



Kemenkes
Poltekkes Yogyakarta

DIKTAT KEWIRAUSAHAAN

**PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN
KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI
SEMESTER VI ANGKATAN 2023**

2026

Ketua Tim Penulis : Dr. Yustiana Olfah, A.Per. Pend, M.Kes.
Anggota Penulis : Mahasiswa STKA Semester VI

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga buku ajar berjudul Diktat Kewirausahaan ini dapat disusun dan diterbitkan. Buku ajar ini disusun sebagai salah satu referensi utama dalam pelaksanaan mata kuliah Kewirausahaan pada Program Studi Keperawatan Anestesi. Kewirausahaan dalam konteks keperawatan anestesi merupakan upaya pengembangan peran profesional yang berlandaskan etika, regulasi, dan keselamatan pasien, serta berkontribusi terhadap peningkatan mutu layanan kesehatan.

Buku ajar ini memuat pembahasan mengenai konsep dan prinsip dasar kewirausahaan, karakter dan kompetensi wirausaha di bidang kesehatan, identifikasi dan analisis peluang usaha keperawatan anestesi, penyusunan rencana usaha, serta implementasi kewirausahaan yang sesuai dengan standar profesi, aspek hukum, dan keselamatan pasien. Materi disusun secara sistematis, terstruktur, dan aplikatif untuk mendukung pencapaian capaian pembelajaran mata kuliah dan program studi.

Penulis menyadari bahwa buku ajar ini masih memiliki keterbatasan baik dari segi kedalaman materi maupun penyajiannya. Oleh karena itu, kritik dan saran yang konstruktif sangat diharapkan sebagai bahan perbaikan dan penyempurnaan pada edisi selanjutnya. Akhir kata, penulis berharap buku ajar ini dapat memberikan kontribusi positif dalam pengembangan kompetensi kewirausahaan mahasiswa Keperawatan Anestesi serta bermanfaat bagi dosen, praktisi, dan pemangku kepentingan di bidang kesehatan.

Yogyakarta, 20 Januari 2026

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	2
DAFTAR ISI.....	3
BAB 1	10
A. Pendahuluan	10
B. Mengapa Kewirausahaan Penting Bagi Penata Anestesi ...	10
C. Karakteristik <i>Entrepreneurial Mindset</i> dalam Praktik Anestesi Mahasiswa perlu menanamkan karakter berikut ini saat praktik klinik maupun praktik lapangan:	11
D. Ide Bisnis Kreatif dan Strategis yang Bisa Dikembangkan Oleh Seorang Lulusan Sarjana Terapan Penata Anestesi:.....	11
E. Integrasi Kewirausahaan, Kode Etik, dan Aspek Penata Anestesi.....	14
F. Analisis SWOT	15
DAFTAR PUSTAKA	26
BAB 2	29
A. Pendahuluan	29
B. Definisi Dan Sejarah Profesi Anestesi	31
C. Kerangka Regulasi Di Indonesia	34
D. Jenis-Jenis Praktik Dalam Keperawatan Anestesi.....	36
E. Tantangan Dalam Praktik Mandiri Keperawatan Anestesi 37	
DAFTAR PUSTAKA	40
BAB 3	42
A. Pendahuluan	42
B. Etik Usaha Keperawatan	43
C. Etika Bisnis	45
D. Sasaran dan Lingkup Etika Bisnis	46

E. Prinsip – Prinsip Etika Bisnis	47
<u>DAFTAR PUSTAKA</u>	51
BAB 4	53
A. Pendahuluan	53
B. Sejarah Sistem Rujukan	54
C. Pengertian	56
D. Tujuan	58
E. Manfaat Sistem Rujukan Berjenjang	58
F. Faktor Pendukung Sistem Rujukan Berjenjang	59
G. Regulasi Sistem Rujukan Berjenjang Di Indonesia	60
H. Mekanisme Sistem Rujukan Di Indonesia	62
I. Kesimpulan	63
<u>DAFTAR PUSTAKA</u>	65
BAB 5	66
A. Pendahuluan	66
B. Konsep dan Prinsip Sistem Asuransi Pelayanan Kesehatan	67
C. Jenis-Jenis Asuransi Pelayanan Kesehatan	68
D. Peran Sistem Asuransi Pelayanan Kesehatan	70
E. Tantangan dan Pengembangan Sistem Asuransi Pelayanan	72
F. Penutup	74
<u>DAFTAR PUSTAKA</u>	76
BAB 6	77
A. Pendahuluan	77
B. Pengertian Sistem Perizinan	78
C. Tujuan dan Fungsi Perizinan	79

D.	Dasar Hukum dan Regulasi Sistem Perizinan di Indonesia	80
E.	Jenis-Jenis Perizinan	81
F.	Tantangan dan Permasalahan Umum Sistem Perizinan	83
G.	Konsep Perizinan Kesehatan.....	84
H.	Perizinan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Online.	86
I.	Implementasi Perizinan Tenaga Kesehatan	89
J.	Hubungan Teoritis Sistem Perizinan Kesehatan dengan Kualitas Pelayanan Kesehatan	91
K.	Dampak Empiris Perizinan Kesehatan terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan	94
L.	Kesimpulan	96
	<u>DAFTAR PUSTAKA</u>	98
	BAB 7	100
A.	Pendahuluan	100
B.	Sejarah	102
C.	Pengertian	103
D.	Tujuan	105
E.	Jenis-Jenis.....	107
F.	Unsur	109
	<u>DAFTAR PUSTAKA</u>	111
	BAB 8	113
A.	Pendahuluan	113
B.	Sejarah Asuransi Kesehatan.....	115
C.	Definisi Asuransi Kesehatan	116
D.	Jenis-Kenis Asuransi Kesehatan	117
E.	Prinsip-Prinsip Asuransi Kesehatan.....	119
F.	Unsur-Unsur Asuransi	120

G.	Dasar Hukum Penerapan Asuransi Kesehatan Indonesia	121
H.	Peran Asuransi Kesehatan Dalam Sistem Kesehatan ...	125
I.	Kebijakan Indonesia terkait Asuransi Kesehatan	127
J.	Perusahaan Asuransi Kesehatan Di Indonesia	128
K.	Kesimpulan	128
	<u>DAFTAR PUSTAKA</u>	130
BAB 9		133
A.	Pendahuluan	133
B.	Layanan Bedah <i>One Day Care</i>	134
C.	Peran Penata Anestesi Dalam Bedah <i>One Day Care</i>	135
D.	Kewirausahaan Di Bidang Kesehatan.....	136
E.	Nilai Kewirausahaan Dan Peluang Pengembangan Layanan Bedah <i>One Day Care</i>	137
F.	Inovasi Layanan <i>One Day Care</i>	138
G.	Dampak Sosial Dan Profesional Dari <i>One Day Care</i>	140
H.	Kesimpulan	141
	<u>DAFTAR PUSTAKA</u>	142
BAB 10		143
A.	Pendahuluan	143
B.	Teknologi Digital dalam Bidang Kesehatan	145
C.	Bentuk Pemanfaatan Teknologi Digital dalam Layanan Anestesi.....	146
D.	Manfaat Teknologi Digital dalam Layanan Anestesi ...	149
E.	Tantangan dan Kendala Penerapan Teknologi Digital.....	150
F.	Upaya dan Strategi Optimalisasi Pemanfaatan Teknologi Digital.....	151

G.	Penerapan Teknologi Digital dalam Layanan Anestesi di Indonesia	152
H.	Kesimpulan	153
	DAFTAR PUSTAKA	155
	BAB 11	156
A.	Pendahuluan	156
B.	Konsep Telekonsultasi Anestesi.....	158
C.	Telekonsultasi Pre Anestesi.....	162
D.	Telekonsultasi Intra Anestesi	162
E.	Telekonsultasi Post Anestesi.....	165
F.	Telekonsultasi Anestesi dalam Perspektif Kewirausahaan 167	
	DAFTAR PUSTAKA	170
	BAB 12	171
A.	Pendahuluan	171
B.	Penata Anestesi.....	172
C.	Basic Life Support (BLS).....	173
D.	Advanced Life Support (ALS).....	173
E.	Peran Penata Anestesi dalam Pelatihan Basic Life Support dan Advanced Life Support	173
F.	Manfaat Penata Anestesi dalam Pelatihan Basic Life Support dan Advanced Life Support	174
G.	Langkah-Langkah Pelatihan Basic Life Support (BLS).175	
H.	Langkah-Langkah Pelatihan Advance Life Support (ALS) 178	
I.	Masalah dalam Pelatihan Basic Life Support (BLS)	179
J.	Masalah dalam Pelatihan Advance Life Support (ALS) ...	179
K.	Analisis Situasi	180

L. Kesimpulan	181
<u>DAFTAR PUSTAKA</u>	182
BAB 13	183
A. Pendahuluan	183
B. Mekanisme dan klasifikasi nyeri.....	184
C. Peran Penata Anestesi dalam Manajemen Nyeri	188
D. Interprofesion collaboration	196
E. Kesimpulan	197
<u>DAFTAR PUSTAKA</u>	199
BAB 14	201
A. Pendahuluan	201
B. Karakteristik Pelayanan Kesehatan di Daerah Terpencil	203
C. Penyedia Akses Pelayanan Anestesi di Daerah Kekurangan Dokter Spesialis	205
D. Memberikan Asuhan Anestesi Komprehensif	207
E. Pelayanan Anestesi pada Kondisi Kegawatdaruratan	209
F. Pengelola Sumber Daya Medis Terbatas	211
G. Hambatan Penata Anestesi dalam Pelayanan Kesehatan di Daerah Terpencil.....	214
<u>DAFTAR PUSTAKA</u>	216
BAB 15	218
A. Pendahuluan	218
B. Sejarah Perkembangan	220
C. Peran Penata Anestesi dalam Startup Kesehatan.....	221
D. Tujuan Penata Anestesi Pada Startup	224
E. Tantangan Dan Peluang	224
F. Manfaat	226
<u>DAFTAR PUSTAKA</u>	227

BAB 16	229
A. Pendahuluan	229
B. Pengertian Manajemen Risiko	230
C. Sejarah Manajemen Risiko	231
D. Tujuan Manajemen Risiko	232
E. Manfaat Manajemen Risiko	232
F. Faktor Pendukung.....	233
G. Upaya atau Strategi Peningkatan Manajemen Risiko dalam Pelayanan Anestesi	234
H. Hambatan dalam Penerapan Manajemen Risiko pada Pelayanan Anestesi	235
I. Regulasi.....	236
J. Kesimpulan	238
DAFTAR PUSTAKA	240
DAFTAR TIM PENULIS.....	241

Urgensi Kewirausahaan bagi Mahasiswa Sarjana Terapan Penata

Yustiana Olfah

A. Pendahuluan

Dunia kesehatan saat ini mengalami transformasi digital dan manajerial yang sangat cepat. Bagi seorang mahasiswa Sarjana Terapan Penata Anestesi, kompetensi klinis dalam pemberian asuhan kepenataan anestesi adalah kewajiban utama. Namun, mengandalkan kemampuan teknis saja tidak lagi cukup di era disrupsi. Kewirausahaan (entrepreneurship) dalam konteks kesehatan, atau sering disebut sebagai *nurse-preneurship* (dalam lingkup asuhan), menjadi jembatan bagi mahasiswa untuk mengubah pola pikir dari sekadar pencari kerja menjadi inovator yang mampu menciptakan nilai tambah dalam pelayanan Kesehatan.

B. Mengapa Kewirausahaan Penting Bagi Penata Anestesi

1. Pengembangan Kemandirian dan Inovasi Pelayanan
Kewirausahaan melatih mahasiswa untuk mengidentifikasi "celah" dalam pelayanan anestesi. Misalnya, pengembangan alat bantu intubasi yang lebih ergonomis atau layanan manajemen nyeri pasca-operasi berbasis aplikasi. Inovasi ini muncul dari kemampuan analisis peluang yang merupakan inti dari kewirausahaan.
2. Pengelolaan Fasilitas Kesehatan Secara Profesional
Lulusan Sarjana Terapan memungkinkan untuk mengisi posisi manajerial di instalasi bedah atau klinik mandiri. Prinsip kewirausahaan seperti efisiensi sumber daya, manajemen risiko, dan strategi operasional sangat krusial

agar fasilitas kesehatan dapat berjalan secara berkelanjutan (sustainable).

3. Adaptasi Terhadap Era Health 5.0

Teknologi seperti *Artificial Intelligence* (AI) dalam monitoring hemodinamik menuntut tenaga kesehatan untuk berpikir kreatif. Mahasiswa yang memiliki jiwa kewirausahaan cenderung lebih terbuka terhadap teknologi dan mampu memanfaatkannya untuk meningkatkan *patient safety*.

"Kewirausahaan dalam bidang kesehatan bukan sekadar tentang mencari keuntungan finansial, melainkan tentang keberanian untuk melakukan inovasi demi meningkatkan kualitas hidup pasien melalui efisiensi sistem dan efektivitas layanan klinis."

C. Karakteristik *Entrepreneurial Mindset* dalam Praktik

Anestesi Mahasiswa perlu menanamkan karakter berikut ini saat praktik klinik maupun praktik lapangan:

- Problem Solver: Fokus pada solusi saat menghadapi komplikasi di ruang operasi.
- Calculated Risk-Taking: Mengambil keputusan cepat dan tepat dalam kondisi kritis berdasarkan data dan kompetensi.
- Networking: Membangun kolaborasi multidisiplin dengan dokter spesialis anestesi, perawat bedah, dan teknisi medis.

D. Ide Bisnis Kreatif dan Strategis yang Bisa Dikembangkan Oleh Seorang Lulusan Sarjana Terapan Penata Anestesi:

1. Home Care Khusus Manajemen Nyeri (Pain Management Center)

Banyak pasien pasca-operasi besar (seperti ortopedi atau bedah syaraf) yang dipulangkan namun masih mengalami nyeri hebat.

- Ide: Layanan kunjungan rumah untuk pemantauan nyeri, edukasi penggunaan Patient-Controlled

Analgesia (PCA) di rumah, atau terapi pendamping non-farmakologis.

- Nilai Tambah: Penata Anestesi memiliki kompetensi tinggi dalam menilai skala nyeri dan manajemen sedasi ringan.

2. Konsultan Manajemen Alur Kerja Instalasi Bedah Sentral (IBS)

Rumah sakit swasta baru seringkali kesulitan mengatur efisiensi ruang operasi.

- Ide: Menjadi konsultan untuk mengatur turnover time (waktu antar operasi) agar lebih efektif, manajemen stok gas medik, hingga pemeliharaan alat monitoring anestesi.
- Nilai Tambah: Anda memahami "ritme" ruang operasi yang tidak dipahami oleh manajer umum.

3. Pengembangan Alat Peraga Edukasi (Simulasi Klinis)

Mahasiswa anestesi sering kesulitan melakukan praktik jika tidak ada pasien atau alat simulasi yang mahal.

- Ide: Memproduksi manekin simulasi lokal untuk praktik intubasi, pemasangan infus sulit, atau pembersihan jalan nafas (suction) dengan harga yang lebih terjangkau untuk kampus-kampus kesehatan.
- Nilai Tambah: Memanfaatkan pengetahuan anatomi jalan nafas yang Anda pelajari secara mendalam

4. Startup "Anesthesia-Tech" (Aplikasi Monitoring & Logbook)

Masih terdapat penata anestesi yang mencatat asuhan secara manual di kertas yang rentan hilang atau rusak.

- Ide: Membuat aplikasi Digital Logbook atau Clinical Decision Support System yang membantu menghitung dosis obat berdasarkan berat badan dan kondisi pasien secara otomatis (seperti dosis propofol, rekalkulasi cairan, dll).

- Nilai Tambah: Meminimalkan human error dalam perhitungan obat anestesi yang bersifat kritis (high alert).
5. Training Center Khusus Asisten Sedasi (Basic Sedation Course)
- Beberapa perawat atau tenaga medis di klinik tertentu kemungkinan masih melakukan sedasi ringan namun belum tersertifikasi atau kurang terpapar standar keamanan.
- Ide: Membangun lembaga pelatihan (bekerja sama dengan organisasi profesi) untuk memberikan edukasi bantuan hidup dasar dan pemantauan pasien selama sedasi di fasilitas kesehatan primer.

Tabel. Perbandingan Peluang Bisnis

Ide Bisnis	Tingkat Kesulitan	Target Pasar	Keunggulan Utama
Home Care Nyeri	Sedang	Pasien Pasca-OP	Layanan Personal
Aplikasi Dosis	Tinggi	Nakes Anestesi	Akurasi & Efisiensi
Konsultan IBS	Tinggi	RS/Klinik Baru	Optimalisasi Pendapatan RS
Alat Peraga	Sedang	Institusi Pendidikan	Harga Kompetitif

E. Integrasi Kewirausahaan, Kode Etik, dan Aspek Penata Anestesi

1. Pilar Penting Kewirausahaan di Bidang Anestesi

Dalam membangun usaha atau inovasi di bidang ini, mahasiswa harus memegang empat pilar utama:

- **Value Creation (Penciptaan Nilai):** Inovasi harus menjawab masalah nyata di ruang operasi atau pasca-operasi, bukan sekadar mencari profit.
- **Risk Management (Manajemen Risiko):** Mengingat obat anestesi bersifat high-alert, setiap ide bisnis wajib memiliki standar operasional prosedur (SOP) yang ketat.
- **Ethical Marketing:** Pemasaran jasa kesehatan tidak boleh bersifat menjatuhkan rekan sejawat atau memberikan janji berlebihan (overclaiming).
- **Interprofessional Collaboration:** Kewirausahaan penata anestesi harus mendukung kerja tim dengan Dokter Spesialis Anestesiologi (SpAn).

2. Kode Etik Penata Anestesi dalam Berwirausaha

Berdasarkan prinsip etik profesi, wirausaha yang dilakukan tidak boleh melanggar:

- a. **Autonomy:** Menghormati hak pasien untuk memilih layanan tanpa paksaan.
- b. **Beneficence:** Inovasi harus bertujuan untuk kebaikan dan keselamatan pasien.
- c. **Non-Maleficence:** Usaha yang dijalankan tidak boleh membahayakan pasien demi menekan biaya produksi/layanan.
- d. **Veracity:** Kejujuran dalam mempromosikan keunggulan layanan atau produk inovasi.

3. Aspek Legal dan Kewenangan Klinis

Bagi Penata Anestesi di Indonesia, dasar hukum utama yang harus dipahami sebelum memulai usaha atau praktik mandiri adalah:

- Permenkes No. 18 Tahun 2016: Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi. Di sini diatur bahwa praktik harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan dan di bawah supervisi atau delegasi dokter.
- Kewenangan Klinis: Penata Anestesi memiliki kewenangan dalam asuhan kepenataan (pra-anestesi, intra-anestesi, dan pasca-anestesi). Jika berwirausaha di bidang Home Care, maka layanan yang diberikan terbatas pada pemantauan dan edukasi, bukan pemberian anestesi umum tanpa supervisi.
- STRPA & SIPPA: Setiap inovasi layanan mandiri tetap mewajibkan personelnya memiliki Surat Tanda Registrasi Penata Anestesi (STRPA) dan Surat Izin Praktik Penata Anestesi (SIPPA) yang aktif.

Peringatan Penting: Kewirausahaan dalam penata anestesi di Indonesia lebih diarahkan pada Intrapreneurship (inovasi di dalam RS) atau penyediaan alat/teknologi penunjang, karena praktik mandiri penuh tanpa supervisi dokter spesialis memiliki batasan legal yang ketat sesuai undang-undang yang berlaku.

F. Analisis SWOT

Berikut analisis SWOT dan langkah-langkah strategis untuk membangun kewirausahaan dengan contoh kewirausahaan dalam layanan Home Care Nyeri dengan tetap mematuhi aspek legal dan kode etik.

Tabel. Analisis SWOT: Layanan Home Care Manajemen Nyeri (Oleh Penata Anestesi)

Strengths (Kekuatan)	Weaknesses (Kelemahan)
• Keahlian spesifik dalam penilaian nyeri (<i>Pain Scale Assessment</i>). • Kemampuan teknis pemantauan tanda-tanda vital yang presisi. • Pemahaman mendalam tentang farmakologi obat analgesik.	• Keterbatasan kewenangan pemberian obat golongan narkotika secara mandiri. • Ketergantungan pada instruksi/delegasi dokter spesialis. • Biaya operasional kunjungan rumah yang cukup tinggi.
Opportunities (Peluang)	Threats (Ancaman)
• Meningkatnya tren <i>early discharge</i> (pasien pulang lebih awal dari RS). • Kurangnya layanan spesialis nyeri di tingkat komunitas. • Kerjasama dengan dokter spesialis bedah/ortopedi.	• Regulasi praktik mandiri yang sangat ketat. • Kompetisi dengan perawat umum yang juga membuka layanan home care. • Risiko tuntutan hukum jika terjadi efek samping obat di rumah.

Strategi Implementasi & Aspek Legal

Agar layanan home care manajemen nyeri berjalan aman dan sesuai hukum, Anda harus menerapkan model Kolaborasi Berbasis Delegasi:

1. Sistem Rujukan Terintegrasi: Anda tidak mencari pasien secara acak di media sosial, melainkan bekerja sama dengan Dokter Spesialis Anestesi atau Dokter Bedah. Pasien yang pulang dibekali kartu "Pemantauan Nyeri Rumah" yang dikelola oleh Anda.
2. Lingkup Layanan (Scope of Practice):
 - Edukasi teknik relaksasi dan distraksi.
 - Pemantauan efektivitas obat yang sudah diresepkan dokter di RS.

- Perawatan luka operasi (jika nyeri disebabkan infeksi). Dan dalam hal ini ini dapat juga berkolaborasi dengan perawat bedah
 - Pelaporan kondisi darurat (jika skala nyeri meningkat tajam) langsung kepada dokter penanggung jawab.
3. Dokumentasi Legal: Wajib memiliki Informed Consent khusus home care dan catatan asuhan kepenataan yang ditandatangani pasien/keluarga.

Contoh Penerapan Kode Etik dalam layanan home care manajemen nyeri

- Non-Maleficence: Jika saat kunjungan rumah Anda menemukan pasien mengalami depresi napas akibat obat nyeri, tindakan pertama adalah prosedur kegawatdaruratan (ABC), bukan memaksakan pemberian obat tambahan demi kepuasan pasien.
- Justice: Memberikan tarif layanan yang transparan dan adil, sesuai dengan tindakan yang dilakukan tanpa mengeksploitasi kondisi sakit pasien.

Berikut adalah draf SOP dan Alur Komunikasi untuk layanan Home Care Manajemen Nyeri.

1. Alur Komunikasi Kolaboratif (Penata-Dokter-Pasien)
Untuk menghindari pelanggaran kewenangan, Anda harus memposisikan diri sebagai Mitra Pemantauan Klinis bagi Dokter Spesialis Anestesi (Sp.An) atau Dokter Spesialis Bedah.
 - Tahap Pra-Layanan: Penata Anestesi menerima rencana terapi (discharge planning) dari dokter sebelum pasien pulang dari RS.
 - Tahap Aktivasi: Pasien/Keluarga menyetujui kontrak layanan Home Care.
 - Tahap Pelaksanaan: Penata melakukan kunjungan, menilai skala nyeri, dan memantau efek samping obat.

- Tahap Pelaporan: Penata memberikan laporan berkala via aplikasi atau format terstandar (SBAR) kepada dokter penanggung jawab.

2. Standar Operasional Prosedur (SOP) Kunjungan Home Care

Judul SOP : Pemantauan Nyeri Pasca-Operasi di Rumah

Tujuan : Memastikan pasien mendapatkan manajemen nyeri yang optimal dan aman setelah keluar dari RS.

