	Total Kasus	Persentase	Total Nilai Klaim	Persentase
Nasional	82		774		3.851.758.241	
Jenis Kepemilikan RS						
Swasta	41	50,00%	222	28,68%	1.053.004.412	27,34%
Vertikal	15	18,29%	391	50,52%	2.011.158.545	52,21%
PemKab/Kot	14	17,07%	101	13,05%	472.557.225	12,27%
PemProv	12	14,64%	60	7,75%	315.038.059	8,18%
Jenis Kelas RS						
A	21	25,61%	406	52,45%	2.123.671.624	55,14%
B	45	54,88%	286	36,95%	1.349.280.979	35,03%
C	16	19,51%	82	10,59%	378.805.638	9,83%
Provinsi						
DKI Jakarta	8	9,76%	284	36,69%	1.453.676.035	37,74%
Jawa Barat	20	24,39%	159	20,54%	769.602.558	19,98%
Jawa Tengah	12	14,63%	100	12,92%	500.055.556	12,98%
D I Yogyakarta	5	6,10%	50	6,46%	228.637.545	5,94%
Jawa Timur	8	9,76%	38	4,91%	184.522.345	4,79%
Sumatera Utara	4	4,88%	31	4,01%	144.017.440	3,74%
Nusa Tenggara Barat	2	2,44%	26	3,36%	117.014.170	3,04%
Kalimantan Selatan	3	3,66%	19	2,45%	108.013.080	2,80%

	Jumlah	Persentase	Total Kasus	Persentase	Total Nilai Klaim	Persentase
Bali	2	2,44%	14	1,81%	102.925.285	2,67%
Sumatera Barat	2	2,44%	14	1,81%	63.007.630	1,64%
Sumatera Selatan	4	4,88%	11	1,42%	49.505.995	1,29%
Kepulauan Riau	3	3,66%	9	1,16%	40.504.905	1,05%
Riau	3	3,66%	7	0,90%	31.503.815	0,82%
Sulawesi Utara	1	1,22%	6	0,78%	27.003.270	0,70%
Kalimantan Timur	2	2,44%	3	0,39%	18.002.180	0,47%
Jambi	1	1,22%	1	0,13%	4.765.342	0,12%
Banten	1	1,22%	1	0,13%	4.500.545	0,12%
Lampung	1	1,22%	1	0,13%	4.500.545	0,12%
Aceh	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Bengkulu	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Gorontalo	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Kalimantan Barat	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Kalimantan Tengah	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Kalimantan Utara	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Kepulauan Bangka Belitung	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Maluku	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Maluku Utara	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Nusa Tenggara Timur	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Papua	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Papua Barat	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Papua Barat Daya	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Papua Pegunungan	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Papua Selatan	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Papua Tengah	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Sulawesi Barat	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Sulawesi Selatan	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Sulawesi Tengah	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Sulawesi Tenggara	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%

Sumber: BPJS Kesehatan melalui Pusjak PDK diberikan kepada Pengampunan Stroke

Pada gambar 5.2 dapat dilihat klaim alteplase jumlah RS yang mengklaim obat alteplase adalah sebanyak 82 rumah sakit dengan jumlah kasus 774 kasus dan nilai klaim sebesar Rp 3.851.758.241,- (Tiga milyar delapan ratus lima puluh satu juta tujuh ratus lima puluh delapan ribu dua ratus empat puluh satu rupiah). Berdasarkan jenis kepemilikan rumah sakit, 50% rumah sakit yang mengajukan klaim alteplase adalah rumah sakit swasta yaitu sebanyak 41 rumah sakit dengan jumlah kasus sebanyak 222 kasus (28,68%) dan nilai klaim sebesar Rp 1.053.004.412,- (Satu milyar lima puluh tiga juta empat ribu empat ratus dua belas rupiah). Selanjutnya adalah rumah sakit vertikal

sebanyak 15 rumah sakit (18,29%) dengan jumlah kasus sebanyak 391 kasus dan jumlah klaim sebesar Rp 2.011.158.545,- (Dua milyar sebelas juta seratus lima puluh delapan ribu lima ratus empat puluh lima rupiah) sedangkan milik pemerintah kabupaten kota (PemKab/Kot) sebanyak 14 rumah sakit atau 17,07% dengan jumlah kasus 101 kasus dan jumlah klaim sebesar Rp 472.557.225,- (Empat ratus tujuh puluh dua juta lima ratus lima puluh tujuh ribu dua ratus dua puluh lima rupiah) dan rumah sakit milik pemerintah provinsi (PemProv) sebanyak 12 rumah sakit atau 14,64% dengan jumlah kasus sebanyak 60 kasus dan jumlah klaim sebesar Rp 315.038.059,- (Tiga ratus lima belas juta tiga puluh delapan ribu lima puluh sembilan rupiah).

Berdasarkan jenis kelas RS, kelas RS Tipe B paling banyak melakukan klaim obat Alteplase sebanyak 45 rumah sakit (54,88%) dengan jumlah kasus 286 kasus (36,95%) dan nilai klaim sebesar Rp 1.349.280.979,- (Satu milyar tiga ratus empat puluh sembilan juta dua ratus delapan puluh ribu sembilan ratus tujuh puluh sembilan rupiah). RS Tipe A melakukan klaim obat Alteplase sebanyak 21 rumah sakit (25,61%) dengan jumlah kasus 406 kasus (52,45%) dan nilai klaim sebesar Rp 2.123.671.624,- (Dua milyar seratus dua puluh tiga juta enam ratus tujuh puluh satu ribu enam ratus dua puluh empat rupiah). RS Tipe C melakukan klaim obat Alteplase sebanyak 16 rumah sakit (19,51%) dengan jumlah kasus 81 kasus (10,59%) dan nilai klaim sebesar Rp 378.805.638,- (Tiga ratus tujuh puluh delapan juta delapan ratus lima ribu enam ratus tiga puluh delapan rupiah).

Selain itu dilakukan pemilahan berdasarkan provinsi tempat rumah sakit berada, diketahui DKI Jakarta terdapat 8 rumah sakit (9,76%) yang melakukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus sebanyak 284 kasus (36,69%) dan nilai klaim sebesar Rp 1.453.676.035,- (Satu milyar empat ratus lima puluh tiga juta enam ratus tujuh puluh enam ribu tiga puluh lima rupiah). Berturut-turut provinsi lainnya adalah Jawa Barat sebanyak 20 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 159 kasus (20,54%) dan nilai klaim sebesar Rp 769.602.558,- (Tujuh ratus enam puluh sembilan juta enam ratus dua ribu lima ratus lima puluh delapan rupiah), Jawa Tengah 12 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 100 kasus (12,92%) dan nilai klaim sebesar Rp 500.055.556,- (Lima ratus juta lima puluh lima ribu lima ratus lima puluh enam rupiah), DI Yogyakarta 5 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 50 kasus (6,46%) dan nilai klaim sebesar Rp 228.637.545,- (Dua ratus dua puluh delapan juta enam ratus tiga puluh tujuh ribu lima

ratus empat puluh lima rupiah), Jawa Timur 8 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 38 kasus (4,91%) dan nilai klaim sebesar Rp 184.522.345,- (Seratus delapan puluh empat juta lima ratus dua puluh dua ribu tiga ratus empat puluh lima rupiah), Sumatera Utara 4 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 31 kasus (4,01%) dan nilai klaim sebesar Rp 144.017.440,- (Seratus empat puluh empat juta tujuh belas ribu empat ratus empat puluh rupiah), Nusa Tenggara Barat 2 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 26 kasus (3,36%) dan nilai klaim sebesar Rp 117.014.170,- (Seratus tujuh belas juta empat belas ribu seratus tujuh puluh rupiah), Kalimantan Selatan 3 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 19 kasus (2,45%) dan nilai klaim sebesar Rp 108.013.080,- (Seratus delapan juta tiga belas ribu delapan puluh rupiah), Bali 2 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 14 kasus (1,81%) dan nilai klaim sebesar Rp 102.925.285,- (Seratus dua juta sembilan ratus dua puluh lima ribu dua ratus delapan puluh lima rupiah), Sumatera Barat 2 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 14 kasus (1,81%) dan nilai klaim sebesar Rp 63.007.630,- (Enam puluh tiga juta tujuh ribu enam ratus tiga puluh rupiah), Sumatera Selatan 4 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 11 kasus (1,42%) dan nilai klaim sebesar Rp 49.505.995,- (Empat puluh sembilan juta lima ratus lima ribu sembilan ratus sembilan puluh lima rupiah), Kepulauan Riau 3 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 9 kasus (1,16%) dan nilai klaim sebesar Rp 40.504.905,- (Empat puluh juta lima ratus empat ribu sembilan ratus lima rupiah), Riau 3 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 7 kasus (0,90%) dan nilai klaim sebesar Rp 31.503.815,- (Tiga puluh satu juta lima ratus tiga ribu delapan ratus lima belas rupiah), Sulawesi Utara 1 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 6 kasus (0,78%) dan nilai klaim sebesar Rp 27.003.270,- (Dua puluh tujuh juta tiga ribu dua ratus tujuh puluh rupiah), Kalimantan Timur 2 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 3 kasus (0,39%) dan nilai klaim sebesar Rp 18.002.180,- (Delapan belas juta dua ribu seratus delapan puluh rupiah), Jambi, Banten, dan Lampung masing-masing terdapat 1 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 1 kasus (0,13%) dan nilai klaim provinsi Jambi sebesar Rp 4.765.342,- (Empat juta tujuh ratus enam puluh lima ribu tiga ratus empat puluh dua rupiah), sedangkan provinsi Banten

dan Lampung sebesar Rp 4.500.545,- (Empat juta lima ratus ribu lima ratus empat puluh lima rupiah). Terdapat 20 provinsi yang belum mengajukan klaim obat Alteplase sampai dengan Januari 2024, sebagai berikut: Aceh, Bengkulu, Gorontalo, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Utara, Kepulauan Bangka Belitung, Maluku, Maluku Utara, Nusa Tenggara Timur, Papua, Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua Pegunungan, Papua Selatan, Papua Tengah, Sulawesi Barat, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara.

Tabel 5. 3. Data Perbandingan Rumah Sakit di Indonesia dengan Pengaju Klaim Obat Alteplase Tahun 2023

	Jumlah RS	Jumlah RS Klaim Alteplase	Persentase
Nasional	2218	82	3,70%
Jenis Kepemilikan RS			
Swasta	607	41	6,75%
Vertikal	37	15	40,54%
PemKab/Kot	518	14	2,70%
PemProv	128	12	9,38%
Perusahaan	381	-	0,00%
Organisasi Sosial	218	-	0,00%
Organisasi Islam	67	-	0,00%
Perorangan	52	-	0,00%
TNI AD	43	-	0,00%
POLRI	42	-	0,00%
Organisasi Katholik	28	-	0,00%
Kementerian Lain	29	-	0,00%
BUMN	25	-	0,00%
Organisasi Protestan	19	-	0,00%
TNI AL	12	-	0,00%
TNI AU	9	-	0,00%
Organisasi Hindu	2	-	0,00%
Organisasi Budha	1	-	0,00%
Jenis Kelas RS			
A	71	21	29,58%
B	441	45	10,20%
C	1706	16	0,94%
Provinsi			
Kepulauan Riau	27	3	11,11%
D I Yogyakarta	45	5	11,11%

	Jumlah RS	Jumlah RS Klaim Alteplase	Persentase
Kalimantan Selatan	36	3	8,33%
Jawa Barat	339	20	5,90%
Sumatera Selatan	63	4	6,35%
Nusa Tenggara Barat	28	2	7,14%
DKI Jakarta	162	8	4,94%
Riau	54	3	5,56%
Jawa Tengah	225	12	5,33%
Kalimantan Timur	37	2	5,41%
Sumatera Barat	61	2	3,28%
Bali	65	2	3,08%
Jambi	28	1	3,57%
Sumatera Utara	150	4	2,67%
Jawa Timur	287	8	2,79%
Sulawesi Utara	41	1	2,44%
Lampung	63	1	1,59%
Banten	110	1	0,91%
Aceh	47	-	0,00%
Bengkulu	18	-	0,00%
Gorontalo	11	-	0,00%
Kalimantan Barat	36	-	0,00%
Kalimantan Tengah	24	-	0,00%
Kalimantan Utara	6	-	0,00%
Kepulauan Bangka Belitung	18	-	0,00%
Maluku	13	-	0,00%
Maluku Utara	8	-	0,00%
Nusa Tenggara Timur	34	-	0,00%
Papua	12	-	0,00%
Papua Barat	6	-	0,00%
Papua Barat Daya	3	-	0,00%
Papua Pegunungan	1	-	0,00%
Papua Selatan	2	-	0,00%
Papua Tengah	4	-	0,00%
Sulawesi Barat	9	-	0,00%
Sulawesi Selatan	97	-	0,00%
Sulawesi Tengah	27	-	0,00%
Sulawesi Tenggara	21	-	0,00%

Sumber: RS Online dan BPJS Kesehatan melalui Pusjak PDK diberikan kepada Pengampunan Stroke

Pada tabel 5.3 dapat kita lihat perbandingan jumlah rumah sakit, data rumah sakit yang digunakan adalah rumah sakit tipe A, tipe B, dan Tipe C dikarenakan tipe rumah sakit tersebut diharapkan mampu melakukan tindakan trombolisis di Indonesia. Jumlah

rumah sakit sebanyak 2218 dan yang melakukan klaim alteplase sebanyak 82 rumah sakit atau 3,70%. Jika diklasifikasikan berdasarkan jenis kepemilikan RS, RS Swasta di Indonesia sejumlah 607 rumah sakit dan yang melakukan klaim obat alteplase sebanyak 41 rumah sakit atau 6,75%, RS Vertikal sejumlah 37 rumah sakit yang melakukan klaim obat alteplase sebanyak 15 rumah sakit atau 40,54%, RS Pemerintah Kabupaten Kota (Pemkab/Kot) sejumlah 518 rumah sakit yang melakukan klaim obat alteplase sebanyak 14 rumah sakit atau 2,70%, RS Pemerintah Provinsi (Pemprov) sejumlah 128 rumah sakit yang melakukan klaim obat alteplase sebanyak 12 rumah sakit atau 9,38%. Sedangkan RS jenis kepemilikan lainnya belum pernah ada yang melakukan klaim obat alteplase seperti: Perusahaan, Organisasi Sosial, Organisasi Islam, Pemkot, Perorangan, TNI AD, POLRI, Organisasi Katholik, Kementerian Lain, BUMN, Organisasi Protestan, TNI AL, TNI AU, Organisasi Hindu, Organisasi Budha.

Berdasarkan jenis kelas RS, kelas rumah sakit tipe A sejumlah 71 rumah sakit dan yang melakukan klaim obat alteplase sebanyak 21 rumah sakit (29,58%), rumah sakit tipe B sejumlah 441 rumah sakit dan yang melakukan klaim obat alteplase sebanyak 45 rumah sakit (10,20%), rumah sakit tipe C sejumlah 1.706 rumah sakit dan yang melakukan klaim obat alteplase sebanyak 16 rumah sakit (0,94%).

Bila diklasifikasikan berdasarkan provinsi diketahui Kepulauan Riau dengan 27 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 3 rumah sakit (11,11%), DI Yogyakarta dengan 45 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 5 rumah sakit (11,11%), Kalimantan selatan dengan 36 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 3 rumah sakit (8,33%), Nusa Tenggara Barat dengan 28 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 2 rumah sakit (7,14%), Sumatera Selatan dengan 63 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 4 rumah sakit (6,35%), Jawa Barat dengan 339 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 20 rumah sakit (5,90%), Riau dengan 54 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 3 rumah sakit (5,56%), Kalimantan Timur dengan 37 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 2 rumah sakit (5,41%), Jawa Tengah dengan 225 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 12 rumah sakit (5,33%), DKI Jakarta dengan 162 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 8 rumah sakit (4,94%), Jambi dengan 28 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 1 rumah sakit (3,57%), Sumatera Barat dengan 61 rumah sakit

yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 2 rumah sakit (3,28%), Bali dengan 65 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 2 rumah sakit (3,08%), Jawa Timur dengan 287 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 8 rumah sakit (2,79%), Sumatera Utara dengan 150 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 4 rumah sakit (2,67%), Sulawesi Utara dengan 41 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 1 rumah sakit (2,44%), Lampung dengan 63 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 1 rumah sakit (1,59%), Banten dengan 110 rumah sakit yang telah melakukan klaim alteplase sebanyak 1 rumah sakit (0,91%), sedang provinsi Aceh, Bengkulu, Gorontalo, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Utara, Kepulauan Bangka Belitung, Maluku, Maluku Utara, Nusa Tenggara Timur, Papua, Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua Pegunungan, Papua Selatan, Papua Tengah, Sulawesi Barat, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara belum pernah mengajukan klaim alteplase

Tabel 5. 4. Perbandingan Jumlah Kasus *Stroke* Dengan Jumlah Kasus Klaim Alteplase Di Indonesia Tahun 2023

	Kasus <i>Stroke</i> Iskemik	Total Kasus Klaim Alteplase	Persentase
Nasional	322.282	774	0,24%
Jenis Kepemilikan RS			
Swasta	151.872	222	0,15%
Vertikal	17.907	391	2,18%
PemKab/Kot	105.957	101	0,10%
PemProv	25.784	60	0,23%
TNI AD	7.529	-	0,00%
POLRI	4.996	-	0,00%
BUMN	6.084	-	0,00%
TNI AU	900	-	0,00%
TNI AL	1.253	-	0,00%
Jenis Kelas RS			
A	29.336	406	1,38%
B	135.219	286	0,21%
C	143.025	82	0,06%
D	14.520	-	0,00%
Klinik Rawat Inap	182	-	0,00%
Provinsi			

	Kasus <i>Stroke</i> Iskemik	Total Kasus Klaim Alteplase	<i>Persentase</i>
DKI Jakarta	22.238	284	1,28%
Nusa Tenggara Barat	3.367	26	0,77%
D I Yogyakarta	9.079	50	0,55%
Sulawesi Utara	1.283	6	0,47%
Kalimantan Selatan	4.424	19	0,43%
Kepulauan Riau	2.338	9	0,38%
Jawa Barat	60.662	159	0,26%
Bali	5.745	14	0,24%
Sumatera Barat	6.863	14	0,20%
Sumatera Utara	16.406	31	0,19%
Jawa Tengah	64.199	100	0,16%
Sumatera Selatan	7.282	11	0,15%
Riau	6.073	7	0,12%
Jambi	1.186	1	0,08%
Jawa Timur	56.054	38	0,07%
Kalimantan Timur	6.466	3	0,05%
Lampung	7.685	1	0,01%
Banten	12.812	1	0,01%
Sulawesi Selatan	7.419	0	0,00%
Aceh	5.905	0	0,00%
Kalimantan Barat	2.766	0	0,00%
Sulawesi Tengah	1.958	0	0,00%
Nusa Tenggara Timur	1.321	0	0,00%
Kalimantan Tengah	1.228	0	0,00%
Sulawesi Tenggara	1.221	0	0,00%
Kepulauan Bangka Belitung	1.213	0	0,00%
Gorontalo	1.205	0	0,00%
Sulawesi Barat	919	0	0,00%
Papua	914	0	0,00%
Bengkulu	661	0	0,00%
Kalimantan Utara	599	0	0,00%
Maluku	383	0	0,00%
Papua Barat	295	0	0,00%
Maluku Utara	113	0	0,00%

Sumber: Data klaim BPJS Kesehatan dan data klaim alteplase Tahun Pelayanan 2023

Tabel 5.4 menunjukkan jumlah kasus *stroke* iskemik di Indonesia pada tahun 2023, data didapatkan dari data klaim BPJS tahun 2023 dengan melakukan pemilahan diagnosa hanya *stroke* iskemik (kode ICD 10 I63) di Indonesia. Secara nasional jumlah kasus *stroke* iskemik adalah 322.282 kasus bila dibandingkan dengan jumlah kasus klaim obat

alteplase sejumlah 774 kasus diketahui persentase klaim terhadap kasus *stroke* iskemik sebesar 0,24%.

Dilihat dari jenis kelas RS, diketahui jumlah kasus *stroke* iskemik di RS Tipe A adalah sebanyak 29.336 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 406 kasus atau 1,38%. Di RS Tipe B jumlah kasus *stroke* iskemik sebanyak 135.219 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 286 Kasus atau 0,21%. Sedangkan di RS Tipe C jumlah kasus *stroke* iskemik sebanyak 143.025 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 82 kasus atau 0,06%. Di RS Tipe D terdapat kasus *stroke* iskemik sebanyak 14.702 kasus namun belum ada yang mengajukan klaim, dapat disebabkan karena keterbatasan fasilitas di rumah sakit tipe D.

Sedangkan berdasarkan pemilik rumah sakit, diketahui jumlah kasus *stroke* iskemik di RS Vertikal sebanyak 17.907 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 391 kasus (2,18%), sedangkan RS Pemerintah Provinsi jumlah kasus *stroke* iskemiknya sebanyak 25.784 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 60 kasus (0,23%), RS Swasta terdapat 151.872 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 222 kasus (0,15%), RS Pemerintah Kabupaten/ Kota jumlah kasus *stroke* iskemiknya sebanyak 105.957 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 101 kasus (0,10%), dan untuk RS TNI AD, RS POLRI, RS BUMN, RS TNI AU, RS TNI AL yang memiliki kasus *stroke* iskemik namun belum melakukan klaim obat alteplase.

Sedangkan berdasarkan provinsi DKI Jakarta merupakan provinsi dengan capaian klaim obat alteplase tertinggi yaitu 284 kasus (1,28%) dengan jumlah *stroke* iskemik sebanyak 22.238 kasus pada tahun 2023. Sedangkan Nusa Tenggara Barat jumlah kasus *stroke* iskemiknya 3.367 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 26 kasus (0,77%), DI Yogyakarta jumlah kasus *stroke* iskemiknya 9.079 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 50 kasus (0,55%), Kalimantan Selatan jumlah kasus *stroke* iskemiknya 4.424 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 19 kasus (0,43%), Sulawesi Utara jumlah kasus *stroke* iskemiknya 1.283 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 6 kasus (0,47%), Kepulauan Riau jumlah kasus *stroke* iskemiknya 2.338 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 9 kasus (0,38%), Jawa Barat jumlah kasus *stroke* iskemiknya 60.662 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 159 kasus (0,26%), Bali jumlah kasus *stroke* iskemiknya 5.745 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 14 kasus (0,24%), Sumatera Utara jumlah kasus

stroke iskemiknya 16.406 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 31 kasus (0,19%), Riau jumlah kasus *stroke* iskemiknya 6.073 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 7 kasus (0,12%), Sumatera Selatan jumlah kasus *stroke* iskemiknya 7.282 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 11 kasus (0,15%), Jawa tengah jumlah kasus *stroke* iskemiknya 64.199 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 100 kasus (0,16%), Sumatera Barat jumlah kasus *stroke* iskemiknya 6.863 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 14 kasus (0,20%), Jambi jumlah kasus *stroke* iskemiknya 1.186 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 1 kasus (0,08%), Jawa timur jumlah kasus *stroke* iskemiknya 56.054 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 38 kasus (0,07%), Kalimantan Timur jumlah kasus *stroke* iskemiknya 6.466 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 3 kasus (0,05%), Lampung jumlah kasus *stroke* iskemiknya 7.685 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 1 kasus (0,01%), Banten jumlah kasus *stroke* iskemiknya 12.812 kasus dengan jumlah klaim obat alteplase sebanyak 1 kasus (0,01%), sedangkan provinsi Aceh, Bengkulu, Gorontalo, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Utara, Kepulauan Bangka Belitung, Maluku, Maluku Utara, Nusa Tenggara Timur, Papua, Papua Barat, Sulawesi Barat, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara belum pernah mengajukan klaim alteplase.

Berdasarkan data pengampuan *stroke*, kementerian Kesehatan sedang berupaya semaksimal mungkin mengakomodir kebutuhan rumah sakit akan alat kesehatanya terutama CT-Scan. CT-Scan sangat mendukung tatalaksana trombolisis sebagai penapisan jenis *stroke* perdarahan atau sumbatan. Kondisi klinis dan kriteria inklusi dan eksklusi penatalaksanaan trombolisis yang didokumentasikan menjadi hal penting sebagai bahan pendukung dalam mengambil keputusan pasien layak atau tidak dilakukan trombolisis. Selanjutnya ketersediaan obat menjadi sangat penting karena pemeran utamanya adalah obat alteplase yang di suntikan atas intruksi dokter neurologi.