Prosedur Kerja:

- Persiapan: Siapkan alat monitoring (Tensi digital, Pulse Oximetry, lembar penilaian Visual Analogue Scale / VAS atau dapat menyesuaikan dengan usia dan kondisi pasien).
- Identifikasi & Pengkajian: * Ukur tanda-tanda vital (TTV).
 - Kaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri (PQRST).
- Evaluasi Farmakologi:
 - Periksa kepatuhan minum obat analgesik sesuai resep dokter.
 - Cek tanda-tanda efek samping (mual, muntah, gatal, atau penurunan kesadaran).
- Intervensi Non-Farmakologi:
 - Berikan edukasi posisi nyaman (positioning).
 - Ajarkan teknik relaksasi atau distraksi yang sesuai.
- Pelaporan Khusus (Red Flags):
 - SEGERA hubungi dokter jika: Skala nyeri >7, terjadi depresi napas (RR <12x/menit), atau saturasi oksigen <95%. atau sesuai kondisi dan tumbuh kembang pasien.
- Dokumentasi: Catat semua temuan dalam Buku Log Asuhan Kepenataan Home Care.

3. Aspek Legal: Lembar Persetujuan (Informed Consent)
 Dalam wirausaha ini, Anda wajib memiliki dokumen yang menyatakan bahwa:
 - Layanan ini adalah layanan pemantauan dan asuhan, bukan pengubahan dosis obat secara mandiri.
 - Pasien memahami batas tanggung jawab Penata Anestesi.
 - Pasien menyetujui tarif yang telah disepakati di awal sebelum kegiatan dilaksanakan

Berikut adalah desain konsep untuk kartu kontrol dan draf komunikasi home care manajemen nyeri:

1. Desain Konsep: Kartu Kontrol Nyeri Mandiri (Pain Diary)
 Kartu ini bisa dicetak seukuran saku (A6) atau dibuat dalam bentuk buklet kecil atau dapat juga secara digital.

Halaman Depan:

- Judul: Kartu Kontrol Nyeri & Pemulihan Pasca-Bedah
- Identitas Pasien terdiri dari : Nama, Usia, Jenis Operasi, Tanggal Operasi.
- Kontak Darurat: Nama Penata Anestesi (Anda) & Nomor Telepon yang dapat dihubungi.

Halaman Isi dan contoh pengisian :

Table Harian

Tanggal/Jam	Skala Nyeri (0-10)	Efek Samping (Mual/Pusing)	Obat yang Diminum	Keterangan
05/02, 08:00	4	Mual ringan	Paracetamol 500mg	Nyeri saat miring
05/02, 14:00	2	Tidak ada	-	Istirahat nyaman

Halaman Belakang (Panduan Visual):

- Sertakan gambar Wong-Baker FACES Pain Rating Scale (skala wajah dari senyum sampai menangis).
 - Instruksi "Kapan Harus Menghubungi Kami" antara lain:
 1. Skala nyeri tidak turun setelah minum obat.
 2. Sesak napas atau rasa sangat mengantuk yang tidak biasa.
 3. Muncul kemerahan atau nanah di area bekas operasi.
2. Draf Promosi Layanan (Untuk menawarkan kerjasama Dokter Spesialis)
- Gunakan draf ini saat Anda bertemu dengan Dokter Spesialis Anestesi (Sp.An) atau Dokter Bedah. Tujuannya adalah memposisikan diri sebagai asisten pemantauan, bukan kompetitor.

Versi Formal (Email/Surat):

Subjek: Penawaran Kerja Sama pelayanan home care manajemen nyeri Tu Pemantauan Nyeri Pasca-Bedah Berkelanjutan

Yth. dr. [Nama Dokter], Sp.An / Sp.OT / Sp.B

Saya [Nama Anda], Sarjana Terapan Penata Anestesi, bermaksud menawarkan layanan dukungan pemantauan pasien pasca-bedah setelah pulang dari Rumah Sakit (Home-based Pain Management Monitoring).

Kami memahami bahwa efektivitas manajemen nyeri pasca-bedah sering kali sulit terpantau setelah pasien pulang. Layanan kami fokus pada:

1. Monitoring berkala skala nyeri (VAS) dan tanda vital.
2. Edukasi teknik relaksasi dan distraksi serta kepatuhan rejimen analgesik sesuai instruksi Dokter.
3. Pelaporan dini (Early Warning) jika terdapat komplikasi atau nyeri yang tidak terkontrol.

Kami berharap dapat membantu meningkatkan kepuasan pasien Dokter melalui pemulihan yang lebih nyaman di rumah. Jika Dokter berkenan, saya siap untuk berdiskusi lebih lanjut mengenai prosedur kolaborasi ini.

Hormat saya,

[Nama Anda, S.Tr.Kes]

Versi Informal (WhatsApp):

"Selamat pagi Dokter [Nama], saya [Nama Anda], Penata Anestesi di [Nama RS/Lulusan]. Izin Dok, saya sedang mengembangkan layanan home care khusus pemantauan nyeri pasca-op untuk membantu pasien-pasien Dokter yang baru pulang agar pemulihannya lebih maksimal di rumah. Jika ada pasien yang memerlukan pemantauan intensif terkait manajemen nyerinya, saya siap membantu melaporkan progresnya secara rutin kepada Dokter. Terima kasih sebelumnya, Dok."

Rincian Anggaran (Budgeting) Layanan Home Care Nyeri

1) Modal Awal (Startup Cost)

Modal ini dikeluarkan satu kali di awal untuk pengadaan alat (investasi) berikut contoh.

Tabel modal awal (Starup cost)

Komponen Alat	Estimasi Harga (Rp)	Keterangan
Tensimeter Digital	450.000	Pilih yang tersertifikasi
Pulse Oximeter (SPO2)	150.000	Penting untuk cek depresi napas

Komponen Alat	Estimasi Harga (Rp)	Keterangan
Thermometer Digital	50.000	Cek tanda infeksi/nyeri hebat
Tas Medis (Home Care Bag)	200.000	Untuk membawa alat dengan rapi
Cetak Kartu Kontrol (100 lbr)	300.000	Kartu eksklusif (Art Paper/Laminasi)
Marketing (Kartu Nama/Leaflet)	150.000	Untuk dibagikan ke dokter/pasien
Total Modal Awal	1.300.000	

2) Biaya Operasional per Kunjungan (Variable Cost)

Tabel. Biaya yang keluar setiap kali kunjungan

Komponen	Estimasi (Rp)	Keterangan
Transportasi (Bensin/Gojek)	30.000	Jarak tempuh rata-rata

Komponen	Estimasi (Rp)	Keterangan
Alkes Habis Pakai	20.000	Masker, Handscoon, Alcohol Swab
Total Biaya per Kunjungan	50.000	

3) Penentuan Tarif (Revenue Stream)

Sebagai Sarjana Terapan, tarif Anda didasarkan pada Jasa Konsultasi & Monitoring, Contoh :

- Tarif Kunjungan: Rp 150.000 - Rp 250.000 per kunjungan (tergantung jarak dan kompleksitas atau menyesuaikan kasus).
- Profit Bersih: Jika tarif Rp 200.000 - Biaya Operasional Rp 50.000 = Rp 150.000/kunjungan.

Analisis BEP (Break Even Point):

Anda hanya butuh sekitar 9 kali kunjungan untuk mengembalikan modal awal alat / investasi sebesar Rp 1.300.000. Setelah itu, pendapatan adalah keuntungan bersih dan biaya operasional.

Aspek Etika dalam Penentuan Tarif

Sesuai dengan kode etik penata anestesi, transparansi biaya adalah wajib:

1. Informed Consent Biaya: Sampaikan tarif di awal sebelum kunjungan dilakukan.
2. Keadilan (Justice): Jangan membedakan tarif berdasarkan status sosial, tetapi berdasarkan kesulitan klinis dan jarak tempuh.

Timeline Asuhan Home Care Nyeri (Paket 3 Hari)

Hari ke-1: Fase Adaptasi & Stabilisasi

Fokus: Memastikan transisi dari RS ke rumah berjalan aman.

- Observasi Klinis: Rekonsiliasi obat (memastikan obat dari RS diminum dengan dosis benar).
- Edukasi Lingkungan: Mengatur posisi tempat tidur dan bantal untuk mengurangi tekanan pada area operasi.
- Intervensi: Mengajarkan teknik napas dalam untuk mengalihkan nyeri akut.
- Output: Pasien tidak merasa panik saat efek bius total benar-benar hilang.

Hari ke-2: Fase Manajemen Puncak Nyeri

Fokus: Mengatasi ambang nyeri tertinggi yang biasanya muncul di 48 jam pasca-OP.

- Observasi Klinis: Evaluasi efek samping obat (cek apakah ada konstipasi atau mual akibat obat anti-nyeri golongan opioid).
- Intervensi: Aplikasi kompres (hangat/dingin sesuai instruksi dokter) dan teknik distraksi.
- Output: Pasien tetap mobilisasi dini (mampu duduk atau bergeser) meskipun ada nyeri.

Hari ke-3: Fase Kemandirian & Terminasi

Fokus: Mempersiapkan pasien untuk mengelola nyeri secara mandiri.

- Observasi Klinis: Penurunan skala nyeri (target VAS <3).
- Intervensi: Review jadwal obat mandiri dan edukasi tanda-tanda infeksi pada luka.
- Output: Penutupan layanan (Terminasi) dan penyerahan laporan akhir pemantauan untuk dibawa saat kontrol ke Dokter.

Etika dan Legalitas dalam Dokumentasi

Dalam setiap hari kunjungan, Anda wajib mengisi Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) versi home care. Hal ini penting secara legal sebagai bukti bahwa asuhan yang Anda berikan tetap dalam koridor delegasi dokter. Dalam promosi, pastikan Anda menekankan bahwa Anda tidak mengubah dosis obat tanpa persetujuan mereka.

Penutup dan Saran Strategis:

Kewirausahaan bagi Penata Anestesi adalah tentang "Menjual Keamanan dan Kenyamanan". Dengan menguasai aspek klinis, etik dan legal, dan manajerial, Anda tidak hanya menjadi tenaga kesehatan, tetapi juga inovator di sektor yang sesuai dengan pendidikan anda.

Tips untuk Mahasiswa:

Penerapan kewirausahaan bagi Penata Anestesi tidak harus selalu berarti membuka toko. Ini bisa berupa Intrapreneurship, yaitu bersikap inovatif di dalam rumah sakit tempat Anda bekerja nantinya untuk memperbaiki alur kerja (workflow) di ruang operasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2020). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (11th ed.). Pearson.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan No. 26 Tahun 2017 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan No. 46 Tahun 2013 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan. Kemenkes RI.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Anesthesiologi dan Terapi Intensif Indonesia (PERDATIN). (2019). *Panduan tata laksana nyeri pasca bedah*. PERDATIN.
- Sugeng, H., & Hartono, R. (2023). *Manajemen risiko hukum dalam praktik mandiri tenaga kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- American Society of Anesthesiologists. (2021). *Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting*. ASA Publications.
- Bara, A., & Pratiwi, A. (2022). Strategi komunikasi efektif penata anestesi dalam kolaborasi interprofesional. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan*, 10(2), 45-52.
- Kanter, P., & Fitriani, D. (2023). *Kewirausahaan berbasis kompetensi bagi tenaga medis*. Mitra Wacana Media.
- American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine (ASRA). (2022). *Postoperative pain management guidelines for home-based recovery*. ASRA Publications.
- Nugroho, H. S. (2021). *Manajemen kewirausahaan bagi tenaga kesehatan: Strategi mengelola praktik mandiri*. Salemba Medika.

- World Health Organization. (2020). Guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children and adults with medical illnesses. WHO Press.
- Asosiasi Institusi Pendidikan Penata Anestesi Indonesia. (2021). Kurikulum pendidikan sarjana terapan penata anestesi. AIPPAI.
- Hadi, I. (2022). Etika profesi dan hukum kesehatan bagi penata anestesi. Trans Info Media.
- Ikatan Penata Anestesi Indonesia (IPAI). (2018). Kode etik penata anestesi Indonesia. DPP IPAI.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi. Kementerian Kesehatan RI.
- Suryani, E., & Hendrawan, A. (2020). Analisis aspek legalitas dalam pelayanan mandiri tenaga kesehatan: Tantangan dan peluang kewirausahaan. *Jurnal Hukum Medika*, 8(2), 110-125.
- Adisasmito, W. (2021). Sistem kesehatan nasional dan dinamika pelayanan medis di era disrupsi. Rajawali Pers.
- Hisrich, R. D., Peters, M. P., & Shepherd, D. A. (2020). *Entrepreneurship* (11th ed.). McGraw-Hill Education.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Standar profesi penata anestesi Indonesia. Kemenkes RI.
- Marniaty, M., & Syahrini, S. (2022). Pengembangan jiwa entrepreneurship pada mahasiswa kesehatan di masa pandemi. *Jurnal Inovasi Kesehatan*, 4(1), 22-29.
- Arikunto, S. (2021). Manajemen penelitian dalam bidang kesehatan. Rineka Cipta.

- Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2022). Textbook of medical-surgical nursing (15th ed.). Wolters Kluwer.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2023). Declaration of Montreal: Pain management is a fundamental human right. IASP Press.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2021). Fundamentals of nursing (10th ed.). Elsevier.
- Drucker, P. F. (2021). Innovation and entrepreneurship (Revised ed.). Routledge.
- Kementrian Kesehatan RI. (2019). Pedoman teknis bangunan dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan: Rumah sakit tipe C. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.
- Mulyadi. (2020). Akuntansi biaya: Perencanaan dan pengendalian biaya dalam organisasi kesehatan. Unit Penerbit dan Percetakan Sekolah Tinggi Ilmu Manajemen YKPN.
- Prawirohardjo, S. (2022). Manajemen keuangan untuk praktisi kesehatan. Salemba Medika.

Aturan/ Perundangan Pratik Mandiri Keperawatan Anestesi

*Elza Putri Nur Afriani;Aiska Rosnayla Hermawan;
Yustiana Olfah*

A. Pendahuluan

Profesi penata anestesi dalam system layanan kesehatan modern memiliki peran yang sangat strategis dalam menjamin terselenggaranya pelayanan anestesi yang aman, efektif, dan bermutu (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Asuhan anestesi merupakan bagian integral dari pelayanan medis yang berisiko tinggi, sehingga menuntut keterlibatan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis, tanggung jawab profesional, serta kepatuhan terhadap standar keselamatan pasien (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Seiring dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, tuntutan terhadap kualitas pelayanan anestesi juga semakin meningkat, baik dari sisi keselamatan, efisiensi, maupun akuntabilitas hukum.

Dalam konteks global, peningkatan standar mutu pelayanan kesehatan mendorong penguatan peran tenaga kesehatan non-dokter, termasuk penata anestesi, untuk berkontribusi secara lebih aktif dalam system pelayanan kesehatan. Kebutuhan terhadap tenaga profesional yang mampu menjalankan praktik secara mandiri namun tetap terikat pada standar profesi dan regulasi yang berlaku menjadi suatu keniscayaan. Praktik mandiri bukan hanya dipahami sebagai kemandirian teknis dalam memberikan pelayanan, tetapi juga sebagai bentuk tanggungjawab profesional yang

didukung oleh kompetensi, etika, dan legitimasi hukum (Kumala et al., 2023).

Di Indonesia, tantangan pelayanan anestesi semakin kompleks akibat keterbatasan jumlah dokter spesialis anestesi yang belum merata di seluruh wilayah, khususnya di daerah terpencil dan fasilitas pelayanan kesehatan dengan sumber daya terbatas (Prasetyo et al., 2025). Kondisi ini mendorong penata anestesi untuk berperan lebih luas dalam penyelenggaraan asuhan anestesi, mulai dari tahap pra-anestesi, intra-anestesi, hingga pasca-anestesi.

Peran yang semakin besar ini menuntut adanya kepastian hukum yang jelas agar pelaksanaan praktik keperawatan anestesi tetap berada dalam koridor kewenangan profesi dan tidak menimbulkan risiko hukum bagi tenaga kesehatan maupun risiko keselamatan bagi pasien (Negoro, 2025). Regulasi yang kuat dan komprehensif menjadi elemen kunci dalam menjamin bahwa praktik mandiri keperawatan anestesi dilaksanakan sesuai dengan standar profesi, etika, dan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016).

Regulasi tersebut tidak hanya berfungsi sebagai alat pengendali mutu pelayanan, tetapi juga sebagai sarana perlindungan hukum bagi penata anestesi dalam menjalankan kewenangannya secara profesional (Negoro, 2025). Selain itu, keberadaan regulasi yang jelas diperlukan untuk mengatur pola hubungan kerja kolaboratif antara penata anestesi dengan dokter spesialis anestesi dan tenaga kesehatan lainnya dalam suatu system pelayanan kesehatan yang terintegrasi.

Dengan demikian, pembahasan mengenai praktik mandiri profesi keperawatan anestesi tidak dapat dilepaskan dari konteks perkembangan layanan kesehatan modern, kebutuhan akan pemerataan pelayanan anestesi, serta tuntutan terhadap kepastian hukum dan profesionalisme tenaga kesehatan. Pemahaman yang komprehensif terhadap aspek regulasi dan praktik mandiri menjadi penting untuk

memastikan bahwa peran penata anestesi dapat dijalankan secara optimal, aman, dan bertanggungjawab.

B. Definisi Dan Sejarah Profesi Anestesi

1. Definisi Profesi

Penata anestesi merupakan tenaga Kesehatan yang telah menempuh pendidikan formal di bidang keperawatan anestesi dan dinyatakan kompeten melalui mekanisme sertifikasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016). Profesi ini memiliki peran khusus dalam penyelenggaraan asuhan kepenataan anestesi yang mencakup rangkaian pelayanan mulai dari tahap pra-anestesi, pelaksanaan intra-anestesi, hingga pemantauan dan evaluasi kondisi pasien pada fase pasca-anestesi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Dalam menjalankan tugasnya, penata anestesi bertanggung jawab memastikan keselamatan pasien, efektivitas tindakan anestesi, serta kepatuhan terhadap standar praktik dan etika profesi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Kewenangan penata anestesi dalam memberikan asuhan anestesi didasarkan pada kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan profesional yang terstandar.

Namun demikian, kewenangan tersebut hanya dapat dijalankan secara sah apabila penata anestesi memiliki Surat Tanda Registrasi Penata Anestesi (STRPA) sebagai bukti pengakuan kompetensi profesi dan Surat Izin Praktik Penata Anestesi (SIPPA) sebagai legitimasi hukum untuk melakukan praktik di fasilitas pelayanan kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016). Ketentuan mengenai registrasi dan perizinan praktik ini diatur secara tegas dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata

Anestesi, yang bertujuan untuk menjamin mutu pelayanan anestesi sekaligus melindungi keselamatan pasien dan tenaga kesehatan.

Dengan demikian, profesi penata anestesi tidak hanya dipahami sebagai pelaksana teknis tindakan anestesi, tetapi sebagai profesi kesehatan yang memiliki tanggung jawab profesional, etis, dan hukum dalam system pelayanan kesehatan. Definisi ini menegaskan bahwa praktik keperawatan anestesi harus dijalankan dalam kerangka profesionalisme, akuntabilitas, dan kepatuhan terhadap regulasi yang berlaku.

2. Perkembangan Sejarah Profesi

Secara historis, profesi penata anestesi mengalami perkembangan yang signifikan seiring dengan meningkatnya kompleksitas pelayanan kesehatan dan kebutuhan akan layanan anestesi yang aman dan berkualitas. Pada tahap awal, peran penata anestesi lebih banyak diposisikan sebagai tenaga bantu dalam pelaksanaan tindakan anestesi yang berada sepenuhnya di bawah arahan dokter spesialis anestesi.

Namun, seiring dengan perkembangan ilmu anestesiologi dan sistem pelayanan kesehatan, peran tersebut mengalami pergeseran menuju profesi yang memiliki kompetensi dan tanggung jawab yang lebih luas. Transformasi profesi penata anestesi ditandai dengan pengakuan formal negara terhadap keberadaan dan peran profesi ini melalui berbagai regulasi di bidang tenaga kesehatan.

Puncak dari transformasi tersebut adalah ditetapkannya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/722/2020 tentang Standar Profesi Penata Anestesi, yang secara resmi menetapkan standar kompetensi, standar praktik, dan kode etik profesi penata anestesi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Keputusan ini menjadi tonggak penting dalam sejarah profesi penata anestesi karena memberikan

landasan hukum dan profesional yang jelas bagi pelaksanaan praktik keperawatan anestesi.

Standar profesi yang ditetapkan melalui keputusan menteri tersebut berfungsi sebagai pedoman bagi penata anestesi dalam menjalankan praktik keprofesian yang aman, bermutu, dan bertanggung jawab. Selain itu, standar profesi ini juga menjadi acuan dalam penyelenggaraan pendidikan, pembinaan, dan evaluasi kompetensi penata anestesi. Dengan adanya standar profesi yang baku, posisi penata anestesi dalam sistem pelayanan kesehatan semakin kuat sebagai tenaga kesehatan profesional yang memiliki peran strategis dalam pelayanan anestesi.

3. Transisi dan Relevansi Praktik Mandiri Keperawatan Anestesi

Relevansi praktik mandiri keperawatan anestesi tidak dapat dilepaskan dari dinamika kebutuhan pelayanan kesehatan yang terus berkembang, khususnya dalam konteks pemerataan layanan anestesi. Keterbatasan jumlah dokter spesialis anestesi di berbagai daerah mendorong optimalisasi peran penata anestesi dalam memberikan pelayanan anestesi secara lebih mandiri namun tetap terkontrol oleh regulasi dan standar profesi (Prasetyo et al., 2025).

Praktik mandiri keperawatan anestesi dipahami sebagai pelaksanaan kewenangan profesional penata anestesi tanpa pengawasan langsung dokter spesialis anestesi, tetapi tetap berada dalam batas kompetensi, standar praktik, dan kode etik profesi yang ditetapkan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Model praktik ini menuntut tingkat kompetensi yang tinggi serta pemahaman hukum yang memadai agar keselamatan pasien tetap terjamin.

Relevansi praktik mandiri juga berkaitan erat dengan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pelayanan anestesi. Penata anestesi yang memiliki kompetensi dan kewenangan yang jelas dapat memberikan pelayanan yang

lebih cepat, efektif, dan berkesinambungan, terutama di fasilitas kesehatan dengan keterbatasan tenaga medis.

Pada saat yang sama, adanya kerangka regulasi yang jelas memberikan perlindungan hukum bagi penata anestesi dalam menjalankan praktiknya serta menjamin bahwa pelayanan yang diberikan tetap memenuhi standar keselamatan pasien (Negoro, 2025). Dengan demikian, transisi menuju praktik mandiri keperawatan anestesi merupakan respons terhadap kebutuhan sistem pelayanan kesehatan modern yang menuntut profesionalisme, fleksibilitas, dan kepastian hukum. Praktik mandiri yang dilaksanakan secara bertanggung jawab dan terstandar diharapkan dapat memperkuat peran penata anestesi dalam sistem kesehatan sekaligus meningkatkan kualitas pelayanan anestesi bagi masyarakat.

C. Kerangka Regulasi Di Indonesia

1. UU Tenaga Kesehatan dan Peraturan Terkait Praktik Tenaga Kesehatan

Dasar hukum utama praktik tenaga kesehatan di Indonesia adalah Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan yang mengatur kewenangan, registrasi, dan praktik tenaga kesehatan termasuk penata anestesi (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014). Undang-undang ini menjadi pijakan legal bagi seluruh regulasi turunan, termasuk peraturan menteri yang mengatur izin praktik, standar kompetensi, serta pengawasan terhadap pelaksanaan praktik tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Dalam undang-undang tersebut ditegaskan bahwa setiap tenaga kesehatan wajib memiliki kompetensi, registrasi, dan izin praktik sebagai syarat utama dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Ketentuan ini bertujuan untuk menjamin mutu pelayanan,

keselamatan pasien, serta perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesinya.