Tabel 5. 5. Progres CT Scan Layanan *Stroke* berdasarkan RS Jejaring Pengampuan

Uraian	Jumlah RS	Persentase
RS Pengampuan <i>Stroke</i>	341	
Tersedia CT-Scan	250	73,31%
Jenis Kelas RS		
A	27	7,92%
B	140	41,06%
C	82	24,05%
D	1	0,29%
Tidak Tersedia CT-Scan	91	26,69%
Jenis Kelas RS		
A	-	0,00%
B	15	4,40%
C	71	20,82%
D	5	1,47%
CT-Scan	250	
Sudah Tersedia/ <i>Existing</i>	157	62,80%
Dana Alokasi Khusus/ DAK	93	37,20%
Rencana Perolehan CT-Scan		
SIHREN 2024	91	
Jenis Kelas RS		
A	-	0,00%
B	15	16,48%
C	71	78,02%
D	5	5,49%

Pada tabel 5.5 dapat terlihat capaian pengadaan CT-Scan pada rumah sakit pengampuan tahun 2022-2023 terdapat 250 rumah sakit yang sudah memiliki CT-Scan (73,31%), bila di kategorikan berdasarkan jenis kelas RS diketahui terdapat 27 rumah sakit (7,92%) kelas A, 140 rumah sakit (41,06%) kelas B, 82 rumah sakit (24,05%) kelas C, dan 1 rumah sakit (0,29%) kelas D sudah memiliki CT-Scan. Sedangkan yang belum memiliki CT-Scan sebanyak 91 rumah sakit (26,69%), bila di kategorikan berdasarkan kelas RS diketahui 15 rumah sakit (4,40%) kelas B, 71 rumah sakit (20,82%) kelas C, 5 rumah sakit (1,47%) kelas D yang belum memiliki CT-Scan. Dari CT-Scan yang sudah ada, 157 rumah sakit sudah memiliki CT-Scan sebelum adanya program pengampuan *stroke* (62,80%) dan 93 rumah sakit (37,20%) merupakan pengadaan dari Dana Alokasi Khusus Kementerian Kesehatan. Sedangkan 91 rumah sakit yang belum memiliki CT-

Scan sudah di rencanakan pengadaan CT-Scannya di tahun 2024 dengan menggunakan dana SIHREN.

Program Strengthening Indonesia's HealthCare Referral Network (SIHREN) adalah upaya untuk memperkuat sistem layanan kesehatan rujukan di Indonesia. Dalam program ini, pemerintah akan memberikan bantuan peralatan pendukung kepada rumah sakit yang menjadi pengampu pelayanan untuk penyakit prioritas nasional, termasuk penyakit katastropik dan penyebab kematian tertinggi. Tujuan dari SIHREN adalah memperkuat sistem pelayanan rujukan kesehatan secara fisik dan kapasitas layanan, dengan menyediakan akses kesehatan yang berkualitas dan merata di seluruh kabupaten/kota dan provinsi di Indonesia. Diharapkan, pelaksanaan program SIHREN dari tahun 2024 hingga 2027 dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat kanker, jantung, *stroke*, uronefrologi, serta meningkatkan kesehatan ibu dan anak (KJSU-KIA) di Indonesia (Kemenkes, 2024).

Sedangkan kemampuan kabupaten kota dalam melaksanakan tindakan trombolisis (tabel 5.10) disampaikan terdapat 237 kabupaten/kota yang sudah mampu melakukan tindakan trombolisis dari 514 kabupaten/kota di Indonesia (46,10%). Dan 277 kabupaten/kota yang belum mampu melakukan tindakan trombolisis sebanyak 277 kabupaten/kota (53,90%).

Tabel 5. 6. Data kemampuan Trombolisis Kabupaten/Kota

	Keterangan	Sebaran Layanan Trombolisis (Kab/Kota)
Mampu Layanan	Ada SDM, ada alat	237 Kab/Kota
Belum Mampu Layanan	Ada alat, belum ada SDM	3 Kab/Kota
277 Kab/Kota	Ada SDM, belum ada alat	170 Kab/Kota
	Belum ada SDM dan alat	104 Kab/Kota

Sumber: Koordinator Pengampuan Layanan *Stroke*

Pada kegiatan *monitoring* dan evaluasi pengampuan *stroke* diundang 42 rumah sakit jejaring pengampuan *stroke* perwakilan dari semua RS Vertikal/ Pengampu Regional dan RS Utama yg mewakili setiap provinsi dilakukan pada tanggal 19-21 April

2024 di Hotel Fairfield by Marriott Soekarno Hatta Airport. Terdapat 33 rumah sakit yang hadir dalam pertemuan ini, pada kegiatan monev pengampunan stroke RSPON Mahar Mardjono selaku koordinator pengampunan *stroke* melakukan *mapping* kemampuan pelayanan *stroke* pada rumah sakit yang diundang termasuk melakukan klarifikasi klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan salah satunya klaim obat alteplase dapat dilihat pada tabel 5.6.

Berikut adalah rekapitulasi hasil monev pengampunan *stroke* dipilah hanya pada tindakan trombolisis saja:

Tabel 5. 7. Laporan Monev Pengampunan Stroke untuk Trombolisis

	Jumlah RS	Persentase
Undangan Rumah Sakit	42	
Hadir	33	78,57%
Tidak Hadir	9	27,27%
Tindakan Trombolisis Pada RS yang Hadir		
Ya	20	60,61%
Tidak	13	39,39%
Klaim Alteplase Pada RS Yang Hadir dan Melakukan Tromblisis		
Ya	11	55,00%
Tidak	9	45,00%
Penyebab Tidak Klaim Alteplase		
1. Bagian farmasi tidak melakukan klaim (klaim pelayanan) - tidak ada koordinasi farmasi dan penjaminan		
2. Tindakan dilakukan pada bulan Desember 2023 (2 RS)		
3. Belum mencoba mem <i>follow-up</i> ke bagian penjaminan terkait klaim		
4. Trombolisis ada 1 kasus, tetapi klaim BPJS <i>terpending</i>		
5. Salah pengkodean dan belum dilaporkan di lupis		
6. Kemungkinan kelewat dibagian farmasi, coba diklarifikasi		
7. Bagian farmasi belum tahu, baru dapat sosialisasi 2 hari lalu		
8. Tidak ada penjelasan		

Sumber: Koordinator Pengampunan Layanan *Stroke*

Pada tabel 5.7 terlihat jumlah rumah sakit yang hadir sebanyak 33 rumah sakit (78,57%) dari 42 rumah sakit yang diundang. Setelah dilakukan *mapping* pada rumah sakit yang hadir terdapat 20 rumah sakit (60,61%) yang melakukan tindakan trombolisis dan terdapat 11 rumah sakit yang sudah mengajukan klaim obat alteplase (55%), dan

terdapat 9 rumah sakit yang belum mengajukan klaim obat alteplase (45%). Berdasarkan hasil wawancara kepada perwakilan rumah sakit yang hadir terdapat 3 rumah sakit yang belum mengetahui obat alteplase bisa dijaminan terpisah. 1 rumah sakit belum menanyakan ke bagian penjaminan, 2 rumah sakit melakukan tindakan di bulan Desember 2023 sehingga disarankan untuk segera mengajukan klaim karena belum kadaluarsa, 2 permasalahan klaim seperti salah mengkode sehingga belum diajukan dan terdapat pending klaim, namun saat monev tidak mendapatkan informasi alasan *pending* dari BPJS Kesehatan karena apa. 1 rumah sakit tidak memberikan penjelasan penyebab belum mengajukan klaim obat alteplase.

5.5.2 Implementasi Penjaminan Obat Alteplase di RS Tipe B Tahun 2023

Berdasarkan data klaim obat alteplase yang diterima dari Koordinator pengampu penyakit prioritas stroke merupakan data yang diperoleh dari BPJS Kesehatan melalui Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK), data diterima pada Januari 2024. Diketahui RS Tipe B merupakan rumah sakit yang paling banyak melakukan klaim obat alteplase, dari 82 rumah sakit yang Melakukan klaim obat alteplase sebanyak 45 (54,8%) rumah sakit merupakan RS tipe B. dengan data klaim RS Tipe B sebagai berikut:

Tabel 5. 8. Data Klaim Alteplase RS Tipe B Tahun 2023

	Jumlah	Persentase	Total Kasus	Persentase	Total Nilai Klaim	Persentase
RS Tipe B	45		286		1.349.280.979	
Jenis Kepemilikan RS						
Swasta	29	64,44%	166	58,04%	800.214.580	59,31%
Vertikal	1	2,22%	18	6,29%	81.009.810	6,00%
PemKab/Kot	10	22,22%	72	25,17%	333.040.330	24,68%
PemProv	5	11,11%	30	10,49%	135.016.259	10,01%
Provinsi						
Jawa Barat	14	31,11%	128	44,76%	621.085.119	46,03%
DKI Jakarta	5	11,11%	15	5,24%	72.008.720	5,34%
Jawa Timur	5	11,11%	19	6,64%	85.510.355	6,34%
D I Yogyakarta	4	8,89%	41	14,34%	188.132.640	13,94%
Jawa Tengah	4	8,89%	18	6,29%	81.009.810	6,00%
Kepulauan Riau	3	6,67%	9	3,15%	40.504.905	3,00%
Riau	2	4,44%	5	1,75%	22.502.725	1,67%

	Jumlah	Persentase	Total Kasus	Persentase	Total Nilai Klaim	Persentase
Sumatera Selatan	2	4,44%	2	0,70%	9.001.090	0,67%
Sumatera Utara	2	4,44%	22	7,69%	103.512.535	7,67%
Bali	1	2,22%	4	1,40%	18.000.000	1,33%
Banten	1	2,22%	1	0,35%	4.500.545	0,33%
Kalimantan Timur	1	2,22%	2	0,70%	13.501.635	1,00%
Nusa Tenggara Barat	1	2,22%	20	6,99%	90.010.900	6,67%
Aceh	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Bengkulu	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Gorontalo	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Jambi	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Kalimantan Barat	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Kalimantan Selatan	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Kalimantan Tengah	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Kalimantan Utara	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Kepulauan Bangka Belitung	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Lampung	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Maluku	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Maluku Utara	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Nusa Tenggara Timur	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Papua	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Papua Barat	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Papua Barat Daya	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Papua Pegunungan	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Papua Selatan	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Papua Tengah	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Sulawesi Barat	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Sulawesi Selatan	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Sulawesi Tengah	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Sulawesi Tenggara	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Sulawesi Utara	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%
Sumatera Barat	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%

Sumber: BPJS Kesehatan melalui Pusjak PDK diberikan kepada Pengampunan Stroke

Pada gambar 5.8 dapat dilihat klaim alteplase dari 45 RS Tipe B yang mengklaim obat alteplase adalah sebanyak 29 (64,44%) rumah sakit yang mengajukan klaim alteplase adalah rumah sakit swasta dengan jumlah kasus sebanyak 166 kasus (58,04%) dan nilai klaim sebesar Rp 800.214.580,- (Delapan ratus juta dua ratus empat belas ribu lima ratus delapan puluh). Selanjutnya adalah rumah sakit vertikal sebanyak 1 rumah sakit (2,22%) dengan jumlah kasus sebanyak 18 kasus (6,29%) dan jumlah klaim sebesar Rp 81.009.810,- (Delapan

puluh satu juta sembilan ribu delapan ratus sepuluh rupiah) sedangkan milik pemerintah kabupaten kota (PemKab/Kot) sebanyak 10 (22,22%) rumah sakit dengan jumlah kasus 72 kasus (25,17%) dan jumlah klaim sebesar Rp 333.040.330,- (Tiga ratus tiga puluh tiga juta empat puluh ribu tiga ratus tiga puluh rupiah) dan rumah sakit milik pemerintah provinsi (PemProv) sebanyak 5 (11,11%) rumah sakit dengan jumlah kasus sebanyak 30 kasus (10,49%) dan jumlah klaim sebesar Rp 135.016.259,- (Seratus tiga puluh lima juta enam belas ribu dua ratus lima puluh sembilan rupiah).

Selain itu dilakukan pemilahan berdasarkan provinsi tempat rumah sakit tipe B berada, diketahui di Jawa Barat terdapat 14 rumah sakit (31,11%) yang melakukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus sebanyak 128 kasus (44,76%) dan nilai klaim sebesar Rp 621.085.119,- (Enam ratus dua puluh satu juta delapan puluh lima ribu seratus sembilan belas rupiah). Berturut-turut provinsi lainnya adalah DKI Jakarta sebanyak 5 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 15 kasus (5,24%) dan nilai klaim sebesar Rp 72.008.720,- (Tujuh puluh dua juta delapan ribu tujuh ratus dua puluh rupiah), Jawa Timur sebanyak 5 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 19 kasus (6,64%) dan nilai klaim sebesar Rp 85.510.355,- (Delapan puluh lima juta lima ratus sepuluh ribu tiga ratus lima puluh lima rupiah), DI Yogyakarta sebanyak 4 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 41 kasus (14,34%) dan nilai klaim sebesar Rp 188.132.640,- (Seratus delapan puluh delapan juta seratus tiga puluh dua ribu enam ratus empat puluh rupiah), Jawa Tengah sebanyak 4 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 18 kasus (6,29%) dan nilai klaim sebesar Rp 81.009.810,- (Delapan puluh satu juta sembilan ribu delapan ratus sepuluh rupiah), Kepulauan Riau sebanyak 3 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah kasus 9 kasus (3,15%) dan nilai klaim sebesar Rp 40.504.905,- (Empat puluh juta lima ratus empat ribu sembilan ratus lima rupiah), Provinsi Riau sebanyak 2 rumah sakit yang mengajukan klaim obat Alteplase dengan jumlah 5 kasus (1,75%) dan nilai klaim sebesar Rp 22.502.725,- (Dua puluh dua juta lima ratus dua ribu tujuh ratus dua puluh lima rupiah), Sumatera Selatan sebanyak 2 rumah sakit mengajukan klaim untuk 2 kasus (0,70%) dengan nilai klaim sebesar

Rp 9.001.090,- (Sembilan juta seribu sembilan puluh rupiah). Sementara itu, di Sumatera Utara, 2 rumah sakit melaporkan 22 kasus (7,69%) dengan nilai klaim mencapai Rp 103.512.535,- (Seratus tiga juta lima ratus dua belas ribu lima ratus tiga puluh lima rupiah). Di Bali, ada 1 rumah sakit yang mengajukan klaim dengan jumlah 4 kasus (1,40%) dan total klaim sebesar Rp 18.000.000,- (Delapan belas juta rupiah). Banten memiliki 1 rumah sakit yang mengajukan klaim untuk 1 kasus (0,35%) dengan nilai Rp 4.500.545,- (Empat juta lima ratus ribu lima ratus empat puluh lima rupiah). Di Kalimantan Timur, 1 rumah sakit melaporkan 2 kasus (0,70%) dengan nilai klaim Rp 13.501.635,- (Tiga belas juta lima ratus satu ribu enam ratus tiga puluh lima rupiah). Terakhir, di Nusa Tenggara Barat, 1 rumah sakit mengajukan klaim untuk 20 kasus (6,99%) dengan nilai klaim sebesar Rp 90.010.900,- (Sembilan puluh juta sepuluh ribu sembilan ratus rupiah). Terdapat 25 provinsi yang belum mengajukan klaim obat Alteplase sampai dengan Januari 2024, sebagai berikut: Aceh, Bengkulu, Gorontalo, Jambi, Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan, Kalimantan Tengah, Kalimantan Utara, Kepulauan Bangka Belitung, Lampung, Maluku, Maluku Utara, Nusa Tenggara Timur, Papua, Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua Pegunungan, Papua Selatan, Papua Tengah, Sulawesi Barat, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Utara, Sumatera Barat.

Tabel 5. 9. Data Perbandingan Rumah Sakit Tipe B di Indonesia dengan Pengaju Klaim Obat Alteplase Tahun 2023

	Jumlah RS	Jumlah RS Klaim Alteplase	Persentase
RS Tipe B	441	45	10,20%
Jenis Kepemilikan RS			
Swasta	87	29	33,33%
Vertikal	5	1	20,00%
PemKab/Kot	151	10	6,62%
PemProv	59	5	8,47%
Perusahaan	46	-	0,00%
Organisasi Sosial	31	-	0,00%
Organisasi Islam	10	-	0,00%
Perorangan	-	-	-
TNI AD	8	-	0,00%
POLRI	5	-	0,00%

	Jumlah RS	Jumlah RS Klaim Alteplase	Persentase
Organisasi Katholik	6	-	0,00%
Kementerian Lain	14	-	0,00%
BUMN	5	-	0,00%
Organisasi Protestan	5	-	0,00%
TNI AL	4	-	0,00%
TNI AU	4	-	0,00%
Organisasi Hindu	-	-	-
Organisasi Budha	1	-	0,00%
Provinsi			
Kepulauan Riau	8	3	37,50%
Riau	6	2	33,33%
D I Yogyakarta	14	4	28,57%
Sumatera Selatan	7	2	28,57%
Nusa Tenggara Barat	4	1	25,00%
Kalimantan Timur	5	1	20,00%
Jawa Barat	78	14	17,95%
Jawa Tengah	35	4	11,43%
Bali	12	1	8,33%
DKI Jakarta	61	5	8,20%
Jawa Timur	62	5	8,06%
Sumatera Utara	27	2	7,41%
Banten	22	1	4,55%
Sulawesi Selatan	27	-	0,00%
Aceh	12	-	0,00%
Kalimantan Selatan	7	-	0,00%
Sumatera Barat	7	-	0,00%
Sulawesi Utara	5	-	0,00%
Jambi	4	-	0,00%
Lampung	4	-	0,00%
Kalimantan Tengah	4	-	0,00%
Sulawesi Tengah	4	-	0,00%
Sulawesi Tenggara	4	-	0,00%
Kalimantan Barat	3	-	0,00%
Maluku	3	-	0,00%
Nusa Tenggara Timur	3	-	0,00%
Bengkulu	2	-	0,00%
Gorontalo	2	-	0,00%
Kepulauan Bangka Belitung	2	-	0,00%
Maluku Utara	2	-	0,00%
Papua	2	-	0,00%
Kalimantan Utara	1	-	0,00%
Papua Selatan	1	-	0,00%
Sulawesi Barat	1	-	0,00%

	Jumlah RS	Jumlah RS Klaim Alteplase	Persentase
Papua Barat	-	-	-
Papua Barat Daya	-	-	-
Papua Pegunungan	-	-	-
Papua Tengah	-	-	-

Sumber: RS Online dan BPJS Kesehatan melalui Pusjak PDK diberikan kepada

Pada tabel 5.9 dapat kita lihat perbandingan jumlah rumah sakit, data rumah sakit yang digunakan adalah rumah sakit tipe B. Jumlah rumah sakit tipe B di Indonesia sebanyak 441 dan yang melakukan klaim alteplase sebanyak 45 rumah sakit atau 10,20%. Jika diklasifikasikan berdasarkan jenis kepemilikan rumah sakit, RS Swasta di Indonesia sejumlah 87 rumah sakit yang melakukan klaim obat Alteplase sebanyak 29 rumah sakit atau 33,33%, RS Vertikal sejumlah 5 rumah sakit yang melakukan klaim obat Alteplase sebanyak 1 rumah sakit atau 20,00%, RS Pemerintah Kabupaten/Kota (PemKab/Kot) sejumlah 151 rumah sakit yang melakukan klaim obat Alteplase sebanyak 10 rumah sakit atau 6,62%, dan RS Pemerintah Provinsi (PemProv) sejumlah 59 rumah sakit yang melakukan klaim obat Alteplase sebanyak 5 rumah sakit atau 8,47%. Sedangkan RS jenis kepemilikan lainnya belum pernah ada yang melakukan klaim obat Alteplase, seperti: Perusahaan, Organisasi Sosial, Organisasi Islam, Perorangan, TNI AD, POLRI, Organisasi Katholik, Kementerian Lain, BUMN, Organisasi Protestan, TNI AL, TNI AU, Organisasi Hindu, dan Organisasi Budha.

Bila diklasifikasikan berdasarkan provinsi, diketahui Kepulauan Riau dengan 8 rumah sakit yang telah melakukan klaim Alteplase sebanyak 3 rumah sakit (37,50%), Riau dengan 6 rumah sakit yang telah melakukan klaim Alteplase sebanyak 2 rumah sakit (33,33%), DI Yogyakarta dengan 14 rumah sakit yang telah melakukan klaim Alteplase sebanyak 4 rumah sakit (28,57%), Sumatera Selatan dengan 7 rumah sakit yang telah melakukan klaim Alteplase sebanyak 2 rumah sakit (28,57%), Nusa Tenggara Barat dengan 4 rumah sakit yang telah melakukan klaim Alteplase sebanyak 1 rumah sakit (25,00%), Kalimantan Timur dengan 5 rumah sakit yang telah melakukan klaim Alteplase sebanyak 1 rumah sakit (20,00%), Jawa Barat dengan 78 rumah sakit yang telah melakukan klaim Alteplase sebanyak 14 rumah sakit (17,95%), dan Jawa Tengah dengan 35 rumah

sakit yang telah melakukan klaim Alteplase sebanyak 4 rumah sakit (11,43%). Bali dengan 12 rumah sakit yang telah melakukan klaim Alteplase sebanyak 1 rumah sakit (8,33%), DKI Jakarta dengan 61 rumah sakit yang telah melakukan klaim Alteplase sebanyak 5 rumah sakit (8,20%), Jawa Timur dengan 62 rumah sakit yang telah melakukan klaim Alteplase sebanyak 5 rumah sakit (8,06%), Sumatera Utara dengan 27 rumah sakit yang telah melakukan klaim Alteplase sebanyak 2 rumah sakit (7,41%), dan Banten dengan 22 rumah sakit yang telah melakukan klaim Alteplase sebanyak 1 rumah sakit (4,55%). Sementara itu, provinsi Sulawesi Selatan, Aceh, Kalimantan Selatan, Sumatera Barat, Sulawesi Utara, Jambi, Lampung, Kalimantan Tengah, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Kalimantan Barat, Maluku, Nusa Tenggara Timur, Bengkulu, Gorontalo, Kepulauan Bangka Belitung, Maluku Utara, Papua, Kalimantan Utara, Papua Selatan, Sulawesi Barat, serta provinsi Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua Pegunungan, dan Papua Tengah belum pernah mengajukan klaim Alteplase.

Tabel 5. 10. Perbandingan Jumlah Kasus *Stroke* Dengan Jumlah Kasus Klaim Alteplase Di RS Tipe B Tahun 2023

	Kasus <i>Stroke</i> Iskemik	Total Kasus Klaim Alteplase	Persentase
RS Tipe B	135.219	286	0,21%
Jenis Kepemilikan RS			
Vertikal	1.275	18	1,41%
PemProv	14.347	30	0,21%
Swasta	40.931	166	0,41%
PemKab/Kot	69.935	71	0,10%
TNI AD	4.345	-	0,00%
BUMN	1.771	-	0,00%
POLRI	1.636	-	0,00%
TNI AL	371	-	0,00%
TNI AU	608	-	0,00%
Provinsi			
Nusa Tenggara Barat	807	20	2,48%
D I Yogyakarta	4.649	41	0,88%
Kepulauan Riau	1.397	9	0,64%
Jawa Barat	32.476	128	0,39%

	Kasus <i>Stroke</i> Iskemik	Total Kasus Klaim Alteplase	Persentase
Sumatera Utara	6.510	22	0,34%
Riau	1.510	5	0,33%
Bali	2.702	4	0,15%
DKI Jakarta	10.212	15	0,15%
Sumatera Selatan	1.844	2	0,11%
Kalimantan Timur	2.142	2	0,09%
Jawa Tengah	20.994	18	0,09%
Jawa Timur	28.101	19	0,07%
Banten	4.361	1	0,02%
Sulawesi Utara	127	-	0,00%
Kalimantan Selatan	1.156	-	0,00%
Sumatera Barat	780	-	0,00%
Jambi	504	-	0,00%
Lampung	1.255	-	0,00%
Sulawesi Selatan	3.829	-	0,00%
Aceh	4.530	-	0,00%
Kalimantan Barat	386	-	0,00%
Sulawesi Tengah	1.058	-	0,00%
Nusa Tenggara Timur	441	-	0,00%
Kalimantan Tengah	1.097	-	0,00%
Sulawesi Tenggara	243	-	0,00%
Kepulauan Bangka Belitung	101	-	0,00%
Gorontalo	1.041	-	0,00%
Papua	4	-	0,00%
Bengkulu	198	-	0,00%
Kalimantan Utara	504	-	0,00%
Maluku	197	-	0,00%
Maluku Utara	63	-	0,00%
Sulawesi Barat	-	-	-
Papua Barat	-	-	-

Sumber: Data klaim BPJS Kesehatan dan data klaim alteplase Tahun Pelayanan 2023

Tabel 5.10 menunjukkan jumlah kasus *stroke* iskemik RS Tipe B di Indonesia pada tahun 2023, data didapatkan dari data klaim BPJS tahun 2023 dengan melakukan pemilahan diagnosa hanya *stroke* iskemik (kode ICD 10 I63) di Indonesia. Secara nasional jumlah kasus *stroke* iskemik di RS Tipe B adalah 135.219 kasus bila dibandingkan dengan jumlah kasus klaim obat alteplase sejumlah 286 kasus diketahui persentase klaim terhadap kasus *stroke* iskemik sebesar 0,21%.

Berdasarkan pemilik rumah sakit tipe B, diketahui jumlah kasus stroke iskemik di RS Vertikal sebanyak 1.275 kasus dengan jumlah klaim obat Alteplase sebanyak 18 kasus (1,41%), sedangkan RS Pemerintah Provinsi memiliki jumlah kasus stroke iskemik sebanyak 14.347 kasus dengan jumlah klaim obat Alteplase sebanyak 30 kasus (0,21%). Di RS Swasta terdapat 40.931 kasus stroke iskemik dengan jumlah klaim obat Alteplase sebanyak 166 kasus (0,41%). RS Pemerintah Kabupaten/Kota memiliki jumlah kasus stroke iskemik sebanyak 69.935 kasus dengan jumlah klaim obat Alteplase sebanyak 71 kasus (0,10%). Sementara itu, untuk RS TNI AD, BUMN, POLRI, TNI AL, dan TNI AU yang memiliki kasus stroke iskemik, hingga saat ini belum melakukan klaim obat Alteplase.

Sedangkan berdasarkan provinsi, Nusa Tenggara Barat merupakan provinsi dengan capaian klaim obat Alteplase tertinggi yaitu 20 kasus (2,48%) dengan jumlah stroke iskemik sebanyak 807 kasus. DI Yogyakarta memiliki jumlah kasus stroke iskemik sebanyak 4.649 kasus dengan jumlah klaim obat Alteplase sebanyak 41 kasus (0,88%), Kepulauan Riau dengan jumlah kasus stroke iskemik sebanyak 1.397 kasus dan jumlah klaim obat Alteplase sebanyak 9 kasus (0,64%), serta Jawa Barat yang memiliki jumlah kasus stroke iskemik sebanyak 32.476 kasus dengan klaim obat Alteplase sebanyak 128 kasus (0,39%). Sumatera Utara memiliki jumlah kasus stroke iskemik sebanyak 6.510 kasus dengan klaim obat Alteplase sebanyak 22 kasus (0,34%), Riau dengan jumlah kasus stroke iskemik sebanyak 1.510 kasus dan klaim obat Alteplase sebanyak 5 kasus (0,33%), Bali dengan jumlah kasus stroke iskemik sebanyak 2.702 kasus dan klaim obat Alteplase sebanyak 4 kasus (0,15%), DKI Jakarta dengan jumlah kasus stroke iskemik sebanyak 10.212 kasus dan klaim obat Alteplase sebanyak 15 kasus (0,15%). Sumatera Selatan memiliki jumlah kasus stroke iskemik sebanyak 1.844 kasus dengan klaim obat Alteplase sebanyak 2 kasus (0,11%), Kalimantan Timur dengan jumlah kasus stroke iskemik sebanyak 2.142 kasus dan klaim obat Alteplase sebanyak 2 kasus (0,09%), Jawa Tengah dengan jumlah kasus stroke iskemik sebanyak 20.994 kasus dan klaim obat Alteplase sebanyak 18 kasus (0,09%), serta Jawa Timur dengan jumlah kasus stroke iskemik sebanyak 28.101 kasus dan klaim obat Alteplase sebanyak 19 kasus (0,07%). Banten mencatat jumlah kasus stroke iskemik sebanyak 4.361 kasus dengan klaim obat Alteplase

sebanyak 1 kasus (0,02%). Sementara itu, provinsi Sulawesi Utara, Kalimantan Selatan, Sumatera Barat, Jambi, Lampung, Sulawesi Selatan, Aceh, Kalimantan Barat, Sulawesi Tengah, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Tengah, Sulawesi Tenggara, Kepulauan Bangka Belitung, Gorontalo, Papua, Bengkulu, Kalimantan Utara, Maluku, Maluku Utara, Sulawesi Barat, dan Papua Barat belum pernah mengajukan klaim Alteplase.

5.6 Implementasi Penjaminan Obat Alteplase di RS Pemerintah dan Swasta Tahun 2023

5.6.1 Sumber daya

5.6.1.1 Sumber Daya Manusia

Berdasarkan Surat Keputusan Kepala Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan nomor HK.02.03/H.IV/335/2024 Pada 1 April 2024 jumlah pegawai di Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan adalah sebanyak 58 orang, dengan pendidikan terakhir terdiri dari 28 orang S2, 24 orang S1, 4 orang D3, dan 1 orang SMA. Terkait implementasi penjaminan obat alteplase terdapat 2 tim yang berhubungan yaitu Tim Kerja Kebijakan *Review* Tarif dan INA *Grouper* terdiri dari 1 ketua tim dan 9 anggota dan Tim Kerja Kebijakan Manfaat, Kepesertaan dan Utilisasi *Review* dalam Program JKN terdiri dari 1 ketua tim dan 10 anggota. Jenis pekerjaan dalam Tim Kerja Kebijakan *Review* Tarif dan INA *Grouper* dalam Program JKN yaitu 2 orang dokter yang memberikan analisa medis, 2 orang IT untuk pengembangan sistem INA *Grouper*, 2 orang *costing* untuk menghitung tarif INA *Grouper*, 1 orang koder dan telah mutasi pada 1 Juni 2024 ke RSUD Tangerang, 1 orang sebagai statistika, dan 2 orang administrasi keuangan. Untuk memenuhi kebutuhan kekurangan pegawai di

*“... disini ada 11 orang gitu... eh 10 orang staff saya...oh iya dokternya 2, kodernya E*** 1...iya tinggal E*** doang E*** per 1 Juni pindah ke Tangerang.... ya i***, tinggal I*** doang... I*** dulu juga di bagian klaim di Rumah Sakit J****... terus IT ini nomor 8, nomor 9 orang keuangan sama si H****. H**** bantuin costing oh udah kalo ini kan berarti SDM nya kurang banget ya...”[K1]*

Untuk kecukupan SDM masih terdapat kekurangan tenaga perekam medis/koder, saat ini tersedia 3 orang tenaga perekam medis yang seharusnya 5 orang. Sehingga pusjak melakukan peminjaman pegawai dari rumah sakit vertikal sebanyak 2 orang, dengan tindak lanjut adalah dengan merencanakan mutasi pegawai yang dipinjam dari rumah sakit vertikal ke Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan.

“... lagi diusulkan untuk yang 2 orang itu dimutasi...tapi gak tau akan di setujui atau tidak”[K1]

Pada Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan Berdasarkan Surat Keputusan Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan nomor HK.02.03/D.II/4043/2023 pada tanggal 21 Juli 2023 Tim Kerja yang bertanggung jawab atas pelaksanaan pengampuan layanan prioritas adalah Tim Kerja Pengampuan Jejaring KJSU dan KIA pada SK Tim terdiri dari 1 orang ketua dan 8 anggota tim dan pada 2024 mendapatkan 1 orang tambahan tenaga PPPK. Pendidikan terakhir 3 orang pendidikan S2 dan 6 orang pendidikan S1. Jenis pekerjaan Tim Kerja yang bertanggung jawab atas pelaksanaan pengampuan layanan prioritas adalah Tim Kerja Pengampuan Jejaring KJSU dan KIA yaitu 5 orang yang masing-masing bertanggung jawab 1 program pengampuan, 1 orang IT yang mengelola data besar dan informasi, 1 orang mengelola advokasi dengan stakeholder, dan 1 orang yang mengelola percepatan penyelesaian PKS di semua jejaring rumah sakit, 2 orang bagian keuangan dan administrasi. Dan secara kapasitas kemampuan SDM yang ada masih sesuai dan bisa mengikuti dan mengelola program yang berjalan.

“Sekarang jumlahnya Sekitar 10 orang ya. Untuk tim teknis Itu ada 5 Karena harus pegang masing-masing ya Kemudian Satu untuk pegang big data Data dan informasi. Kemudian satu orang Kelola untuk Advokasi Karena memang di dalam program Pengampuan ini kan membutuhkan semacam Membangun jejaring yang dipilih dalam bentuk MOU atau PKS Nah dari yang satu orang ini Ini adalah yang mengelola untuk Bagaimana Percepatan pembentukan PKS Membantu ya Membantu rumah sakit-rumah sakit Baik yang levelnya Nasional

Provinsi ataupun yang Kabupaten, kota. Kemudian yang staf lain ya ya biasanya bagian keuangan, administrasi, dan juga administrasi ada dua orang.” [K2]

“Sejauh ini untuk kapasitas SDM-nya kami masih bisa mengikuti dan mengelola program itu dengan baik. Kami masih bisa mengelola itu.” [K2]

Terkait kecukupan sumber daya manusia menurut ketua tim jumlah yang ada saat ini kurang melihat cakupan program pengampunan yang besar yang masuk dalam layanan prioritas yaitu Kanker, Jantung, Stroke, Uronefrologi dan Kesehatan Ibu dan Anak.

“Kalau untuk sumber daya ya Sumber daya SDM Sumber daya SDM Kalau kami harus mengelola Suatu program yang besar Apalagi ini program prioritas. Sebetulnya masih kurang Karena yang kami kelola saat ini bukan hanya layanan stroke tapi juga layanan lain yang masuk di program prioritas Seperti kanker jantung Kemudian uronefrologi dan juga KIA. Walaupun memang Masing-masing dari anggota Saya Itu menjadi PIC Untuk mengisi dari masing-masing layanan tersebut Sehingga memang dengan kondisi dan situasi yang saat ini dibandingkan dengan program yang kami harus jalankan memang membutuhkan tambahan untuk sumber daya” [K2]

Dan pada Tim Seleksi Formularium Nasional Berdasarkan Surat Keputusan Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat kesehatan nomor HK.02.02/E/21560/2022 tentang Tim Seleksi Obat Formularium Nasional disampaikan bahwa tim terdiri dari kelompok kerja ahli, kelompok kerja review, dan tim pelaksana dan skretariat. Berdasarkan jumlah pada kelompok kerja ahli terdiri dari 35 anggota yang masing-masing mewakili organisasi profesi kedokteran sesuai dengan bidangnya, didalamnya sudah termasuk Perhimpunan Dokter Saraf Indonesia/ PERDOSSI yang saat ini sudah berubah menjadi Perhimpunan Dokter Neurologi Indonesia/ PERDOSNI. Untuk kelompok kerja review di dipimpin oleh ketua tim kerja seleksi obat disertai dengan wakil ketua dan terdiri dari 15 anggota tim. Sedangkan kelompok kerja pelaksana terdiri dari direktorat-direktorat dan unit kerja yang

menggunakan dan mengelola kefarmasian yang terdiri dari 22 satuan kerja dan di *support* oleh 10 anggota sekretariat. Tidak ada wawancara khusus terkait kecukupan jumlah pegawai di tim seleksi obat fornas, dikarenakan jumlah sumber daya manusia di Tim Seleksi Obat Fornas tidak berhubungan secara langsung terhadap implementasi penjaminan obat alteplase.

Berdasarkan informasi dari koordinator pengampunan *stroke* data rumah sakit yang sesuai dengan pengampunan *stroke* telah dilakukan *mapping* data, jumlah dokter spesialis saraf terdiri dari 782 orang yang menyebar di 38 provinsi yang terdiri dari 291 rumah sakit dari 336 rumah sakit yang di SK kan menjadi rumah sakit jejaring *stroke* yang ada dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1336/2023 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan *Stroke*. Masih terdapat 45 rumah sakit yang belum memiliki dokter spesialis saraf. Upaya yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan sumber daya adalah dengan melaporkan ke kolegium dan direktorat jenderal tenaga kesehatan agar membuka formasi pendidikan dokter spesialis saraf yang kuotanya disesuaikan kebutuhan nasional, salah satu langkah yang dilakukan pemerintah adalah pendidikan dokter spesialis akan dilaksanakan dengan menggabungkan pendekatan berbasis kollegium dengan pendekatan berbasis rumah sakit (Rokom Kemenkes, 2024).

“Program pengampunan ini kan dibagi dua tahap, ya. Tahap 2022 sampai 2024, itu tahap pertama. dan 2024 sampai 2027, itu tahap dua. Nah, ada tahap satu, itu ada tiga ratusan kabupaten-kota, Mbak, atau tiga ratus rumah sakit kurang lebih yang ditargetkan untuk bisa melakukan trombolisis, thrombectomy, dan coiling. Nah, dari tiga ratusan itu, yang ada... Ada spesialis saraf...” [K5]

“Eh, sorry. Yang belum ada spesialis saraf itu sekitar 40an rumah sakit, Mbak. Itu padahal baru yang tahap pertama. Apalagi yang tahap kedua, yang belum tersentuh oleh program pemenuhan alkes karena di tahap pertama ini selain dipenuhi SDM, dipenuhi alkesnya juga.” [K5]

Tabel 5. 11. Data Kepemilikan Dokter Spesialis Neurologi di RS Jejaring Pengampunan Stroke

	Jumlah	Persentase
Jumlah RS	336	
Dokter Spesialis Neurologi	291	86,61%
Belum ada	45	13,39%
Provinsi yang belum ada Neurologi		
NTT	6	
Papua Barat	4	
Kalimantan Tengah	3	
Maluku	3	
Papua Pegunungan	3	
Sumatera Utara	3	
Lampung	2	
Maluku Utara	2	
Papua Barat Daya	2	
Papua Selatan	2	
Papua Tengah	2	
Sulawesi Barat	2	
Sulawesi Tenggara	2	
Sulawesi Utara	2	
Banten	1	
Bengkulu	1	
Kalimantan Barat	1	
Kepulauan Bangka Belitung	1	
NTB	1	
Riau	1	
Sumatera Selatan	1	

Sumber: Laporan Fasilitas Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Stroke Tahap 1 Tahun
2022-2024 (Per April 2024)

Terkait kemampuan dari SDM, secara kompetensi dokter neurologi untuk divisi neuro-intervensi vaskular adalah kemampuan untuk mendiagnosis kasus neurologi yang sesuai untuk tindakan neurointervensi vaskular. Hal ini mencakup kemampuan menjelaskan syarat, indikasi, dan kontraindikasi tindakan neurointervensi vaskular intrakranial, melaksanakan trombolisis intravena secara mandiri dengan memperhatikan syarat, indikasi, dan kontraindikasinya, menentukan kasus rujukan yang memerlukan tindakan neurointervensi vaskular khusus kepada ahli/subspesialistik neurointervensi sesuai prosedur rujukan, melakukan observasi pasien pasca-tindakan neurointervensi terkait efek samping dan komplikasi sesuai standar operasional prosedur dengan supervisi subspesialistik, serta menjelaskan

tujuan dan manfaat tindakan neurointervensi kepada pasien dan keluarga dengan bahasa yang mudah dipahami dan beretika (KNI Perdossi, 2015).

“Hitam di atas putih. Kemampuan lakukan trombolisis adalah kompetensi dari spesialis neurologi. Tapi pada prakteknya, mengingat trombolisis ini juga baru bisa diklaimkan secara terpisah, artinya bisa diberikan kepada masyarakat, maka ada center-center yang belum pernah melakukan trombolisis bertahun-tahun. dan kemampuannya ya nggak bisa kita nilai...Mbak” [K5]

Sumber daya manusia dalam hal ini adalah dokter spesialis neurologi, menurut Ketua Umum PERDOSNI jumlah spesialis neurologi di Indonesia sudah mencukupi kebutuhan. Saat ini jumlah spesialis saraf mencapai 2.700 – 2800 orang, setiap tahunnya memproduksi 200-250 dokter spesialis saraf di Indonesia. Dan Salah satu kompetensi dokter spesialis saraf di Indonesia adalah mampu melakukan tindakan trombolisis dengan mandiri (KNI Perdossi, 2015).

“Saya rasa cukup ya, cukup. Cukup karena jumlahnya cukup. Sekitar 2.700 sekian, hampir 800 lah, 2.800an. Tiap tahun kami itu memproduksi 200, sekitar 200 sampai 250 neurolog. Jadi mungkin dalam berapa tahun sudah ada 4.000. Sekarang saja sudah hampir 3.000” [P1]

Disampaikan kunci keberhasilan penggunaan obat alteplase tidak hanya dari dokter neurologinya namun juga dengan tim, dan dokter umum dapat melakukan tindakan trombolisis dengan dipandu dokter neurologi melalui *video call* atau *telemedicine*.

“Betul. Dan memang pelaksanaannya memang enggak hanya dokter neurologi saja kuncinya ya, dok ya. Jadi dia dalam dokter tim ya. rtPA itu bisa dilakukan dokter umum, bisa bisa saja. Dokter umum. Sekarang pakai panduan video call atau telemedicine. Telemedicine itu bisa. Bisa digunakan untuk darah-darah yang terpencil” [P1]

Pada BPJS Kesehatan jumlah verifikator di Jakarta Barat sejumlah 18 orang dengan latar belakang pendidikan dokter, perawat, farmasi dan tenaga

kesehatan masyarakat. Sedangkan di Jakarta Utara sejumlah 13 orang dengan latar belakang pendidikan dokter, perawat, bidan, apoteker, farmasi dan kesehatan masyarakat. Berdasarkan informasi dari informan jumlah pegawai yang ada cukup untuk melaksanakan kegiatan verifikasi di fasilitas kesehatan masing-masing wilayah.

Di RS Pemerintah terdapat 4 dokter spesialis neurologi, dengan jumlah 4-5 kasus saraf perhari dirasa jumlah dokter spesialis neurologi kurang. Di RS Pemerintah pada tahun 2023 terdapat satu dokter yang sedang melanjutkan pendidikan *fellowship* sub divisi neuro intervensi dan telah kembali pada bulan September 2023. Pada tahun 2023 RS Pemerintah belum melaksanakan tindakan trombolisis, selain dokter neurologi sedang melakukan pendidikan penyebab lainnya adalah ketidaktahuan dokter spesialis neurologi bahwa obat alteplase dapat dijamin dalam Program JKN. RS Pemerintah mendapatkan informasi penjaminan obat alteplase pada bulan November 2023, langkah selanjutnya RS Pemerintah membuat tim *code stroke* dan melakukan pelatihan internal. Untuk bisa mengajukan klaim obat alteplase dibutuhkan kredensialing yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan pada akhir tahun 2023. Seiring berproses dan berjalannya waktu pada bulan Februari 2024 RS Pemerintah melakukan tindakan trombolisis dan sudah diklaimkan berdasarkan informasi dari verifikasi Jakarta Utara.

“Kita neurologi di satu SMF ada 4 orang, 2 neurologi umum, yang 2 kita neurointervensi mbak. ya eee kalau mau sesuai dengan ini sih kurang ya. pasien pun banyak stroke ischemic misalnya sehari bisa kadang 4-5 pasien datang tapi kalau di sejauh ini sejauh ini onset yang kurang dari 4,5 jam tuh hampir jarang gitu karena mungkin mereka lari dulu ke rumah sakit satunya”[RJU1]

Dan pada RS Swasta juga terdapat 4 dokter spesialis neurologi, berdasarkan informasi dari informan jumlah dokter spesialis neurologi di RS Swasta cukup untuk menangani kasus saraf di RS Swasta. Dokter spesialis neurologi sudah di sounding bahwa obat alteplase akan dijamin dalam program JKN sejak awal PMK 3 terbit. Rumah sakit mulai membentuk tim *code stroke* dan SPO sejak 6 bulan sebelum tindakan trombolisis dilakukan. Terdapat dokter spesialis neurologi yang

sudah melaksanakan tindakan di tempat praktek rumah sakit lainnya. Untuk pengajuan klaim obat alteplase dilakukan pada bulan desember 2023.

“Spesialis Saraf, 1..2..3.. 4 ya saat ini. Atas nama Dr. M itu belum tahu saya akan balik lagi apa enggak. Kemarin terakhir kan dia lagi pendidikan, terus belum balik lagi. Entah mau balik atau enggak.” [RJB1]

Terkait kecukupan jumlah SDM Spesialis Neurologi: *“Mencukupi, ya.”* [RJB1]

Sedangkan pada bagian klaim dan farmasi di RS Pemerintah dan RS Swasta menurut informasi dari informan sudah mencukupi dan mampu dalam mengajukan klaim dan proses pengadaan obat alteplase. Di ke dua rumah sakit petugas yang mengerjakan tidak ada hanya mengerjakan klaim dan pengadaan obat alteplase namun menjadi salah satu bagian dari pekerjaan informan.

“Oh, satu orang. Saya sendiri ya.” [RJB2]

“Di farmasi satu orang untuk pengadaannya diserahkan untuk sebagian pengadaan untuk pengordaran obat alteplase.” [RJB3]

“Kalau untuk pelatihan khusus tidak ada. Saya cuma bertanya kepada verifikator. Kalau pengadaan pelatihan khusus sih tidak ada.” [RJB2]

“Paling kita tanya-tanya untuk penyediaannya itu harus seperti apa sih? Tanya-tanya cabang lain. Itu saja sih.” [RJB3]

5.6.1.2 Sumber Daya Keuangan

Pembiayaan seperti yang disampaikan dalam Laporan Kinerja Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan Tahun 2023, dana yang di anggarkan tidak ada yang spesifik untuk kegiatan penjaminan alteplase. Namun lebih kegiatan merancang kebijakan teknis untuk memperkuat kebijakan di bidang pembiayaan, penjaminan, dan desentralisasi kesehatan; menganalisis pelaksanaan serta menyusun kebijakan terkait pembiayaan, jaminan, dan desentralisasi kesehatan; melakukan sosialisasi dan advokasi atas rekomendasi kebijakan di bidang tersebut; menerapkan kebijakan untuk integrasi dan sinergi di bidang pembiayaan, jaminan, dan desentralisasi kesehatan; melakukan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; serta mengurus administrasi pusat. Termasuk penguatan tenaga koder di Indonesia dengan melakukan pelatihan yang bertujuan agar proses pengajuan klaim dalam sistem

pembayaran INA CBG dilakukan pengkodean dengan baik oleh tenaga koder yang profesional dan terstandarisasi, didukung oleh sistem IT yang andal. Hal ini akan menghasilkan pengelompokan atau kode INA CBG yang akurat, sehingga tarif INA CBG yang diperoleh sesuai dengan layanan kesehatan yang telah diberikan oleh penyedia layanan kesehatan di FKRTL (Hardiani, 2024).

“ada anggaran untuk program disupport dari dari APBN, ADB, Bank Dunia” [K1]

“kegiatan monitoring, evaluasi, terus koordinasi anggaran-anggaran untuk JKN, MONEV ada untuk tarif itu ada kayak sekarang ini untuk tarif itu ada pengembangan proker untuk tarif semua ada ada....” [K1]

“kita kemarin masih ada dana dari pemerintah Australia terus tadi ada sekarang ada bantuan dari ADB kita kan untuk kita gak punya aktuaria untuk ngitung spending kita tuh nanti...nanti berapa gitu kira-kira cukup gak itu kan kita harus hire aktuaria aktuaria dibayarin ADB gitu terus untuk budget impact analysis ngitungnya juga dibayarin sama ADB tenaga ahlinya gitu...kalo kayak Bu A kan itu juga di ada support itu juga dari World Bank tapi anggaran dari pemerintahnya juga ada” [K1]

Dana yang tersedia selain dari APBN juga berasal dari kemitraan dengan NGO/Mitra Pembangunan yang bersifat turunan dan sudah ada MOU dari Pusat (Kemenkes) dan sebagian masuk ke dalam dana Hibah. Pada laporan Kinerja Pusjak PDK Tahun 2023 total alokasi anggaran Pusjak PDK adalah sebesar Rp 23.876.630.000,- (Dua puluh tiga miliar delapan ratus tujuh puluh enam juta enam ratus tiga puluh ribu rupiah) dengan realisasi anggaran sebesar Rp 22.212.944.045,- (Dua puluh dua miliar dua ratus dua belas juta sembilan ratus empat puluh empat ribu empat puluh lima rupiah) dengan capaian 93,03% (Hardiani, 2024).

Tabel 5. 12. Alokasi dan Realiasi Anggaran Pusjak PDK per Program Tahun 2023

No	Program	Alokasi	Realisasi	%
1	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN*	Rp 16.683.552.000	Rp 15.757.162.149	94,45
2	Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan	Rp 3.303.596.000	Rp 2.806.507.389	84,95
3	Program Dukungan Manajemen	Rp 3.889.482.000	Rp 3.649.274.507	93,82
Total Anggaran Pusjak PDK		Rp 23.876.630.000	Rp 22.212.944.045	93,03

*) Alokasi dan realisasi anggaran termasuk hibah langsung bentuk uang

Sumber: Laporan Kinerja Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan Tahun 2023

Dalam program JKN, BPJS Kesehatan memiliki anggaran dalam mendanai pembiayaan layanan kesehatan peserta JKN. Terdapat alokasi dana dari pusat untuk klaim luar pake INACBG yaitu sebesar 5 Triliun dan realisasi pembayaran klaim obat alteplase tahun 2023 sekitar 5 Milyar. Sejauh ini semua rumah sakit yang mengajukan klaim obat alteplase dibayarkan sesuai dengan nilai yang diajukan.

“ Tapi karena memang kalau lihat kasusnya, ya nggak terlalu besar nih. Hanya 5M itu di tahun 2023 kalau proporsi klaim saat ini, ya. Jadi untuk dari obat sendiri kan secara total di tahun 2023 sekitar 5T, gitu. Secara total ya obat ini kecil banget sih, ya. Cuma memang relatif kecil. Cuma nggak dikasih. Dikendalikan, dikasih protokol yang bagus. Nanti kan kita nggak tahu ya, tiba-tiba silent, dor-dor gitu ya. Itu sih ” [B2]

Pada rumah sakit, melihat obat yang selalu disediakan oleh rumah sakit, terlihat bahwa fasilitas kesehatan memberikan akses untuk menyediakan obat alteplase. Sehingga dapat disimpulkan secara penganggaran untuk menyediakan obat alteplase dilakukan.