2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/722/2020 tentang Standar Profesi Penata Anestesi

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/722/2020 menetapkan standar profesi penata anestesi yang meliputi standar kompetensi, standar praktik, dan kode etik profesi yang wajib dipenuhi oleh setiap penata anestesi dalam menjalankan praktik keprofesiannya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Standar profesi ini mengatur ruang lingkup kewenangan penata anestesi, mulai dari pengkajian pra-anestesi, pelaksanaan tindakan anestesi, hingga pemantauan dan evaluasi kondisi pasien pasca-anestesi. Selain itu, keputusan menteri ini juga mengatur prinsip etika dan perilaku profesional yang harus dijunjung tinggi oleh penata anestesi sebagai tenaga kesehatan profesional.

Keberadaan standar profesi tersebut menjadi instrumen penting dalam menjaga kualitas dan keselamatan pelayanan anestesi, sekaligus sebagai acuan dalam penilaian kinerja dan tanggung jawab profesional penata anestesi.

3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 Tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 merupakan payung hukum utama yang mengatur izin dan penyelenggaraan praktik penata anestesi di Indonesia (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016). Peraturan ini menjelaskan secara rinci persyaratan administrasi dan profesional yang harus dipenuhi oleh penata anestesi sebelum melakukan praktik, baik di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta.

Permenkes ini mengatur prosedur memperoleh Surat Tanda Registrasi Penata Anestesi (STRPA) dan Surat Izin Praktik Penata Anestesi (SIPPA), termasuk masa berlaku, mekanisme perpanjangan, serta hak dan kewajiban penata anestesi dalam menjalankan praktiknya. Ketentuan tersebut dimaksudkan untuk memastikan bahwa praktik keperawatan anestesi dilakukan oleh tenaga yang kompeten, berizin, dan bertanggung jawab secara hukum.

4. Registrasi, STRPA dan SIPPA

STRPA merupakan bukti tertulis registrasi profesi yang diberikan kepada penata anestesi setelah dinyatakan lulus uji kompetensi dan memenuhi persyaratan administratif sesuai ketentuan yang berlaku (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016). STRPA memiliki masa berlaku lima tahun dan dapat diperpanjang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

SIPPA adalah surat izin praktik yang diterbitkan oleh pemerintah daerah setempat dan berlaku untuk lokasi praktik tertentu. Penata anestesi yang menjalankan praktik tanpa STRPA atau SIPPA yang sah dapat dikenai sanksi administratif hingga sanksi hukum sesuai dengan peraturan tenaga kesehatan yang berlaku (Negoro, 2025).

D. Jenis-Jenis Praktik Dalam Keperawatan Anestesi

1. Praktik Berdasarkan Status Izin

Praktik penata anestesi dapat dibedakan berdasarkan status perizinannya. Pertama, praktik yang sah secara hukum, yaitu praktik yang dijalankan oleh penata anestesi yang memiliki STRPA dan SIPPA yang masih berlaku sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016).

Kedua, praktik tanpa izin atau praktik yang tidak memenuhi persyaratan administratif, yang masih ditemukan di sejumlah fasilitas pelayanan kesehatan.

Praktik tanpa STRPA dan SIPPA berpotensi menimbulkan pelanggaran hukum serta risiko keselamatan pasien. Studi menunjukkan bahwa praktik tanpa kelengkapan izin masih menjadi tantangan dalam implementasi regulasi praktik penata anestesi di Indonesia (Kumala et al., 2023).

2. Praktik Berdasarkan Model Kerja

Berdasarkan model kerja, praktik keperawatan anestesi dapat diklasifikasikan menjadi beberapa bentuk. Praktik mandiri, yaitu penata anestesi memberikan asuhan anestesi sesuai dengan kewenangan dan kompetensi profesinya tanpa pengawasan langsung dokter spesialis anestesi.

Praktik kolaboratif, yaitu penata anestesi bekerja bersama dokter spesialis anestesi dalam suatu tim pelayanan anestesi yang terintegrasi. Selain itu, terdapat praktik di bawah supervisi dokter, di mana penata anestesi melaksanakan tindakan anestesi berdasarkan arahan dan pengawasan dokter spesialis anestesi.

Model praktik kolaboratif dan supervisi dipandang penting dalam menjaga keselamatan pasien serta kejelasan pembagian tanggung jawab profesional dalam pelayanan anestesi (Prasetyo et al., 2025).

E. Tantangan Dalam Praktik Mandiri Keperawatan Anestesi

1. Tantangan Legal, Etika, Pendidikan, dan Sumber Daya Tenaga Kesehatan

Tantangan utama dalam praktik mandiri keperawatan anestesi meliputi ketidaksesuaian antara regulasi dan implementasi di lapangan, lemahnya penegakan hukum terhadap pelanggaran izin praktik, serta keterbatasan sumber daya manusia yang kompeten di beberapa wilayah. Selain itu, masih terdapat kesenjangan pemahaman penata anestesi terhadap aspek hukum dan etika profesi dalam praktik mandiri (Negoro, 2025).

Beberapa studi menunjukkan bahwa meskipun regulasi praktik penata anestesi telah tersedia secara komprehensif, implementasinya di fasilitas pelayanan kesehatan belum sepenuhnya optimal, terutama dalam aspek pengawasan dan pemberian sanksi terhadap pelanggaran (Kumala et al., 2023).

2. Implementasi Peraturan di Fasilitas Kesehatan

Implementasi peraturan praktik penata anestesi di fasilitas pelayanan kesehatan masih menghadapi berbagai kendala, seperti kurangnya sosialisasi regulasi, lemahnya sistem pembinaan, serta keterbatasan pengawasan oleh otoritas terkait. Studi yuridis-sosiologis menunjukkan bahwa praktik tanpa STRPA dan SIPPA masih ditemukan di sejumlah rumah sakit, yang mencerminkan adanya celah dalam pelaksanaan regulasi (Negoro, 2025).

Oleh karena itu, diperlukan upaya evaluasi dan pembinaan terpadu yang melibatkan pemerintah pusat, pemerintah daerah, organisasi profesi, serta manajemen fasilitas pelayanan kesehatan guna meningkatkan kepatuhan terhadap regulasi praktik keperawatan anestesi.

3. Unsur-Unsur Praktik Mandiri Keperawatan Anestesi

a. Kewenangan dan Kompetensi yang Diperlukan

Kewenangan penata anestesi mencakup seluruh rangkaian asuhan kepenataan anestesi yang meliputi tahap pra-anestesi, intra-anestesi, dan pasca-anestesi sesuai dengan standar kompetensi profesi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Kompetensi tersebut mencakup aspek teknis, klinis, komunikasi, dan pengambilan keputusan profesional yang diperlukan untuk menjamin keselamatan pasien.

b. Standar Praktik dan Etika Profesi

Standar praktik penata anestesi yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan menjadi pedoman dalam pelaksanaan pelayanan anestesi yang

aman, bermutu, dan profesional. Etika profesi berfungsi menjaga integritas profesi serta melindungi hak dan keselamatan pasien dalam setiap tindakan anestesi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

c. Perlindungan Hukum bagi Praktisi

Perlindungan hukum diberikan kepada penata anestesi yang menjalankan praktik sesuai dengan STRPA, SIPPA, standar kompetensi, dan kode etik profesi yang berlaku. Penata anestesi yang melanggar ketentuan tersebut dapat dikenai sanksi administratif atau hukum sesuai dengan peraturan perundang-undangan di bidang tenaga kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016).

d. Etika dan Profesionalisme

Etika profesi menuntut penata anestesi untuk menghormati hak pasien, menjaga kerahasiaan medis, serta bertindak secara profesional dan bertanggung jawab dalam setiap pengambilan keputusan klinis. Integrasi antara standar praktik dan etika profesi merupakan fondasi utama dalam mewujudkan praktik mandiri keperawatan anestesi yang kredibel dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Standar profesi penata anestesi (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/722/2020). Sekretariat Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia. <https://repositori-ditjennakes.kemkes.go.id/303/2/Buku%20digital%20Standar%20Profesi%20Penata%20Anestesi.pdf>
- Kumala, R., Suherman, H., & Wahyuni, D. (2023). Efektivitas regulasi penyelenggaraan praktik penata anestesi dengan STRPA dan SIPPA dalam pelayanan anestesiologi perioperatif. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 12(1), 22–26. <https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/81459>
- Negoro, W. R. (2025). Perlindungan hukum dan implementasi regulasi terhadap kewenangan penata anestesi di rumah sakit tanpa pengawasan. *Jurnal Dedikasi Hukum*, 5(2). <https://ejournal.umm.ac.id/index.php/jdh/article/view/39772>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 tentang izin dan penyelenggaraan praktik penata anestesi. (2016). <https://peraturan.bpk.go.id/Details/113053/permenkes-no-18-tahun-2016>
- Prasetyo, B. E., Sutarno, S., & Asmuni. (2025). Legal authority and protection for anesthesia practitioners working without direct anesthesiologist supervision in Indonesian hospitals. *JUKEJ: Jurnal Kesehatan Jompa*. <https://jurnal.jomparnd.com/index.php>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang tenaga kesehatan. (2014).

<https://peraturan.bpk.go.id/Details/38582/uu-no-36-tahun-2014>

BAB 3

Etik Usaha Keperawatan Anestesi Dan Etik Bisnis

***Faiza Muthia Adisty; Najwa Biedara Devafany;
Yustiana Olfah***

A. Pendahuluan

Etika bisnis merupakan bagian penting dalam menjalankan suatu usaha karena berfungsi sebagai pedoman dalam bertindak dan mengambil keputusan secara bertanggung jawab. Dalam konteks pelayanan kesehatan, etika bisnis memiliki peran strategis untuk memastikan bahwa setiap kegiatan usaha dilakukan sesuai dengan nilai moral, norma profesi, serta kepentingan pasien. Penerapan etika yang baik akan membantu menjaga kepercayaan masyarakat terhadap institusi pelayanan kesehatan. (Indriani et al., 2025).

Perkembangan teknologi dan dunia kewirausahaan mendorong munculnya berbagai bentuk usaha baru, termasuk di bidang kesehatan. Persaingan yang semakin ketat menuntut pelaku usaha untuk bersikap inovatif dan kreatif tanpa mengesampingkan prinsip etika. Oleh karena itu, pemanfaatan teknologi dan peluang usaha harus diimbangi dengan tanggung jawab sosial dan profesionalisme. (Pratama & Wibowo, 2023).

Salah satu bentuk kewirausahaan di bidang Kesehatan adalah nursepreneurship, yaitu perawat yang berperan sebagai wirausaha dengan memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri. Nursepreneurship memberikan peluang bagi perawat untuk mengembangkan potensi diri, menciptakan lapangan kerja, serta berkontribusi dalam

pemecahan masalah sosial. Dengan penerapan etika bisnis dan etika keperawatan yang baik, nursepreneurship diharapkan mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sekaligus memberikan manfaat ekonomi bagi masyarakat.(Rahmawati & Hidayat, 2022).

B. Etik Usaha Keperawatan

Perkataan etika atau etik berasal dari bahasa Latin yaitu *ethica*. *Ethos* dalam bahasa Yunani berarti norma, nilai, kaidah, ukuran bagi tingkah laku yang baik. Secara umum dapat dikatakan bahwa, etika merupakan dasar moral, termasuk ilmu mengenai kebaikan dan sifat - sifat tentang hak. Atau dengan kata lain, etika berisi tuntunan tentang perilaku, sikap dan tindakan yang diakui, sehubungan dengan suatu jenis kegiatan manusia. Dengan etika, orang akan mampu untuk bersikap kritis dan rasional dalam membentuk pendapatnya sendiri dan bertindak sesuai dengan apa yang dapat dipertanggung jawabkan sendiri. Etika juga dapat membantu manusia membedakan antara tingkah laku atau tindakan yang baik dan yang buruk. Dalam hal inilah terletak kebebasan manusia untuk hanya mengakui norma - norma yang diyakininya sendiri sebagai kewajibannya. Tujuan pokok mengenal etika adalah mempengaruhi dan mendorong kehendak kita supaya mengarah kepada yang berfaedah dan berguna bagi sesama manusia (Marina & Wahjono, 2012).

Etika bisnis juga menekankan pentingnya transparansi dalam layanan, akuntabilitas dalam pengambilan keputusan, serta adanya mekanisme pengawasan internal yang mendorong praktik etis secara berkelanjutan. Penerapan prinsip ini dapat membentuk kepercayaan publik terhadap lembaga kesehatan dan menciptakan sistem pelayanan yang tidak hanya efisien tetapi juga beradab dan manusiawi.(Pratama & Wibowo, 2023).

Kewirausahaan di dunia keperawatan bukan lagi sekadar konsep yang terdengar, melainkan telah menjadi elemen integral dalam perubahan paradigma pelayanan

kesehatan (Iswanto, Subekan, et al., 2023). Sejalan dengan perkembangan masyarakat modern, praktisi keperawatan kini dihadapkan pada tuntutan untuk mengadopsi jiwa kewirausahaan dalam melihat dan menyikapi kebutuhan kesehatan yang semakin kompleks (Mesra et al., 2023).

Namun, walaupun konsep ini diperkenalkan, belum sepenuhnya terungkap sejauh mana pengaruh kewirausahaan dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan (Tohawi, Iswanto, Subekan, SaDiyah, et al., 2023). Penelitian ini mencoba menjawab ketidakpastian tersebut dengan fokus pada analisis pengalaman praktisi bisnis keperawatan (Redjeki, 2017). Melibatkan para ahli dan pelaku langsung dalam ranah keperawatan yang memiliki kecakapan kewirausahaan, penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi dampak konkrit dan efektif dari penerapan konsep kewirausahaan dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan (Qurtubi, Purwati, et al., 2023).

Praktik mandiri keperawatan (nurse preneurship) memberikan peluang bagi perawat untuk mengembangkan profesionalisme sekaligus menciptakan peluang usaha. Dalam penelitian ini, perawat yang menjadi wirausaha Kesehatan menghadapi tantangan berupa perizinan, pemenuhan standar profesional, dan pengelolaan manajemen usaha. Meski demikian, mereka dapat meningkatkan kualitas layanan dan aksesibilitas kesehatan, terutama melalui layanan home care, perawatan luka, dan edukasi kesehatan masyarakat. Hal ini menunjukkan bahwa kewirausahaan keperawatan tidak hanya berorientasi pada profit, tetapi juga pada pelayanan beretika dan peningkatan kualitas profesi (Fitri Rejeki et al., 2023).

Aspek global kewirausahaan keperawatan, termasuk potensi, peluang, dan tantangan bagi perawat yang membuka usaha di sektor kesehatan. Penelitian ini menyoroti pentingnya perencanaan usaha yang matang, pengetahuan manajerial, dan pemahaman prinsip etika keperawatan agar praktik usaha tetap sesuai dengan standar profesional. Temuan ini menekankan bahwa keberhasilan usaha keperawatan sangat

bergantung pada kemampuan perawat untuk menyeimbangkan tujuan bisnis dengan tanggung jawab etis terhadap pasien, menjaga keselamatan dan hak pasien, serta mematuhi regulasi Kesehatan yang berlaku (Silva et al., 2024).

C. Etika Bisnis

Etika bisnis dalam pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat penting karena sektor kesehatan tidak hanya berorientasi pada aspek ekonomi, tetapi juga berkaitan langsung dengan keselamatan dan hak asasi manusia. Berdasarkan penelitian Indriani et al. (2025), etika bisnis dalam pelayanan kesehatan harus berlandaskan prinsip-prinsip bioetika yang meliputi autonomy, beneficence, non-maleficence, dan justice. Prinsip-prinsip tersebut menjadi pedoman moral dalam pengambilan keputusan bisnis dan manajerial di fasilitas kesehatan agar pelayanan yang diberikan tetap menjunjung tinggi hak pasien, keselamatan, serta keadilan dalam akses layanan. Penerapan etika bisnis yang selaras dengan bioetika dapat mencegah konflik kepentingan antara tujuan ekonomi dan kewajiban profesional tenaga kesehatan, sehingga pelayanan yang diberikan tetap berfokus pada kepentingan pasien. (Indriani et al., 2025).

Etika bisnis juga berperan strategis dalam menjaga keberlanjutan rumah sakit sebagai organisasi pelayanan kesehatan. Rumah sakit tidak hanya dituntut untuk mampu bertahan secara finansial, tetapi juga harus mempertahankan kepercayaan masyarakat melalui praktik bisnis yang etis, transparan, dan bertanggung jawab. Penerapan etika bisnis dalam pengelolaan rumah sakit mencakup kejujuran dalam pengelolaan keuangan, transparansi penetapan biaya layanan, serta komitmen terhadap tanggung jawab sosial. Rumah sakit yang konsisten menerapkan prinsip etika bisnis cenderung memiliki reputasi yang baik dan tingkat kepercayaan pasien yang lebih tinggi, sehingga mendukung keberlanjutan institusi dalam jangka panjang. (Marina & Wahjono, 2025).

Selain itu, industri jasa kesehatan sering menghadapi dilema antara nilai-nilai moral profesi kesehatan dan tekanan ekonomi pasar. Tuntutan efisiensi, kompetisi, dan profitabilitas berpotensi menggeser orientasi pelayanan dari nilai kemanusiaan menuju kepentingan ekonomi semata. Etika bisnis berfungsi sebagai penyeimbang agar orientasi ekonomi tidak menghilangkan tujuan utama pelayanan kesehatan, yaitu memberikan pelayanan yang bermutu, aman, dan manusiawi. Penerapan etika bisnis yang kuat membantu tenaga Kesehatan dan manajemen fasilitas kesehatan dalam mengambil keputusan yang tidak hanya menguntungkan secara finansial, tetapi juga selaras dengan nilai moral dan profesionalisme (Nugroho, 2025).

D. Sasaran dan Lingkup Etika Bisnis

Etika bisnis menjadi salah satu landasan penting dalam menjalankan aktivitas perusahaan, khususnya dalam lingkup pemasaran dan tanggung jawab sosial. Etika bisnis dalam pemasaran bukan hanya soal mematuhi aturan formal, tetapi juga berfokus pada kejujuran, transparansi, dan keadilan dalam interaksi perusahaan dengan konsumen. Praktik pemasaran yang etis, seperti menyampaikan informasi produk secara akurat dan menghindari strategi promosi menyesatkan, dapat membangun kepercayaan konsumen dan meningkatkan loyalitas pelanggan. Dengan demikian, sasaran etika bisnis dalam pemasaran adalah menjaga integritas perusahaan serta memastikan bahwa setiap aktivitas promosi tidak merugikan pihak manapun, baik konsumen maupun masyarakat luas (Prayogo & Gunawan, 2025).

Lingkup etika bisnis lebih luas, mencakup tanggung jawab sosial perusahaan dan dampak kegiatan bisnis terhadap masyarakat. Dalam konteks pemasaran global, perusahaan dituntut untuk mempertimbangkan konsekuensi sosial dari setiap keputusan bisnis, termasuk menghormati hak konsumen, mencegah praktik bisnis yang merugikan komunitas, serta mengintegrasikan prinsip keberlanjutan

sosial dalam strategi pemasaran. Etika bisnis tidak dapat dipisahkan dari tanggung jawab sosial; keduanya harus berjalan beriringan agar perusahaan mampu membangun citra positif dan reputasi yang berkelanjutan. Dengan kata lain, penerapan etika bisnis menjadi strategi tidak hanya untuk mematuhi norma moral, tetapi juga untuk mencapai keberhasilan jangka panjang perusahaan melalui hubungan yang harmonis dengan stakeholder (Hanum, Putri, & Santoso, 2025).

Penerapan etika bisnis dalam lingkup pemasaran dan tanggung jawab sosial memiliki dampak strategis terhadap keberhasilan jangka panjang perusahaan. Etika bisnis berperan sebagai pedoman bagi pengambilan keputusan yang adil dan bertanggung jawab, sehingga mengurangi risiko konflik dengan konsumen, masyarakat, maupun regulator. Selain itu, etika bisnis menjadi instrumen untuk menciptakan nilai bersama antara perusahaan dan stakeholder, di mana keuntungan ekonomi tidak diperoleh dengan mengorbankan kesejahteraan sosial. Implementasi prinsip etika dan tanggung jawab sosial yang konsisten dapat memperkuat citra perusahaan, meningkatkan loyalitas pelanggan, menarik investor yang berorientasi pada keberlanjutan, serta meningkatkan daya saing di pasar global. Oleh karena itu, perusahaan modern perlu memandang etika bisnis bukan sekadar kewajiban formal, tetapi sebagai strategi integral yang mampu menyelaraskan pertumbuhan ekonomi dengan kontribusi positif terhadap masyarakat (Prayogo & Gunawan, 2025; Hanum, Putri, & Santoso, 2025).

E. Prinsip – Prinsip Etika Bisnis

Etika bisnis mengajarkan bahwa sebagai pelaku bisnis apabila ingin perusahaannya tetap berjalan, maka pelaku bisnis harus menjunjung tinggi nilai dan prinsip dari etika bisnis. Prinsip-prinsip etika bisnis harus ditegakkan dalam upaya menciptakan iklim bisnis yang sehat. Bagi perusahaan prinsip-prinsip etika bisnis digunakan sebagai landasan dalam

mengambil keputusan yang tidak hanya mempertimbangkan faktor ekonomi, tetapi terkait dampaknya bagi masyarakat dan lingkungan. Prinsip ini memiliki sifat yang lebih umum dan menjadi dasar dalam melaksanakan bisnisnya dengan mempertimbangkan aspek moral dan etika (Sukrisno, 2021). Adapun prinsip-prinsip etika bisnis meliputi:

1) Kejujuran dan transparansi

Dalam melakukan aktivitas usaha perusahaan harus jujur dan transparan terhadap semua pemangku kepentingan termasuk dalam membuat laporan keuangan. Transparansi keuangan sangat penting peranannya bagi pelaku usaha dalam membantu membuat Keputusan yang lebih rasional dan dapat dipercaya jika ingin berkembang. Kejujuran dalam bertransaksi menjadi prinsip dasar etika bisnis yang harus diterapkan pelaku usaha. Dalam prakteknya pelaku bisnis tidak diperbolehkan menipu konsumen, tidak memalsukan informasi produk, serta menyampaikan harga, bahan dan manfaat barang atau jasa secara jujur.

2) Memiliki tanggungjawab sosial

Prinsip tanggungjawab sosial memiliki peran yang sangat penting yang mencerminkan bentuk kepedulian terhadap konsumen khususnya dan masyarakat pada umumnya. Misalnya pelaku usaha dalam memproduksi makanan rumahan harus menjaga kebersihan dan kualitas produknya serta produk yang dihasilkan tidak membahayakan Kesehatan konsumen. Selain itu perusahaan harus berusaha meminimalkan dampak negative terhadap lingkungan yang ditimbulkan akibat kegiatan bisnisnya.

3) Keadilan

Prinsip keadilan dalam etika bisnis berarti pelaku bisnis harus bertindak adil dalam menetapkan kebijakan. Perlakuan adil dan tidak diskriminatif baik

terhadap karyawan, pemasok, konsumen dan masyarakat dapat menciptakan iklim usaha yang sehat dan memperkuat hubungan yang baik dengan berbagai pemangku kepentingan. Perusahaan yang adil dapat menciptakan kepercayaan dari masyarakat dan loyalitas pelanggan.

4) Menghormati hak-hak individu.

Perusahaan harus menghormati hak individu termasuk kebebasan dalam berpendapat. Prinsip ini mengakui bahwa setiap orang memiliki hak-hak dasar yang melekat sebagai manusia, termasuk dalam dunia kerja dan lingkungan bisnis.