“Tidak ada. Untuk anggaran itu secara gamblang itu tidak ada. Yang penting kita, karena kan kita sudah menjadi layanan unggulan stroke. Jadi kita harus siap untuk sedia 4 botol untuk 2 pasien. Jadi kalau misalnya obatnya sudah berkurang, kita langsung order lagi. Jadi sesuai dengan harus siap 4 botol ya untuk stoknya.” [RJB3]

Pertanyaan terkait kecukupan dana penyediaan obat alteplase: *“Sampai saat ini sih masih bisa”* [RJU3]

5.6.1.3 Sistem Informasi

Eklaim merupakan salah satu aplikasi yang digunakan oleh rumah sakit untuk melakukan proses pengklaiman ke BPJS Kesehatan yang menjadi tanggung jawab Pusjak PDK, terdapat petunjuk teknis pada Eklaim yang terbagi dua bagian yaitu bagian pertama memuat petunjuk instalasi, update dan operasional Aplikasi E-Klaim INA-CBG, dan yang bagian kedua memuat petunjuk integrasi Aplikasi E-Klaim INA-CBG dengan SIMRS menggunakan *Web Service*.

Aplikasi INA-CBG awalnya dikembangkan dengan versi 1.5 dan kini telah mencapai versi 5, yang mencakup pengembangan pada berbagai aspek seperti antarmuka, fitur, *grouper*, penambahan variabel, tarif INA-CBG, modul protokol integrasi dengan SIMRS dan BPJS, serta rancang bangun pengumpulan data dari rumah sakit oleh Data Center Kementerian Kesehatan RI. Aplikasi E-Klaim v5, yang hanya dapat diakses oleh rumah sakit terkait untuk menjaga privasi dan keamanan data, telah mengalami perubahan signifikan baik dari segi antarmuka maupun alur pengiriman data dan mulai digunakan pada tahun 2016. Hingga saat ini, aplikasi INA-CBG telah digunakan oleh rumah sakit dan klinik yang melayani peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Setiap rumah sakit, balai, dan klinik yang ingin menggunakan aplikasi ini harus memiliki kode registrasi dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, yang menandakan bahwa fasilitas kesehatan tersebut telah terdaftar di Kementerian Kesehatan. Aplikasi INA-CBG diberikan secara gratis oleh Kementerian Kesehatan kepada fasilitas kesehatan atau pihak lain yang memerlukan sesuai kegunaannya (Kemenkes, 2019). Pengembangan aplikasi Eklaim dilakukan sesuai kebutuhan dan perkembangan kebijakan yang berlaku dan kebutuhan informasi terkait data klaim rumah sakit yang diajukan ke BPJS Kesehatan.

“kan sebenarnya kalo obat alteplase itu kan udah dijamin tuh dalam luar paket INA CBG secara sistem juga kan sebenarnya udah ada di Eklaim untuk centangannya cuman kan sejauh ini masih belum berhubungan dengan sistem

pembayaran lupis itu secara langsung nanti kalo misalnya ada pengembangan.” [K1]

“iya kita malah lagi ngejar interoperabilitas data sama BPJS ya nah ini emang itu mungkin nanti tahapan-tahapan selanjutnya, sekarang kan baru yang tahapan yang kita kejar ke BPJS kan kemarin baru dapet interoperabilitas itu hanya untuk plan-plan yang layak gitu nanti ke arah-arah yang itu mungkin kelemahan-kelemahan selanjutnya gitu...yang pasalnya kita belum menganalisis susah tuh yang lupis itu karena kita gak pernah dapet datanya kan kita akan ngejar ke situ lagi gitu nanti linknya nanti kan akan ke satu sehat gitu” [K1]

The screenshot displays the Eklaim application interface. At the top, there are tabs for 'Coding ICD-10' and 'Coding ICD-9'. Below this, the 'Diagnosis' section shows 'Central Infusion, unspecified' with code '86.3.9'. The 'Prosedur' section shows 'Injection or infusion of thrombolytic agent' with code '99.10'. Below these sections is a table titled 'Hasil Grouping E-Klaim v3'. The table contains patient information and a list of medical services with their respective codes and prices. The 'Pemberian Alteplase' row is highlighted with a green box, showing two radio button options: 'Tidak diberikan' (selected) and 'Diberikan'.

Hasil Grouping E-Klaim v3					
Info	Dokter Anggraini, A.Md @ 17 Feb 2021 08:55 -- Renda A -- Tarif : TARIF RS PUSAT OTAK NASIONAL				
Jenis Rawat	Rawat Inap Kelas 3 (1 hari)				
Group	KECERDASAN PEMULIH DARAH OTAK DENGAN DEFISI (ISGAS)	D-4.141	Rp	11,595,100	
Sub Acute	-	-	Rp	0	
Chronic	-	-	Rp	0	
Special Procedure	-	-	Rp	0	
Special Prosthetic	-	-	Rp	0	
Special Investigation	-	-	Rp	0	
Special Drug	-	-	Rp	0	
Pemberian Alteplase	☒ Tidak diberikan ☐ Diberikan				
(detail)				Total Rp	11,595,100

Gambar 5. 1. Tangkapan layar aplikasi Eklaim penandaan pemberian obat alteplase

Aplikasi *stroke registry* merupakan aplikasi pencatatan kasus *stroke* di Indonesia, diisi manual dan belum terintegrasi dengan SIMRS. Pengisian *stroke registry* dilakukan oleh tenaga kesehatan di manajemen RS, fungsi dari *stroke registry* adalah memasukan data kasus *stroke*, mencatatkan waktu serangan, dan informasi lainnya seperti *door to CT*, *door to needle*, dsb. Aplikasi *stroke registry* menurut ketua PERDOSNI mudah digunakan, dan pada tempat informan bekerja

pengisian *stroke registry* rutin dilakukan, yang pengerjaannya dibantu oleh tenaga kesehatan lainnya. Secara aplikasi, PERDOSNI memiliki keinginan agar mengembangkan aplikasi *stroke registry*. Karena masih banyaknya prioritas pengembangan sistem lainnya di Kementerian Kesehatan, PERDOSNI berkeinginan untuk membuat sendiri aplikasi *stroke registry* dengan menggandeng pihak ke 3. Sedangkan menurut Direktorat PKR dan Koordinator pengampuan *stroke* disampaikan saat ini sedang dikembangkan aplikasi *stroke registry* melalui *platform* satu sehat yang akan di integrasikan dengan SIMRS. Dan sedang dalam masa uji coba implementasi di beberapa rumah sakit. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1336/2023 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan *Stroke* disampaikan bahwa indikator *outcome* keberhasilan pengampuan *stroke* salah satunya yaitu terbangunnya sistem *stroke registry* yang lengkap dan berkesinambungan (Kepmenkes, 2023b).

“Jadi kalau untuk pendataan dan pelaporan ya. Pendataan, pelaporan untuk kegiatan pengampuan. Misalkan berapa kasus yang ditangani. Berapa jumlah tindakan misalnya. Misalkan berkaitan dengan registry dari masing-masing layanan. Nah memang sebenarnya masing-masing rumah sakit, masing-masing pengampuan itu sudah beberapa yang sudah berjalan ya untuk registry. Seperti registry kanker. Kanker itu sudah berjalan untuk proses registry-nya. Namun mungkin yang perlu ditingkatkan adalah optimalisasi registry-nya. Nah dari kanker itu sebelum-sebelum sudah punya registry. Nah kemudian untuk layanan lain seperti jantung dan stroke. Yang saat ini, ini memang kami dari Kementerian Kesehatan dan Kesehatan Pengampuan. Ini sedang melakukan proses penyusunan. Proses penyusunan atau mendesain registry untuk layanan KJSU dan KIA. Nah ini yang saat ini sedang dikembangkan. Dan menyusun regulasi secara teknis ya. Teknisnya bagaimana integrasi dapat berjalan di rumah sakit secara elektronik. Kemudian terintegrasi dengan Kementerian Kesehatan melalui Satu Sehat. Nah ini prosesnya sedang berjalan. serta beberapa rumah sakit sudah menjadi pilot project. Terakhir kemarin, dua hari yang lalu. Itu sudah dilakukan kegiatan workshop kepada rumah sakit-rumah sakit yang

terpilih. Bagaimana kita mengintegrasikan untuk aplikasi registry ini ke satu sehat. Tapi mungkin belum sepenuhnya ya...Masih apa ya. Di evaluasi monitoring dan evaluasi ya untuk perbaikan gitu” [K2]

“Beberapa rumah sakit daerah ya. Rumah sakit daerah dan juga rumah sakit pusat. Ada rumah sakit kemarin itu. Ada rumah sakit S, P*. Kemudian rumah sakit apa ya...” [K2]*

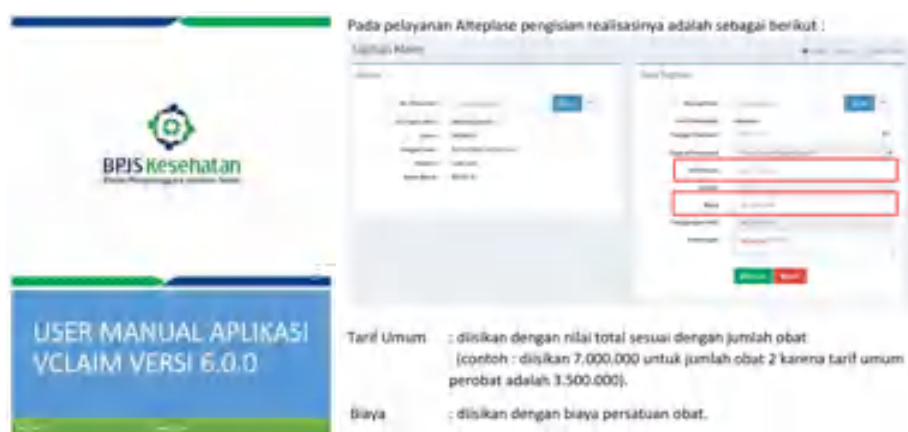
Di RS Pemerintah dan RS Swasta pengisian *Stroke registry* tidak diisi oleh dokter spesialis saraf namun dilakukan oleh manajemen atau tenaga kesehatan lainnya. Terkait penggunaan aplikasi *stroke registry* terlalu banyak variabel yang harus diisi, dan aplikasi kurang user friendly yang dapat disebabkan karena banyaknya variabel yang butuh diisi. Untuk mempersingkat waktu diharapkan data yang dibutuhkan terbridging dengan SIMRS. Dan menurut Koordinator pengampuan *stroke* aplikasi *stroke registry* masih sifatnya masih *self reporting*.

“Masih ada. Tapi pencatatannya masih, pelaporannya masih berupa self-reporting, Mbak. Hmm.... Kalau sistem yang baik, bisa terintegrasi secara nasional dan saya bisa tahu nih, per jam ini saat ini ada trombolisis yang sedang dilakukan di ujung Papua misalnya, itu sedang disiapkan sama DTO.” [K5]

Di BPJS Kesehatan, aplikasi yang digunakan adalah LUPIS merupakan bagian dari *VClaim*, penggunaannya lebih banyak di rumah sakit. Peran BPJS Kesehatan dengan melakukan pengecekan jumlah kasus dan nilai klaim yang diajukan sesuai dengan regulasi yang berlaku. Berdasarkan informasi dari verifikasi tidak ada keluhan yang disampaikan oleh rumah sakit sehingga dianggap tidak ada masalah dalam penggunaan aplikasi LUPIS. Selain itu BPJS Kesehatan juga menerbitkan petunjuk teknis cara mengoperasikan penggunaan LUPIS, sehingga rumah sakit dapat membaca panduan dari juknis tersebut. Sama halnya dengan BPJS Kesehatan, di bagian klaim RS Pemerintah dan RS Swasta juga tidak ada kendala yang berarti dalam menggunakan aplikasi LUPIS utk mengajukan klaim obat alteplase. Dan terkait permasalahan aplikasi dari bagian klaim akan berkoordinasi dengan pihak BPJS Kesehatan untuk melaporkan kendala yang di hadapi.

“Gimana mbak? Maaf. Aplikasi ya? Aplikasi yang digunakan. Aplikasi yang lupis. Aplikasi dari BPJS. Karena saya sudah pelatihan. Maksudnya bukan pelatihan ya, karena sudah diajarin verifikator mudah.” [RJB2]

“Ya, pasti ada lah sesekali. Kalau yang kayak gitu-gitu kita langsung koordinasi ke BPJS-nya” [RJU3]



Gambar 5. 2. Tangkapan layar user manual penggunaan LUPIS pada pengklaiman obat alteplase

5.6.1.4 Obat

Di Pusjak PDK, Laporan penggunaan obat alteplase sudah ada dalam Ekclaim, namun belum bisa ditarik dalam laporan di RS. Dibutuhkan pengembangan pada aplikasi Ekclaim agar dapat ditarik laporan penggunaan obat alteplase. Saat ini Pusjak PDK sedang fokus pada pengembangan INA *Group* dan pertukaran data informasi klaim dengan BPJS Kesehatan.

Merupakan obat alteplase untuk melakukan tindakan trombolisis, pada akhir tahun 2023 sempat mengalami kelangkaan berdasarkan informasi dari Koordinator Jejaring Pengampuan Pelayanan *Stroke*. Hal ini disebabkan oleh peningkatan jumlah kebutuhan di Indonesia akibat dari dijaminnya obat alteplase dalam program JKN. Upaya yang dilakukan oleh distributor obat adalah dengan merelokasi obat alteplase ke daerah-daerah yang membutuhkan.

“Nah, baik. Kita sempat ada kendala dengan actilyse mungkin 4-5 bulan lalu, Mbak. Itu agak sulit ditemui di daerah. Sampai-sampai dari pihak penyedia itu harus merelokasi. Jadi, mereka harus muter-muterin actilyse mereka yang pemakaian sedikit, terus diputer yang minta. Itu sih keadaan

4-5 bulan lalu, ya. Tapi, bulan akhirnya ini saya sudah nggak dapet kepulangan lagi sih, Mbak, tentang keterbatasan actilyse.” [K5]

RS Swasta menggunakan obat alteplase pada bulan Oktober 2023 dan Desember 2023. Bagian Farmasi akan melakukan *Purchase Order* (PO) kemudian membuat surat pesanan dan diberikan stempel BPJS setelahnya surat pesanan di email ke distributor obat. RS Swasta menyimpan stok obat alteplase sebanyak 4 vial disimpan di depo farmasi IGD, setiap habis penggunaan obat alteplase bagian farmasi akan selalu melakukan pemesanan walaupun hanya 1 vial yang di pesan.

Dalam pesesanan obat, bagian farmasi tidak melalui E-Katalog karena menurut farmasi prosesnya lebih lama. Saat ini yang berjalan adalah dengan pemesanan manual dengan melakukan PO dan sebelumnya telah melakukan perjanjian kerjasama dengan pihak distributor obat, proses lebih cepat dan tetap mendapatkan harga untuk BPJS Kesehatan.

“Kita aplikasinya pakai manual kak, tapi harganya harga BPJS, kalau e-katalog kayaknya lama terus harganya juga sama aja. Jadi kita manual juga. Iya, kita manual dengan harga BPJS. Kita pakai PO, pakai sistem PO. PO-nya pakai BPJS kan. Kalau obat BPJS lainnya biasanya pakai e-katalog segala macam kan. Nah, itu kita enggak pakai e-katalog, tapi kita tetap pakai PO biasa dengan BPJS gitu, stempel BPJS. Jadi itu namanya manual sih kak. Oh iya. Dan ada PKS-nya juga. Di PKS-nya tetap seperti itu. Jadi kita bisa pesen order secara manual. Jadi 4 ampul itu buat 1 rumah sakit. Buffer stoknya itu 4. Jadi, mungkin kita sudah tanya tuh sama bagian IGD ya untuk sekali dosis pasien stok itu berapa. Ternyata 1 pasien itu butuh 2 vial. Jadi kita suka untuk 2 pasien. Kalau misalnya 1 hari itu ada code stroke. Jadi kita sekiannya 4 gitu, buffernya 4. Tapi kalau memang nanti dipakai 1 sih enggak masalah. Karena itu kita masih ada buffer 3. Jadi, kita tuh siapin obat alteplase itu ada di farmasi IGD kak. Karena kan itu kan di farmasi IGD supaya mempermudah. Jadi kalau misalnya nanti dari paging FO itu code stroke, itu semua bagian kan. Tapi kita sudah terlatih tuh. Nah, bagian Farmasi tuh sudah menempatkan posisi aktiflase yang mudah

dijangkau. Sehingga ketika orang IGD minta, itu sudah siap. Di tempat obat injeksi di Farmasi IGD.” [RJB3]

“di sana Oh ya kalau aktual itu lewat e-katalog semua tapi harganya harga BPJS karena iya karena apa yang pengirimannya dari pemesanan sampai barangnya datang dan tidak terlalu lama, bisa seminggu dua minggu lah yang itu enggak sampai kosong banget kita selalu ada stok buffer mulai menipis baru kita pesan.” [RJU3]

RS Pemerintah pada tahun 2023 mengalami kesulitan akses untuk melakukan pemesanan obat alteplase, setelah diberikan kontak marketing distributor obat kendala sudah teratasi. Untuk pemesanan obat menggunakan *e-Catalogue* lama proses pemesanan sampai diterima kurang lebih 7-14 hari.

“waktu saya masih belum lulus fellowshipnya jadi agak terkendalanya adalah gak tau nomor kontak distributor obat alteplase, namun setelah mendapatkan kontak marketing distributor alteplase. Begitu saya dapet jadi aku bisa mencari obat yang mau nyetok ke kita terus hubungin rep obatnya cepet langsung ada, udah kita langsung jalan begitu kita selesai dengan SOP dan kawan-kawannya ada (kelengkapan lainnya tersedia). terus manajemen dapet gambaran maksud saya trombolisis itu ngapain akhirnya mereka responnya sih cepet ya....” [RJU1]

5.6.1.5 Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana di Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan yang diperlukan disediakan oleh kementerian kesehatan dan disupport, pengembangan aplikasi dilakukan oleh DTO. Kendala yang dihadapi apabila *server* pusdatin *down* perlu koordinasi untuk menyelesaikan permasalahan datanya. Sedangkan pada Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan, perangkat yang tersedia saat ini sudah cukup namun dibutuhkan penambahan kapasitas komputer agar dapat meningkat performanya dengan melakukan penambahan memori pada komputer. BPJS Kesehatan Terkait fasilitas yang disediakan kantor cukup mendukung kegiatan verifikasi baik secara jumlah maupun kualitas.

Pada Koordinator Jejaring Pengampuan Pelayanan *Stroke*, melihat sarana dan prasarana pada kesiapan alat kesehatan dan fasilitas lainnya. Secara kapasitas beberapa rumah sakit belum memiliki CT-Scan dan *Stroke Unit* yang merupakan penunjang dalam menegakan dan tempat perawatan pasien stroke post trombolisis di rawat. Menurut PERDOSNI Belum adanya pemerataan sarana dan prasarana di Indonesia dikarenakan letak geografis menjadi salah satu hambatan dalam penatalaksanaan *stroke* di Indonesia, diharapkan penggunaan *telemedicine* dimaksimalkan pada daerah terpencil yang apabila membutuhkan konsultasi maupun dukungan dari rumah sakit besar di perkotaan lebih dimudahkan. Pada Rumah Sakit Semua sarana dan prasarana disediakan baik CT-Scan maupun ruangan *intensive*, namun di RS Pemerintah belum ada timbangan tempat tidur yang menyebabkan untuk melakukan pengukuran berat badan dilakukan dengan menggendong pasien kemudian di timbang. Namun secara substansial tidak ada kendala yang berarti.

Tabel 5. 13. Data Kepemilikan Imaging di RS Jejaring Pengampuan Stroke

	Jumlah	Persentase
Jumlah RS	336	
Sudah ada <i>Imaging</i> (CT-Scan/ MRI)	228	67,86%
Belum ada	108	32,14%

Sumber: Laporan Fasilitas Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Stroke Tahap 1

Tahun 2022-2024 (Per April 2024)

5.6.2 Struktur Birokrasi

5.6.2.1 *Standart Prosedur*

Dalam pelaksanaan implementasi penjaminan obat alteplase Pusjak PDK menggunakan PMK 3 dan Petunjuk Teknis Eklaim, Pusjak PDK melakukan penyesuaian aplikasi sesuai dengan regulasi yang berlaku. Sedangkan Direktorat PKR dan Koordinator pengampuan *stroke* menggunakan PNPK *Stroke* sebagai panduan penatalaksanaan *stroke* dan PMK Jejaring Penyakit Prioritas *Stroke* dalam menentukan target pelaksanaan agar rumah sakit jejaring *stroke* mampu melakukan tindakan trombolisis.

“masih masih juknis..juknis e-klaim sama PMK 3.iya cuma itu aja.... update itu (Juknis) yang waktu kita nambahin menu-menunya waktu habis tarif baru (PMK 3) itu kan ada penambahan... “ [K1]

“PNPK stroke ya? PNPk stroke, oke. Sebetulnya PNPk itu kan disusun ya, tapi saya agak lupa untuk tahunnya itu. 2019 ya. Nah itu mungkin agak lebih dulu ya. Nah itu sebetulnya PNPk memang disusun untuk beberapa kasus penyakit yang masuk dengan kategori ataupun kelompok yang high volume, kemudian jumlah kasus terbanyak, kemudian yang high berisiko, pembiayaan yang besar. Sehingga perlu disusun suatu guidance untuk nanti dijadikan sebagai prosedur untuk rumah sakit-rumah sakit. Nah sebetulnya ini juga menjadi soal yang sangat penting. Karena rumah sakit memang membutuhkan referensi ataupun penerimaan di dalam penyusunan SPO-SPO. Nah sejauh ini apa yang ada di dalam PNPk, saya rasa memang secara umum ya, secara umum itu sudah artinya sudah menjadi guidance ataupun referensi untuk penyusunan SPO. Namun ya mungkin nanti perlu di-review kembali. Nanti disesuaikan dengan perkembangan keilmuan ataupun secara program. Terusnyalah adalah untuk pelayanan SPO.” [K2]

Sejalan dengan Direktorat PKR, saat ini PERDOSNI menggunakan PNPk Stroke dalam melakukan penatalaksanaan kasus stroke, PNPk sendiri terbit pada tahun 2019. Sudah ada perkembangan ilmu pengetahuan dan dirasakan sudah diperlukannya revisi PNPk. Perkembangan ilmu di dunia trombolisis bisa dilakukan pada pasien stroke iskemik dengan onsite < 9 jam dengan syarat rumah sakit harus memiliki MRI sebagai pendukung penatalaksanaan trombolisis. Sesuai PNPk Stroke yang berlaku saat ini pasien stroke iskemik dengan onsite < 4,5 jam dan < 6 jam yang memiliki kandidat untuk dilalukan trombolisis. Selain itu PERDOSNI berhasil mendorong Kementerian Kesehatan untuk memasukan obat alteplase kedalam DOEN, sehingga obat ini menjadi wajib tersedia di fasilitas kesehatan untuk penatalaksanaan pada pasien stroke iskemik.

“Ya, PNPk stroke itu dibuat tahun 2019 ya. Jadi sekarang sudah 2024. Kemajuan teknologi pelayanan stroke itu juga makin berkembang. Jadi

seyogyanya PNPk itu akan direvisi lagi seyogyanya. Kita lagi merencanakan untuk merevisi PNPk. Karena sekarang berkembang terapi-terapi baru, terapi medis modern di bidang stroke, ya. Jadi saya rasa perlu ditambahkan di PNPk yang baru nanti.” [P1]

“Jadi alhamdulillah trombolisis dari Perdosni sudah meminta Kementerian Kesehatan dan sudah memberikan persetujuannya untuk trombolisis rtPA, pelayanan rtPA itu masuk di dalam DOEN, daftar obat esensial. Artinya itu adalah kewajiban negara untuk menyediakan obat tersebut di seluruh rumah sakit yang memerlukan dan bisa melaksanakan RTPE itu. Tapi untuk Indonesia secara keseluruhan ini juga masih tantangannya masih besar. ya..besar. ya.” [P1]

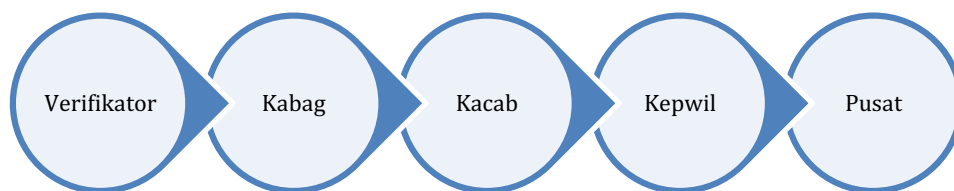
BPJS Kesehatan tidak membuat standart prosedur khusus untuk penjaminan obat alteplase, semua keputusan dan verifikasi bersumber dari PNPk, PMK 3 dan Fornas menurut verifikator. Verifikasi obat alteplase membutuhkan ketelitian yang cukup tinggi karena banyak yang harus diperhatikan terkait persyaratan klaim, kriteria inklusi dan eksklusi untuk tindakan trombolisis. Walaupun cukup banyak yang harus diperhatikan dalam memverifikasi tidak ada kendala yang berarti, semua bisa diputuskan dijamin atau tidak klaim obat alteplasnya berdasarkan kebijakan yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan.