Pendapat lain prinsip-prinsip etika bisnis yaitu:

1) Prinsip otonomi

Perusahaan secara bebas memiliki kewenangan sesuai dengan bidang yang dikerjakan dan pelaksanaannya didasarkan pada visi misi yang dimiliki. Perusahaan memiliki otoritas dalam mengambil keputusan bisnis dan tanggung jawab kepada diri sendiri, pihak terkait dan masyarakat dalam arti luas.

2) Prinsip kejujuran

Prinsip ini terbagi menjadi tiga yaitu kejujuran dalam memenuhi syarat perjanjian dan kontrak, kejujuran dalam menawarkan barang atau jasa dengan mutu dan harga yang sebanding, dan kejujuran dalam menjaga hubungan kerja internal di perusahaan.

3) Prinsip keadilan

Prinsip keadilan menuntut perlakuan yang sama terhadap semua orang dan tidak ada unsur diskriminasi

4) Prinsip saling menguntungkan

Prinsip ini menekankan bahwa setiap tindakan bisnis yang dilakukan harus memberikan manfaat terhadap semua pihak yang terlibat. tindakan bisnis tidak

diperbolehkan hanya menguntungkan salah satu pihak saja.

5) Prinsip integritas moral

Prinsip integritas moral menuntut para pelaku bisnis untuk menjaga nama baik perusahaan dan diri sendiri dalam menjalankan aktivitas bisnisnya.

Tujuan penerapan prinsip etika bisnis pada dasarnya adalah untuk membantu membangun reputasi yang baik bagi perusahaan di mata publik. Hal ini diharapkan dapat mendorong penjualan, menarik pelanggan dan meningkatkan loyalitas mereka. Di samping itu perusahaan akan mendapatkan kepercayaan dari konsumen, sehingga hubungan yang baik akan terjalin dalam jangka Panjang. Penerapan etika bisnis yang baik tidak hanya menguntungkan konsumen, tetapi juga memberikan dampak positif bagi keberlanjutan dan kesuksesan perusahaan.(Sukrisno, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- Fitri Rejeki, Y., Sudrajat, A., & Herdian, F. (2023). The Nurses' Experience of Being a Nursepreneur in Independent Nursing Practice. *Jurnal Kesehatan STIKes Muhammadiyah Ciamis*. <https://ojs.stikesmucis.ac.id/index.php/jurkes/article/view/385>
- Indriani, D., Suryana, D., Putra S., F., Yuni, P., & Redjeki, F. (2025). Dimensi etika bisnis dalam pelayanan kesehatan berdasarkan prinsip-prinsip bioetika. *SIBATIK Journal*, 4(5), 567–576. <https://doi.org/10.54443/sibatik.v4i5.2718>
- Prayogo, D. V., & Gunawan, K. P. (2025). Etika bisnis dalam lingkup pemasaran: Etika dalam melakukan promosi. *Jurnal Pijar Manajemen Bisnis*. Retrieved from https://e-journal.naurendigition.com/index.php/pmb/article/view/1401?utm_source=
- Hanum, F., Putri, A., & Santoso, D. (2025). Pengaruh etika dan tanggung jawab sosial terhadap pemasaran global. *Jurnal Masharif Al-Syariah*. Retrieved from https://journal.um-surabaya.ac.id/Mas/article/view/21320?utm_source=
- Sutrischastini, A. (2025). Kiat sukses berbisnis melalui penerapan prinsip-prinsip etika bisnis. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Widya Wiwaha*, 3(1), 46–50. <https://doi.org/10.32477/jpm.v3i1.1223>
- Nurnainah, N., Aldo, N., Aisyiah, I. K., Febrian, W. D., Rukiyanto, B. A., & Arifianto, T. (2024). Pengaruh kewirausahaan dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan: Analisis pengalaman praktisi bisnis keperawatan. *Jurnal Review Pendidikan dan Pengajaran*, 7(1), 1032–1051. <https://doi.org/10.31004/jrpp.v7i1.24938>
- Nugroho, A. A. (2025). Relevansi etika bisnis dalam industri jasa kesehatan. *RESPONS: Jurnal Etika Sosial*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.25170/respons.v15i01.566>

Sukrisno, A. (2021). Etika Bisnis dan Tanggung Jawab Sosial Perusahaan. Jakarta: Bumi Aksara.

Pratama, R., & Wibowo, A. (2023). Etika Bisnis dan Inovasi Teknologi dalam Pelayanan Kesehatan di Era Digital. Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia, 11(2), 85-94.

BAB 4 | Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Indonesia

Muhammad Dhimas Alfasya; Gestan Algifari;Yustiana Olfah

A. Pendahuluan

Penerapan sistem rujukan berjenjang secara online oleh BPJS Kesehatan ternyata belum disikapi secara positif oleh tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan. Salah satu media online memberitakan bagaimana instalasi UGD sebuah rumah sakit umum di kota Gresik mengalami kewalahan akibat membludaknya permintaan rujukan dari Puskesmas. Menurut kepala UGD rumah sakit tersebut, biasanya rata-rata jumlah pasien yang datang hanya 50 per hari, namun sejak Januari 2019 kunjungan mencapai 100-200 pasien per hari. Kondisi ini menurutnya disebabkan FKTP hanya merujuk saja tidak mengkonfirmasi kapasitas di rumah sakit (JPNN, 2019). Namun demikian kondisi demikian sebenarnya disebabkan BPJS Kesehatan telah meluncurkan dan mengembangkan Sistem Rujukan Berbasis Online yang telah menjalani uji coba sejak pertengahan Agustus 2018. Sistem ini adalah digitalisasi proses rujukan berjenjang yang bertujuan untuk memudahkan dan memberi kepastian peserta dalam memperoleh pelayanan di rumah sakit. Penentuan rujukan disesuaikan dengan kompetensi, jarak dan kapasitas rumah sakit tujuan rujukan pasien dan berdasarkan kebutuhan medis pasien (Iwa, 2018). Penerapan sistem rujukan online oleh BPJS Kesehatan ternyata menuai berbagai keluhan baik oleh pasien maupun pelayanan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan di Indonesia kesehatan.

Faktor penyebabnya adalah belum siapnya FKTP tingkat 2 (terutama rumah sakit kelas C) menerima lonjakan pasien rujukan, dan pasien belum terbiasa dengan kebijakan tersebut.

B. Sejarah Sistem Rujukan

Sistem rujukan berjenjang memiliki sejarah yang cukup panjang dimulai sejak sistem ini belum ada pada awal tahun 1800 an, hingga pada tahun 2005 dalam bentuk Gatekeeping . Sejarah ini berbeda antara negara maju dengan negara berkembang. Pada negara maju, sejarah sistem rujukan diawali oleh organisasi informasi medis, kemudian diikuti kesepakatan antar profesi medis yang akhirnya memberikan rekomendasi untuk menciptakan spesifikasi praktisi medis yang lebih umum atau General Practitioner (GP). Sejarah sistem rujukan di negara diakhiri dengan penerapan Gatekeeping dan perhitungan biaya pelayanan kesehatan. Sementara pada negara berkembang, sejarah sistem rujukan diawali dengan tidak adanya akses sebagian besar penduduk terhadap pelayanan rumah sakit, dan direkomendasikan untuk membentuk faskes primer dengan biaya murah dan kualitas pada bidang tertentu. Menurut pandangan teknokrat, sistem rujukan di negara berkembang akan efektif jika: 1. Faskes primer dan rumah sakit berfungsi dengan baik 2. Terdapat instruksi klinik yang jelas berkaitan dengan rujukan pasien

Tabel 1 berikut meringkas sejarah panjang sistem rujukan pasien pada Negara maju (Bossyns, 2006).

Tahun	Keterangan
1789	Revolusi Perancis mempengaruhi perubahan dalam pelayanan Kesehatan.
1820	Profesi medis mulai memperlihatkan perbedaan dengan profesi lain (differentiation) dan pertama kali istilah "General Practitioner" atau "GP" dipakai. Saat itu ada tiga praktisi medis yaitu Physician, Surgeon dan General Practitioner.

1886	Association of General Practitioner menyetujui untuk merujuk hanya semata-mata kepada Konsultan yang pembagiannya bukan berdasarkan perbedaan pengetahuan yang dimiliki, melainkan berdasarkan penguasaan ilmu pengetahuan. Para konsultan yang berada di kelas atas menganggap dirinya “Men of Science”, sedangkan GP menganggap dirinya “praktisi”. Pada masa ini terjadi kompetisi secara ekonomis antara dua profesi.
1890	Association of General Practitioner menyetujui untuk merujuk hanya semata-mata kepada Konsultan yang pembagiannya bukan berdasarkan perbedaan pengetahuan yang dimiliki, melainkan berdasarkan penguasaan ilmu pengetahuan. Para konsultan yang berada di kelas atas menganggap dirinya “Men of Science”, sedangkan GP menganggap dirinya “praktisi”. Pada masa ini terjadi kompetisi secara ekonomis antara dua profesi.
1918	Terdapat perbedaan prioritas pembiayaan kesehatan antara Inggris dan Amerika. Di Inggris, prioritas pembiayaan pada perawatan oleh GP yang berteknologi rendah, sedangkan di Amerika fokus pembiayaan pada perawatan di rumah sakit.
1920	Rumah sakit menempati peran penting dalam pelayanan kesehatan. Tindakan pembedahan semakin banyak, investigasi terus berkembang, teknologi medis makin penting, dan biaya staff makin mahal. Perawatan emergensi semakin maju dengan berkembangnya layanan ambulans.

Tabel 1. Sejarah Sistem Rujukan Pasien di Negara Maju

C. Pengertian

Menurut WHO, sistem rujukan (referral system) adalah proses dimana petugas kesehatan yang memiliki sumberdaya terbatas untuk menangani kondisi klinis (obat, peralatan, kemampuan) pada satu level sistem kesehatan, melakukan pencarian bantuan kepada fasilitas kesehatan yang lebih baik atau memiliki sumberdaya tertentu pada level yang sama atau di atasnya, atau mengambil alih penanganan kasus pasien (Michael, 2020). Definisi ini menyatakan bahwa:

- a. Sistem rujukan dilakukan oleh faskes yang memiliki sumberdaya terbatas (obat, alat, kemampuan) ke faskes yang setingkat atau di atasnya
- b. Dalam sistem rujukan, faskes yang dirujuk berhak mengambil alih penanganan kasus pada pasien

Definisi yang tercantum dalam UU No.44 tahun 2014 tentang Rumah Sakit menyatakan “Sistem rujukan merupakan penyelenggaraan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal, maupun struktural dan fungsional terhadap kasus penyakit atau masalah penyakit atau permasalahan kesehatan”. Dari definisi yang dinyatakan dalam UU Rumah Sakit ini, dapat disimpulkan:

1. Sistem rujukan di rumah sakit merupakan pelimpahan tugas dan tanggung jawab. Artinya rujukan pelayanan kesehatan menjamin proses penanganan pasien yang sesuai dengan kompetensi rumah sakit atau petugas medis
2. Sistem rujukan dilakukan secara timbal balik antar rumah sakit, baik vertikal atau horizontal, maupun structural dan fungsional. Artinya dalam sistem rujukan berjenjang akan terjadi timbal balik baik dalam bentuk ilmu pengetahuan dan teknologi oleh rumah sakit level tinggi ke level rendah. Disamping itu rumah sakit dengan level yang lebih tinggi akan lebih memfokuskan pelayanan pada keunggulan yang dimilikinya. Sementara itu rujukan juga

dapat berlangsung antara fungsional dengan struktural. Permasalahan- permasalahan manajerial rumah sakit yang tidak dapat ditangani oleh unit struktural sebaiknya dilimpahkan ke unit fungsional dan sebaliknya.

3. Subyek sistem rujukan di rumah sakit adalah kasus/masalah penyakit atau permasalahan Kesehatan. Sementara menurut BPJS Kesehatan, sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan (BPJS Kesehatan, n.d.).

Dari definisi sistem rujukan pelayanan kesehatan dapat diambil kesimpulan bahwa:

1. Sistem rujukan pelkes merupakan pelimpahan tugas dan tanggung jawab. Artinya rujukan pelayanan kesehatan menjamin proses penanganan pasien yang sesuai dengan kompetensi faskes atau petugas medis.
2. Sistem rujukan pelkes dilakukan secara timbal balik antar faskes, baik vertikal atau horizontal. Artinya dalam sistem rujukan berjenjang akan terjadi timbal balik baik dalam bentuk ilmu pengetahuan dan teknologi oleh faskes level tinggi ke level rendah. Disamping itu faskes dengan level yang lebih tinggi akan lebih memfokuskan pelayanan pada keunggulan yang dimilikinya.
3. Sistem rujukan pelkes wajib dijalankan oleh peserta jaminan kesehatan dan seluruh faskes. Pada negara yang sudah menerapkan jaminan kesehatan dalam bentuk asuransi kesehatan sosial, maka sistem ini merupakan kewajiban yang harus dijalankan oleh peserta. Hal ini dalam rangka menjamin efisiensi dan kualitas pelayanan.

Dalam Permenkes No.01 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan disebutkan bahwa

sistem rujukan vertikal dilakukan bila (1) pasien membutuhkan pelayanan spesialistik dan subspecialistik; dan (2) perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan. Sedangkan rujukan horizontal dilakukan bila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan, dan ketenagaan baik yang sifatnya sementara atau menetap.

D. Tujuan

Rujukan mempunyai berbagai macam tujuan, antara lain :

- a. Agar setiap penderita mendapat perawatan dan pertolongan sebaik-baiknya
- b. Menjalin kerja sama dengan cara pengiriman penderita atau bahan laboratorium dari unit yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap fasilitasnya
- c. Menjalin perubahan dan keterampilan melalui pendidikan dan latihan antara pusat pendidikan dan daerah perifer

E. Manfaat Sistem Rujukan Berjenjang

- Ditinjau dari Segi Hubungan
Memastikan hubungan yang erat antar pelaku system kesehatan di segala tingkatan. Sistem rujukan berjenjang yang efektif secara tidak langsung akan mendorong seluruh faskes dan tenaga kesehatan untuk saling berkoordinasi dalam penanganan medis pasien. Hubungan profesi antar tenaga kesehatan dapat diperkuat dengan sistem rujukan tersebut.
- Ditinjau dari Segi Pelayanan
Memastikan pasien mendapatkan pelayanan Kesehatan yang optimal. Pasien yang mendapat rujukan ke faskes dengan sumberdaya manusia, peralatan dan kemampuan yang lebih tinggi tentu akan mendapatkan pelayanan yang lebih baik. Jika sistem rujukan tidak berjalan, maka

pasien “dipaksa” menerima pelayanan yang tidak memadai. Kondisi sebaliknya bisa terjadi, pasien dengan kondisi kesehatan ringan mendapat pelayanan yang lebih mahal. Kondisi ini dalam bidang asuransi kesehatan disebut dengan adverse selection.

- Ditinjau dari Segi Perawatan
Menjamin perawatan pasien yang kontinyu. Sistem rujukan berjenjang menjamin kontinuitas pelayanan Kesehatan terhadap pasien, karena faskes akan mengalihkan peran dan tanggung jawab penanganan kondisi medis ke faskes yang lebih tinggi kemampuannya. Hal ini akan mencegah terjadinya pasien yang putus pengobatan akibat kurangnya kemampuan faskes dalam melayani.
- Ditinjau dari Segi Fasilitas
Menjamin seluruh faskes di berbagai tingkat mendapatkan peralatan medis yang memadai. Sistem rujukan berjenjang mendorong pemerintah setempat dan pemodal untuk melengkapi peralatan medis yang dimiliki faskes, atau melengkapi dengan jenis pelayanan medis lainnya. Rumah sakit dengan tipe tertentu akan berusaha memenuhi persyaratan alat dan teknologi yang dimilikinya.

F. Faktor Pendukung Sistem Rujukan Berjenjang

Beberapa pihak (termasuk tenaga kesehatan) belum banyak mengetahui manfaat yang didapatkan bila sistem rujukan berjenjang dilaksanakan secara efektif. Manfaat tersebut antara lain (Michael, 2018):

1. Memastikan hubungan yang erat antar pelaku sistem kesehatan di segala tingkatan. Sistem rujukan berjenjang yang efektif secara tidak langsung akan mendorong seluruh faskes dan tenaga kesehatan untuk saling berkoordinasi dalam penanganan medis pasien. Hubungan profesi antar tenaga kesehatan dapat diperkuat dengan sistem rujukan tersebut.

2. Memastikan pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal. Pasien yang mendapat rujukan ke faskes dengan sumberdaya manusia, peralatan dan kemampuan yang lebih tinggi tentu akan mendapatkan pelayanan yang lebih baik. Jika system rujukan tidak berjalan, maka pasien “dipaksa” menerima pelayanan yang tidak memadai. Kondisi sebaliknya bisa terjadi, pasien dengan kondisi kesehatan ringan mendapat pelayanan yang lebih mahal. Kondisi ini dalam bidang asuransi kesehatan disebut dengan adverse selection.
3. Menjamin perawatan pasien yang kontinyu. Sistem rujukan berjenjang menjamin kontinuitas pelayanan kesehatan terhadap pasien, karena faskes akan mengalihkan peran dan tanggung jawab penanganan kondisi medis ke faskes yang lebih tinggi kemampuannya. Hal ini akan mencegah terjadinya pasien yang putus pengobatan akibat kurangnya kemampuan faskes dalam melayani.
4. Menjamin seluruh faskes di berbagai tingkat mendapatkan peralatan medis yang memadai. Sistem rujukan berjenjang mendorong pemerintah setempat dan pemodal untuk melengkapi peralatan medis yang dimiliki faskes, atau melengkapi dengan jenis pelayanan medis lainnya. Rumah sakit dengan tipe tertentu akan berusaha memenuhi persyaratan alat dan teknologi yang dimilikinya.

G. Regulasi Sistem Rujukan Berjenjang Di Indonesia

Sistem rujukan berjenjang merupakan amanat yang harus dijalankan pemerintah sesuai dengan pasal 17 UU No.36 tahun 2009 tentang kesehatan. Pada pasal tersebut dinyatakan: “pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya”. Pada pasal tersebut jelas mengarahkan pemerintah untuk memberikan akses pelayanan kesehatan

yang salah satunya dilakukan dengan penerapan sistem rujukan (Republik Indonesia, 2009a). Dalam UU No.20 tahun 2013 pasal 7 dan 8 tentang Praktik Kedokteran diatur pula tentang pendidikan profesi dokter layanan primer yang dijalankan oleh perguruan tinggi kedokteran yang terakreditasi. Pada penjelasannya dinyatakan sebagai berikut (Republik Indonesia, 2013): “Program dokter layanan primer ditujukan untuk memenuhi kualifikasi sebagai pelaku awal pada pelayanan kesehatan tingkat pertama, melakukan penapisan rujukan tingkat pertama ke tingkat kedua, dan melakukan kendali mutu serta kendali biaya sesuai dengan standar kompetensi dokter dalam sistem jaminan kesehatan nasional”. Jelaslah pada penjelasan pasal 8 tersebut, pemerintah mendorong terjadinya prosedur rujukan dari tingkat pertama tingkat kedua melalui program dokter layanan primer dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya.

Lalu bagaimana bentuk rujukan pasien yang dilakukan oleh rumah sakit? Pasal 14 ayat (4) PMK tentang Kewajiban RS dan Kewajiban Pasien menyatakan upaya rujukan pasien rumah sakit paling sedikit terdiri dari tiga upaya berikut:

1. Melakukan pertolongan pertama dan/atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan
2. Melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan bahwa penerima dapat menerima pasien dalam hal keadaan gawat darurat
3. Membuat Surat Rujukan untuk disampaikan kepada penerima rujukan Pada kasus gizi berat sesuai dengan amanat PMK No.4 tahun 2018, rumah sakit wajib menerima rujukan dari fasilitas kesehatan lainnya. Di tingkat Puskesmas, telah diterbitkan regulasi tentang rujukan pasien, antara lain:

Dalam PMK No.75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2014): - Pasal 7 ayat (j) menyatakan: Puskesmas memiliki kewenangan

untuk melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

H. Mekanisme Sistem Rujukan Di Indonesia

Mekanisme teknis pelaksanaan sistem rujukan secara komprehensi diatur dalam PMK No.01 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. Sistem rujukan di wajib dijalankan oleh pasien yang merupakan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan pemberi pelayanan Kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2012). Aturan umum dalam mekanisme rujukan berjenjang adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang, sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama.
2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama
3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan Kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama.
4. Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama.
5. Ketentuan di atas tidak berlaku pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, dan pertimbangan geografis.

Rujukan pasien dilakukan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat yang memiliki kemampuan pelayanan sesuai kebutuhan pasien yang bertujuan untuk meningkatkan aksesibilitas, pemerataan dan peningkatan efektifitas pelayanan kesehatan. Rujukan juga harus mendapat persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya yang disertai dengan penjelasan oleh tenaga kesehatan mengenai:

- a. Diagnosis dan terapi dan/atau tindakan medis yang diperlukan
- b. Alasan dan tujuan dilakukan rujukan
- c. Risiko yang dapat timbul apabila rujukan tidak dilakukan
- d. Transportasi rujukan
- e. Risiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan

I. Kesimpulan

Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan komponen penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bertujuan menjamin mutu, kesinambungan, dan efisiensi pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis pasien. Penerapan sistem rujukan berjenjang di Indonesia telah memiliki dasar hukum yang kuat melalui berbagai regulasi, mulai dari undang-undang hingga peraturan menteri kesehatan, serta didukung oleh kebijakan BPJS Kesehatan melalui sistem rujukan berbasis online. Secara konsep, sistem rujukan berfungsi sebagai mekanisme pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik antar fasilitas kesehatan, baik secara vertikal maupun horizontal, berdasarkan kompetensi, sumber daya, dan kemampuan pelayanan. Namun dalam pelaksanaannya, masih ditemukan berbagai kendala, seperti kesiapan fasilitas kesehatan rujukan, koordinasi antar faskes yang belum optimal, serta pemahaman pasien dan tenaga Kesehatan yang masih terbatas. Oleh karena itu, keberhasilan system rujukan berjenjang sangat bergantung pada kesiapan sumber daya manusia, sarana prasarana, komunikasi yang efektif antar fasilitas kesehatan, serta kepatuhan terhadap regulasi yang berlaku, sehingga tujuan utama system rujukan dalam meningkatkan akses, pemerataan, dan kualitas pelayanan kesehatan dapat tercapai secara optimal. Sejarah sistem rujukan berjenjang dimulai sejak timbulnya Revolusi Perancis tahun 1789. Secara nyata sistem rujukan berjenjang diakui tahun 2015 bersamaan dengan

penerapan Gatekeeping serta analisis biaya dalam pelayanan kesehatan. Sistem rujukan berjenjang merupakan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab oleh perujuk yang dapat dilakukan secara vertikal- horizontal atau structural-fungsional. Sistem ini wajib dijalankan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial. Sistem rujukan memberi manfaat baik pada pasien, tenaga kesehatan maupun fasilitas kesehatan. Namun pada kenyataannya implementasi di negara berkembang belum efektif karena keterbatasan infrastruktur, SDM, pendanaan serta dukungan pemerintah. Mekanisme sistem rujukan di Indonesia diatur dalam Permenkes tentang sistem rujukan dan peraturan perundangan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- BPJS Kesehatan. (n.d.). Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Iwa, I. (2018). BPJS Kesehatan Luncurkan Sistem Rujukan Berbasis Online. Retrieved March 9, 2019, from <https://tvberita.co.id/news/regional/bpjs-kesehatan-luncurkan-sistem-rujukan-berbasis-online/>
- JPNN. (2019, February 19). RSUD Kewalahan, Pasien Rujukan Menumpuk di IGD. Jpnn.Com. Retrieved from <https://www.jpnn.com/news/rsud-kewalahan-pasien-rujukan-menumpuk-di-igd?page=1>
- Kamau, K. J., Onyango-osuga, B., & Njuguna, S. (2017). Challenges Facing Implementation of Referral System for Quality Health Care Services in Kiambu County, Kenya. *IMedPub Journals*, 4(1), 48.
- Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 tahun 2020 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, Pub. L. No. 1 (2020).
- Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2019 tentang Kesehatan Masyarakat (2019).