“Kalau untuk juknisnya itu kita mengacu retriksi aja Mbak. Kalau obat alteplase itu kan bisa ditagihkan dengan kondisi tertentu, jadi kita mengikuti restriksinya aja yang berlaku dari kemenkes. Tapi kalau untuk juknis penagihannya, pengklaimannya, dan pembayarannya seperti apa, mengikuti regulasi yang berlaku Mbak, kalau untuk juknis khusus untuk penagihannya alteplase, memang kita tidak ada ya Mbak. Karena kita mengikuti regulasi yang berlaku, kayak PMK 3, terus kemudian Formularium Nasional yang baru. Persyaratannya juga kita masih mengacu, seperti persyaratan pengklaiman biasanya, sampai saat ini belum ada perdir. Terus untuk yang mengatur alteplase itu, persyaratannya apa aja, harus yang dilampirkan apa aja, itu belum ada, sampai saat ini. Ya seperti penagihannya. Hanya mungkin untuk secara

administrasinya itu yang tidak sedetil untuk pengklaiman yang klaim CBGs, kalau luar paket itu.” [B4]

Pada umumnya pelaporan yang dilakukan bila terjadi permasalahan adalah verifikator melaporkan ke kepala bagian dan apabila tidak dapat diselesaikan naik ke Kepala Cabang dan apabila masih belum dapat terselesaikan, dinaikan ke Kepala Wilayah dan apabila masih belum dapat diselesaikan juga diteruskan ke pusat.

“Antara verifikator, baru ke kabag, nanti misalnya ke kacabang. Nggak bisa selesai juga nanti. Baru masuk ke Kepwil, baru nanti masuk ke kantor pusat.” [B2]



Gambar 5. 1. Alur Pelaporan Permasalahan di BPJS Kesehatan

Rumah Sakit Terdapat SPO *code stroke* pada ke dua rumah sakit pemerintah dan swasta dan untuk pedoman penatalaksanaan berdasarkan PNPK *Stroke*. Sudah dibuatnya SPO berdasarkan informasi dari dokter neurologi, terkait dokumen tidak dapat divalidasi karena adanya batasan akses penelitian. Namun pernyataan tersedianya SPO *code stroke* di sampaikan juga oleh bagian klaim RS Swasta, ditambah adanya grup koordinasi melalui whatsapp apabila terjadinya *code stroke* tenaga kesehatan yang berkaitan saling berkomunikasi digrup tersebut. Saat ini bagian klaim mengajukan pengklaiman obat alteplase berdasarkan panduan dari BPJS Kesehatan, belum ada SPO untuk pengajuan klaim obat alteplase. Kendala yang dihadapi diawal pengajuan klaim adalah kelengkapan dokumen, sifatnya konfirmasi dari BPJS Kesehatan, setelah dilengkapi klaim dapat dilayakan dan dipengajuan berikutnya sudah mulai ada perbaikan pendokumentasian medisnya.

“Enggak ada, cuma waktu itu Departemen lagi mau buat sih, sepertinya ya. Karena pelayanan struk ini dari Hermina Group juga baru, Mbak, sebelum... Jadi gini, kalau untuk pengajuan klaim dari BPJS itu ada dua, melalui v-klaim, dan satu lagi melalui lupis. Lupis itu adalah hal-hal yang diklaimkan di luar v-klaim. Contoh lupis itu ada kantong darah, CAPD, kemudian ambulans sama Altaplast. Nah, sepertinya Altaplast ini baru di Hermina Group, itu baru mulai, ya itu. Akhir tahun 2023. Jadi kalau untuk SPO, pengajuannya belum ada. Kemarin sih, setahu saya yang lagi mau dibuat sama Departemen itu pengajuan kantong darah sama CAPD. Kalau saya, panduannya itu yang saya pakai step-step yang dari verifikator ajar, kan. Karena sebenarnya kalau untuk pengajuan yang lupis itu, kita kan setelah berkas lengkap, berkas yang lengkap itu apa aja? Yang pertama, resu medis. Yang kedua, tarif diling rumah sakit. Yang ketiga, bukti perlesep Altaplast. Kemudian yang keempat, ada SEP-nya. Yang kelima, ada SEP lupis. Kemudian yang ketujuh itu, dia harus menyertakan lampiran seperti pemantauan pemberian Altaplast kayak berat badan, jam pemberiannya kapan. Iya, iya. Seperti itu. Setelah administrasinya lengkap, saya cuma buka akun lupisnya aja, kemudian masukkan nama saya, user saya, sama passwordnya. Baru tinggal klik pengajuan lupis. Gitu aja sih, Mbak. Tinggal masukin berapa botol, harganya berapa, nanti akan ke input sama sistem. Sebenarnya BPJS belum mengeluarkan caranya gimana, cuma kami by phone gitu lho, Mbak. Saya minta ajarannya by phone, terus saya ngikutin step-stepnya dia, kayak gitu.” [RJB2]

5.6.2.2 Kewenangan

Salah satu yang dilakukan koordinator pengampunan stroke untuk memastikan tindakan trombolisis dilakukan rumah sakit jejaring pengampunan stroke adalah dengan melakukan *monitoring* dan evaluasi serta menampung kendala yang dihadapi rumah sakit yang menyebabkan tindakan trombolisis tidak dilakukan. Indikator bahwa rumah sakit telah mampu melakukan tatalaksana stroke yang paling

dasar adalah melakukan tindakan trombolisis. Sehingga koordinator pengampuan *stroke* melakukan kegiatan pelatihan, *workshop*, pendampingan pembuatan SPO, visitasi, simulasi dan advokasi ke manajemen rumah sakit atau pemerintah daerah agar program prioritas *stroke* masuk kedalam anggaran kegiatan rumah sakit.

“Kita ada money, sih, mbak. Tapi itu biasanya setahun sekali. Yang terakhir waktu di hotel dekat bandara. Jadi, money nya untuk pelaporan bagaimana trombolisis, trombektomi, coiling, clipping, sudah berjalan atau belum?” [K5]



Gambar 5. 3. Tangkapan layar dari media sosial kegiatan monitoring dan evaluasi Pengampuan *Stroke*

Pada kegiatan monitoring dan evaluasi dilakukan pada tanggal 19-21 April 2024 di Hotel Fairfield by Marriott Soekarno Hatta *Airport*. Kegiatan dilakukan dengan melakukan *desk per* rumah sakit terkait capaian yang didapatkan selama tahun 2023, dan dikonfirmasi kendala dan permasalahan yang diterima, selain itu dilakukan konsolidasi antara tindakan yang dilakukan dipelayanan dan tindakan yang sudah diklaimkan. Apabila ada kendala dalam pengklaiman juga di konfirmasi permasalahannya, kemudian koordinator pengampuan *stroke* memberikan rekomendasi tindak lanjut.

Nama Rumah Sakit	Jumlah Kasus Trombolisis	Klasifikasi Alasan	Keimpulan Kelengkapan SDMA, Alas, dan Sarana	Hambatan/Kendala (Klasifikasi RS)	Komitmen RS	Keterangan
1	71	(1)	1. Petawat terlatih Stroke Trombolisis (1 unit Stroke) hangus 2. Petawat Cati Lab terlatih Neurointervensi Rangsang 3. Petawat Neurosurg Terlatih Stroke Stroke belum ada → sudah ada 40 (Mata RSPON) 4. Stroke ward/corner belum ada → sudah ada, 12 bed (konfirmasi RS)	1. Bagian farmasi tidak melakukan klaim (klaim pelayanan) tidak ada koordinasi farmasi dari penjaminan	1. Status koordinasi antara farmasi dengan penjaminan akan dimasukkan untuk mengikuti pelayanan	masukan dari RSPON 1. Bagian penjaminan diberikan akses untuk menarik data aftercare 2. Kotler memodifikasi rekapan pengarsipan aftercare dari farmasi. Bagian penjaminan akan memasukkan dokumen (dari bagian RSPON) pengarsipan legalitas 3. Ditinjau di RS unit mana yang bertanggung jawab terhadap pengkajian data aftercare (antara bagian penjaminan/farmasi)

Gambar 5. 4. Tangkapan layar salah satu contoh *desk* saat kegiatan *monitoring* dan evaluasi

Pada gambar 5.4 memperlihatkan koordinator pengampuan *stroke* melakukan *mapping* pelayanan yang sudah tersedia dan yang belum tersedia, melakukan konfirmasi masalah dan hambatan dalam merealisasi kegiatan pengampuan, serta meminta komitmen dari rumah sakit upaya yang harus dilakukan setelah kegiatan *money*. Kegiatan *money* ini di hadiri oleh direktur/ dokter neurologi/ bedah saraf/ manajemen (medik) yang bertanggung jawab terhadap pengampuan pelayanan *stroke* di masing-masing rumah sakit.

PERDOSNI melakukan kewenangannya dengan melakukan *update* ilmu terbaru, baik melakukan revisi PNPk *Stroke* maupun melakukan kursus, seminar ditingkat pusat maupun cabang terkait tatalaksana trombolisis atau lainnya kepada dokter spesialis neurologi.

“Ya, kita selalu mengupdate ya. Artinya bahwa dokter neuro itu selalu secara berkala dilakukan update. Jadi, perkembangan ilmu yang terbaru, baik itu RTPE maupun yang terbaru ya, mengenai stem cell, mengenai genetik, itu semua merupakan selalu kita update. Nah, update-nya dalam wujud apa? Bisa berwujud dalam kursus-kursus ataupun dalam seminar-seminar yang dilakukan. Baik dilakukan oleh kelompok-kelompok kecil maupun di center pendidikan. Maupun di cabang-cabang maupun yang dilakukan oleh Perdosni sendiri. Jadi ada beberapa kegiatan baik di tingkat cabang maupun di tingkat pusat.” [P1]

Sedangkan BPJS Kesehatan membuat pedoman/ standarisasi penjaminan. Standarisasi penjaminan dibuat ketika ada masalah penjaminan dilapangan, sehingga untuk mengurai permasalahan penjaminan dilakukan koordinasi dengan organisasi

profesi yang kemudian disusun langkah-langkah *standart* suatu tatalaksana dan pedoman tersebut dapat digunakan oleh verifikator untuk melakukan verifikasi berdasarkan pedoman yang telah disusun. Sedangkan pedoman verifikasi disupport oleh Kedeputian Manajemen Klaim dan Utilisasi. Sedangkan apabila terdapat permasalahan pengklaiman terdapat step-step pelaporan yang harus di penuhi.

“itu tidak ke pedoman verifikasi mbak kita lebih ke pedoman penjaminan standarisasinya di pedoman penjaminan kalau verifikasi ini nanti disupport tim manajemen klaim sama utilisasi. Jadi kalau misalnya kami nih contoh, kemarin kami buat standarisasi layanan PCI misalnya. Nah, seperti misalnya step by step kalau pasien itu akan dilakukan PCI, mulai dari apa saja sih prasyarat yang harus dipenuhi ketika dia mau PCI, mana yang angiografi saja, mana yang standby PCI, dan bersama-sama organisasi profesi. Tapi itu kondisinya kalau ada hal-hal yang memang, ada dispute di lapangan, kalau sampai saat ini saya nggak tahu ya kalau temuan di lapangan yang padahal ya kayak gimana gitu ya. Kayaknya sih kalau Alteplase nggak ada isu dispute sih ya. Saya nggak tahu ya apakah ditemukan atau nggak sih. Jika ada ya mungkin silakan, mungkin bisa disampaikan juga. Ini kira-kira dispute-nya di poin mana dari temuan di lapangan. Tapi kalau, eh bukan dispute juga ya. Ada masalah penjaminan lah. Kalau dispute kan sebetulnya nanti tim MKU juga sih yang handle sih ya. Kalau ada dispute ya. Tapi kalau memang masalahnya di penjaminannya gitu, standarnya ada yang nggak jelas. Nah, itu mungkin bisa jadi input kita. Tapi so far sih, Alteplase sendiri selama sejak 2023 diterbitkan, saya belum pernah dengar ada masalah di penjaminan ya. Standar penjaminan ya. Mungkin itu kalau Mbak Dahlia punya temuan di lapangan sih juga bagus ya. Sebelum nanti di-expose, bisa disampaikan kira-kira ada titiknya di mana gitu. Itu sih, tapi kalau selama ini sih nggak. Nggak ada yang spesifik terlapor sampai kantor pusat ya. Bisa juga mungkin teman-teman akhirnya sama-sama duduk bareng sama teman-teman di rumah sakit. Biasanya kan kayak gitu ya. Kalau ada masalah penjaminan, itu biasanya yang paling ketemu pertama. Antara verifikator, baru ke kabag, nanti misalnya ke kacabang. Nggak bisa selesai juga nanti.

Baru masuk ke Kepwil, baru nanti masuk ke kantor pusat. Nah, apakah memang nantinya ujungnya sudah bisa dituntaskan di level masing-masing itu sampai tidak memerlukan penjelasan lebih lanjut ya. Itu tidak apa ya namanya. Biasanya kalau halnya sudah jelas, ya itu tidak perlu kita berikan penjelasan lagi. Tapi kalau memang kayak kemarin misalnya kasus PCI gitu ya. Itu ternyata banyak cabang beda-beda nih proses penjaminannya. Atau beda-beda hasil rekomendasi dari tim kendali mutu kendali biayanya. Nah, itu hal-hal seperti itu akhirnya yaudah eskalasi ke pusat. Baru kita nanti rumuskan di pusat. Itu jadi satu dokumen yang sifatnya yang nasional. Demikian, Mbak.” [B2]

Dokter spesialis neurologi Rumah Sakit melakukan pelatihan internal pada tim *code stroke* (dokter umum, perawat, Radiolog, dll). Tujuan dari pelatihan ini agar peserta dapat berperan sebagai anggota Tim Aktivasi *Code Stroke* sesuai dengan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan. Dalam menjalankan perannya, peserta memiliki fungsi sebagai berikut: melaksanakan tatalaksana medis dalam tindakan trombolisis untuk pasien *stroke* iskemik, melaksanakan tatalaksana keperawatan dalam tindakan trombolisis untuk pasien *stroke* iskemik, melaksanakan tatalaksana dokter spesialis radiologi dalam tindakan trombolisis untuk pasien *stroke* iskemik, dan melaksanakan tatalaksana *radiografer* dalam tindakan trombolisis untuk pasien *stroke* iskemik. Berdasarkan informasi dari dokter neurologi, RS Swasta memiliki persiapan sangat baik dan berdasarkan informasi dari bagian klaim dan farmasi tindakan trombolisis menjadi produk pelayanan unggulan RS Swasta. RS telah berhasil melakukan 6 kali tindakan trombolisis, 2 tindakan dilakukan di Oktober dan Desember 2023 sedangkan 4 tindakan trombolisis dilakukan pada tahun 2024. Dan 1 diantaranya pasien kembali normal seperti sediakala sebelum pulang dari RS Swasta.

“Tim Code Stroke terdiri dari dokter spesialis saraf, spesialis radiologi, spesialis emergensi, dokter umum, ada perawat, sm farmasi utk bagian penunjang. Persiapan sounding dr 1thn sbllm tgl berlaku tindakan, tp persiapan pelatihan2 sejak 6bln sbllmnya. Dipantau sm SpS (dr. M) yg sdh melakukan trombolisis duluan dr RSUD Tarakan.” [Informasi text dari aplikasi whatsapp RJB1]



Gambar 5. 5. Tangkapan layar produk unggulan RS Swasta

Pemberian alteplase intravena (alteplase) dalam waktu 4.5 jam setelah *stroke* iskemik terbukti bermanfaat untuk meningkatkan hasil pengobatan. Analisis terbaru menunjukkan bahwa alteplase mungkin masih bermanfaat walaupun diberikan lebih dari 3 jam setelah serangan *stroke*. Semakin cepat alteplase diberikan, semakin tinggi peluang hasil yang baik pada 3 bulan setelah *stroke*. Namun, pemberian alteplase meningkatkan risiko perdarahan otak besar dan risiko ini tidak berhubungan dengan waktu pemberian. Di sisi lain, kematian akibat *stroke* justru meningkat dengan semakin terlambatnya pemberian alteplase. Oleh karena itu, pasien *stroke* iskemik yang didiagnosis berdasarkan gejala klinis dan CT-Scan dapat diberikan alteplase intravena hingga 4.5 jam setelah serangan *stroke*. Upaya untuk mempersingkat waktu pemberian alteplase harus dilakukan untuk memaksimalkan manfaatnya (Lees dkk., 2010).

Sedangkan menurut Ketua Umum PERDOSNI, dilingkungan dokter spesialis neurologi sempat terjadi informasi yang simpang siur terkait penjaminan alteplase pada awal diterbitkannya PMK 3, karena dikhawatirkan obat yang sudah digunakan tidak dapat diklaimkan ke BPJS Kesehatan. Kekhawatiran ini disebabkan karena harga obat yang cukup tinggi, yang apabila kepastian penjaminannya belum bisa dipastikan akan ada risiko menyebabkan kerugian. Oleh Ketua PERDOSNI disampaikan bahwa obat alteplase sudah dijamin, dan saat ini berita tersebut telah mereda. Untuk informasi penjaminan alteplase cukup jelas disampaikan dan tidak ada masalah.

“Ya, sampai saat ini ada beberapa simpang siur, karena memang menyangkut kebijakan. Mereka menggunakan pembayaran klaim. Jadi masih ada yang takut, karena kalau itu nanti tidak diklaim mahal. Tapi sebetulnya sekarang sudah bisa diklaim, secara terpisah bisa. Antara stroke dan juga obat rtPA itu bisa.” [P1]

Sedangkan BPJS Kesehatan akan melakukan pertemuan dengan kepala bagian dan juga seluruh staf dikantor cabang menyampaikan terkait penjaminan obat alteplase, selain kantor pusat juga melakukan survey terbuka dan supervisi ke kantor cabang untuk mendapatkan informasi terhadap kendala yang ada.

“Ada banyak tahapannya, Mbak. Kalau di awal tahun biasanya, biasanya kita ada pertemuan nasional dengan seluruh kepala bagian. Ada juga pertemuan dengan seluruh staff di kantor cabang. Itu kita lakukan. Kemudian ada juga bentuknya uji-uji pemahaman secara periodik. Waktu tertentu kita highlight yang kira-kira masih beda-beda persepsi gitu potensinya. Itu biasanya kita...lakukan uji pemahaman. Kita juga kadang juga melakukan, apa namanya, survei terbuka kadang-kadang ya untuk mengetahui sebetulnya apa sih yang mereka tangkap gitu ya terkait satu permasalahan. Itu juga mungkin kita lakukan. Atau juga kita lakukan uji petik atau supervisi ke kantor cabang untuk kita dapat, apa namanya masukan dari teman-teman di kantor cabang. Apakah ada hal-hal yang memang masih belum jelas gitu ya di teman-teman di kantor cabang.” [B2]

Dokter Spesialis Neurologi RS Pemerintah mendapatkan informasi penjaminan obat alteplase di kegiatan sosialisasi pengampuan *stroke* DKI Jakarta secara luring di Dinas Kesehatan DKI Jakarta pada bulan November 2023. Sedangkan RS Swasta mendapatkan informasi penjaminan obat alteplase saat regulasi PMK 3 terbit, sosialisasi disampaikan langsung oleh manajemen dan surat edaran kepada dokter spesialis neurologi. Sedangkan bagian klaim mendapatkan informasi dari BPJS Kesehatan yang diundang dalam suatu pertemuan. Selain itu informasi penjaminan alteplase juga di terima dari Departemen JKN karntor pusat.

“Dari BPJS sendiri. Karena kan kalau BPJS itu kan mengeluarkan kayak peraturan terbaru tahun 2023. Nah, itu nanti dijelaskan sama dia. Apa aja sih yang diklaim oleh, yang dikavar oleh BPJS? Selain kantong darah itu ada alteplase, ambulan. Dari situ sih, Mbak. Kemudian, selain dari BPJS, saya juga tanya ke cabang lain. Jadi, kalau BPJS mengeluarkan peraturan terbaru, itu mereka ngundang, BPJS itu kan dia berdasarkan kantor cabang ya. Kalau kayak Hermina Daan Mogot, kantor cabangnya BPJS Jakarta Barat. Biasanya kalau misalkan ada edaran-edaran baru, BPJS Jakbar ini, dia mengundang rumah sakit wilayahnya itu untuk sosialisasi. Itu yang pertama, Mbak. Terus yang kedua, dari Departemen JKN juga lakukan sosialisasi ulang.” [RJB2]

5.6.3.2 Kejelasan

Tidak ada yang bertanya di ke Pusjak PDK terkait kendala penjaminan obat alteplase. Belum melakukan klaim alteplase bisa saja disebabkan oleh belum diketahuinya bahwa obat alteplase bisa dijaminan terpisah atau belum adanya kasus yang layak untuk dilakukan tindakan trombolisis. Sedangkan hasil *monitoring* dan evaluasi yang dilakukan oleh koordinator pengampuan *stroke* ditemukan beberapa rumah sakit sudah melakukan tindakan trombolisis namun belum mengklaim obatnya karena tidak mengerti bahwa penggunaan obat bila diklaimkan melalui aplikasi LUPIS (Luar Paket INACBG) atau bisa saja yang hadir dipertemuan bukan

merupakan bagian yang memahami apakah tindakan trombolisis yang sudah dilakukan sudah dilakukan pengklaiman atau belum. Sehingga perlu di klarifikasi ke bagian yang melakukan pengklaiman (casemix/penjaminan/farmasi).

Nama Rumah Sakit	Menderita Code Stroke yang sudah diaktifasi (x24 jam)	Jumlah Kasus Trombolisis	Klaim Alteplase	Kesimpulan Keluaran SGM, Alas dan Sarana	Hambatan/Kendala (Klasifikasi RS)	Komitmen RS	Keterangan
0		0	0	1. Dokter Sp.BS follow up/ultrapenali Vaskular belum ada → akan mengikuti workshop clipping 2. Dokter umum telah melakukan Stroke Trombolisis (Code Stroke) hanya 1 3. Pemasang terlatih Stroke Trombolisis (Code SH) hanya 1 4. Perawat Neurosistem Tereintegrasi Askep Stroke hanya 2 → 7 (konfirmasi RS)	1. Klaim banyak terpendang untuk tindakan CTA/coiling 2. Belum mencoba mendiskusikan ke bagian penjaminan terkait klaim 3. Obat alteplase sangat tidak tersedia ke jumlah [terpaku dari pusat] 4. CT Scan T28 akan ada 1 sudah mulai rusak ada di radiologi, akan sudah lebih dari 1 tahun		unit stroke ada 16 bed

Gambar 5. 8. Tangkapan layar salah satu contoh *desk* saat kegiatan *monitoring* dan evaluasi yang belum mengerti sudah diklaim/ belum obat alteplasnya

Menurut ketua PERDOSNI di lingkungan dokter spesialis neurologi sempat terjadi informasi yang simpang siur terkait penjaminan alteplase pada awal diterbitkannya PMK 3, karena dikhawatirkan obat yang sudah digunakan tidak dapat diklaimkan ke BPJS Kesehatan. Kekhawatiran ini disebabkan karena harga obat yang cukup tinggi, yang apabila kepastian penjaminannya belum bisa dipastikan akan ada risiko menyebabkan kerugian. Oleh Ketua PERDOSNI disampaikan bahwa obat alteplase sudah dijamin, dan saat ini berita tersebut telah mereda. Untuk informasi penjaminan alteplase cukup jelas disampaikan dan tidak ada masalah.

“Ya, sampai saat ini ada beberapa simpang siur, karena memang menyangkut kebijakan. Mereka menggunakan pembayaran klaim. Jadi masih ada yang takut, karena kalau itu nanti tidak diklaim mahal. Tapi sebetulnya sekarang sudah bisa diklaim, secara terpisah bisa. Antara stroke dan juga obat rtPA itu bisa.” [P1]

Dan pada BPJS Kesehatan Untuk memastikan semua verifikator paham terkait kebijakan yang berlaku, kantor pusat melakukan uji pemahaman kepada seluruh *staff* verifikator. Untuk melakukan *monitoring* dan evaluasi terkait pemahaman regulasi yang berlaku dan sebagai bekal pemahaman dalam melakukan pekerjaannya sebagai verifikator.

“Kemudian ada juga bentuknya uji-uji pemahaman secara periodik. Waktu tertentu kita highlight yang kira-kira masih beda-beda persepsi

gitu potensinya. Itu biasanya kita...Uji pemahaman, lakukan uji pemahaman. Kita juga kadang juga melakukan, apa namanya, survei terbuka kadang-kadang ya untuk mengetahui sebetulnya apa sih yang mereka tangkap gitu ya terkait satu permasalahan.” [B2]

RS Pemerintah maupun RS Swasta, sama sama memberikan informasi yang disampaikan sesuai dengan ketentuan PMK 3 selain itu informan merasa jelas dengan informasi yang disampaikan terkait penjamin obat alteplase. Pada bagian klaim dirasa belum memahami sepenuhnya PNPK Stroke, dengan tidak memberikan penjelasan dasar aturan yang mengatur kriteria inklusi dan eksklusi. Semua informasi kelengkapan dokumen berdasarkan informasi dari BPJS Kesehatan, waktu *golden period* yang dipakai sesuai PNPK Stroke yaitu waktu maksimal ≤ 6 jam.

“Yang pertama, mungkin untuk komplikasi, ya. Karena kan gini, mungkin pemerintah berharap kalau misalkan pada kasus stroke akut yang kurang dari 6 jam ditata laksana dengan menggunakan trombolitik dengan tepat, itu bisa menurunkan angka gejala sisanya. Jadi, yang diharapkan adalah yang tadinya truk ada hemipares kurang dari 6 jam ditatalaksana jadi pakai trombolitik, hemiparesnya hilang. Jadi, untuk meningkatkan quality of life, juga jadinya, Mbak. Itu menurut saya, ya.” [RJB2]

“Karena kita waktu itu awal klaim, itu kan memang sudah diajarin kelengkapan berkasnya. Awalnya sih mereka minta lebih dilengkapi lagi, jadinya kita langsung lengkapin, setelah itu enggak ada pending sih. Selama proses pengajuan Altaplastase, kita enggak pernah dipending, tapi dikonfirmasi untuk menambahkan kelengkapan berkas, iya. Kayak contoh yang waktu itu dia minta adalah berat badan, berat badan agar dicantumkan. Karena kan waktu itu kita enggak tahu nih, waktu klaim pertama, oh ternyata harus ada berat badan, baru kita cantumkan, kayak gitu. Iya. Tapi enggak pernah ada pending klaim sih” [RJB2]

5.6.3.3 Konsistensi

Dalam melaksanakan trombolisis dibutuhkan dukungan manajemen, baik dukungan secara sarana dan prasarana, ketersediaan obat alteplase dan tim yang akan melaksanakan tindakan obat alteplase. Menurut koordinator pengampunan *stroke* memasukan pelayanan *code stroke* kedalam indikator mutu dapat membantu rumah sakit mendongkrak kualitas pelayanan yang diberikan khususnya pada pasien *stroke*. Sehingga dibutuhkan komitmen dari rumah sakit dan pemerintah daerah dalam mendukung setiap kegiatan yang dilakukan pelayanan dalam bentuk perjanjian kerjasama dengan koordinator pengampunan *stroke*.

“Kebanyakan masalahnya adalah masalah lokal rumah sakit setempat ataupun masalah daerah. Kalau masalah nasional, saya rasa ya, tidak menjadi kendala. Karena pun kalau masalahnya dari pusat itu paling ketersediaan alkes dan alkes itu kan nanti akan diberikan semuanya, rumah sakit di Indonesia. dan masalah satu lagi, pembiayaan. dan kita juga tahu kalau PPJS pun sudah, artinya, sorry, alteplase pun juga bisa diklaim terpisah. Jadi tinggal kendala di daerah ataupun komitmen pemerintah daerah ataupun kendala di internal rumah sakit. Kalau kendala internal daerah, sebagai contoh, ada rumah sakit yang di mana pemerintah daerahnya tidak support sama manajemennya. Anggaran untuk bantuan pelatihan ataupun untuk bantuan alkes, karena dianggap sudah BLUD. Kan sudah BLUD, silahkan cari sendiri (untuk pembiayaannya).” [K5]

PERDOSNI Kendala terkait informasi penjaminan obat alteplase tidak ada masalah, dan konsisten melakukan tindakan selama kriteria pasien terpenuhi. Dan pada BPJS Kesehatan Dalam proses pengerjaan verifikasi klaim obat alteplase, verifikator tidak memiliki kendala baik terkait pekerjaan urgensi dan prioritas lainnya. Setiap pengajuan klaim diverifikasi sesuai dengan kelengkapan dokumen dan pengajuan dari RS. Namun, kadang muncul kendala pada staf baru karena pemahaman terkait kebijakan masih belum terlalu mendalami, sehingga perlu diberikan pemahaman. Secara substansial tidak ada kendala dalam melakukan

verifikasi klaim obat alteplase, selain verifikator harus melakukan verifikasi dengan teliti dan mendetail.

“Saya ketika koordinasi dengan Mbak L, sepertinya sudah cukup clear dan karena di Rumah Sakit K itu tagihannya tidak terlalu banyak ya. Jadi, sampai saat ini masih belum ada kendala sih. Mungkin kalau, karena sekarang sudah running ya, jadi berkasnya memang mereka sudah rapi. Karena kalau waktu awal-awal memang sempat mereka bertanya, apa sih Mbak yang harus dilampirkan? seperti apa? Terus, saya bilang ya, sesuai retriaksi formularium nasional aja, diagnosanya memang harus stroke hemoragik ya, kalau nggak salah. Stroke ischemic. Terus, dia harus dirawat di ruang ICU atau ICU atau unit stroke, gitu aja sih. Paling pas pengajuan awal ketika mereka menagikan alteplase yang memang benar-benar mereka tanyakan gitu. Karena tidak ada, maksudnya harus apa aja sih yang mereka lampirkan? Apakah hanya billing saja cukup atau hanya resep saja cukup, gitu. Seperti itu doang sih Mbak, awal-awal aja.” [B4]*

“Ya mungkin kalau... keluhan ada aja sih, Mbak. Cuma kadang-kadang gini ya, kadang-kadang ya mungkin juga apa kan, ada satu mekanisme yang besar gitu ya, besar. Kadang-kadang karena rotasi pekerjaan sih ya, jadi orang lama udah tahu, orang baru bikin heboh gitu ya, tiba-tiba. Ini apa? Ini apa? Ya nggak nanya dulu ke orang lamanya gitu. Jadi ya kayak gitu mungkin ada. Cuma sebetulnya ketika di-trace lagi ke orang lamanya, itu udah tahu kok apa yang harus dilakukan gitu ya. Kadang-kadang hal seperti itu sih yang mungkin ini ya, apa namanya, jadi terkesankan, ini kok nggak jelas, ini kok nggak jelas gitu. Atau kadang-kadang teman-teman kita ini malah scroll gitu ya, padahal udah pernah kita sampaikan, jelas A, B, C, D gitu ya. Kemudian kan paling gampang nanya lagi, akhirnya mereka nanya lagi. Karena... lebih cepat kalau pengen nanya. Padahal bukan berarti itu sih, bukan berarti nggak disampaikan, cuman memang kadang ya nggak mau scroll aja.” [B2]

Rumah Sakit Rumah sakit konsisten dalam memberikan fasilitas untuk penatalaksanaan trombolisis termasuk kesediaan obat, setiap ada penggunaan obat alteplase bagian farmasi akan langsung melakukan pemesanan. Karena adanya *buffer* stok 4 ampul untuk 1 rumah sakit di RS Swasta. dan sejak adanya tim *code stroke* pada Oktober 2023 RS Swasta menjadikan pelayanan stroke menjadi layanan unggulan RS Swasta seperti pada gambar 5.5.

“Mendukung. Bahkan, kami akhirnya karena sekarang BPJS bisa menjaminkan alteplase pada kasus stroke akut, akhirnya kita mengembangkan menjadi pelayanan unggulan kami yang baru, yaitu pelayanan stroke. Jadinya kita punya yang namanya code stroke. 2023, bulan Oktober Ya, sejak dibentuk tim code stroke, dan kebetulan, oh, ternyata alteplase ini bisa diklaimkan oleh BPJS di mana mayoritas pasien kita. Karena BPJS, ya, makanya yaudah kita kembangkan ini.”
[RJB3]

5.6.4 Disposisi

5.6.4.1 Pemahaman

Berdasarkan hasil wawancara, semua paham tujuan dari penjaminan obat alteplase. Trombolisis merupakan tatalaksana pilihan terbaik yang dilakukan pada pasien *stroke* iskemik. Ketua umum PERDOSNI dapat menjamin dan memastikan semua dokter spesialis neurologi paham tujuan dari penjaminan obat alteplase itu untuk apa, dikarenakan tindakan trombolisis merupakan bagian dari kompetensi dari dokter spesialis neurologi yang diajarkan saat pendidikan Sp-1.

“Pasti, pasti. Saya menjamin tiap neurolog paham. Karena kembali lagi tadi. Itu kompetensi yang sudah diajarkan di SP1.” [P1]

BPJS Kesehatan BPJS Kesehatan mengetahui bahwa penjaminan obat alteplase untuk penatalaksanaan pada pasien dengan *stroke* iskemik. Menurut verifikator penjaminan obat alteplase ini merupakan bentuk *win win solution* dari Kementerian Kesehatan dan untuk menghindari adanya pembayaran obat oleh pasien.

“seperti pemahaman saya Mbak yang saya baca-baca seperti karena alteplasnya itu kayak karena sebenarnya kan pemberiannya harus digolden periode untuk kasus-kasus truk seperti obat ini itu memang seperti penolong lah untuk pasien stroke supaya dan supaya kondisinya itu bisa diharapkan bagus normal lagi lah ya tidak ada kerusakan permanen terhadap obatnya cuma karena mungkin selama ini juga se-se-sepemikiran saya sih sebenarnya sepemikiran saya kenapa sekarang alteplase ini di bisa ditagihkan terpisah kalau dulu kan masuk paket ya kemungkinan karena memang obat ini kan mahal seperti satu vialnya udah kalau di Jakarta itu tarifnya 4 juta 4.500.000 ya Mbak ya kalau nggak salah saya tarifnya kan pasien juga bisa dapat mungkin 1-2 vial itu kan kan gede ya 4.500.000-9.000.000... Mungkin bisa ditagihkan terpisah supaya mungkin tidak terlalu membebani rumah sakit juga seperti gitu kayaknya iya makanya itu bisa kita terpisah ya” [B4]

Rumah Sakit Informan paham, bahwa penjaminan obat alteplase ini sebagai implementasi program pengampunan stroke agar tercapai dan pasien mendapatkan pelayanan yang terbaik sesuai dengan kebutuhannya.

“Ya, supaya penata pelaksanaan stroke jadi lebih advance, kan, dibanding yang sudah-sudah selama ini, kan.” [RJB1]

“mungkin bisa menjaminkan obat alteplase ke JKN. Menurut saya, ya, karena di Indonesia kan menengah ke bawah dan kasus stroke nya juga banyak, sehingga pemerintah ini harusnya dijamin sama pemerintah” [RJB3]

“Yang pertama, mungkin untuk komplikasi, ya. Karena kan gini, mungkin pemerintah berharap kalau misalkan pada kasus stroke akut yang kurang dari 6 jam ditata laksana dengan menggunakan trombolitik dengan tepat, itu bisa menurunkan angka gejala sisanya. Jadi, yang diharapkan adalah yang tadinya stroke ada hemiparese kurang dari 6 jam ditata laksana jadi pakai trombolitik, hemiparesenya hilang. Jadi, untuk meningkatkan quality of life, juga jadinya, Mbak.

Itu menurut saya, ya. Terus, yang kedua, pemerintah kan tahu sekarang kan hampir 90% penduduk di Indonesia itu kan menggunakan BPJS, ya. Dan menengah dari sedang ke bawah, ya. Mungkin biar bisa menggunakan, jadi biar bisa melayani pasien tingkat bawah, Mbak. Kayak gitu. Jadi, biar terjangkau. Sebenarnya dari... Jadi, case kami, Mbak, dari berapa case itu tadi? Kurang lebih dari 6 kes yang menggunakan trombolitik, itu ada yang menurut saya berhasil 100%. Datang dengan hemipares, diberikan trombolitik, habis itu hemiparesnya hilang.” [RJB2]



Gambar 5. 9. Tangkapan layar Instagram RS Swasta testimoni pasien yang berhasil dilakukan trombolisis

5.6.4.2 Respon

Memastikan program penjaminan obat alteplase di rumah sakit dapat terlaksana dengan baik. Saat rumah sakit menyampaikan permasalahannya wajib dipelajari pemasalahannya di *level* rumah sakit, *level* daerah, atau nasional. Saat ini permasalahan paling sering terjadi di *level* rumah sakit atau daerah, terkait belum tersediannya tim *code stroke*, tidak adanya anggaran kegiatan pelatihan Tim *Code Stroke* ataupun tidak adanya ruangan *stroke ward*. Sedangkan di *level* nasional seperti ketiadaan alat kesehatan, namun alat kesehatan ini akan diberikan oleh Kementerian Kesehatan. Jadi rumah sakit hanya tinggal menunggu waktu saja untuk pemenuhan alat kesehatannya datang ke rumah sakit.

Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, bahwa komitmen PERDOSNI dalam mengimplementasikan penjaminan alteplase adalah dengan melakukan pelatihan, simposium, *workshop*, dan sebagainya. Selanjutnya dengan melalui jalur pendidikan PPDS dengan memasukan kedalam kurikulum pendidikan Sp-1. Untuk kebijakan dibuat dalam bentuk *guideline* seperti PNPk Stroke yang mengadopsi *guideline* dunia dari AHA-ASA.

“Ya, kalau ada tadi ya. Yang pertama, kita adakan sosialisasi melalui training-training, simpo-simpo gitu ya, workshop. Yang kedua tentu sosialisasi itu juga lewat jalur pendidikan. Tadi itu merupakan SP1 di PPDS. Ya, itu bisa juga dalam sisi kebijakan. Kebijakan itu bisa dalam bentuk guideline stroke atau eee apa.. PNPk. Kita punya guideline nasional, kita punya PNPk. Bahkan kita juga mengadopsi dari guideline dunia. AHA-ASA misalkan seperti itu...Itu panduan kita. Permasalahan paling utama dalam penjaminan obat alteplase ini adalah pemahaman, sinkronisasi antara dokter sebagai user/ pengguna, rumah sakit yang akan memberikan atau menyediakan fasilitas dan menanggung biayanya, dan pihak BPJS Kesehatan yang mengganti pembiayaannya. Kurang pahamnya dokter neurologi menyebabkan keragu raguan dalam melakukan tindakan. Selain itu pemahaman masyarakat, betapa pentingnya SEGERA KE RS. Karena ketidakpahaman dan keingintahuan yang rendah menyebabkan penderita stroke terlambat untuk datang ke rumah sakit. Ketiga yaitu kesiapan rumah sakit itu sendiri, masih belum sadar bahwa kualitas luaran penderita penyakit stroke itu dari kecepatan yang harus dilakukan, sehingga saat ini pemerintah membuat program prioritas pengampunan penyakit stroke. Dengan adanya program pengampunan ini diharapkan rumah sakit yang belum lengkap sarana dan prasaranya dapat dilengkapi oleh pemerintah dan SDM dibentuknya tim code stroke.” [P1]

Pada BPJS Kesehatan Berdasarkan kondisi saat ini, semua verifikator menerima dan melaksanakan kegiatan penjaminan obat alteplase dengan melakukan

verifikasi pengajuan klaim obat alteplase sesuai kebijakan yang berlaku. Dan hal tersebut selaras dengan dokumen yang lampirkan RS Swasta dalam melakukan pengajuan klaim obat alteplase. Terdapat komunikasi dan koordinasi dua arah antara verifikator BPJS Kesehatan dengan bagian klaim rumah sakit. Terhadap dokumen dokumen yang diajukan juga bagian klaim rumah sakit juga mengkomunikasikan secara internal dengan medik dalam *morning report* dengan menyampaikan kendala kendala klaim dan meminta melengkapi serta pada pasien selanjutnya sudah mengikuti arahan pendokumentasian untuk pengklaiman. Dan menurut dokter spesialis neurologi, tim *code stroke* Rumah Sakit Melakukan tindakan trombolisis merupakan bentuk respon dan dukungan pelaksana dalam mengimplementasikan penjaminan obat alteplase.

“Karena kita waktu itu awal klaim, itu kan memang sudah diajarin kelengkapan berkasnya. Awalnya sih mereka minta lebih dilengkapi lagi, jadinya kita langsung lengkapi, setelah itu enggak ada pending sih. selama proses pengajuan Alteplase, kita enggak pernah dipending, tapi dikonfirmasi untuk menambahkan kelengkapan berkas, iya. Kayak contoh yang waktu itu dia minta adalah berat badan, berat badan agar dicantumkan. Karena kan waktu itu kita enggak tahu nih, waktu enggak klaim pertama, oh ternyata harus ada berat badan, baru kita cantumkan, kayak gitu. Jadi, setiap ada kendala, pasti kami kan setiap pagi ada yang namanya morning report. Jadi, setiap ada kendala, saya sampaikan di forum. Habis itu nggak pernah terulang lagi sih. Dokter jaganya nulisin, sesuai dengan yang saya arahkan gitu, Mbak.” [RJB2]

5.6.4.3 Intensitas Respon

Menurut koordinator pengampunan *stroke*, respon rumah sakit yang mengikuti pelatihan cukup baik, beberapa rumah sakit melakukan *feedback* atas respon dari pelatihan. Namun pertanyaan ini tidak terdata karena terkait teknis pelaksanaan dilapangan. Bila melihat dari data realisasi kegiatan pengampunan *stroke* dengan perkiraan jumlah RS tipe A, Tipe B, dan Tipe C yang ada di Indonesia sebanyak 2.218 rumah sakit dengan jumlah RS Pengampunan *stroke* tahap 1 sebanyak

336 rumah sakit (20,53%) dibandingkan kegiatan simulasi, visitasi, dan *workshop code stroke* & trombolisis sebanyak 113 rumah sakit (33,63%) masih jauh dari jumlah rumah sakit yang belum diberikan pelatihan. Selain itu terdapat kegiatan pelatihan *code stroke* sebanyak 69 rumah sakit dari RS Jejaring Pengampuan dan *non* Jejaring Pengampuan. Selain RS jejaring pengampuan *stroke* terdapat pula rumah sakit yang *non* jejaring yang mengikuti program pelatihan *stroke* yaitu sebanyak 25 rumah sakit swasta.

Tabel 5. 14. Capaian kegiatan pengampuan *stroke*

	RS	Peserta	Persentase
Indonesia	2.218		
Jejaring Pengampuan <i>Stroke</i> Tahap 1	336		
Pelatihan <i>Code Stroke</i>	69	464	20,54%
Simulasi, Visitasi dan <i>Workshop</i>	113	NA	33,63%
Non Jejaring Pengampuan <i>Stroke</i>			
Pelatihan <i>Code Stroke</i>	25	158	

Catatan: Jumlah rumah sakit di Indonesia merupakan RS Tipe A, Tipe B, Tipe C yang seyogyanya dapat memberikan pelayanan trombolisis.

Diawal kebijakan PMK 3 tahun 2023 terbit intensitas pertanyaan cukup tinggi di BPJS Kesehatan, akibat dari belum di terbitkannya KMK tarif obat alteplase. Dan seiring berjalannya waktu sudah tidak ada pertanyaan terkait penjaminan obat alteplase.

“di awal program kan lebih banyak ke harga, harga, harga gitu ya. Harga kan lagi-lagi berkuasa bukan kewenangan di kita gitu. Itu aja sih kemarin yang awal-awal aja sih. Tapi kalau sekarang kayaknya harga juga udah tahu” [B2]

BAB 6

PEMBAHASAN

Program JKN mulai menjamin obat alteplase secara terpisah dari paket INACBG pada tanggal 24 Januari 2023. Kebijakan yang berperan dalam implementasi penjaminan obat alteplase adalah Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, karena didalam kebijakan ini disampaikan bahwa obat alteplase dapat dijaminan terpisah dari INACBG. Selanjutnya adalah Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/MENKES/503/2024 Tentang Nilai Klaim Harga Obat Program Rujuk Balik, Obat Penyakit Kronis Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut, Obat Kemoterapi, Dan Obat Alteplase dari kebijakan ini rumah sakit dapat mengajukan nilai tarif penggantian obat alteplase. Dan yang selanjutnya adalah Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/394/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Stroke karena didalam kebijakan ini dijelaskan kriteria inklusi dan eksklusi pemberian obat alteplase serta dosis dan penatalaksanaan lanjutan setelah tindakan trombolisis dilakukan. Selanjutnya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2197/2023 Tentang Formularium Nasional yaitu mengatur retriaksi penggunaan obat alteplase. Dan yang terakhir adalah Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1336/2023 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan Stroke yang merupakan kebijakan yang mengikat jejaring pengampunan *stroke* untuk memberikan pelayanan *stroke* termasuk didalamnya tindakan trombolisis.

Dari kebijakan diatas dapat terlihat peran antar kebijakan yang diterbitkan, walaupun terdapat perbedaan penentuan *golden period* pada PNPk Stroke dan Formularium Nasional, tidak menjadi kendala yang signifikan dalam mengimplementasikan penjaminan obat alteplase. Namun kendala paling kuat dalam pengimplementasian penjaminan obat alteplase ini ada pada Sumber Daya, Struktur Birokrasi, Komunikasi, dan Disposisi. Oleh karena itu pada BAB ini dengan menggunakan teori implementasi kebijakan Edward III, penulis mencoba membahasnya sebagai berikut:

6.1 Implementasi Kebijakan Penjaminan Obat Alteplase Nasional Tahun 2023

Pada data klaim obat alteplase di Indonesia pada tahun 2023 terdapat 82 rumah sakit yang melakukan klaim obat alteplase ke BPJS Kesehatan atau sebanyak 3,70% dari total rumah sakit tipe A, B dan C sebanyak 2.218 rumah sakit. Jumlah kasus klaim obat alteplase sebanyak 774 kasus atau sebanyak 0,24% dari total kasus penyakit stroke iskemik sebanyak 322.282 kasus. Jumlah ini masih sangat sedikit dibandingkan dengan negara-negara lainnya, pada tahun 2009 di Belanda tingkat tatalaksana trombolisis intra vena mencapai 12,7 (Van Wijngaarden dkk., 2009). Pada tahun 2021 Departemen Neurologi Universitas Ain Shams Mesir angka trombolisis sebesar 12,3% (Aref dkk., 2021). Sedangkan di Asia Tenggara setelah tahun 2015 memiliki tingkat trombolisis 11,3% (Gajurel dkk., 2023).

Berdasarkan jenis kepemilikan rumah sakit, RS Swasta merupakan rumah sakit yang paling banyak melakukan klaim yaitu sebanyak 41 rumah sakit atau 50% dengan jumlah sebanyak 222 kasus. Disusul RS Vertikal sebanyak 15 rumah sakit atau 18,29% dengan jumlah 391 kasus, RS Pemerintah Kabupaten/ Kota sebanyak 14 rumah sakit atau 17,07% dengan jumlah 101 kasus, dan RS Pemerintah Provinsi sebanyak 12 rumah sakit atau 14,64% dengan jumlah 60 kasus.

Sedangkan jenis kelas rumah sakit yang melakukan klaim obat alteplase adalah rumah sakit tipe B sebanyak 45 rumah sakit atau 54,88% dengan jumlah 286 kasus. Yang apabila dilakukan pemilahan berdasarkan jenis kepemilikan rumah sakit swasta yang melakukan klaim obat alteplase sebanyak 29 rumah sakit atau 64,44% dengan jumlah 166 kasus, sedangkan rumah sakit vertikal sebanyak 1 rumah sakit atau 2,22% dengan jumlah 18 kasus, rumah sakit pemerintah kabupaten/ kota sebanyak 10 rumah sakit atau 22,22%, dan rumah sakit pemerintah provinsi sebanyak 5 rumah sakit atau 11,11% dengan jumlah 30 kasus.

Baik secara nasional maupun di spesifikasikan berdasarkan jenis rumah sakit tipe B, rumah sakit swasta paling banyak melakukan klaim obat alteplase di Indonesia. Hal ini memperlihatkan bahwa rumah sakit swasta yang paling banyak merespon adanya perubahan kebijakan peraturan PMK 3 tahun 2023 khususnya terkait penjaminan obat alteplase.

6.2 Implementasi Penjaminan Obat Alteplase di RS Pemerintah dan Swasta Tahun 2023

Selain data kuantitatif yang didapat oleh peneliti juga dilakukan wawancara mendalam agar mendapatkan informasi secara kualitatif pada institusi Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, Organisasi Profesi Neurologi, dan salah satu Rumah Sakit tipe B Swasta dan Pemerintah. Informasi dari rumah sakit swasta dan pemerintah yang diteliti implementasi penjaminan obat alteplase tidak mewakili kondisi secara Nasional namun hanya memberikan gambaran kondisi di rumah sakit yang diteliti. Berikut peneliti hasil pengambilan informasi melalui wawancara mendalam:

6.2.1 Sumber daya

Menurut Edwards III, terdapat empat jenis sumber daya utama yang kritikal untuk implementasi kebijakan yang efektif. Pertama, staf yang cukup dan memiliki kemampuan yang sesuai sangat penting. Kedua, informasi yang lengkap dan akurat mengenai prosedur dan data kebijakan harus tersedia bagi para pelaksana. Ketiga, pelaksana kebijakan memerlukan wewenang yang cukup untuk menjalankan tugasnya, termasuk dalam aspek mengadili kasus, menyediakan barang dan jasa, mengakses dana, serta berkolaborasi dengan lembaga lain. Keempat, fasilitas fisik yang memadai sangat esensial untuk mendukung kelancaran komunikasi dan implementasi kebijakan (Anggara, 2014).