BAB 5 | Sistem Asuransi Pelayanan Kesehatan

Ghanyya Salsabilla; Nazla Rihhadatul Aisy; Yustiana Olfah

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan hak dasar setiap individu yang harus dijamin oleh negara dan didukung oleh system pelayanan kesehatan yang adil serta berkelanjutan (World Health Organization, 2023). Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan pembiayaan yang tidak sedikit, sehingga tanpa sistem pembiayaan yang baik, masyarakat berisiko mengalami kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan. Oleh karena itu, sistem asuransi pelayanan kesehatan menjadi komponen penting dalam system kesehatan modern.

Sistem asuransi pelayanan kesehatan dirancang untuk memberikan perlindungan finansial kepada masyarakat terhadap risiko biaya kesehatan yang tinggi (Prinja, 2025). Melalui mekanisme pengumpulan iuran dan pembagian risiko, asuransi kesehatan memungkinkan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan tanpa harus menanggung beban biaya secara langsung. Dalam konteks global, sistem asuransi kesehatan juga berperan besar dalam mendukung pencapaian Universal Health Coverage (UHC).

Di Indonesia, sistem asuransi pelayanan Kesehatan diwujudkan melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional

(JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan (Mukti 2024). Program ini bertujuan untuk menjamin seluruh penduduk agar memperoleh akses pelayanan Kesehatan yang komprehensif dan terjangkau. Meskipun telah menunjukkan berbagai capaian positif, pelaksanaan system asuransi pelayanan kesehatan masih menghadapi tantangan, baik dari sisi pembiayaan, mutu layanan, maupun kepuasan peserta.

B. Konsep dan Prinsip Sistem Asuransi Pelayanan Kesehatan

Selain sebagai mekanisme pembiayaan, system asuransi pelayanan kesehatan juga merupakan bagian dari kebijakan publik yang berorientasi pada perlindungan sosial. Dalam perspektif ekonomi kesehatan, asuransi kesehatan berfungsi untuk mengurangi ketidakpastian finansial akibat risiko sakit serta meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya kesehatan (Prinja, 2025). Dengan adanya asuransi, individu tidak perlu menunda pengobatan karena kendala biaya, sehingga dampak klinis dan sosial dari penyakit dapat ditekan.

Sistem asuransi pelayanan kesehatan juga berkaitan erat dengan konsep keadilan distributif. Melalui mekanisme subsidi silang, kelompok masyarakat dengan kemampuan ekonomi lebih baik turut membantu kelompok yang kurang mampu. Hal ini sejalan dengan tujuan pembangunan kesehatan yang menekankan pemerataan dan keadilan dalam memperoleh pelayanan kesehatan (World Health Organization, 2023). Asuransi kesehatan merupakan suatu mekanisme perlindungan finansial yang bertujuan untuk menanggung risiko biaya pelayanan kesehatan akibat penyakit atau kecelakaan (Ramadhan et al., 2025). Sistem asuransi pelayanan kesehatan melibatkan tiga pihak utama, yaitu peserta asuransi, penyelenggara asuransi, dan fasilitas pelayanan kesehatan. Ketiga pihak ini saling berinteraksi dalam suatu sistem yang diatur oleh regulasi dan kebijakan tertentu.

Konsep utama dalam sistem asuransi pelayanan kesehatan adalah risk pooling, yaitu pengumpulan risiko dari

banyak individu untuk ditanggung bersama (Prinja, 2025). Dengan konsep ini, beban biaya kesehatan tidak ditanggung secara individual, melainkan secara kolektif. Selain itu, terdapat konsep solidaritas, di mana peserta yang sehat turut membantu pembiayaan peserta yang sakit.

Prinsip dasar sistem asuransi pelayanan Kesehatan meliputi prinsip keadilan sosial, prinsip gotong royong, prinsip keberlanjutan pembiayaan, serta prinsip akuntabilitas dan transparansi. Prinsip-prinsip ini menjadi landasan penting agar sistem asuransi kesehatan dapat berjalan secara efektif dan berkelanjutan.

C. Jenis-Jenis Asuransi Pelayanan Kesehatan

Dalam praktiknya, perbedaan jenis asuransi pelayanan kesehatan tidak hanya terletak pada penyelenggaranya, tetapi juga pada cakupan manfaat, mekanisme pembiayaan, dan sistem pembayaran kepada fasilitas kesehatan. Variasi ini memengaruhi tingkat kepuasan peserta serta keberlanjutan sistem asuransi itu sendiri (Syafriani & Tim, 2025). Sebagai contoh, beberapa jenis asuransi kesehatan memiliki fokus yang berbeda-beda, tergantung pada siapa yang menyelenggarakan dan bagaimana cara pengelolaannya dilakukan. Sistem asuransi yang berbeda juga akan mempengaruhi seberapa mudah peserta dapat mengakses layanan kesehatan yang dibutuhkan dan seberapa besar manfaat yang mereka terima. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam mengenai perbedaan-perbedaan ini menjadi sangat penting untuk meningkatkan keadilan dan efektivitas dalam pelayanan kesehatan.

Sistem asuransi pelayanan kesehatan dapat dibedakan menjadi beberapa jenis berdasarkan penyelenggara dan mekanisme pengelolaannya (Syafriani & Tim, 2025). Salah satu jenis yang paling signifikan adalah asuransi kesehatan sosial, yang diselenggarakan oleh pemerintah dan bersifat wajib bagi seluruh penduduk. Di Indonesia, asuransi kesehatan sosial diwujudkan melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional

(JKN), yang bertujuan untuk menjamin pemerataan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat, tanpa memandang status ekonomi. Program ini memberikan perlindungan dasar yang diperlukan untuk mengakses layanan medis yang esensial, seperti rawat inap, rawat jalan, serta pemeriksaan medis rutin. Dengan sifatnya yang wajib, asuransi kesehatan sosial ini berfungsi sebagai jaring pengaman sosial untuk memastikan bahwa seluruh lapisan masyarakat, termasuk mereka yang tidak mampu, tetap mendapatkan layanan kesehatan yang layak.

Selain asuransi sosial yang bersifat wajib, terdapat pula asuransi kesehatan swasta yang diselenggarakan oleh perusahaan asuransi dengan tujuan komersial. Asuransi kesehatan swasta ini umumnya menawarkan manfaat tambahan yang lebih luas, seperti layanan rawat inap kelas satu, pemeriksaan medis yang lebih spesifik, dan akses ke fasilitas kesehatan swasta yang lebih eksklusif. Salah satu fitur utama dari asuransi kesehatan swasta adalah fleksibilitasnya dalam memilih jenis perawatan, rumah sakit, atau dokter tertentu sesuai dengan preferensi peserta. Dengan berbagai pilihan dan manfaat tambahan yang ditawarkan, asuransi swasta sering digunakan sebagai pelengkap bagi peserta asuransi sosial. Hal ini sangat membantu bagi mereka yang ingin mendapatkan layanan kesehatan dengan kualitas lebih tinggi atau memiliki kebutuhan medis yang lebih khusus, yang tidak tercakup dalam asuransi sosial. Namun, biaya premi yang lebih tinggi menjadi pertimbangan utama bagi Sebagian masyarakat yang ingin mendaftar ke dalam asuransi kesehatan swasta.

Jenis lainnya yang semakin berkembang adalah asuransi kesehatan berbasis komunitas. Jenis asuransi ini umumnya dijalankan di tingkat lokal dengan prinsip kebersamaan dan solidaritas antar anggota komunitas. Meskipun cakupan manfaatnya terbatas dan mungkin hanya mencakup layanan dasar atau di fasilitas Kesehatan tertentu, asuransi berbasis komunitas memiliki peran penting dalam meningkatkan akses

pelayanan Kesehatan di daerah dengan keterbatasan sumber daya. Program ini sangat berguna di daerah terpencil atau wilayah dengan tingkat kemiskinan tinggi, di mana peserta asuransi merasa kesulitan untuk mengakses layanan Kesehatan formal. Dalam model ini, masyarakat setempat bekerja sama untuk menyediakan dana bersama yang digunakan untuk membayar biaya pengobatan. Meskipun tidak sepenuhnya menggantikan fungsi asuransi sosial atau swasta, asuransi berbasis komunitas dapat memberikan perlindungan yang sangat dibutuhkan bagi mereka yang terpinggirkan, sehingga meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Dengan adanya variasi jenis asuransi Kesehatan ini, tentu saja ada tantangan dalam mengintegrasikan dan menyinkronkan berbagai sistem yang ada agar dapat berfungsi dengan baik dan saling melengkapi. Upaya untuk meningkatkan literasi masyarakat tentang perbedaan dan kelebihan masing-masing jenis asuransi juga sangat diperlukan agar peserta dapat membuat keputusan yang tepat mengenai jenis asuransi yang paling sesuai dengan kebutuhan mereka. Dalam hal ini, kebijakan pemerintah yang inklusif dan transparansi dalam, pengelolaan asuransi sangat penting untuk memastikan bahwa seluruh masyarakat, tanpa terkecuali, mendapatkan manfaat dari sistem asuransi kesehatan yang ada.

D. Peran Sistem Asuransi Pelayanan Kesehatan

Peran sistem asuransi pelayanan kesehatan juga dapat dilihat dari kontribusinya terhadap penguatan sistem kesehatan secara keseluruhan. Dengan adanya kepastian pembiayaan, fasilitas kesehatan memiliki peluang yang lebih besar untuk meningkatkan sarana, prasarana, serta kompetensi sumber daya manusia melalui pelatihan dan pengembangan profesional yang berkelanjutan. Kepastian pendanaan ini memungkinkan perencanaan layanan kesehatan yang lebih baik dan berkesinambungan. Hal tersebut pada akhirnya

berdampak pada peningkatan mutu pelayanan yang diterima oleh masyarakat, baik dari segi ketepatan diagnosis, efektivitas pengobatan, maupun kenyamanan pelayanan (Hidayat & Kurniawan, 2025).

Sistem asuransi pelayanan kesehatan juga memiliki peran strategis dalam memberikan perlindungan finansial kepada masyarakat (Prinja et al., 2025). Dengan adanya asuransi kesehatan, risiko pengeluaran kesehatan yang besar dan tidak terduga dapat diminimalkan, sehingga masyarakat tidak jatuh ke dalam kondisi kemiskinan akibat tingginya biaya pengobatan. Perlindungan finansial ini sangat penting terutama bagi kelompok rentan dan berpenghasilan rendah, karena memungkinkan mereka tetap mengakses pelayanan kesehatan tanpa harus mengorbankan kebutuhan hidup lainnya.

Selain itu, sistem asuransi kesehatan berperan dalam meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan. Melalui sistem rujukan yang terstruktur dan jejaring fasilitas kesehatan yang terkoordinasi, peserta asuransi dapat memperoleh layanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya secara lebih adil dan merata. Asuransi kesehatan juga mendorong peningkatan mutu pelayanan melalui penerapan standar pelayanan, system akreditasi fasilitas kesehatan, serta mekanisme pembayaran yang terkontrol dan berbasis kinerja, sehingga penyedia layanan terdorong untuk memberikan pelayanan yang lebih optimal.

Peran lainnya adalah dalam pengendalian biaya pelayanan kesehatan. Sistem pembayaran seperti kapitasi, paket layanan, dan pembayaran berbasis diagnosis membantu mengendalikan biaya serta mendorong efisiensi pelayanan kesehatan. Mekanisme ini dapat mengurangi praktik pelayanan yang berlebihan dan tidak perlu, sekaligus meningkatkan rasionalitas penggunaan sumber daya kesehatan. Dengan demikian, sistem asuransi kesehatan tidak hanya berfungsi sebagai mekanisme pembiayaan, tetapi juga sebagai instrumen penting dalam pengelolaan, pengawasan,

dan peningkatan kinerja system pelayanan kesehatan secara menyeluruh.

E. Tantangan dan Pengembangan Sistem Asuransi Pelayanan

Selain tantangan finansial dan mutu layanan, sistem asuransi pelayanan kesehatan juga menghadapi tantangan besar dalam hal literasi masyarakat. Pemahaman yang masih rendah mengenai hak dan kewajiban dalam sistem asuransi kesehatan sering kali menjadi pemicu kesalahpahaman serta ketidakpuasan peserta terhadap pelayanan yang mereka terima. Hal ini dapat menyebabkan ketidaktepatan dalam memanfaatkan layanan asuransi, bahkan berujung pada ketidakpercayaan terhadap sistem yang ada. Oleh karena itu, edukasi dan sosialisasi yang intensif mengenai konsep dasar asuransi kesehatan, serta cara kerja sistem ini, menjadi aspek penting dalam pengembangannya. Sosialisasi yang tepat akan membantu masyarakat memahami dengan lebih baik manfaat yang bisa diperoleh dan kewajiban yang harus dipenuhi, sehingga dapat meningkatkan partisipasi dan kepuasan peserta dalam menggunakan layanan asuransi. Pendidikan terkait hak-hak pasien serta mekanisme klaim juga perlu diprioritaskan agar peserta tidak merasa dirugikan atau bingung ketika membutuhkan pelayanan medis.

Namun, meskipun sistem asuransi Kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam memastikan akses masyarakat terhadap pelayanan medis, sistem ini masih menghadapi berbagai tantangan yang perlu segera diatasi. Tantangan utama yang paling sering dibahas adalah keberlanjutan pembiayaan sistem asuransi, terutama akibat meningkatnya biaya pelayanan Kesehatan yang terus meroket serta perubahan pola penyakit masyarakat yang semakin kompleks. Misalnya, dengan meningkatnya jumlah penyakit kronis dan penyakit terkait gaya hidup, biaya perawatan jangka panjang menjadi semakin tinggi. Ketidakseimbangan antara iuran yang dibayarkan oleh peserta dengan klaim yang diajukan menyebabkan tekanan pada sistem asuransi itu

sendiri. Ini menjadi masalah yang serius, terutama bagi asuransi kesehatan yang bersifat wajib dan melibatkan banyak peserta, karena jika pembiayaan tidak dikelola dengan baik, bisa terjadi defisit yang berisiko membahayakan kelangsungan sistem.

Selain itu, mutu pelayanan kesehatan yang belum merata di berbagai wilayah juga menjadi tantangan besar. Meskipun kota-kota besar umumnya memiliki fasilitas kesehatan dan tenaga medis yang memadai, daerah-daerah terpencil dan pedesaan seringkali menghadapi keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan yang berkualitas. Keterbatasan sarana dan prasarana, serta kurangnya tenaga medis yang terlatih, sangat memengaruhi kualitas layanan yang dapat diberikan kepada peserta asuransi. Bahkan dalam beberapa kasus, kualitas pelayanan yang buruk bisa menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap system asuransi kesehatan secara keseluruhan. Untuk mengatasi masalah ini, dibutuhkan perhatian lebih terhadap distribusi fasilitas kesehatan dan tenaga medis yang lebih merata, serta peningkatan kualitas layanan kesehatan di daerah-daerah yang masih tertinggal.

Selain masalah kualitas, sistem administrasi yang kompleks dan belum terintegrasi secara optimal juga menjadi hambatan signifikan dalam pelaksanaan asuransi kesehatan. Proses klaim yang rumit, kurangnya transparansi dalam pengelolaan data peserta, dan ketidakefisienan dalam sistem pembayaran sering kali menghambat peserta dalam mendapatkan manfaat asuransi mereka secara tepat waktu dan sesuai prosedur.

Oleh karena itu, penting bagi sistem asuransi Kesehatan untuk melakukan reformasi administrasi dengan menggunakan teknologi informasi yang lebih canggih. Pemanfaatan sistem elektronik yang terintegrasi antara penyedia layanan kesehatan, peserta asuransi, dan pihak asuransi itu sendiri dapat mengurangi birokrasi yang berbelit-

belit, mempermudah proses klaim, serta meningkatkan transparansi dan akuntabilitas.

Pengembangan sistem asuransi pelayanan kesehatan di masa depan perlu diarahkan pada beberapa fokus utama, yaitu penguatan regulasi yang lebih tegas dan komprehensif, peningkatan efisiensi pembiayaan untuk memastikan keberlanjutan sistem, serta pemanfaatan teknologi informasi yang lebih maksimal dalam pengelolaan data dan layanan. Di samping itu, kolaborasi yang lebih erat antara pemerintah, penyedia layanan kesehatan, dan masyarakat juga menjadi kunci dalam menciptakan sistem asuransi yang lebih inklusif, adil, dan transparan. Pemerintah harus mendorong kebijakan yang dapat memperkuat sistem asuransi kesehatan, seperti meningkatkan dana jaminan kesehatan, merangsang inovasi dalam pelayanan kesehatan, dan memastikan bahwa kebijakan tersebut benar-benar menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Upaya kolaboratif ini, yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan, diharapkan dapat menghasilkan perbaikan sistem asuransi kesehatan yang lebih efektif, efisien, dan dapat diakses oleh semua golongan masyarakat, sehingga tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan kesehatan masyarakat secara menyeluruh dapat tercapai.

F. Penutup

Keberhasilan sistem asuransi pelayanan Kesehatan tidak hanya ditentukan oleh kebijakan dan regulasi, tetapi juga oleh komitmen seluruh pemangku kepentingan. Pemerintah, penyelenggara asuransi, fasilitas pelayanan kesehatan, serta masyarakat memiliki peran masing-masing dalam menjaga keberlanjutan sistem ini. Dengan pengelolaan yang baik dan dukungan kebijakan yang kuat, sistem asuransi pelayanan kesehatan dapat menjadi instrumen utama dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Prinja et al., 2025). Sistem asuransi pelayanan kesehatan merupakan elemen penting dalam sistem kesehatan nasional. Melalui mekanisme pembiayaan dan pengelolaan

risiko, sistem ini mampu memberikan perlindungan finansial, meningkatkan akses pelayanan, serta mendorong pemerataan dan mutu layanan kesehatan. Meskipun masih menghadapi berbagai tantangan, sistem asuransi pelayanan Kesehatan memiliki potensi besar untuk mendukung tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Prinja, S. (Ed.). (2025). *Insurance and healthcare financing: A guide for practitioners, professionals, and policymakers*. Singapore: Springer.
- Lustick, M. (2023). *Health plans unmasked: A physician's guide to working with health insurers*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ramadhan, H. M., dkk. (2025). Sistem asuransi kesehatan: Konsep, kebijakan, dan implementasi. Bandung: Litnus.
- Syafriani., & Tim. (2025). Jaminan kesehatan. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Mukti, G. (2024). Prinsip dasar sistem jaminan sosial dan asuransi kesehatan. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Mukti, G. (2024). Roso telo dadi duren: Catatan 10 tahun perjalanan BPJS Kesehatan. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- World Health Organization. (2023). *Health financing for universal health coverage*. Geneva: WHO.
- Prinja, S., et al. (2025). Health insurance purchase intentions in the past decade: A systematic review and future research directions. *BMC Health Services Research*, 25(1), 1–15.
- Suryanto, T., & Rahmawati, D. (2025). Private health insurance ownership in a social health insurance dominated system. *Indonesian Journal of Health Administration*, 13(2), 101–112.
- Putri, A. R., et al. (2025). Dampak asuransi kesehatan terhadap akses pelayanan kesehatan ibu: Tinjauan literatur. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(1), 45–53.
- Hidayat, R. & Kurniawan, A. (2025). Hubungan mutu pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien BPJS rawat jalan di Puskesmas. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(2), 120–129.

BAB 6

Sistem Perizinan Kesehatan

***Fairuzzidan Fadhil Hanif; Naysilla Aisyah C.W;
Yustiana Olfah***

A. Pendahuluan

Perizinan merupakan salah satu instrumen administratif yang digunakan pemerintah untuk memastikan bahwa setiap aktivitas publik berjalan sesuai dengan standar dan kepentingan Masyarakat. Melalui sistem perizinan, pemerintah berupaya menciptakan ketertiban, memberikan kepastian hukum, serta melindungi dari potensi risiko yang dapat timbul dari suatu kegiatan. Dalam konteks pelayanan publik, perizinan juga berfungsi sebagai sarana pengendalian dan pembinaan untuk memastikan bahwa setiap aktivitas telah memenuhi persyaratan administratif dan teknis yang ditetapkan (Widodo, 2018; Hidayat & Nugroho, 2021).

Secara umum, sistem perizinan diterapkan pada berbagai sektor kehidupan, seperti sektor usaha, profesi, dan operasional kegiatan tertentu. Setiap sektor memiliki karakteristik dan tingkat risiko yang berbeda, sehingga memerlukan mekanisme perizinan yang disesuaikan dengan tujuan pengaturan yang ingin dicapai. Berbagai kajian dalam bidang administrasi publik menunjukkan bahwa sistem perizinan yang disusun secara sistematis dan dilaksanakan secara konsisten dapat mendukung efektivitas pelayanan publik serta meningkatkan akuntabilitas penyelenggara pelayanan (Rohman & Wicaksono, 2021; Dwiyanto, 2017).

Sektor kesehatan merupakan salah satu sektor pelayanan publik yang sangat bergantung pada efektivitas

sistem perizinan karena berkaitan langsung dengan keselamatan pasien, mutu pelayanan, dan profesionalisme tenaga kesehatan. Perizinan di sektor kesehatan tidak hanya mencakup izin pendirian dan operasional fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi juga pengaturan praktik tenaga kesehatan serta penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terus berkembang seiring kemajuan teknologi, termasuk pelayanan kesehatan berbasis digital (Widodo, 2018; Setiawan & Mulyadi, 2020).

Pembahasan mengenai sistem perizinan perlu dikaji secara umum dan kemudian difokuskan pada sektor kesehatan sebagai sektor yang bersifat esensial dan memiliki tingkat risiko yang tinggi. Oleh karena itu, makalah ini bertujuan untuk mengkaji sistem perizinan secara umum dengan penekanan pada penerapannya di sektor kesehatan, meliputi konsep perizinan kesehatan, perizinan pelayanan kesehatan online, implementasi perizinan tenaga kesehatan, serta hubungan teoretis dan dampak empiris sistem perizinan terhadap kualitas pelayanan kesehatan (Hidayat & Nugroho, 2021; Dwiyanto, 2017).

B. Pengertian Sistem Perizinan

Sistem perizinan merupakan suatu mekanisme administratif yang digunakan oleh pemerintah untuk mengatur, mengendalikan, dan mengawasi kegiatan masyarakat agar berjalan sesuai dengan peraturan perundang-undangan serta tidak bertentangan dengan kepentingan umum. Dalam perspektif hukum administrasi negara, izin dipahami sebagai bentuk keputusan tata usaha negara yang bersifat konkret, individual, dan final, yang diberikan oleh pejabat berwenang kepada subjek hukum setelah terpenuhinya persyaratan tertentu (Nugraha & Sihombing, 2020; Widodo, 2018).

Seiring dengan perkembangan teknologi informasi, sistem perizinan di Indonesia mengalami transformasi dari sistem manual menuju sistem digital terintegrasi. Penerapan

perizinan berbasis elektronik, seperti Online Single Submission (OSS), bertujuan untuk mempersingkat rantai birokrasi, meningkatkan transparansi, serta mengurangi potensi penyalahgunaan wewenang. Apabila dalam pelaksanaan perizinan ditemukan pelanggaran, izin dapat dikenai sanksi administratif berupa peringatan, pembekuan, hingga pencabutan izin (Nugraha & Sihombing, 2020; Hidayat & Nugroho, 2021).