Di Mesir, departemen neurologi Universitas Ain Shams membuat rencana tindakan untuk meningkatkan tingkat terapi reperfusi (Zakaria dkk., 2018). Berikut adalah langkah-langkah yang diambil:

1. Unit *stroke* diperluas dari 4 menjadi 16 tempat tidur untuk menampung lebih banyak pasien.
2. Sebuah protokol terapi reperfusi telah dibuat.
3. Program pelatihan terapi reperfusi untuk *stroke* iskemik telah dibentuk bekerja sama dengan departemen radiologi.
4. Pelatihan bermain peran dilakukan. Residen dan petugas neurologi, ahli radiologi, perawat, dan teknisi laboratorium ditugaskan tugas tertentu dan diinstruksikan untuk memprioritaskan pasien yang memenuhi syarat untuk trombolisis guna mengurangi waktu logistik di rumah sakit.
5. NIHSS6 versi bahasa Arab diterapkan dan pelatihan penggunaannya telah dilakukan.

6. Konsensus dibuat bahwa waktu dari kedatangan hingga interpretasi CT-Scan tidak boleh lebih dari 45 menit.
7. Seorang *supervisor* ditunjuk untuk melacak kualitas layanan dan memeriksa kepatuhan terhadap pedoman.
8. Hingga Februari 2016, alteplase intravena (tPA) tidak disponsori oleh pemerintah untuk pasien tanpa asuransi kesehatan. Departemen neurologi Ain Shams mengajukan proposal ke kementerian kesehatan Mesir dan pada April 2016, persetujuan untuk penyediaan obat tersebut diberikan.

Apa yang sudah di jalankan di departemen neurologi Universitas Ain Shams Mesir merupakan langkah-langkah yang dilakukan Indonesia saat ini. Diharapkan dengan adanya penjaminan obat alteplase dapat meningkatkan kualitas luaran pasien *stroke* iskemik yang dilakuka trombolisis.

1. Sumber Daya Manusia

Leader dalam penatalaksanaan trombolisis adalah Dokter Spesialis Neurologi memiliki kompetensi dalam melakukan tindakan trombolisis, hal ini sesuai dengan Standar Kompetensi Dokter Spesialis Neurologi Indonesia yang di terbitkan oleh kolegium neurologi. Tindakan thrombolisis masuk dalam kurikulum pendidikan Sp-1 sehingga dokter spesialis neurologi diharapkan mampu melakukan tatalaksana ini (KNI Perdossi, 2015).

Menurut koordinator pengampuan *stroke* jumlah Dokter Spesialis Neurologi yang tidak merata menjadi kendala dalam mengimplementasikan penjaminan obat alteplase, pasien yang menderita *stroke* iskemik di daerah yang belum memiliki dokter spesialis neurologi berisiko tidak mendapatkan penanganan yang tepat, berdasarkan informasi dari koordinator pengampuan *stroke* pada tahun 2023 terdapat 45 rumah sakit yang termasuk dalam daftar rumah sakit yang diampu belum memiliki Dokter Spesialis Neurologi.

Tim *Code Stroke* terlatih diperlukan dalam penatalaksanaan pasien *stroke*, dikarenakan tindakan yang komrehensif diperlukan adanya pelatihan tim *code stroke*, dalam hal ini aktor yang berpengaruh dalam pelaksanaan implementasi kebijakan adalah tim *code stroke*. Sesuai dengan yang disampaikan Ayuningtyas bahwa aktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan, dan juga terkait

dengan kemampuan pelaksana kebijakan publik untuk melaksanakan kebijakan secara efektif (Ayuningtyas, 2018). Terbukti pada RS Swasta lebih awal dalam membentuk tim *code stroke* sehingga dapat mengimplementasikan penjaminan obat alteplase di tahun pertama kebijakan diberlakukan. Sedangkan di RS Pemerintah, baru membentuk tim *code stroke* di akhir tahun 2023 setelah dokter spesialis neurologi menyelesaikan pendidikan fellowship sub divisi neuro intervensi pada September 2023. RS Pemerintah baru melaksanakan trombolisis pertama kali pada Februari 2024.

Dalam PNPK *Stroke* disampaikan salah satu kendala pelayanan *stroke* belum maksimal adalah Saat ini belum ada tim yang mengelola penanganan *stroke* secara menyeluruh, dan tidak semua rumah sakit memiliki peralatan diagnostik atau tim *stroke* lengkap untuk mendukung pelayanan *stroke* terpadu. Selain itu, belum semua rumah sakit menyediakan fasilitas layanan *stroke* yang komprehensif seperti *unit stroke* dan sudut *stroke*. Banyak rumah sakit juga belum memiliki dokter atau perawat dengan keterampilan khusus dalam perawatan *stroke*. Tim yang dibutuhkan dalam pelayanan *stroke* akut terdiri atas tim inti yaitu dokter umum di ruang emergensi, dokter spesialis saraf dan / atau dokter spesialis saraf konsultan *stroke*, perawat dan / atau perawat Neurosains (Kepmenkes, 2019).

Verifikator BPJS wajib memahami regulasi, selain panduan yang digunakan dalam pekerjaannya adalah kebijakan dan jenjang pendidikan pada semua unit kerja sesuai dengan tupoksinya mempengaruhi hasil kerja. SDM memiliki peran utama dan berpengaruh secara signifikan terhadap pelayanan kesehatan karena memiliki kemampuan pengetahuan, keterampilan dan sikap yang diperoleh secara formal dan non formal, menjadi kunci keberhasilan suatu organisasi (Djuwita, 2011). SDM yang telah disiapkan lebih awal dan terstruktur terbukti dapat mengimplentasikan kebijakan lebih baik.

2. Sumber Daya Keuangan

Penganggaran terkait penjaminan obat alteplase di RS maupun BPJS Kesehatan sangat penting. Tidak ada kendala finansial yang dihadapi RS tipe B dalam menyediakan Obat Alteplase terbukti dengan selalu disediakannya obat alteplase di rumah sakit. Dan juga tidak ada kendala finansial yang dihadapi BPJS

Kesehatan dalam membayar klaim Obat Alteplase, dikarenakan nilai klaim tidak terlalu besar dan kasus masih relatif sedikit. Dengan adanya penjaminan obat alteplase pada Peserta JKN di RS Swasta membuat program layanan unggulan pelayanan stroke, sehingga dapat terlihat bahwa dengan adanya penjaminan obat alteplase meningkatkan kualitas pelayanan RS.

Namun kendala pembiayaan justru terjadi pada kegiatan pengampunan *stroke* adalah dana yang dibutuhkan untuk menjalankan semua kegiatan sangat besar sehingga pemerintah tidak bisa mengakomodir semua kegiatan yang dianggarkan oleh pengampunan *stroke*. Dengan adanya keterbatasan ini koordinator pengampunan *stroke* harus melakukan upaya lainnya seperti melakukan advokasi ke Kementerian Kesehatan untuk mendapatkan tambahan dana APBN atau meminta Kementerian kesehatan mendanai kegiatan pengampunan *stroke* atau dapat pula kegiatan di sponsori oleh NGO dan masing-masing RS yang mengikuti pelatihan memfasilitasi akomodasi dari internal RS. Pada penelitian Rachmadi dkk diketahui Pelatihan dan kinerja karyawan mempengaruhi kualitas layanan dengan tingkat pengaruh sebesar 95,9%. Artinya, pelatihan dan kinerja karyawan memberikan efek sebesar 91,3% pada kualitas layanan, sedangkan sisanya dipengaruhi oleh variabel lain (Rachmadi dkk., 2020). Diharapkan RS Pemerintah yang menjadi jejaring pengampunan *stroke* dapat secara mandiri melakukan kegiatan pelatihan di rumah sakitnya masing-masing dan melakukan alokasi dana pelatihan agar tim *code stroke* berjalan.

3. Sistem Informasi

Target output pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1336/2023 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan *Stroke* adalah terbentuknya sistem *stroke registry* yang lengkap dan berkesinambungan. Sehingga perlu diperhatikan *Stroke registry* yang ada di Indonesia saat ini penggunaannya masih belum maksimal, dikarenakan variabel variabel yang harus diisi banyak sehingga membutuhkan waktu khusus dalam pengerjaannya. Berdasarkan informasi dari direktorat PKR disampaikan saat ini sedang dilakukan piloting project implementasi aplikasi *stroke registry* di beberapa rumah sakit, aplikasi akan dibridging antara SIMRS dengan satu sehat. Di RS Pemerintah dan RS Swasta kegiatan pengisian pada *stroke registry*

tidak dilakukan oleh dokter spesialis neurologi, namun di delegasikan kepada tenaga kesehatan lainnya.



Gambar 6. 1. Aplikasi *Stroke Registry existing*

Sejauh ini penggunaan aplikasi Lupis tidak ada kendala, kegiatan verifikasi dokumen klaim masih manual dari dokumen dalam bentuk pdf yang dikirimkan Rumah sakit ke Verifikator. belum di *upload* dalam aplikasi LUPIS.

Gambar 6. 2. Aplikasi LUPIS

4. Sarana dan Prasarana

Ketersediaan alat kesehatan sangat penting untuk penatalaksanaan trombolisis, di harapkan Kementerian Kesehatan segera memfasilitasi alat kesehatan seperti CT-Scan yang bermanfaat untuk melakukan penapisan kasus *stroke* iskemik atau *stroke* hemoragik. Ruang *stroke unit* juga dibutuhkan pada

pasien *post* trombolisis, sehingga RS harus memperhatikan ketersediaan ruangan ini. Dari 135 rumah sakit tipe B yang menjadi jejaring pengampunan *stroke* masih terdapat 13 rumah sakit yang belum mampu melakukan trombolisis 12 rumah sakit diantaranya belum memiliki CT-Scan. Belum adanya fasilitas CT-Scan merupakan faktor penghambat implementasi penjaminan obat alteplase di RS Tipe B. dari 45 rumah sakit yang mengajukan klaim obat alteplase 29 rumah sakit yang mengajukan adalah rumah sakit swasta dan 16 rumah sakit adalah rumah sakit pemerintah, terlihat pada capaian ini RS Pemerintah memiliki respon yang rendah terhadap implementasi penjaminan obat alteplase, salah satu penyebabnya adalah belum tersedianya fasilitas CT-Scan.

Walaupun fasilitas yang tersedia di Rumah Sakit yang diteliti tercukupi, namun tidak menutup kemungkinan di RS Tipe B lainnya tidak memiliki kendala dalam ketersediaan fasilitas, sehingga perlu dilakukan evaluasi secara menyeluruh di semua rumah sakit.

Terlihat tidak penting namun timbangan tempat tidur ini hasilnya digunakan untuk menentukan jumlah dosis/ ampul yang digunakan dalam pelaksanaan trombolisis. Untuk komputer dan internet sejauh ini tercukupi, hanya diperlukan komputer dengan kapasitas yang baik agar performa kerja maksimal. Edward III, Fasilitas fisik termasuk hal yang penting bagi keberhasilan implementasi kebijakan oleh para pelaksana. Fasilitas fisik sebagai sarana dan prasarana pendukung yang diperlukan untuk memperlancar proses komunikasi kebijakan. Tanpa fasilitas fisik yang memadai, penerapannya juga tidak akan efektif. Fasilitas fisik ini beragam bergantung pada kebutuhan kebijakan (Anggara, 2014).

5. Obat

Alteplase adalah agen trombolitik yang diproduksi dengan teknologi DNA rekombinan. Ini disetujui FDA untuk digunakan pada *stroke* iskemik akut, emboli paru, infark miokard akut, dan kateter tersumbat dalam buku tentang Alteplase (Reed dkk. 2023). Dengan dipisahkannya obat alteplase dalam paket INACBG, menimbulkan lonjakan *demand* di Indonesia dan sempat terjadi kelangkaan obat alteplase. Upaya yang dilakukan pengampunan *stroke* adalah berkoordinasi dengan distributor obat. Distributor obat berupaya melakukan

relokasi stok obat yang ada di daerah-daerah yang penggunaannya sedikit dipindahkan ke daerah yang penggunaannya tinggi. Pada RS Swasta tidak ada kendala dalam menyediakan obat, setiap melakukan tindakan trombolisis obat alteplase selalu disediakan. Penggunaan agen trombolitik pada pasien *stroke* iskemik akut merupakan standar perawatan dan terbukti dapat mengurangi disabilitas neurologis serta meningkatkan hasil fungsional (Alhadid dkk., 2023).

Implementasi penggunaan obat alteplase di Indonesia berdasarkan data klaim sebanyak 774 kasus klaim obat alteplase, RS tipe A yang mendominasi jumlah obat alteplase yang diajukan yaitu sebanyak 406 kasus dari 21 RS. Bila melihat dari RS yang mengajukan klaim RS tipe B paling tinggi mengajukan klaim obat alteplase yaitu 45 RS dengan jumlah 286 kasus klaim obat alteplase, hal ini menunjukkan bahwa paling banyak jenis RS Tipe B yang mulai mengimplementasikan penjaminan obat alteplase. Bila dilihat berdasarkan kepemilikan RS, RS Swasta paling tinggi mengajukan klaim obat alteplase sebanyak 29 RS (64,44%) dengan jumlah kasus klaim sebanyak 166 kasus. Dan Jawa Barat merupakan provinsi yang mendominasi pengajuan klaim sebanyak 14 RS dengan jumlah kasus klaim 128 kasus.

6.2.2 Struktur Birokrasi dalam Implementasi Penjaminan Obat

1. *Standart Prosedur*

Panduan penjaminan obat alteplase sama di semua unit kerja, sehingga tidak ada kendala dari sisi kebijakan, adanya masukan untuk regulasi turunan dalam terkait dokumen yang harus dilampirkan dalam pengajuan klaim obat alteplase. Melihat banyaknya persyaratan dan kriteria inklusi eksklusi dalam PNPk *Stroke*.

SPO *code stroke* sangat penting dibuat agar penatalaksanaan dapat maksimal, dengan adanya panduan berupa SPO diharapkan tim yang melaksanakan *code stroke* menghasilkan luaran pasien yang berkualitas. Edward III menyampaikan perlunya adanya *Standart Operating Procedure* (SOP) yang mengatur tata aliran pekerjaan di antara para pelaksana, terlebih jika pelaksanaan program melibatkan lebih dari satu institusi (Anggara, 2014). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Taufiq (2019) penyusunan SOP pada dasarnya untuk

memberikan pedoman secara sistematis dan terkontrol dalam menjalankan suatu aktivitas kerja (Taufiq, 2019 dalam Rusadi, 2022).

2. Kewenangan

Peran dan tanggung jawab dari berbagai bagian atau pihak dalam pelaksanaan penjaminan obat alteplase berdasarkan hasil penelitian semua unsur ikut berperan mendukung kegiatan penjaminan obat alteplase, optimalisasi tugas dan kewenangan yang terukur dan jelas diperlukan adanya struktur organisasi yang baik (Rusadi, 2022). Pandangan William Jenkins Kebijakan publik sebagai gabungan hubungan pembuatan keputusan oleh aktor politik dan kelompok aktor untuk memilih dan menetapkan tujuan serta sasaran keputusan berdasarkan prinsip kewenangan dari aktor tersebut.

6.2.3 Komunikasi dalam Implementasi Penjaminan Obat

1. Transmisi

proses penyampaian informasi penjaminan alteplase dengan berbagai macam cara yaitu daring melalui zoom atau kanal youtube, luring dalam pertemuan sosialisasi/ *workshop*, disampaikan langsung, Surat Edaran, dll. Dalam penyampaian informasi penjaminan obat alteplase sudah diketahui sampai tingkat pelaksana, terbukti praktisi dapat melakukan tindakan sesuai dengan indikasi medis, verifikator BPJS Kesehatan dapat melakukan verifikasi dengan baik, serta bagian klaim yang telah berhasil mengajukan klaim obat alteplase. Edward III menyampaikan Sebuah kebijakan yang akan diimplementasikan harus disalurkan pada pejabat yang akan melaksanakannya (Anggara, 2014). Menurut Agustino (2006), komunikasi mengenai kebijakan harus dilakukan dengan cara yang tepat, akurat, dan konsisten agar pembuat kebijakan dan pelaksana dapat menerapkan kebijakan tersebut secara konsisten di masyarakat (Aprianto, 2022).

Namun pada RS Pemerintah pada dokter neurologi terlambat mengetahui bahwa di awal tahun 2023 JKN sudah menanggung obat alteplase secara terpisah, sosialisasi menjadi penting dalam mengimplementasikan kebijakan penjaminan alteplase. Hal ini sejalan dengan hasil monev pengampunan stroke diketahui dari 20 rumah sakit yang hadir dan telah melakukan trombolisis terdapat 9 rumah sakit yang belum pernah mengajukan klaim obat alteplase pada berdasarkan data klaim obat alteplase Januari 2024.

Pada RS Swasta merespon cepat kebijakan penjaminan obat alteplase dengan mempersiapkan layanan dari sisi SDM, fasilitas dan ketersediaan obat, bahkan RS Swasta menjadikan layanan *stroke* sebagai layanan unggulan rumah sakit.

2. Kejelasan

Berdasarkan informasi yang disampaikan informan kebijakan penjaminan obat alteplase di sampaikan dengan jelas. Diawal implementasi dokter spesialis neurologi sempat terjadi keraguan terkait penjaminan obat alteplase, namun sudah tidak terjadi lagi setelah dijelaskan oleh ketua PERDOSNI. Aprianto (2022) menyampaikan, kejelasan tujuan dan cara yang akan digunakan dalam sebuah kebijakan merupakan hal yang mutlak agar dapat diimplementasikan sebagaimana yang telah diputuskan. Akan tetapi, hal tersebut tidak selalu terjadi. Ada berbagai alasan yang menyebabkan sebuah kebijakan tidak dirumuskan secara jelas, di antaranya:

- a. kerumitan dalam pembuatan kebijakan yang terjadi antara eksekutif dan legislatif sehingga cenderung menyerahkan pelaksanaannya kepada bawahan
- b. Adanya oposisi dari masyarakat atas kebijakan tersebut
- c. kebutuhan mencapai konsensus antara tujuan yang saling bersaing saat merumuskan kebijakan tersebut
- d. kebijakan baru yang para perumusny belum terlalu menguasai masalah
- e. biasanya terjadi pada kebijakan yang menyangkut aturan hukum.

Namun kejelasan informasi tidak menjamin rumah sakit dapat mengklaim obat alteplase, faktor lainnya seperti yang terjadi di RS Swasta dan RS Pemerintah sangat dipengaruhi oleh sumber daya manusia yang melaksanakan pemberian obat alteplase.

3. Konsistensi

Konsistensi dalam memfasilitasi tatalaksana thrombolisis baik dari SDM, Sarana dan Prasarana maupun ketersediaan obat, menjadi salah satu faktor implementasi kebijakan berjalan maksimal. Anggara (2014), Implementasi yang efektif selain membutuhkan komunikasi yang jelas, juga yang konsisten. Proses

transmisi yang baik, namun dengan perintah yang tidak konsisten akan membingungkan pelaksana. Banyak hal yang menyebabkan arah kebijakan menjadi tidak konsisten, di antaranya:

1. kompleksitas kebijakan yang harus dilaksanakan
2. kesulitan yang muncul saat memulai implementasi kebijakan baru
3. kebijakan memiliki beragam tujuan dan sasaran, atau bertentangan dengan kebijakan lain
4. banyaknya pengaruh berbagai kelompok kepentingan atas isu yang dibawa oleh kebijakan tersebut.

Pada RS Swasta yang diteliti lebih responsif dan konsisten dalam menyediakan pelayanan *stroke* di rumah sakit. terlihat dari rumah sakit segera melakukan kegiatan diklat dan pembentukan tim *code stroke*.

6.2.4 Disposisi dalam Implementasi Penjaminan Obat

1. Pemahaman

Semua satuan kerja paham terkait tujuan dari penjaminan obat alteplase, yaitu: agar pasien *stroke* mendapatkan tatalaksana yang maksimal pada *Golden Period*. Tujuan utama adanya program prioritas pengampunan *stroke* adalah menurunkan angka kematian dan kecacatan. Serta dengan dijaminnya obat alteplase berarti meringankan beban Rumah Sakit dalam menyediakan obat alteplase. Kognisi, yaitu sejauh mana pemahaman pelaksanaan terhadap kebijakan. Pemahaman terhadap tujuan kebijakan sangat penting bagi aparat pelaksana. Apabila sistem nilai yang mempengaruhi sikapnya berbeda dengan sistem nilai pembuat kebijakan, penerapan kebijakan tidak akan berjalan dengan efektif. Ketidakmampuan administratif dari pelaksana kebijakan, yaitu ketidakmampuan dalam menanggapi kebutuhan dan harapan yang disampaikan oleh masyarakat dapat menyebabkan terlaksananya suatu program tidak efektif (Anggara, 2014).

2. Respon

Semua satuan kerja menerima dan melaksanakan kebijakan ini dengan baik, kendala yang dihadapi di awal PMK 3 tahun 2023 terbit dikarenakan tarif penggantian obat Alteplase belum diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan. Selain itu, masih ditemukan adanya unit kerja yang terlambat mengetahui bahwa

obat alteplase bisa dijamin dan dapat diklaimkan menggunakan LUPIS, hal ini diketahui saat dilakukan kegiatan *monitoring* dan evaluasi pengampunan *stroke* pada bulan April 2024. Edward III, Arahan dan tanggapan pelaksanaan. Hal ini meliputi penerimaan, ketidakberpihakan ataupun penolakan pelaksana dalam menyikapi kebijaksanaan (Anggara, 2014). Namun bila melihat dari realisasi pengajuan klaim obat alteplase, perlu dipertanyakan bagaimana dengan penerimaan dari manajemen dan pelaksana atas respon dari terbitnya kebijakan penjaminan alteplase, dimungkinkan masih adanya ketidakpahaman, ketidaktahuan, atau merupakan respon penolakan atas implementasi penjaminan obat alteplase. Dikarenakan penjaminan obat alteplase merupakan 1 bagian kecil yang dijabatkan dalam PMK 3.

3. Intensitas Respon

Pelaksana intens menanyakan terkait penjaminan obat alteplase di awal kebijakan terbit, pertanyaan banyak diajukan karena KMK tarif obat alteplase tidak terbit bersamaan dengan PMK 3. Pelaksanaan Tim *Code Stroke* sesuai dengan alur yang telah ditetapkan dan juga verifikasi sesuai dengan regulasi yang berlaku (PNPK). Edward III, sikap dan komitmen dari pelaksana terhadap kebijakan atau program yang harus dilaksanakan karena setiap kebijakan membutuhkan pelaksana-pelaksana yang memiliki hasrat kuat dan komitmen yang tinggi agar mampu mencapai tujuan kebijakan yang diharapkan (Anggara, 2014).

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Dalam pengembangan paket manfaat layanan JKN, diperlukan sinkronisasi dengan berbagai stakeholder. Terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dan disiapkan oleh rumah sakit agar implementasi penjaminan obat alteplase dapat dilaksanakan dengan baik, meliputi aspek sumber daya, struktur birokrasi, komunikasi, dan disposisi. Berdasarkan jenis kepemilikan rumah sakit, data klaim obat alteplase di Indonesia pada tahun 2023 menunjukkan bahwa rumah sakit swasta lebih responsif terhadap penjaminan obat alteplase, baik secara nasional maupun khusus pada rumah sakit tipe B.

Selain itu, kesimpulan dari wawancara mendalam dengan institusi Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan Organisasi Profesi Neurologi memberikan gambaran mengenai implementasi penjaminan obat alteplase, termasuk di rumah sakit tipe B swasta dan pemerintah yang diteliti. Namun, hasil wawancara dengan RS Hermina Daan Mogot (swasta) dan RSUD Koja (pemerintah) tidak mewakili kondisi nasional secara keseluruhan. Meskipun demikian, temuan ini dapat memberikan gambaran mengenai kondisi implementasi penjaminan obat alteplase di rumah sakit yang diteliti.

7.1.1 Sumber Daya

1. SDM yang terlibat dalam proses klaim tidak mengalami kendala berarti, Tim Code Stroke merupakan penggerak utama implementasi penjaminan obat alteplase. SDM di RS Swasta lebih cepat merespon implementasi penjaminan obat alteplase dibandingkan dengan RS Pemerintah, dikarenakan Dokter spesialis neurologi di RS Pemerintah baru selesai fellowship neurointervensi pada bulan September 2023. Berdasarkan data pengampuan stroke, masih terdapat 45 RS yang belum memiliki dokter spesialis neurologi. Pelatihan penanganan stroke, termasuk tindakan trombolisis, sangat diperlukan dalam tim. Kedua RS yang diteliti telah melakukan in-house training (IHT) secara mandiri sebelum tindakan trombolisis, melibatkan dokter spesialis neurologi,

dokter umum, dokter spesialis radiologi, perawat, dan radiografer. RS Swasta melakukan IHT pada pertengahan tahun 2023, sedangkan RS Pemerintah pada akhir tahun 2023. Namun, perilaku ini belum tentu dilaksanakan oleh semua RS di Indonesia, sehingga tidak dapat digeneralisasi.