Gambar 1.1. Alur Umum Sistem Perizinan

C. Tujuan dan Fungsi Perizinan

1. Tujuan

Tujuan utama perizinan adalah untuk mengendalikan aktivitas masyarakat agar sejalan dengan kepentingan umum dan ketentuan hukum yang berlaku. Melalui perizinan, pemerintah dapat memastikan bahwa suatu kegiatan tidak menimbulkan dampak negatif bagi masyarakat, lingkungan, maupun negara. Selain itu, perizinan bertujuan untuk memberikan kepastian hukum bagi pelaku kegiatan sehingga mereka dapat menjalankan aktivitasnya secara sah dan terlindungi (Widodo, 2018; Setiawan & Mulyadi, 2020).

2. Fungsi

Fungsi perizinan antara lain sebagai instrumen pengaturan (regulatory function), instrumen pengendalian (control function), dan instrumen perlindungan (protective function). Perizinan juga berfungsi sebagai sarana pembinaan dan pengawasan, serta sebagai sumber data bagi pemerintah dalam perencanaan dan pengambilan kebijakan. Dalam konteks ekonomi, perizinan berperan dalam menciptakan iklim usaha yang sehat dan kompetitif (Rohman & Wicaksono, 2021; Dwiyanto, 2017).

D. Dasar Hukum dan Regulasi Sistem Perizinan di Indonesia

Sistem perizinan di Indonesia diselenggarakan berdasarkan kerangka hukum yang memberikan kewenangan kepada pemerintah untuk mengatur dan mengendalikan berbagai aktivitas masyarakat. Dalam perspektif hukum administrasi negara, perizinan merupakan salah satu bentuk keputusan administrasi yang hanya dapat dikeluarkan oleh pejabat yang berwenang dan harus didasarkan pada asas legalitas (Widodo, 2018).

Dasar hukum penyelenggaraan sistem perizinan secara umum dapat ditemukan dalam Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan. Undang-undang ini mengatur bahwa keputusan dan tindakan administrasi pemerintahan harus didasarkan pada kewenangan yang sah serta dilaksanakan sesuai dengan asas-asas umum pemerintahan yang baik. Ketentuan tersebut menjadi bukti normatif bahwa perizinan merupakan instrumen hukum yang sah dan memiliki kedudukan penting dalam tata kelola pemerintahan (Hidayat & Nugroho, 2021).

Selain itu, perizinan sebagai bagian dari pelayanan publik juga memiliki landasan hukum dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Undang-undang ini menegaskan bahwa pelayanan perizinan wajib diselenggarakan secara transparan, akuntabel, dan berorientasi

pada kepentingan masyarakat. Ketentuan ini menunjukkan bahwa sistem perizinan tidak hanya berfungsi sebagai alat pengendalian, tetapi juga sebagai sarana untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik (Rohman & Wicaksono, 2021).

Pada sektor kesehatan, dasar hukum dan regulasi sistem perizinan memiliki peran yang sangat penting karena berkaitan langsung dengan keselamatan pasien dan mutu pelayanan kesehatan. Pengaturan mengenai kewajiban perizinan bagi fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan tercantum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan diperbarui melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Putri & Prasetyo, 2022).

Dengan demikian, dasar hukum dan regulasi sistem perizinan di Indonesia dapat ditelusuri secara jelas dalam berbagai peraturan perundang-undangan yang mengatur administrasi pemerintahan, pelayanan publik, perizinan berusaha, dan penyelenggaraan kesehatan.

E. Jenis-Jenis Perizinan

Perizinan dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa jenis berdasarkan objek, subjek, serta tujuan pemberiannya. Secara umum, jenis perizinan dapat dibedakan menjadi perizinan usaha, perizinan profesi, dan perizinan operasional (Setiawan & Mulyadi, 2020).

1. Perizinan usaha

Perizinan usaha merupakan izin yang diberikan kepada pelaku usaha, baik perorangan maupun badan usaha, untuk menjalankan kegiatan ekonomi tertentu secara legal. Perizinan ini bertujuan untuk memastikan bahwa kegiatan usaha yang dilakukan telah memenuhi persyaratan administratif, teknis, serta standar keselamatan dan kelayakan yang ditetapkan oleh pemerintah (Nugraha & Sihombing, 2020).

Perizinan usaha biasanya mencakup izin pendirian usaha, izin kegiatan usaha, serta izin pengembangan

usaha. Pada sektor-sektor yang memiliki tingkat risiko tinggi, persyaratan perizinan usaha cenderung lebih ketat dan disertai dengan kewajiban pemenuhan standar tertentu (Nugraha & Sihombing, 2020).

2. Perizinan profesi

Perizinan profesi merupakan izin yang diberikan kepada individu untuk menjalankan profesi tertentu yang memerlukan kompetensi khusus, keahlian profesional, serta tanggung jawab etik yang tinggi. Jenis perizinan ini umumnya diterapkan pada profesi yang berkaitan langsung dengan kepentingan publik dan keselamatan masyarakat, seperti tenaga kesehatan, tenaga pendidik, dan profesi hukum (Putri & Prasetyo, 2022).

Perizinan profesi bertujuan untuk menjamin bahwa individu yang menjalankan profesi tersebut telah memenuhi standar pendidikan, kompetensi, dan etika yang ditetapkan. Dalam sektor kesehatan, perizinan profesi menjadi instrumen penting untuk melindungi pasien dari praktik pelayanan yang tidak sesuai standar. Melalui mekanisme perizinan profesi, pemerintah dapat memastikan bahwa hanya tenaga profesional yang kompeten dan bertanggung jawab yang diperbolehkan memberikan pelayanan kepada masyarakat (Putri & Prasetyo, 2022).

3. Perizinan operasional

Perizinan operasional merupakan izin yang diberikan untuk menjalankan kegiatan operasional tertentu setelah suatu usaha atau fasilitas dinyatakan memenuhi persyaratan dasar. Jenis perizinan ini berkaitan dengan kelayakan operasional suatu kegiatan, sarana, atau prasarana, dan biasanya bersifat spesifik terhadap lokasi, waktu, atau jenis kegiatan yang dilakukan (Setiawan & Mulyadi, 2020).

Perizinan operasional berfungsi untuk memastikan bahwa kegiatan operasional dilaksanakan sesuai dengan standar teknis, keselamatan, dan prosedur yang berlaku.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, perizinan operasional mencakup izin operasional fasilitas pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, klinik, dan laboratorium. Keberadaan perizinan operasional memungkinkan pemerintah melakukan pengawasan secara berkelanjutan terhadap pelaksanaan kegiatan agar tetap sesuai dengan ketentuan dan tidak menimbulkan risiko bagi masyarakat (Setiawan & Mulyadi, 2020).

F. Tantangan dan Permasalahan Umum Sistem Perizinan

Dalam pelaksanaannya, sistem perizinan belum sepenuhnya berjalan secara optimal dan masih dihadapkan pada berbagai tantangan yang memengaruhi efektivitas pelayanan. Permasalahan yang muncul umumnya berkaitan dengan aspek prosedural, kelembagaan, serta kemampuan sistem perizinan dalam menyesuaikan diri dengan perkembangan kebutuhan masyarakat, termasuk di sektor kesehatan (Hidayat & Nugroho, 2021; Dwiyanto, 2017).

1. Kompleksitas Prosedur Perizinan

Prosedur perizinan yang berlapis dan persyaratan yang cukup banyak masih menjadi kendala utama dalam sistem perizinan. Kondisi ini menyebabkan proses pengurusan izin memerlukan waktu yang relatif lama dan berpotensi menghambat pelaksanaan kegiatan. Dalam sektor kesehatan, kompleksitas prosedur sering terlihat pada perizinan pendirian fasilitas pelayanan kesehatan yang harus memenuhi berbagai persyaratan administratif dan teknis secara bersamaan (Nugraha & Sihombing, 2020; Setiawan & Mulyadi, 2020).

2. Tumpang Tindih Kewenangan Antarinstansi

Kurangnya koordinasi yang efektif dapat menimbulkan ketidakjelasan mengenai instansi yang berwenang serta terjadinya duplikasi persyaratan. Pada pelayanan kesehatan, perizinan fasilitas dan tenaga kesehatan yang melibatkan lebih dari satu lembaga sering kali

memperpanjang proses perizinan (Setiawan & Mulyadi, 2020).

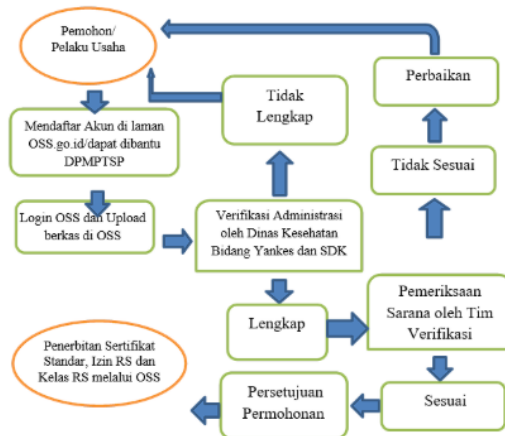
3. **Keterbatasan Sumber Daya dan Kapasitas Pengelola**
Keterbatasan sumber daya manusia dan kapasitas kelembagaan penyelenggara perizinan dapat memengaruhi kualitas verifikasi dan pengawasan. Jumlah petugas yang terbatas serta beban kerja yang tinggi berpotensi menyebabkan keterlambatan penerbitan izin. Sebagai contoh, keterbatasan tenaga verifikator di daerah dapat menghambat proses perizinan fasilitas pelayanan kesehatan (Dwiyanto, 2017; Hidayat & Nugroho, 2021).
4. **Kurangnya Transparansi dan Konsistensi Pelaksanaan**
Kurangnya transparansi informasi dan inkonsistensi penerapan kebijakan perizinan antarwilayah masih menjadi tantangan. Perbedaan interpretasi terhadap ketentuan perizinan dapat menimbulkan ketidakpastian bagi pemohon. Dalam sektor kesehatan, kondisi ini dapat berdampak pada perbedaan standar perizinan yang memengaruhi pemerataan dan mutu pelayanan (Rohman & Wicaksono, 2021).
5. **Tantangan Pengawasan dan Perkembangan Layanan Digital**
Pengawasan terhadap pelaksanaan izin serta penyesuaian terhadap perkembangan layanan berbasis digital masih menjadi tantangan tersendiri. Contohnya seperti pelayanan kesehatan online yang menuntut sistem perizinan adaptif namun tetap menjamin keselamatan pasien. Tanpa pengawasan yang memadai, risiko praktik pelayanan kesehatan yang tidak sesuai standar dapat meningkat (Sari & Lestari, 2023; Maharani et al., 2024).

G. Konsep Perizinan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan sektor strategis yang penyelenggaraannya harus menjamin keselamatan pasien, mutu layanan, serta kepastian hukum bagi tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk mencapai tujuan

tersebut, sistem perizinan berperan sebagai instrumen regulatif negara dalam mengendalikan dan mengawasi praktik pelayanan kesehatan. Perizinan tidak hanya berfungsi sebagai persyaratan administratif, tetapi juga sebagai mekanisme seleksi untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh pihak yang memenuhi standar kompetensi, etika, dan keselamatan yang ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan (Sidiq et al., 2024).

Dalam konteks Indonesia, sistem perizinan pelayanan kesehatan mengalami perkembangan seiring dengan reformasi birokrasi dan digitalisasi layanan publik. Pemerintah mengintegrasikan proses perizinan melalui sistem *Online Single Submission* (OSS) guna menyederhanakan prosedur perizinan, meningkatkan transparansi, serta mempercepat pelayanan tanpa menghilangkan fungsi pengawasan negara. Integrasi perizinan ini juga diterapkan pada sektor kesehatan, baik untuk perizinan fasilitas pelayanan kesehatan maupun tenaga kesehatan, sehingga legalitas penyelenggaraan pelayanan dapat terjamin secara administratif dan hukum (Ayu et al., 2023).



Gambar 1. Alur Sistem Perizinan Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Secara konseptual, sistem perizinan pelayanan kesehatan mencakup dua objek utama, yaitu perizinan fasilitas pelayanan kesehatan dan perizinan tenaga kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan diwajibkan memiliki izin operasional sebagai bukti pemenuhan standar sarana, prasarana, dan sistem pelayanan, sedangkan tenaga kesehatan harus memiliki izin praktik sebagai pengakuan terhadap kompetensi profesional yang dimiliki. Legalitas perizinan ini menjadi dasar sah bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sekaligus memberikan perlindungan hukum bagi pasien sebagai penerima layanan (Magister, 2024).

Perkembangan teknologi informasi mendorong munculnya layanan kesehatan berbasis digital, seperti *telemedicine*, yang turut memengaruhi konsep perizinan pelayanan kesehatan. Kondisi ini menuntut sistem perizinan yang adaptif terhadap inovasi pelayanan, tanpa mengesampingkan prinsip keselamatan pasien dan akuntabilitas tenaga kesehatan. Oleh karena itu, kerangka perizinan pelayanan kesehatan tidak dapat dipahami secara statis, melainkan sebagai sistem yang dinamis dan terintegrasi dengan kebijakan kesehatan nasional serta perkembangan teknologi kesehatan (Littik et al., 2024).

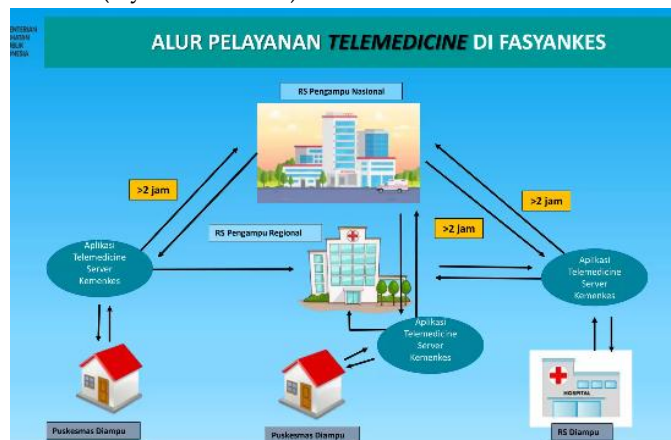
Selain sebagai instrumen legalitas, sistem perizinan juga berfungsi sebagai alat pengawasan negara terhadap mutu dan etika pelayanan kesehatan. Melalui mekanisme perizinan, pemerintah memiliki kewenangan untuk melakukan pembinaan, pengawasan, dan penegakan hukum terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan. Dengan demikian, perizinan menjadi bagian integral dari tata kelola pelayanan kesehatan yang berkelanjutan dan berorientasi pada peningkatan kualitas layanan serta perlindungan pasien (Mutiah et al., 2025).

H. Perizinan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Online

Perkembangan teknologi informasi telah mendorong transformasi signifikan dalam penyelenggaraan pelayanan

kesehatan, salah satunya melalui layanan kesehatan berbasis online atau telemedicine. Layanan ini memungkinkan interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien tanpa tatap muka langsung, sehingga meningkatkan akses pelayanan kesehatan, khususnya bagi masyarakat di wilayah terpencil atau dengan keterbatasan fasilitas kesehatan. Namun, kemudahan akses tersebut harus diimbangi dengan sistem perizinan yang jelas guna menjamin keamanan, mutu pelayanan, serta perlindungan hukum bagi pasien dan tenaga kesehatan (Mutiah et al., 2025).

Di Indonesia, penyelenggaraan pelayanan kesehatan *online* tidak dapat dilepaskan dari kerangka hukum dan perizinan yang berlaku pada fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan. Layanan telemedicine hanya dapat diselenggarakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan yang telah memiliki izin operasional resmi, serta melibatkan tenaga kesehatan yang memiliki izin praktik sesuai dengan kewenangannya. Hal ini menunjukkan bahwa perizinan dalam pelayanan kesehatan online bersifat melekat (*attached licensing*), yaitu izin layanan digital tidak berdiri sendiri, melainkan merupakan perpanjangan dari izin pelayanan kesehatan konvensional (Ayu et al., 2023).



Gambar 2. Alur Pelayanan Telemedicine di Fasyankes

Secara regulatif, pemerintah telah mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan online melalui berbagai

peraturan perundang-undangan yang menekankan aspek legalitas, keselamatan pasien, serta tanggung jawab tenaga kesehatan. Regulasi ini mengatur ruang lingkup layanan *telemedicine*, mekanisme pemberian layanan, kewajiban fasilitas pelayanan kesehatan, serta perlindungan data dan kerahasiaan medis pasien. Keberadaan sistem perizinan dalam pelayanan kesehatan *online* menjadi instrumen penting untuk mencegah praktik pelayanan ilegal, penyalahgunaan teknologi, serta pelanggaran etika profesi kesehatan (Magister, 2024).

Alur Telemedicine



Gambar 3. Alur Telemedicine

Meskipun demikian, implementasi sistem perizinan pelayanan kesehatan *online* masih menghadapi berbagai tantangan. Salah satu permasalahan utama adalah ketidaksinkronan antara perkembangan teknologi kesehatan dengan kecepatan pembentukan regulasi. Dalam praktiknya, inovasi layanan digital sering kali berkembang lebih cepat dibandingkan kerangka hukum yang mengaturnya, sehingga menimbulkan potensi celah hukum (*legal gap*). Kondisi ini dapat berdampak pada ketidakpastian hukum bagi penyelenggara layanan serta risiko terhadap keselamatan pasien apabila tidak disertai mekanisme perizinan dan pengawasan yang memadai (Littik et al., 2024).

Selain itu, perlindungan hukum terhadap pasien dalam layanan kesehatan online menjadi isu krusial dalam sistem perizinan. Pasien sebagai pengguna layanan digital berpotensi mengalami risiko kesalahan diagnosis, kebocoran data medis, atau ketidakjelasan tanggung jawab hukum apabila terjadi

sengketa. Oleh karena itu, sistem perizinan pelayanan kesehatan online harus diintegrasikan dengan prinsip perlindungan pasien, termasuk kejelasan identitas tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan yang bertanggung jawab, serta mekanisme pengaduan dan penegakan hukum (Budiyanti & Herlambang, 2022).

Dalam konteks kualitas pelayanan kesehatan, perizinan pelayanan kesehatan online berperan sebagai instrumen penjamin mutu. Melalui persyaratan perizinan, pemerintah dapat menetapkan standar pelayanan minimal, kompetensi tenaga kesehatan, serta sistem keamanan teknologi yang harus dipenuhi oleh penyelenggara layanan telemedicine. Dengan demikian, perizinan tidak hanya berfungsi sebagai syarat legal formal, tetapi juga sebagai alat pengendali mutu pelayanan kesehatan berbasis digital agar tetap sejalan dengan tujuan pembangunan kesehatan nasional (Sidiq et al., 2024; Mutiah et al., 2025).

I. Implementasi Perizinan Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan merupakan komponen utama dalam sistem pelayanan kesehatan, sehingga implementasi perizinan terhadap tenaga kesehatan menjadi aspek krusial dalam menjamin mutu dan keselamatan pelayanan. Perizinan tenaga kesehatan berfungsi sebagai bentuk pengakuan negara terhadap kompetensi, kewenangan, dan kelayakan seorang tenaga kesehatan untuk menjalankan praktik profesionalnya. Tanpa adanya izin yang sah, praktik pelayanan kesehatan berpotensi menimbulkan risiko hukum serta membahayakan keselamatan pasien (Sidiq et al., 2024).

Di Indonesia, implementasi perizinan tenaga kesehatan dilakukan melalui mekanisme perizinan berjenjang yang mencakup registrasi dan izin praktik. Registrasi bertujuan untuk memastikan bahwa tenaga kesehatan telah memenuhi standar pendidikan dan kompetensi sesuai dengan profesinya, sedangkan izin praktik menjadi dasar legal bagi tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan secara

langsung kepada masyarakat. Sistem ini menunjukkan bahwa perizinan tidak hanya bersifat administratif, tetapi juga mencerminkan kontrol kualitas terhadap sumber daya manusia kesehatan yang terlibat dalam pelayanan (Magister, 2024).



Gambar 4. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur pengajuan SIP Nakes

Dalam praktiknya, implementasi perizinan tenaga kesehatan juga berkaitan erat dengan fasilitas pelayanan kesehatan tempat tenaga tersebut bekerja. Tenaga kesehatan hanya diperbolehkan menjalankan praktik pada fasilitas yang memiliki izin operasional resmi, sehingga terdapat keterkaitan antara legalitas tenaga kesehatan dan legalitas fasilitas pelayanan kesehatan. Hubungan ini memperkuat prinsip akuntabilitas, di mana tanggung jawab pelayanan tidak hanya melekat pada individu tenaga kesehatan, tetapi juga pada institusi penyelenggara pelayanan kesehatan (Ayu et al., 2023).

Perkembangan pelayanan kesehatan berbasis digital turut memengaruhi implementasi perizinan tenaga kesehatan. Dalam layanan kesehatan *online* atau *telemedicine*, tenaga kesehatan tetap diwajibkan memiliki izin praktik yang sah dan sesuai dengan kewenangannya, meskipun pelayanan dilakukan tanpa tatap muka langsung. Hal ini menegaskan bahwa digitalisasi pelayanan kesehatan tidak menghapus kewajiban perizinan, melainkan memperluas konteks penerapan izin praktik tenaga kesehatan ke dalam ruang layanan virtual. Dengan demikian, implementasi perizinan

tenaga kesehatan menjadi instrumen penting dalam menjaga profesionalisme dan etika pelayanan kesehatan di era digital (Mutiah et al., 2025).

Meskipun sistem perizinan tenaga kesehatan telah diatur secara normatif, implementasinya masih menghadapi berbagai tantangan. Beberapa permasalahan yang sering muncul meliputi kompleksitas prosedur perizinan, keterbatasan pemahaman tenaga kesehatan terhadap regulasi yang berlaku, serta ketidaksinkronan antara sistem perizinan pusat dan daerah. Kondisi ini berpotensi menimbulkan praktik pelayanan tanpa izin atau keterlambatan perpanjangan izin praktik, yang pada akhirnya dapat berdampak pada kontinuitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat (Littik et al., 2024).

Selain sebagai instrumen legalitas, implementasi perizinan tenaga kesehatan juga berperan dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Melalui persyaratan perizinan, pemerintah dapat memastikan bahwa tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan memiliki kompetensi yang sesuai dengan standar profesi serta menjalankan praktik berdasarkan prinsip keselamatan pasien. Dengan demikian, perizinan tenaga kesehatan tidak hanya melindungi pasien, tetapi juga memberikan kepastian hukum dan perlindungan profesional bagi tenaga kesehatan dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya (Budiyanti & Herlambang, 2022).

J. Hubungan Teoritis Sistem Perizinan Kesehatan dengan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Sistem perizinan kesehatan memiliki korelasi yang signifikan dengan kualitas pelayanan kesehatan karena perizinan berfungsi sebagai mekanisme awal dalam menjamin standar pelayanan sebelum layanan diberikan kepada masyarakat. Berbeda dengan pendekatan yang melihat perizinan hanya sebagai persyaratan administratif, berbagai kajian menunjukkan bahwa perizinan yang dirancang dan diimplementasikan secara efektif dapat berperan sebagai

instrumen pengendalian mutu pelayanan kesehatan. Hal ini terutama terlihat pada bagaimana perizinan mengatur kelayakan fasilitas, kompetensi tenaga kesehatan, serta tanggung jawab hukum dalam penyelenggaraan pelayanan (Sidiq et al., 2024).

Temuan dalam studi Sidiq et al. (2024) menunjukkan bahwa kepatuhan terhadap sistem perizinan fasilitas kesehatan berkontribusi pada peningkatan kualitas pelayanan melalui pemenuhan standar sarana, prasarana, dan tata kelola pelayanan. Fasilitas kesehatan yang beroperasi dengan izin resmi cenderung memiliki sistem manajemen pelayanan yang lebih terstruktur, termasuk prosedur keselamatan pasien dan mekanisme pengawasan internal. Kondisi ini memperlihatkan bahwa perizinan tidak berdiri sendiri, melainkan berkorelasi langsung dengan kemampuan fasilitas kesehatan dalam menyediakan pelayanan yang aman dan bermutu.

Korelasi serupa juga terlihat pada perizinan tenaga kesehatan. Budiyantri dan Herlambang (2022) menekankan bahwa legalitas praktik tenaga kesehatan berpengaruh terhadap kualitas pelayanan, khususnya dalam menjamin akuntabilitas profesional dan perlindungan pasien. Tenaga kesehatan yang memiliki izin praktik diwajibkan untuk bekerja sesuai dengan standar profesi dan kode etik, sehingga risiko kesalahan medis dan praktik pelayanan yang tidak bertanggung jawab dapat diminimalkan. Dengan demikian, perizinan tenaga kesehatan berfungsi sebagai filter kompetensi yang berdampak langsung pada kualitas interaksi dan hasil pelayanan kesehatan.

Dalam konteks pelayanan kesehatan berbasis online, korelasi antara perizinan dan kualitas pelayanan menjadi semakin kompleks dan krusial. Ayu et al. (2023) menemukan bahwa layanan kesehatan online yang diselenggarakan oleh fasilitas dan tenaga kesehatan berizin memiliki tingkat kepastian hukum dan keamanan pasien yang lebih baik dibandingkan layanan yang tidak memiliki kejelasan legalitas. Temuan ini menunjukkan bahwa perizinan menjadi faktor

penentu dalam menjaga mutu pelayanan digital, terutama terkait kejelasan tanggung jawab hukum, validitas tindakan medis, dan perlindungan data pasien.

Lebih lanjut, Mutiah et al. (2025) mengungkapkan bahwa lemahnya integrasi sistem perizinan dalam layanan telemedicine berpotensi menurunkan kualitas pelayanan kesehatan, meskipun akses layanan meningkat. Tanpa pengawasan yang berbasis perizinan, layanan kesehatan online dapat mengalami penurunan mutu akibat variasi kompetensi tenaga kesehatan, standar pelayanan yang tidak seragam, serta lemahnya mekanisme evaluasi. Temuan ini memperkuat argumentasi bahwa korelasi positif antara perizinan dan kualitas pelayanan hanya dapat tercapai apabila sistem perizinan diikuti dengan pengawasan dan evaluasi berkelanjutan.

Namun, korelasi antara sistem perizinan dan kualitas pelayanan kesehatan tidak bersifat otomatis. Littik et al. (2024) menegaskan bahwa perizinan yang bersifat formalistik tanpa harmonisasi regulasi dan pengawasan yang konsisten cenderung kehilangan fungsi pengendalian mutunya. Dalam kondisi tersebut, perizinan hanya menjadi legitimasi administratif tanpa dampak nyata terhadap kualitas pelayanan. Oleh karena itu, efektivitas sistem perizinan sangat bergantung pada kualitas implementasi, integrasi antar-regulasi, serta komitmen pemerintah dalam melakukan pembinaan dan penegakan hukum.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa sistem perizinan kesehatan memiliki korelasi yang kuat dengan kualitas pelayanan kesehatan apabila diposisikan sebagai instrumen pengendalian mutu yang aktif, bukan sekadar persyaratan administratif. Perizinan yang terintegrasi dengan standar pelayanan, kompetensi tenaga kesehatan, serta mekanisme pengawasan yang efektif berpotensi meningkatkan keselamatan pasien, mutu layanan, dan kepercayaan publik terhadap sistem pelayanan kesehatan. Dengan demikian,

penguatan sistem perizinan menjadi strategi penting dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia.

K. Dampak Empiris Perizinan Kesehatan terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan

Sistem perizinan dalam pelayanan kesehatan memiliki pengaruh yang bersifat langsung dan tidak langsung terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Pengaruh langsung terlihat dari bagaimana persyaratan perizinan membatasi siapa yang boleh memberikan pelayanan dan dalam kondisi apa pelayanan tersebut dapat dilakukan. Sementara itu, pengaruh tidak langsung muncul melalui perubahan perilaku fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan dalam menyesuaikan praktik pelayanan agar tetap sesuai dengan ketentuan perizinan yang berlaku. Dengan kata lain, perizinan membentuk “cara kerja” sistem pelayanan kesehatan, bukan sekadar menentukan legalitas awalnya.

Dalam praktik pelayanan kesehatan konvensional, persyaratan perizinan mendorong fasilitas kesehatan untuk memenuhi standar minimal yang ditetapkan oleh regulator. Studi Sidiq et al. (2024) menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan yang beroperasi dengan izin resmi cenderung memiliki struktur organisasi, sistem pelayanan, dan mekanisme pengendalian internal yang lebih tertata. Kondisi ini berdampak pada peningkatan konsistensi pelayanan serta penurunan risiko pelayanan yang tidak sesuai standar. Dengan demikian, perizinan berpengaruh pada kualitas pelayanan melalui penciptaan standar operasional yang harus dipenuhi sebelum dan selama pelayanan diberikan.

Pengaruh sistem perizinan juga tampak jelas pada praktik tenaga kesehatan. Izin praktik tidak hanya menjadi bukti administratif, tetapi juga membentuk tanggung jawab profesional tenaga kesehatan terhadap pasien. Budiyantri dan Herlambang (2022) menegaskan bahwa keberadaan izin praktik memperkuat posisi hukum pasien dalam memperoleh pelayanan yang aman, karena tenaga kesehatan yang berizin

berada dalam sistem pertanggungjawaban hukum dan etika yang jelas. Dalam konteks ini, perizinan berpengaruh terhadap kualitas pelayanan dengan meningkatkan kehati-hatian, kepatuhan terhadap standar profesi, dan kesadaran akan risiko hukum dalam praktik pelayanan.

Pada pelayanan kesehatan berbasis online, pengaruh sistem perizinan terhadap kualitas pelayanan menjadi lebih kompleks. Ayu et al. (2023) menemukan bahwa layanan kesehatan online yang terintegrasi dengan sistem perizinan formal menunjukkan tingkat kejelasan tanggung jawab yang lebih baik dibandingkan layanan yang beroperasi tanpa dasar legal yang jelas. Kejelasan ini berpengaruh pada kualitas pelayanan, terutama dalam aspek keamanan pasien dan kepercayaan pengguna layanan. Pasien cenderung menilai kualitas layanan kesehatan online tidak hanya dari kemudahan akses, tetapi juga dari legitimasi penyelenggara layanan dan kejelasan status hukum tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan.

Namun, pengaruh positif sistem perizinan terhadap kualitas pelayanan kesehatan tidak selalu berjalan secara otomatis. Mutiah et al. (2025) mengungkapkan bahwa ketika perizinan lebih dipahami sebagai kewajiban administratif daripada instrumen pengendalian mutu, peningkatan kualitas pelayanan menjadi tidak signifikan. Dalam kondisi tersebut, fasilitas dan tenaga kesehatan cenderung berfokus pada pemenuhan dokumen perizinan, bukan pada perbaikan substansi pelayanan. Hal ini menunjukkan bahwa pengaruh perizinan terhadap kualitas pelayanan sangat bergantung pada sejauh mana perizinan diintegrasikan dengan mekanisme evaluasi dan pengawasan yang berkelanjutan.

Selain itu, Littik et al. (2024) menyoroti bahwa ketidakharmonisan regulasi perizinan, khususnya dalam pelayanan kesehatan berbasis teknologi, dapat melemahkan dampak perizinan terhadap kualitas pelayanan. Ketika regulasi tidak konsisten atau tertinggal dari perkembangan praktik pelayanan, perizinan kehilangan daya pengaruhnya

sebagai alat pengendali mutu. Dalam situasi ini, kualitas pelayanan lebih ditentukan oleh inisiatif masing-masing penyelenggara layanan daripada oleh sistem perizinan itu sendiri.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat dipahami bahwa sistem perizinan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan apabila diposisikan sebagai instrumen pengendalian mutu yang aktif dan substansial. Sebaliknya, apabila perizinan hanya dijalankan sebagai formalitas administratif, pengaruhnya terhadap kualitas pelayanan menjadi terbatas. Oleh karena itu, penguatan sistem perizinan perlu diarahkan tidak hanya pada penyederhanaan prosedur, tetapi juga pada peningkatan fungsi pengawasan dan evaluasi mutu pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

L. Kesimpulan

Sistem perizinan merupakan instrumen administratif negara yang berfungsi untuk mengatur, mengendalikan, dan mengawasi berbagai aktivitas masyarakat agar berjalan sesuai dengan ketentuan hukum dan kepentingan umum. Dalam penyelenggaraan pelayanan publik, perizinan berperan sebagai sarana penjamin kepastian hukum, pengendalian mutu, serta akuntabilitas penyelenggara layanan, yang mencakup perizinan usaha, perizinan profesi, dan perizinan operasional. Meskipun telah mengalami berbagai upaya penyederhanaan dan digitalisasi, sistem perizinan di Indonesia masih menghadapi tantangan berupa kompleksitas prosedur, tumpang tindih kewenangan, serta keterbatasan kapasitas pengelola, yang berpotensi memengaruhi efektivitas pelaksanaannya.

Dalam sektor kesehatan, sistem perizinan memiliki peran yang sangat penting karena berkaitan langsung dengan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan kesehatan. Perizinan fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, serta layanan kesehatan berbasis digital berfungsi sebagai mekanisme pengendalian untuk memastikan pelayanan

diberikan oleh pihak yang kompeten dan memenuhi standar. Berbagai kajian menunjukkan bahwa sistem perizinan kesehatan yang diterapkan secara konsisten dan terintegrasi memiliki hubungan positif dengan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan kepercayaan masyarakat, sehingga perizinan perlu diposisikan tidak hanya sebagai persyaratan administratif, tetapi juga sebagai bagian dari sistem pengawasan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustino, L. (2016). *Dasar-dasar kebijakan publik* (Edisi revisi). Alfabeta.
- Asshiddiqie, J. (2018). *Hukum administrasi negara*. Rajawali Pers.
- Ayu, E. P., Budhiartie, A., & Raharja, I. F. (2023). Perizinan penyelenggaraan pelayanan kesehatan berbasis online di Indonesia. *Mendapo: Journal of Administrative Law*, 3(3), 157–178.
<https://doi.org/10.22437/mendapo.v3i3.18486>
- Budiyanti, R. T., & Herlambang, P. M. (2022). Perlindungan hukum pasien dalam layanan konsultasi kesehatan online. *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia*, 1(1), 1–10.
<https://doi.org/10.53337/jhki.v1i01.1>
- Dwiyanto, A. (2017). *Reformasi birokrasi publik di Indonesia*. Gadjah Mada University Press.
- Harinawantara, B. H., Asfihani, N. Z., & Fikri, A. M. (2025). Assessing the urgency of Government Regulation Number 28 of 2024 on telemedicine and digital consumer protection. *Research Horizon*, 5(4), 1565–1576.
<https://doi.org/10.54518/rh.5.4.2025.725>
- Hidayat, A., & Nugroho, R. (2021). Reformasi perizinan dan implikasinya terhadap kualitas pelayanan publik. *Jurnal Administrasi Publik*, 18(2), 145–158.
- Littik, T. P., Sugianto, S., Prasetyo, T., & Agus, T. (2024). Harmonisasi pelaksanaan peraturan perundang-undangan tentang telemedicine untuk menjawab perkembangan perusahaan teknologi kesehatan di Indonesia. *Jurnal Cahaya Mandalika*, 3(3), 2662–2675.
<https://doi.org/10.36312/jcm.v3i3.3661>

- Magister, L. S. (2024). Pengaturan dasar hukum pelaksanaan telemedicine pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia*, 2(01), 22–30. <https://doi.org/10.53337/jhki.v2i01.22>
- Maharani, A., Anggita, D., Witriani, E., & Purba, S. H. (2024). Evaluasi pemanfaatan penerapan telemedicine di Indonesia: Literatur review. *JIKES: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(1), 155–165. <https://doi.org/10.71456/jik.v3i1.1091>
- Mutiah, F., Sibuea, H., & Chandra, M. (2025). Telemedicine regulation in Indonesia: Legal frameworks, challenges and future directions. *Jurnal Multidisiplin Indonesia*, 4(4), 242–251. <https://doi.org/10.58344/jmi.v4i4.2267>
- Nugraha, X., & Sihombing, E. N. (2020). Pelayanan perizinan berbasis elektronik dalam perspektif hukum administrasi negara. *Jurnal Hukum IUS QUIA IUSTUM*, 27(3), 512–530.
- Putri, R. A., & Prasetyo, E. (2022). Sistem perizinan tenaga kesehatan dan mutu pelayanan kesehatan. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 25(1), 33–42.
- Rohman, A., & Wicaksono, K. W. (2021). Good governance dalam penyelenggaraan pelayanan publik. *Jurnal Ilmu Administrasi Negara*, 9(1), 1–12.
- Sari, D. P., & Lestari, T. (2023). Tantangan regulasi pelayanan kesehatan berbasis digital di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 18(2), 87–96.
- Setiawan, D., & Mulyadi, M. (2020). Desentralisasi kewenangan perizinan dan implikasinya terhadap pelayanan publik. *Jurnal Administrasi Negara*, 14(2), 101–114.
- Widodo, J. (2018). *Analisis kebijakan publik*. Bayumedia Publishing.

BAB 7 | Etika Bisnis Dalam Keperawatan Anestesi

*Radita Rahmadini Az-Zahra; Londa Nurjannah;

Yustiana Olfah*

A. Pendahuluan

Perkembangan layanan kesehatan modern menuntut tenaga kesehatan tidak hanya memiliki kompetensi klinis yang tinggi, tetapi juga kemampuan untuk menjunjung tinggi nilai-nilai etika dalam setiap aspek praktik profesional, termasuk dalam keperawatan anestesi (Potter et al., 2021). Keperawatan anestesi merupakan bidang dengan risiko tinggi karena berkaitan langsung dengan keselamatan pasien, pengelolaan nyeri, stabilitas fisiologis, serta pengambilan keputusan kritis dalam waktu singkat (Nursalam, 2020). Dalam konteks pelayanan kesehatan di Indonesia, penerapan etika profesional menjadi landasan utama untuk menjamin mutu pelayanan serta melindungi hak pasien sesuai dengan ketentuan hukum dan kode etik profesi (PPNI, 2015). Prinsip-prinsip moral seperti *autonomy*, *non-maleficence*, *beneficence*, dan *justice* harus menjadi pedoman utama dalam setiap intervensi medis (Beauchamp & Childress, 2019).

Selain aspek klinis, praktik keperawatan anestesi juga tidak terlepas dari dimensi bisnis, seperti penggunaan obat dan alat medis, hubungan dengan institusi pelayanan kesehatan, serta keterlibatan dalam sistem pembiayaan dan manajemen rumah sakit (Nugroho, 2025). Etika bisnis dalam industri jasa kesehatan menuntut adanya keseimbangan antara profesionalisme medis dengan tuntutan manajemen organisasi

(Keraf, 2018). Perawat anestesi memiliki tanggung jawab etis dalam praktik bisnis, termasuk menghindari konflik kepentingan, menjaga integritas profesional, serta tidak menjadikan kepentingan finansial sebagai dasar utama dalam pengambilan keputusan klinis (Erica et al., 2025). Fenomena komersialisasi di era modern saat ini mengharuskan praktisi kesehatan tetap teguh pada komitmen moral meskipun berada dalam tekanan target institusi (Erica et al., 2025).

Namun, dalam praktik di lapangan, penerapan prinsip etika sering menghadapi berbagai tantangan, seperti keterbatasan pemahaman etika, tekanan beban kerja, serta pengaruh sistem organisasi dan manajemen pelayanan kesehatan (Dewi et al., 2024). Penelitian menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan tenaga anestesi dengan penerapan prinsip-prinsip etika dalam pelayanan (Dewi et al., 2024). Lebih lanjut, terdapat korelasi yang nyata antara pengetahuan kode etik profesi dengan sikap mahasiswa dalam menjalankan praktik klinik dasar di rumah sakit (Putra & Listyaningrum, 2024). Rendahnya pemahaman etika dapat berdampak langsung pada penurunan kualitas pelayanan dan tingkat kepuasan pasien secara keseluruhan (Widjaja et al., 2025). Tantangan ini menjadi semakin kompleks ketika tuntutan efisiensi biaya dan target institusi tidak diimbangi dengan kesadaran etis yang memadai (Widjaja et al., 2025).

Oleh karena itu, kajian mengenai etika berbisnis dalam keperawatan anestesi menjadi penting untuk memastikan bahwa praktik profesional tetap berorientasi pada keselamatan pasien, keadilan, dan tanggung jawab moral (Nugroho, 2025). Persepsi yang baik terhadap etika bisnis dan kualitas layanan kesehatan terbukti memiliki dampak positif terhadap loyalitas pasien di rumah sakit (Widjaja et al., 2025). Pemahaman yang komprehensif terhadap prinsip etika serta penerapannya dalam konteks bisnis diharapkan dapat menjadi pedoman bagi perawat anestesi di Indonesia dalam menghadapi dilema etis (Dewi et al., 2024). Pada akhirnya, integritas etis praktisi adalah

kunci utama dalam menjaga kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan anestesi di tengah persaingan industri kesehatan yang semakin kompetitif (Nursalam, 2020).

B. Sejarah

Sejarah etika bisnis keperawatan anestesi berkembang seiring dengan kemajuan profesi keperawatan anestesi dan meningkatnya kompleksitas pelayanan kesehatan (Potter et al., 2021). Pada awal perkembangan anestesi di dunia medis pada akhir abad ke-19 hingga awal abad ke-20, praktik anestesi masih berfokus pada aspek teknis keselamatan pasien tanpa landasan etika profesi yang tertulis secara sistematis (Nursalam, 2020). Perawat yang terlibat dalam tindakan anestesi bekerja di bawah arahan dokter dengan tanggung jawab moral yang belum diatur secara jelas, termasuk dalam aspek pembiayaan, kewenangan praktik, dan hubungan profesional dengan institusi layanan kesehatan (Beauchamp & Childress, 2019).

Memasuki pertengahan abad ke-20, berkembangnya keperawatan sebagai profesi mandiri mendorong munculnya kode etik keperawatan yang menekankan nilai tanggung jawab profesional, kejujuran, dan perlindungan hak pasien (PPNI, 2015). Dalam konteks keperawatan anestesi, prinsip etika mulai diterapkan tidak hanya pada tindakan klinis, tetapi juga pada pengelolaan layanan anestesi yang melibatkan aspek bisnis, seperti transparansi biaya pelayanan, pengelolaan sumber daya medis, dan keadilan dalam pemberian layanan (Keraf, 2018). Organisasi profesi keperawatan anestesi di berbagai negara mulai merumuskan pedoman etika yang mengatur hubungan antara perawat anestesi, pasien, rumah sakit, serta pihak asuransi (Dewi et al., 2024).

Pada era modern, terutama sejak tahun 2000-an hingga saat ini, etika bisnis keperawatan anestesi mengalami perkembangan signifikan seiring dengan meningkatnya tuntutan profesionalisme, akuntabilitas, dan keselamatan pasien (Nugroho, 2025). Etika bisnis tidak lagi dipandang

semata-mata sebagai pengelolaan keuntungan institusi, melainkan sebagai upaya menjaga keseimbangan antara kualitas pelayanan anestesi, keberlanjutan finansial fasilitas kesehatan, dan kepatuhan terhadap nilai-nilai etika profesi (Erica et al., 2025).

Prinsip etika seperti *beneficence*, *non-maleficence*, *autonomy*, *justice*, dan *integrity* menjadi landasan dalam pengambilan keputusan klinis maupun manajerial, termasuk dalam penetapan tarif layanan, *informed consent*, serta penggunaan teknologi anestesi yang berbiaya tinggi (Beauchamp & Childress, 2019). Rendahnya pemahaman terhadap prinsip-prinsip ini dapat berdampak pada penurunan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien di fasilitas kesehatan (Widjaja et al., 2025).

Di Indonesia, sejarah etika bisnis keperawatan anestesi berkembang seiring dengan pengakuan formal peran penata anestesi dan perawat anestesi dalam sistem pelayanan kesehatan nasional (Putra & Listyaningrum, 2024). Regulasi pemerintah, standar akreditasi rumah sakit, serta kode etik profesi menjadi dasar penerapan etika bisnis dalam praktik anestesi, khususnya dalam konteks Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (PPNI, 2015). Hal ini menuntut perawat anestesi untuk menjalankan praktik yang etis, efisien, dan berorientasi pada keselamatan pasien tanpa mengabaikan tanggung jawab profesional dan keadilan sosial dalam pelayanan kesehatan (Dewi et al., 2024). Pengetahuan yang kuat mengenai kode etik profesi terbukti berhubungan langsung dengan sikap positif dalam menjalankan praktik klinik di rumah sakit (Putra & Listyaningrum, 2024).

C. Pengertian

Etika bisnis keperawatan anestesi merupakan seperangkat prinsip moral, nilai profesional, dan norma etis yang menjadi pedoman bagi perawat anestesi dalam menjalankan praktik pelayanan anestesi yang mencakup aspek klinis, manajerial, dan ekonomi secara terpadu (Nursalam,

2020). Etika ini tidak hanya mengatur tindakan keperawatan anestesi dalam konteks keselamatan dan kenyamanan pasien, tetapi juga mengarahkan perilaku profesional perawat anestesi dalam pengelolaan layanan, pemanfaatan sumber daya medis, serta pengambilan keputusan yang berkaitan dengan pembiayaan dan operasional pelayanan anestesi di fasilitas kesehatan (Nugroho, 2025). Dengan demikian, etika bisnis keperawatan anestesi berperan penting dalam menjaga keseimbangan antara tuntutan efisiensi dan keberlanjutan finansial institusi kesehatan dengan kewajiban moral untuk memberikan pelayanan yang bermutu, aman, dan berkeadilan bagi pasien (Keraf, 2018).

Dalam praktiknya, etika bisnis keperawatan anestesi menekankan penerapan prinsip-prinsip etika keperawatan dan etika biomedis, seperti *beneficence* (berbuat baik), *non-maleficence* (tidak merugikan), *autonomy* (menghormati hak dan keputusan pasien), *justice* (keadilan), serta *integrity* dan *accountability* (integritas dan akuntabilitas profesional) (Beauchamp & Childress, 2019).

Prinsip-prinsip tersebut menjadi dasar dalam berbagai aspek pelayanan anestesi, termasuk pemberian informasi yang jujur dan transparan kepada pasien, pelaksanaan *informed consent*, pengelolaan risiko tindakan anestesi, serta penetapan biaya pelayanan yang wajar dan dapat dipertanggungjawabkan (Erica et al., 2025). Dalam konteks bisnis pelayanan kesehatan, perawat anestesi dituntut untuk mampu bersikap profesional tanpa menjadikan keuntungan finansial sebagai tujuan utama yang mengorbankan keselamatan pasien atau melanggar kode etik profesi (PPNI, 2015). Rendahnya kepatuhan terhadap prinsip-prinsip ini dapat berdampak negatif pada persepsi kualitas layanan dan kepuasan pasien di rumah sakit (Widjaja et al., 2025).

Selain itu, etika bisnis keperawatan anestesi juga mengatur hubungan profesional antara perawat anestesi dengan institusi pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan lain, serta pihak penjamin pembiayaan, seperti asuransi atau sistem

jaminan kesehatan nasional (Nugroho, 2025). Perawat anestesi memiliki tanggung jawab etis untuk menggunakan sumber daya secara efektif dan efisien, menghindari praktik yang berpotensi menimbulkan konflik kepentingan, serta menjaga kepercayaan publik terhadap profesi keperawatan anestesi (Dewi et al., 2024). Dalam hal ini, etika bisnis berfungsi sebagai kontrol moral agar setiap keputusan yang diambil dalam pengelolaan layanan anestesi tetap berorientasi pada kepentingan pasien dan masyarakat, bukan semata-mata pada keuntungan organisasi (Keraf, 2018). Tingkat pengetahuan tenaga anestesi mengenai kode etik berhubungan erat dengan aplikasi prinsip etika tersebut di lapangan (Putra & Listyaningrum, 2024).