2. Sarana dan prasarana untuk pelaksanaan penjaminan obat alteplase telah disediakan oleh semua RS Tipe B yang diteliti. Namun, berdasarkan data pengampuan stroke, masih ada 91 RS yang belum memiliki alat CT-Scan.
3. Semua pihak yang diwawancarai tidak mengalami kendala pendanaan dalam implementasi penjaminan obat alteplase.
4. Sistem informasi dalam pelaksanaan klaim obat alteplase tidak mengalami kendala berarti. Namun, pencatatan kasus stroke masih dilakukan dalam bentuk self-reporting, dan aplikasi stroke registry masih dalam tahap pilot project.
5. Pengadaan obat alteplase di semua RS yang diteliti tidak mengalami kendala, meskipun beberapa RS lain masih mengalami kesulitan. Di RS Swasta, pemesanan obat dilakukan secara manual tanpa e-Catalogue melalui PKS, dengan waktu pemesanan 1-2 hari. Sementara itu, di RS Pemerintah, pemesanan dilakukan melalui e-Catalogue, dengan waktu pemesanan 1-2 minggu.
6. Faktor eksternal yang memengaruhi keberhasilan implementasi obat alteplase adalah kesadaran masyarakat untuk segera pergi ke RS, serta lingkungan terkait jarak ke fasilitas kesehatan dan kepadatan lalu lintas.

7.1.2 Struktur Birokrasi

1. RS Swasta mengaktifkan Tim Code Stroke pada Oktober 2023, sedangkan RS Pemerintah mengaktifkan Tim Code Stroke pada akhir tahun 2023. Meskipun keduanya telah menjalankan prosedur sesuai dengan struktur birokrasi, namun waktu pelaksanaannya berbeda.
2. Dalam administrasi klaim, RS Swasta dan RS Pemerintah menggunakan regulasi yang sama untuk dokumentasi dan verifikasi klaim, yaitu onset serangan stroke kurang dari 6 jam sesuai dengan PNPK Stroke. Namun, RS Pengampuan Stroke menerapkan regulasi yang berbeda, dengan onset serangan

stroke kurang dari 4,5 jam berdasarkan Fornas. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan dasar regulasi dalam penentuan onset serangan stroke.

7.1.3 Komunikasi

1. Pusjak PDK telah melakukan transmisi yang sangat baik dalam mensosialisasikan PMK 3 Tahun 2023, menggunakan media Zoom dan YouTube. Hal ini memudahkan rumah sakit yang belum menerima informasi untuk melihat ulang video sosialisasi melalui YouTube.
2. Sosialisasi internal belum mencakup semua aktor yang terlibat dalam implementasi penjaminan obat alteplase. Sebagai contoh, dokter neurologi di RS Pemerintah baru mengetahui tentang penjaminan obat alteplase pada sosialisasi pengampunan stroke di November 2023, sementara bagian klaim memperoleh informasi tersebut dari BPJS Kesehatan.
3. Dari hal ini, dapat disimpulkan bahwa tidak semua pelaksana menerima informasi mengenai penjaminan obat alteplase. Oleh karena itu, manajemen RS perlu berperan aktif dalam melakukan sosialisasi internal.

7.1.4 Disposisi

1. Di semua rumah sakit tipe B yang diteliti, manajemen mendukung penuh pelaksanaan implementasi penjaminan obat alteplase. Baik bagian klaim maupun pelayanan tidak mengalami kendala terkait prioritas lain yang ditetapkan oleh manajemen.
2. Dalam pengampunan stroke, terdapat Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara koordinator pengampunan stroke dengan rumah sakit yang diampu, serta Pemerintah Daerah sebagai bentuk komitmen bersama antara rumah sakit yang diampu dan pemerintah setempat.
3. Rumah sakit swasta merespon kebijakan penjaminan obat alteplase dengan baik, segera melakukan sosialisasi internal setelah kebijakan diterbitkan. Selain itu, mereka mempersiapkan SDM, sarana prasarana, komunikasi, dan disposisi dengan baik. Pada tahun kebijakan diterbitkan, rumah sakit tersebut sudah mengajukan klaim alteplase dan menjadikan pelayanan stroke sebagai layanan unggulan.

4. Rumah sakit pemerintah membutuhkan waktu penyesuaian lebih lama. Hal ini disebabkan oleh salah satu dokter neurologi yang melanjutkan pendidikan fellowship neurointervensi, meskipun dua dokter neurologi lainnya tetap tersedia

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Kementerian Kesehatan

1. Untuk meningkatkan kejelasan, konsistensi, dan menghindari ambiguitas dalam pelaksanaan penjaminan obat alteplase, Kementerian Kesehatan dapat melakukan langkah-langkah berikut:
 - a. Tim Seleksi Obat Formularium Nasional, bersama dengan Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan dan PERDOSNI, dapat merevisi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2197/2023 tentang Formularium Nasional dan mensinkronkannya dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/394/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Stroke, disesuaikan dengan perkembangan keilmuan terbaru.
 - b. Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan bersama Koordinator Pengampuan Stroke dapat merevisi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1336/2023 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Stroke, dengan menambahkan tim code stroke terlatih sebagai target yang harus dipenuhi.
 - c. Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Koordinator Pengampuan Stroke dapat menyusun buku pedoman pembentukan tim code stroke, termasuk materi pembelajaran yang harus dikuasai, serta menyediakan video pembelajaran dari para ahli untuk membantu RS melakukan adaptasi secara mandiri.
 - d. Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan perlu segera menyelesaikan pilot project aplikasi stroke registry dan merencanakan sosialisasi agar RS di seluruh Indonesia dapat berkontribusi dalam pengiriman data pasien stroke.

2. Untuk meningkatkan komunikasi, Kementerian Kesehatan melalui Koordinator Pengampuan Stroke dapat memanfaatkan Program *Extension For Community Healthcare Outcomes* (ECHO) sebagai media sosialisasi penjaminan alteplase. Program ECHO adalah inisiatif yang bertujuan mengembangkan sumber daya tenaga kesehatan melalui platform telemonitoring dan pembelajaran jarak jauh berbasis web, yang menggabungkan pembelajaran berbasis kasus dan praktik terbaik. Jika menggunakan Program ECHO membutuhkan waktu, maka sosialisasi dapat dilakukan secara daring melalui Zoom untuk seluruh jejaring pengampuan stroke.

7.2.2 Bagi PERDOSNI

PERDOSNI, sebagai kolegium yang mengelola ketersediaan dokter spesialis neurologi, dapat mengambil beberapa langkah berdasarkan penelitian ini, yaitu:

1. Membantu Kementerian Kesehatan dalam memastikan pemerataan dokter spesialis neurologi di seluruh Indonesia.
2. Berpartisipasi dalam mereviu Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/394/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Stroke, serta mengusulkan revisi yang sesuai dengan perkembangan keilmuan terbaru.
3. Memberikan masukan terkait aplikasi stroke registry.
4. Memastikan bahwa obat alteplase termasuk dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) berikutnya.

7.2.3 Bagi BPJS Kesehatan

Pelaksanaan implementasi penjaminan alteplase yang sudah baik di BPJS Kesehatan, saran untuk BPJS Kesehatan dengan memastikan kesiapan rumah sakit dalam memberikan pelayanan pemberian obat alteplase. BPJS Kesehatan perlu berperan aktif dalam memastikan bahwa rumah sakit memberikan pelayanan yang bermutu kepada pasien stroke, sehingga dapat menekan angka kematian dan kecacatan.

7.2.4 Bagi Rumah Sakit

Melakukan sosialisasi internal kepada aktor pemberi layanan terkait penjaminan obat alteplase, memasukan dalam kegiatan edukasi kesehatan ke masyarakat tentang stroke dan himbauan untuk SEGERA KE RS pada pasien stroke. RS dapat sekaligus mempromosikan produk unggulan layanan RS Salah satunya tindakan trombolisis dengan obat alteplase pada pasien stroke iskemik yang masuk dapam program JKN.

7.2.5 Bagi Peneliti dan Pembaca

Selain berfungsi sebagai sumber referensi mengenai implementasi penjaminan obat alteplase, peneliti dan pembaca juga dapat menggunakan informasi ini untuk melakukan penelitian atau analisis lebih lanjut.

1. Menggali lebih dalam setiap tahapan implementasi penjaminan obat alteplase, termasuk pemantauan, evaluasi, dan analisis lebih lanjut terkait utilisasi klaim obat alteplase.
2. Melakukan penelitian lebih lanjut mengenai implementasi kebijakan penjaminan obat alteplase di wilayah yang lebih luas untuk memungkinkan generalisasi secara kuantitatif.
3. Menganalisis implementasi penjaminan obat alteplase di wilayah dengan akses terbatas untuk mengidentifikasi permasalahan secara detail, sehingga memberikan masukan kepada para pemangku kepentingan agar implementasi lebih optimal.
4. Meneliti ketersediaan dan kesiapan tim code stroke sebagai langkah awal dalam menilai pelaksanaan tindakan trombolisis yang mendukung implementasi penjaminan obat alteplase.
5. Melakukan survei pemahaman masyarakat tentang stroke dan tindakan yang harus diambil saat serangan stroke untuk meningkatkan kesadaran masyarakat, sehingga hasil perawatan menjadi lebih maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Al Arif, M. (2012). *Lembaga Keuangan Syariah: Suatu Kajian Teoretis Praktis* (Cet 1). CV. Pustaka Setia.
https://scholar.google.co.id/citations?view_op=view_citation&hl=id&user=fMwoluEAAA&citation_for_view=fMwoluEAAA&HoB7MX3m0LUC
- Alhadid, K., Oliveira, L., & Etherton, M. R. (2023). Intravenous Thrombolytics in the Treatment of Acute Ischemic Stroke. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*, 25(1), 15–28. <https://doi.org/10.1007/s11936-022-00973-2>
- Allen. (2023). Terapi Tissue Plasminogen Activator untuk Stroke Iskemik Akut. *Cermin Dunia Kedokteran*, 50(3), 167–170. <https://doi.org/10.55175/cdk.v50i3.661>
- Anderson, J. E. (2011). *Public policymaking: An introduction* (7th ed.; International ed). Wadsworth/Cengage Learning.
<http://catdir.loc.gov/catdir/enhancements/fy1303/2009932921-t.html>
- Anggara, S. (2014). *Kebijakan Publik*. CV. Pustaka Setia.
- Aprianto, D. P. (2022). *Implementasi kebijakan manajemen buku kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta dan Kabupaten Bandung Barat, Jawa Barat tahun 2019-2020 = The implementation of maternal and child health book management policies in Sleman, DI Yogyakarta and Bandung Barat, Jawa Barat in 2019-2020*. <https://lib.ui.ac.id/detail?id=20522640&lokasi=lokal>
- Aref, H., Zakaria, M., Shokri, H., Roushdy, T., El Basiouny, A., & El Nahas, N. (2021). Changing the Landscape of Stroke in Egypt. *Cerebrovascular Diseases Extra*, 11(3), 155–159. <https://doi.org/10.1159/000521271>
- Ayuningtyas, D. (2018). *Analisis Kebijakan Kesehatan—Prinsip dan Aplikasi* (Cetakan ke 2). PT. RAJAGRAFINDO PERSADA.
- Azzahra, V., & Ronoatmodjo, S. (2022). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stroke pada Penduduk Usia >15 Tahun di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (Analisis Riskesdas 2018)*. 6(2).

Birkland, T. A. (2005). *An introduction to the policy process: Theories, concepts, and models of public policy making* (2nd ed). M.E. Sharpe.
<http://catdir.loc.gov/catdir/toc/ecip056/2005000001.html>

Perdir BPJS Kes, Pub. L. No. Peraturan Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No 65 Tahun 2020 Tentang Pedoman Tata Kelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 66 (2020).

BPJS Kesehatan. (2023a). *User Manual Aplikasi Vclaim Versi 4.4.0*. BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan. (2023b, Juni). *LapKeu—Laporan Keuangan Tahun 2022 BPJS Kesehatan*. Kontan.Co.Id. <https://kilaskorporasi.kontan.co.id/laporan-keuangan/laporankeuangan-tahun-2022-bpjs-kesehatan>

Brown, R. (2023, Desember). *Stroke—Symptoms and causes*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/stroke/symptoms-causes/syc-20350113>

CDC. (2022, Mei 4). *Stroke Signs and Symptoms* | *cdc.gov*. Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/stroke/signs_symptoms.htm

CDC. (2023, September 6). *Stroke Facts* | *cdc.gov*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/stroke/facts.htm>

Djuwita, T. M. (2011). PENGEMBANGAN SUMBER DAYA MANUSIA DAN PRODUKTIVITAS KERJA PEGAWAI. *Jurnal MANAJERIAL*, 10(2), Article 2. <https://doi.org/10.17509/manajerial.v10i2.2161>

Dye, T. R. (2014). *Understanding public policy* (14th ed). Pearson.

Easton, D. (1953). *The political system, an inquiry into the state of political science* ([1st ed.]). Knopf.

Fauzi, W. (2019). *Hukum Asuransi Di Indonesia*. Andalas University Press.

Fischer, F., Miller, G., & Sidney, M. S. (Ed.). (2007). *Handbook of public policy analysis: Theory, politics, and methods*. Taylor & Francis.

Gajurel, B. P., Nepal, G., Jaiswal, V., Ang, S. P., Nain, P., Shama, N., Ruchika, F. N. U., Bohara, S., Kharel, S., Yadav, J. K., Medina, J. R. T., & Shrestha, A. B. (2023). Utilization rates of intravenous thrombolysis for acute ischemic stroke in Asian countries:

- A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 102(42), e35560. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000035560>
- Hardiani, R. D. (2024). *Laporan Kinerja Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan Tahun 2023* (hlm. 106). Kementerian Kesehatan.
- Hasan, M. A. R. (2023). *Rumusan Kebijakan Asuransi Kesehatan Tambahan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional* [Universitas Indonesia]. <https://lib.fkm.ui.ac.id>
- Hendartono, T. K. (2019). *DI RSUP DR. KARIADI SEMARANG*. 36(4). <https://doi.org/10.52386/neurona.v36i4.86>
- Hi Ibrahim, A. H., & Supriatna, T. (2020). *Epistemologi Pemerintahan, Paradigma Manajemen, Birokrasi Dan Kebijakan Publik*. UMMU PRESS.
- Ismainar, H., Widodo, M. D., & Candra, L. (2021). *Organisasi Manajemen Kesehatan*. CV WIDINA MEDIA UTAMA. <https://repository.penerbitwidina.com/publications/345438/>
- Jayadie, A., Parmi, Wardhana, A., & Andary, V. (2023). *Pembiayaan Kesehatan*. CV. MEDIA SAINS INDONESIA.
- Juneja, P. (t.t.). *5 Fungsi Manajemen: Perencanaan, Pengorganisasian, Penempatan Staf, Pengarahan dan Pengendalian*. Diambil 12 Februari 2024, dari https://managementstudyguide-com.translate.goog/management_functions.htm?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc
- Katzan, I. L., Hammer, M. D., Hixson, E. D., Furlan, A. J., Abou-Chebl, A., & Nadzam, D. M. (2004). Utilization of Intravenous Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke. *Archives of Neurology*, 61(3), 346. <https://doi.org/10.1001/archneur.61.3.346>
- Permenkes, Pub. L. No. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2018 Tentang Penyusunan Dan Penerapan Formularium Nasional Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, 55 (2018).
- Kemenkes. (2019). *Petunjuk Teknis Aplikasi E-Klaim [Aplikasi Ina-Cbg]—V5.3*. PUSAT PEMBIAYAAN DAN JAMINAN KESEHATAN [PPJK].

Kepmenkes, Pub. L. No. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2197/2023 Tentang Formularium Nasional, 219 (2023).

Kepmenkes, Pub. L. No. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/MENKES/503/2024 Tentang Nilai Klaim Harga Obat Program Rujuk Balik, Obat Penyakit Kronis Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut, Obat Kemoterapi, Dan Obat Alteplase, 93 (2024).

Perpres, Pub. L. No. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan (2024).

Kemenkes. (2024, April 27). *SIHREN, Diskusi Tematik Ditjen Yankes, Rakerkesnas 2024*. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. <https://yankes.kemkes.go.id/read/1788/sihren-diskusi-tematik-ditjen-yankes-rakerkesnas-2024>

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, Pub. L. No. 13, 461 592 (2022).

Kepmenkes, Pub. L. No. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 328/Menkes/SK/VIII/2013 Tentang Formularium Nasional (2013).

Permenkes, Pub. L. No. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 48 Tahun 2013 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengadaan Obat Dengan Prosedur E-Purchasing Berdasarkan E-Catalogue (2013).

Kepdirjen Binfarkes, Pub. L. No. Keputusan Dirjen Binfar Dan Alkes Nomor HK.02.03/III/1346/2014, Tentang Pedoman Penerapan Formularium Nasional (2014).

Kepmenkes, Pub. L. No. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/523/2015 Tentang Formularium Nasional (2015).

Kepmenkes, Pub. L. No. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/394/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Stroke (2019).

Permenkes, Pub. L. No. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun

2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, 592 (2022).
<http://peraturan.bpk.go.id/Details/218301/permenkes-no-13-tahun-2022>

Kepmenkes, Pub. L. No. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1336/2023 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan Stroke (2023).
https://yankes.kemkes.go.id/unduh/fileunduh_1684965444_953452.pdf

Permenkes, Pub. L. No. Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (2023).
<https://chpm.fk.ugm.ac.id/permenkes-nomor-3-tahun-2023-tentang-standar-tarif-pelayanan-kesehatan-dalam-penyelenggaraan-jaminan-kesehatan/>

KNI Perdossi. (2015). *Standar Kompetensi Dokter Spesialis Neurologi Indonesia*.

Lees, K. R., Bluhmki, E., Von Kummer, R., Brott, T. G., Toni, D., Grotta, J. C., Albers, G. W., Kaste, M., Marler, J. R., Hamilton, S. A., Tilley, B. C., Davis, S. M., Donnan, G. A., & Hacke, W. (2010). Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: An updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *The Lancet*, 375(9727), 1695–1703. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60491-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60491-6)

Lexy J., M. (2002). *Metologi penelitian kualitatif*. PT Remaja Rosdakarya.

Marler, J. R., Tilley, B. C., Lu, M., Brott, T. G., Lyden, P. C., Grotta, J. C., Broderick, J. P., Levine, S. R., Frankel, M. P., Horowitz, S. H., Haley, E. C., Lewandowski, C. A., Kwiatkowski, T. P., & for the NINDS rt-PA Stroke Study Group. (2000). Early stroke treatment associated with better outcome. *Neurology*, 55(11), 1649–1655. <https://doi.org/10.1212/WNL.55.11.1649>

Marta, E., & Kresno, S. (2017). *Metodologi Penelitian Kualitatif untuk Bidang Kesehatan* (Edisi 1, Cetakan ke 2). Rajawali Pers. <https://rajagrafindo.co.id/produk/metodologi-penelitian-kualitatif-untuk-bidang-kesehatan/>

Massachusetts Medical Society. (1995). Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke. *New England Journal of Medicine*, 333(24), 1581–1588. <https://doi.org/10.1056/NEJM199512143332401>

MD: National Institutes of Health. (2009). *Stroke | National Institute of Neurological Disorders and Stroke*. <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/stroke>

PERDOSSI, Pub. L. No. Anggaran Dasar Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI) (2015).

Plunkett, W. R., Allen, G. S., & Attner, R. F. (2005). *Management: Meeting and Exceeding Customer Expectations*. Thomson/South-Western.

Powers, W. J., Rabinstein, A. A., & Ackerson, T. (2018). *2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association*. 54. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000158>

UU, Pub. L. No. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2014 Tentang Perasuransian, 86 (2014).

UU, Pub. L. No. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (2004).

Perpres, Pub. L. No. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2021 Tentang Kementerian Kesehatan, 22 (2021). <http://peraturan.bpk.go.id/Details/164062/perpres-no-18-tahun-2021>

PT. Boehringer Ingelheim Indonesia. (2021). *Actilyse® Alteplase*. PT. Boehringer Ingelheim Indonesia.

Rachmadi, A., Jayasinga, H. I., & Hairudin. (2020). Pengaruh Pelatihan Dan Kinerja Pegawai Terhadap Kualitas Pelayanan Pada Kantor Bpjs Ketenaga Kerjaan Lampung I. *Jurnal Penelitian dan Kajian Ilmiah Fakultas Ekonomi Universitas Surakarta*. <https://media.neliti.com/media/publications/527712-none-25271f59.pdf>

Reed, M., Kerndt, C. C., & Nicolas, D. (2024). Alteplase. Dalam *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499977/>

Rokom Kemenkes. (2024, April 24). Strategi Kemenkes Tingkatkan Rasio Dokter di Indonesia. *Sehat Negeriku*. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20240424/5545377/strategi-kemenkes-tingkatkan-rasio-dokter-di-indonesia/>

Rusadi, R. A. (2022). *Analisis Implementasi Kebijakan Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien COVID-19 di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Kab. Sragen Dimasa Pandemi Tahun 2020—2021* [Universitas Indonesia]. <https://lib.fkm.ui.ac.id>

Setiawan, E., Sihaloho, E. D., Yuliawati, F., Empel, G. van, Idris, H., & Siregar, A. Y. (2021). *Pembiayaan Kesehatan Konsep Dan Best Practices Di Indonesia: Vol. BUKU II*. PPJK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Sugiyono; (2013). *E-Book Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan RD* (Bandung). Alfabeta.

[//elibrary.stikesghsby.ac.id%2Findex.php%3Fp%3Dshow_detail%26id%3D1879%26keywords%3D](http://elibrary.stikesghsby.ac.id%2Findex.php%3Fp%3Dshow_detail%26id%3D1879%26keywords%3D)

Sulaiman, A. (2018). *Analisis implementasi kebijakan tarif INA-CBGs program jaminan kesehatan nasiona = Policy implementation analysis of INA-CBGs tariff on the national health insurance program* [Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia]. <https://lib.ui.ac.id>

Tarmizi, S. N. (2023, Oktober). *SeGeRa Ke RS Untuk Cegah Faktor Risiko Stroke*. <https://www.kemkes.go.id/id/rilis-kesehatan/segera-ke-rs-untuk-cegah-faktor-risiko-stroke>

Taufiqurakhman. (2014). *Kebijakan publik* (Pertama). Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Moestopo Beragama. https://www.researchgate.net/profile/Taufiqurokhman-Taufiqurokhman/publication/362733151_Kebijakan_Publik_Pendelegasian_Tanggung_Jawab_Negara_Kepada_Presiden_Selaku_Penyelenggara_Pemerintahan/links/62fc9e26eb7b135a0e3f67c1/Kebijakan-Publik-Pendelegasian-Tanggung-Jawab-Negara-Kepada-Presiden-Selaku-Penyelenggara-Pemerintahan.pdf

Thabrany, H. (2013). *Asuransi Kesehatan Nasional*. PAMJAKI (Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Ahli Asuransi Kesehatan Indonesia).

The Paul Coverdell Prototype Registries Writing Group*. (2005). Acute Stroke Care in the US: Results from 4 Pilot Prototypes of the Paul Coverdell National Acute Stroke Registry. *Stroke*, 36(6), 1232–1240. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000165902.18021.5b>

The University of Texas. (2021). *Stroke Symptoms and Warning Signs*. www.stroke.org.
<https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms>

Utama, Y. A., & Nainggolan, S. S. (2022). Faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke: Sebuah Tinjauan Sistematis. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(1), 549. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i1.1950>

Van Wijngaarden, J. D. H., Dirks, M., Huijsman, R., Niessen, L. W., Fabbricotti, I. N., Dippel, D. W. J., & the Promoting Acute Thrombolysis for Ischaemic Stroke (PRACTISE) Investigators. (2009). Hospital Rates of Thrombolysis for Acute Ischemic Stroke: The Influence of Organizational Culture. *Stroke*, 40(10), 3390–3392. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.559492>

Virani, S. S., Alonso, A., Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Cheng, S., Delling, F. N., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Ferguson, J. F., Gupta, D. K., Khan, S. S., Kissela, B. M., Knutson, K. L., Lee, C. D., Lewis, T. T., ... On behalf of the American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2021). Heart Disease and Stroke Statistics—2021 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 143(8). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950>

WHO. (2019). *Global health estimates: Leading causes of death*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>

WHO. (2023, September 11). *Patient safety*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Wulansari, A. (2023). *Analisis Penerapan Manajemen Puskesmas Pasca Pelatihan Manajemen Puskesmas Di Puskesmas X dan Y Kota Depok Tahun 2022* = [Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia]. <https://lib.ui.ac.id>

Zakaria, M. F., Aref, H., Abd ElNasser, A., Fahmy, N., Tork, M. A., Fouad, M. M., ElBokl, A., Roushdy, T., ElFaramawy, S., El-Shiekh, M. A., & Moustafa, R. R. (2018). Egyptian experience in increasing utilization of reperfusion therapies in acute ischemic stroke. *International Journal of Stroke*, 13(5), 525–529. <https://doi.org/10.1177/1747493017711949>