Dalam konteks sistem pelayanan kesehatan modern yang semakin kompleks dan kompetitif, etika bisnis keperawatan anestesi menjadi landasan penting dalam menjaga profesionalisme dan mutu layanan (Potter et al., 2021). Perkembangan teknologi anestesi yang canggih dan berbiaya tinggi, tuntutan efisiensi pelayanan, serta regulasi kesehatan yang semakin ketat menuntut perawat anestesi untuk memiliki pemahaman yang komprehensif mengenai etika bisnis (Erica et al., 2025). Dengan penerapan etika bisnis yang baik, perawat anestesi diharapkan mampu menjalankan peran profesionalnya secara bertanggung jawab, menjunjung tinggi nilai kemanusiaan, serta berkontribusi terhadap peningkatan kualitas dan keberlanjutan pelayanan anestesi dalam sistem kesehatan secara keseluruhan (Dewi et al., 2024).

D. Tujuan

Tujuan etika bisnis keperawatan anestesi adalah untuk memastikan bahwa seluruh aktivitas pelayanan anestesi yang melibatkan aspek klinis, manajerial, dan ekonomi dilaksanakan secara profesional, bertanggung jawab, dan berlandaskan nilai-nilai etika keperawatan (Nursalam, 2020). Etika bisnis ini bertujuan melindungi hak dan keselamatan pasien dengan menjamin bahwa setiap keputusan terkait

pelayanan anestesi, termasuk penggunaan sumber daya, pemilihan tindakan, serta penetapan biaya, dilakukan secara adil, transparan, dan tidak merugikan pasien (Beauchamp & Childress, 2019). Selain itu, etika bisnis keperawatan anestesi bertujuan untuk menjaga integritas dan kepercayaan publik terhadap profesi perawat anestesi dengan mendorong perilaku jujur, akuntabel, serta bebas dari konflik kepentingan dalam penyelenggaraan layanan anestesi (PPNI, 2015). Rendahnya pemahaman terhadap tujuan etika ini dapat berdampak pada penurunan kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat (Dewi et al., 2024). Lebih lanjut, etika bisnis keperawatan anestesi bertujuan untuk menciptakan keseimbangan antara kepentingan pasien, tenaga kesehatan, dan institusi pelayanan kesehatan (Keraf, 2018).

Dengan adanya etika bisnis, perawat anestesi diharapkan mampu mengelola layanan anestesi secara efisien tanpa mengorbankan mutu pelayanan dan nilai kemanusiaan (Nugroho, 2025). Etika ini juga bertujuan sebagai pedoman dalam menjalin hubungan profesional yang harmonis antara perawat anestesi dengan dokter, manajemen rumah sakit, serta pihak penjamin pembiayaan, sehingga tercipta sistem pelayanan anestesi yang berkelanjutan, berkeadilan, dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Erica et al., 2025). Hubungan yang harmonis dan transparan dalam sistem manajemen rumah sakit terbukti meningkatkan kepuasan serta loyalitas pasien (Widjaja et al., 2025).

Selain itu, tujuan etika bisnis keperawatan anestesi adalah untuk meningkatkan kualitas dan keselamatan pelayanan anestesi melalui pengambilan keputusan yang etis dan rasional, baik dalam praktik klinis maupun dalam pengelolaan organisasi (Potter et al., 2021). Etika bisnis mendorong perawat anestesi untuk senantiasa mengutamakan prinsip *beneficence*, *non-maleficence*, *autonomy*, dan *justice* dalam setiap aspek pelayanan (Beauchamp & Childress, 2019). Tingkat pengetahuan yang memadai mengenai kode etik menjadi prasyarat utama agar tujuan-tujuan etika ini dapat

terwujud dalam praktik klinik sehari-hari (Putra & Listyaningrum, 2024). Dengan demikian, penerapan etika bisnis keperawatan anestesi tidak hanya berkontribusi pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan, tetapi juga memperkuat profesionalisme, tanggung jawab moral, dan keberlanjutan praktik keperawatan anestesi dalam sistem pelayanan kesehatan modern (Dewi et al., 2024).

E. Jenis-Jenis

Etika bisnis dalam keperawatan anestesi mencakup berbagai bentuk dan pendekatan etis yang mengatur perilaku profesional perawat anestesi dalam menjalankan praktik pelayanan anestesi yang berhubungan dengan aspek klinis, manajerial, dan ekonomi (Nursalam, 2020). Jenis-jenis etika bisnis ini berfungsi sebagai pedoman dalam pengambilan keputusan agar pelayanan anestesi tetap berorientasi pada keselamatan pasien, profesionalisme, dan keadilan (Keraf, 2018). Berikut adalah beberapa jenis etika bisnis yang relevan dalam keperawatan anestesi:

1. Etika Profesi Keperawatan Anestesi

Etika profesi merupakan jenis etika bisnis yang paling mendasar dalam keperawatan anestesi (PPNI, 2015). Etika ini bersumber dari kode etik keperawatan dan kode etik penata/perawat anestesi yang mengatur tanggung jawab moral, sikap profesional, dan standar perilaku perawat anestesi dalam memberikan pelayanan (Putra & Listyaningrum, 2024). Dalam konteks bisnis pelayanan anestesi, etika profesi menuntut perawat anestesi untuk bertindak jujur, bertanggung jawab, menjaga kompetensi, serta mengutamakan keselamatan dan kepentingan pasien di atas kepentingan pribadi atau institusi (Dewi et al., 2024)

2. Etika Klinis (*Clinical Ethics*)

Etika klinis berkaitan dengan pengambilan keputusan etis dalam praktik langsung pelayanan anestesi (Beauchamp & Childress, 2019). Jenis etika ini

berfokus pada penerapan prinsip *beneficence*, *non-maleficence*, *autonomy*, dan *justice* dalam tindakan anestesi (Potter et al., 2021). Dalam konteks bisnis, etika klinis berperan penting ketika perawat anestesi dihadapkan pada keterbatasan sumber daya, tekanan efisiensi biaya, atau penggunaan teknologi anestesi yang mahal, sehingga keputusan yang diambil tetap mengutamakan keselamatan dan hak pasien (Erica et al., 2025).

3. Etika Manajerial dan Organisasi

Etika manajerial merupakan jenis etika bisnis yang mengatur perilaku perawat anestesi dalam pengelolaan layanan anestesi di tingkat organisasi (Nursalam, 2020). Etika ini mencakup pengelolaan sumber daya manusia, alat dan obat anestesi, jadwal pelayanan, serta sistem kerja yang adil dan transparan (Nugroho, 2025). Dalam keperawatan anestesi, etika manajerial menuntut perawat anestesi untuk mendukung kebijakan rumah sakit yang etis, efisien, dan berorientasi pada mutu pelayanan tanpa menimbulkan diskriminasi atau eksploitasi tenaga kesehatan (Widjaja et al., 2025).

4. Etika Ekonomi dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Etika ekonomi merupakan jenis etika bisnis yang berkaitan dengan aspek pembiayaan pelayanan anestesi (Nugroho, 2025). Etika ini mengatur kewajaran biaya, transparansi tarif layanan, serta keadilan dalam akses pelayanan anestesi bagi pasien (Keraf, 2018). Perawat anestesi diharapkan tidak terlibat dalam praktik yang merugikan pasien, seperti manipulasi biaya, penggunaan alat atau obat yang tidak sesuai indikasi demi keuntungan finansial, atau diskriminasi pelayanan berdasarkan kemampuan ekonomi pasien (Erica et al., 2025).

5. Etika Hukum dan Kepatuhan Regulasi

Etika hukum berkaitan dengan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan dan standar hukum dalam praktik anestesi (PPNI, 2015). Dalam keperawatan anestesi, etika ini mencakup kewajiban mematuhi regulasi

praktik profesi, standar operasional prosedur, serta ketentuan hukum terkait *informed consent* dan keselamatan pasien (Nursalam, 2020). Etika hukum menjadi bagian penting dari etika bisnis karena setiap pelanggaran hukum dalam pelayanan anestesi dapat berdampak pada kerugian pasien, institusi, dan profesi (Putra & Listyaningrum, 2024).

6. Etika Sosial dan Tanggung Jawab Sosial Profesi

Etika sosial menekankan tanggung jawab perawat anestesi terhadap masyarakat luas (Potter et al., 2021). Dalam konteks bisnis pelayanan kesehatan, etika ini mendorong perawat anestesi untuk berkontribusi dalam pelayanan yang berkeadilan, tidak diskriminatif, dan berorientasi pada kepentingan sosial (Dewi et al., 2024). Etika sosial juga mencakup peran perawat anestesi dalam mendukung program kesehatan nasional, peningkatan mutu pelayanan publik, serta menjaga citra positif profesi keperawatan anestesi di mata masyarakat (Widjaja et al., 2025).

F. Unsur

Unsur etika bisnis keperawatan anestesi merupakan komponen dasar yang membentuk landasan moral dan profesional dalam penyelenggaraan pelayanan anestesi yang melibatkan aspek klinis dan ekonomi (Nursalam, 2020). Unsur pertama adalah tanggung jawab profesional, yaitu kesadaran perawat anestesi untuk melaksanakan tugas sesuai kompetensi, standar praktik, dan kode etik profesi tanpa mengabaikan keselamatan pasien (PPNI, 2015). Unsur kedua adalah kejujuran dan transparansi, yang tercermin dalam pemberian informasi yang benar dan jelas kepada pasien mengenai prosedur anestesi, risiko, manfaat, serta biaya pelayanan, sehingga tercipta hubungan saling percaya antara perawat anestesi dan pasien (Potter et al., 2021). Unsur berikutnya adalah keadilan, yang menuntut perawat anestesi untuk memberikan pelayanan secara adil dan tidak

diskriminatif, baik dalam akses pelayanan maupun dalam penggunaan sumber daya medis (Beauchamp & Childress, 2019).

Selain itu, akuntabilitas menjadi unsur penting dalam etika bisnis keperawatan anestesi, di mana setiap tindakan dan keputusan profesional harus dapat dipertanggungjawabkan secara etis, hukum, dan administratif (Nursalam, 2020). Integritas profesional juga merupakan unsur utama yang menuntut perawat anestesi untuk menjaga konsistensi antara nilai etika, perilaku, dan keputusan yang diambil, serta menghindari konflik kepentingan dalam praktik pelayanan anestesi (Keraf, 2018). Unsur efisiensi dan keberlanjutan layanan turut menjadi bagian dari etika bisnis, di mana perawat anestesi diharapkan mampu menggunakan sumber daya secara bijaksana agar pelayanan anestesi dapat berjalan efektif tanpa pemborosan dan tetap berorientasi pada mutu pelayanan (Nugroho, 2025). Pemahaman yang baik terhadap integritas bisnis ini berkontribusi signifikan pada kepuasan dan loyalitas pasien (Widjaja et al., 2025).

Selanjutnya, unsur perlindungan hak dan keselamatan pasien menjadi inti dari etika bisnis keperawatan anestesi, yang mencakup penghormatan terhadap otonomi pasien, pelaksanaan *informed consent*, serta upaya pencegahan risiko dan kesalahan dalam tindakan anestesi (Beauchamp & Childress, 2019). Terakhir, kepatuhan terhadap hukum dan regulasi merupakan unsur yang tidak terpisahkan, karena praktik anestesi harus selaras dengan peraturan perundang-undangan, standar akreditasi rumah sakit, dan kebijakan sistem pelayanan kesehatan (Erica et al., 2025). Rendahnya pengetahuan mengenai aspek hukum dan kode etik profesi dapat melemahkan penerapan unsur-unsur etika ini di lapangan (Putra & Listyaningrum, 2024). Dengan terpenuhinya unsur-unsur tersebut, etika bisnis keperawatan anestesi berfungsi sebagai pedoman yang menjamin profesionalisme, kualitas pelayanan, dan kepercayaan masyarakat terhadap layanan anestesi (Dewi et al., 2024).

DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, N. N. A. K., Suyasa, A. B., Devi, N. L. P. L., & Wahyuningsih, L. G. N. S. (2024). The relationship between knowledge and the application of ethical principles of anesthesia principals. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 6(S6), 143-148. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v6iS6.4817>
- Putra, A. K., & Listyaningrum, T. (2024). Hubungan pengetahuan kode etik profesi penata anastesi dengan sikap menjalankan praktik klinik dasar di rumah sakit mahasiswa anesthesiologi Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta. *Jurnal Ilmiah Kesehatan (JIK)*, 14(1), 32-45. <https://doi.org/10.32699/jik.v14i1.7217>
- Widjaja, T. N. S., Sikki, N., Kasyati, C., Yinnie, C., Febrina, D. M. A., Kusyanto, F. A., Hayya, L. N., Samsu, R. A., & Astuti, T. (2025). Perception of business ethics and healthcare service quality in hospitals: Impact on patient satisfaction and loyalty. *RIGGS: Journal of Artificial Intelligence and Digital Business*, 4(3), 2096-2101. <https://doi.org/10.31004/riggs.v4i3.2252>
- Erica, D., Widyaningrum, A., Akmal, A. F., & Redjeki, F. R. (2025). Etika bisnis di rumah sakit swasta: Tinjauan literatur tentang praktik bisnis di era komersialisasi. *Innovative: Journal Of Social Science Research*, 5(3), 1772-1786. <https://doi.org/10.31004/innovative.v5i3.19113>
- Nugroho, A. A. (2025). Relevansi etika bisnis dalam industri jasa kesehatan. *Respons: Jurnal Etika Sosial*, 15(1). <https://doi.org/10.25170/respons.v15i01.566>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* (6th ed.). Salemba Medika.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021).
Fundamentals of Nursing (10th ed.). Elsevier.

Keraf, A. S. (2018). Etika Bisnis: Tuntutan dan Relevansinya.
Kanisius.

Indonesian National Nurses Association (PPNI). (2015). Kode Etik
Keperawatan Indonesia. Jakarta: PPNI.

BAB 8

Sistem Asuransi Kesehatan

Salma Diana; Bunga Andhika Mutiara; Yustiana Olfah

A. Pendahuluan

Kesehatan seseorang sangat penting dalam kehidupan. Selain itu, kesehatan yang baik didukung oleh fasilitas yang memadai dan unggul. Selain itu, industri asuransi perlu menyediakan layanan yang memberikan perlindungan terhadap manusia, khususnya yang berkaitan dengan kegiatan yang bermanfaat bagi kesehatan masyarakat (Azmi, 2022). Guncangan kesehatan yang terjadi di dalam rumah berdampak besar terhadap keadaan keuangan rumah tangga. Terdapat dua kerugian yang terkait dengan guncangan ini: pengeluaran yang lebih tinggi secara keseluruhan, terutama untuk layanan kesehatan dan pengobatan, dan pendapatan yang lebih rendah karena rendahnya keterlibatan dan produktivitas di tempat kerja (Umaroh & Listiono, 2023).

Indonesia sudah mempunyai jaminan kesehatan sejak zaman penjajahan Belanda. Selain itu, setelah pemerintah Belanda mengakui kemerdekaan negaranya pada tahun 1949, berbagai upaya dilakukan untuk memastikan bahwa kebutuhan layanan kesehatan masyarakat khususnya pejabat pemerintah dan keluarganya dapat terpenuhi. Selaku Menteri Kesehatan saat itu, Prof. G.A. Siwabessy segera mengusulkan konsep penerapan skema asuransi kesehatan nasional, yang sudah mulai diterapkan di banyak negara industri dan berkembang pesat. Pada periode tersebut, hanya pegawai negeri dan keluarganya yang berhak berpartisipasi. Siwabessy optimis

bahwa sistem yang dapat menjamin kesehatan seluruh penduduk Indonesia pada akhirnya akan mencapai puncak perbaikan kondisi kesehatan negara (Dany et al., 2021).

Sebuah organisasi eksklusif yang membawahi administrasi asuransi kesehatan diperlukan untuk mengendalikan permasalahan dalam industri kesehatan. Untuk memenuhi metrik kepuasan layanan, lembaga harus memberikan layanan berkualitas tinggi. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah lembaga penyelenggara program Jaminan Kesehatan Sosial yang diluncurkan pemerintah pada tahun 2014. Fokus utama program ini adalah pada jaminan kesehatan. Karena salah satu tujuannya adalah memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada pesertanya, BPJS benar-benar bermanfaat bagi masyarakat. Namun, seiring dengan semakin banyaknya orang yang memanfaatkan layanan ini, semakin banyak pula manfaat dan kerugian yang terungkap mengenai budaya Indonesia (Arofah et al., 2022).

Pengenalan Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) sebagai bagian dari Program Jaminan Kesehatan telah memberikan dampak yang signifikan terhadap pelayanan kesehatan masyarakat. Masyarakat sekarang memiliki akses yang sangat baik terhadap asuransi kesehatan karena inisiatif ini. Landasan hukum dan landasan jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Selain itu, kebijakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013. Partisipasi masyarakat dalam JKN-KIS sangatlah penting. Program JKN-KIS dilaksanakan. Anggota yang sehat akan membantu dalam proses timbal balik untuk membantu atau menurunkan pengeluaran kesehatan individu. Peserta yang sakit, generasi muda mendukung lansia, memastikan Indonesia tetap sehat. JKN harus mampu memberikan pembiayaan kesehatan yang adil sehingga terjadi subsidi lintas daerah dan penduduk.

Secara umum, telehealth berkaitan dengan penyediaan layanan medis kepada pasien melalui percakapan suara dan video. Mayoritas penyedia layanan virtual (juga dikenal sebagai layanan kesehatan virtual) percaya bahwa penggunaan teknologi untuk memberikan layanan kesehatan antara pasien dan dokter memiliki banyak manfaat, termasuk fleksibel, mudah digunakan, dan dapat berkonsultasi di mana saja, kapan saja, tanpa harus menunggu (Sesilia, 2020). Berdasarkan latar belakang yang dipaparkan maka tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan kualitas pelayanan kesehatan dengan asuransi kesehatan di Indonesia.

B. Sejarah Asuransi Kesehatan

Asuransi adalah pertanggungan atau perjanjian antara dua belah pihak. Sejarah asuransi dimulai sejak 1.000 tahun SM masyarakat kuno telah mengenal prinsip-prinsip dasar asuransi dimulai melalui perdagangan antara pedagang Babilonia (Irak) dan Tiongkok. Dengan kata lain “Segala yang dikorbankan untuk manfaat bersama harus dipikul (kontribusi) secara bersama-sama”. Hukum kuno tersebut menjadi dasar dari prinsip asuransi, bukan hanya asuransi kesehatan, tetapi semua asuransi “a common contribution for the common good” (HIAA, 1994).

Jenis asuransi yang mereka gunakan pada saat itu dikhususkan pada barang dagangan mereka. Jaminan yang diberikan adalah perlindungan risiko barang hilang di tengah laut atau dirampok. Sejalan dengan sistem perdagangan di Babilonia yang semakin berkembang pada sebelum masehi ini telah terekam pada suatu dokumen tepatnya pada masa pemerintahan raja Hammurabi, yang bernama Kode Hammurabi pada tahun 1750 SM. Dokumen tersebut menjelaskan metode penjaminan asuransi untuk pertama kali terhadap barang dagangan mereka. Pada saat itu aturan yang diterapkan bukanlah sistem asuransi seperti yang kita kenal, akan tetapi terlebih pada pengampunan terhadap seseorang yang memiliki pinjaman.

Hammurabi code adalah prasasti hukum kuno Babilonia yang disusun oleh raja Hammurabi. Prasasti ini berukuran 2,25 meter dengan tulisan terukir dalam bahasa Akkadia berisi 282 peraturan mengenai berbagai ketentuan semisal undang-undang perdagangan, perbudakan, penuduhan, ganti rugi kerusakan, pencurian dan hubungan keluarga.

Asuransi kesehatan berkembang ketika dimulai dengan solidaritas bersama yang sifatnya mengumpulkan dana dengan jumlah yang kecil seperti dana sehat, dana sakit, dan sebagainya. Dana yang terkumpul umumnya tidak memadai untuk berkembang karena sifatnya yang sukarela dan besaran premi/iuran tidak dihitung secara memadai. Oleh karena itu dalam menyelesaikan kegagalan sistem asuransi kecil tersebut dan bersifat lokal yaitu pengelolaan secara komersial dengan tingkat profesional yang tinggi dan pengelolaan secara asuransi sosial yang bersifat wajib diikuti oleh semua orang dalam suatu golongan.

C. Definisi Asuransi Kesehatan

Asuransi adalah perjanjian tertulis antara dua belah pihak, yaitu pihak tertanggung dan pihak penanggung (Ferry Faldzul Rahman, 2020). Pihak tertanggung membayar premi kepada pihak penanggung, dan pihak penanggung berjanji akan memberikan ganti rugi atau manfaat kepada pihak tertanggung jika terjadi sesuatu yang menimpa pihak tertanggung atau barang miliknya sesuai dengan perjanjian yang telah disepakati (Ganie, 2023).

Asuransi berdasarkan pandangan pengetahuan ekononmi banya dikemukakan. Menurut The New Wabstr's Dictionary, "The practice by with an individual secures financial compensation for specified los or demaged. Pada umumnya yang dimaksud dengan asuransi adalah suatu cara atau alat pemindahan risiko apabila pada waktu yang akan datang diderita kerugian-kerugian akibat risiko yang dihadapi, maka kerugian tersebut dapat dialihkan kepada pihak lain.

Secara umum, asuransi dapat didefinisikan sebagai suatu mekanisme perlindungan terhadap risiko di masa yang akan datang. Risiko adalah suatu keadaan yang mengandung kemungkinan terjadi kerugian (Aziz, 2021). Risiko dapat berupa risiko pribadi, risiko properti, risiko kesehatan, atau risiko bisnis.

Menurut Ketentuan Pasal 246 KUHD, Asuransi atau Pertanggungan adalah Perjanjian dengan mana penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi untuk memberikan penggantian kepadanya karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan yang mungkin dideritanya akibat dari suatu evenemen (peristiwa tidak pasti).

Pengertian Asuransi dalam UU No. 40 Tahun 2014 tentang perasuransian, Asuransi merupakan perjanjian diantara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dengan pemegang polis, yang menjadi dasar atau acuan bagi penerimaan premi oleh perusahaan asuransi dengan imbalan untuk :

1. Menyediakan ganti rugi kepada pihak tertanggung dalam hal ini adalah peserta sebagai pemilik polis atas kerugian yang dialaminya baik kerusakan, biaya yang timbul dan kehilangan keuntungan maupun tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung / pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti tersebut; atau
2. Memberikan pembayaran dengan acuan pada meninggalnya tertanggung atau pembayaran yang didasarkan pada hidup si tertanggung dengan manfaat yang besarnya telah ditetapkan dan atau didasarkan pada hasil pengelolaan dana.

D. Jenis-Kenis Asuransi Kesehatan

Beberapa jenis asuransi kesehatan yang umum ditawarkan oleh perusahaan asuransi (Pradana, Kurniawan, and Kristiani, 2021; Prameswari, and Indriantoro, 2021; Suryawati, Hariyanto, and Pujilestari, 2021; Wardhana, Aditya, et al, 2021; Putra, and Setiawan, 2020; Jiao, Liu, Wen, Zhang, and Wang, 2018):

1. Asuransi Kesehatan Individu (Individual Health Insurance) memberikan perlindungan kesehatan untuk individu dengan membayar premi yang ditetapkan (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Ahn, Park, and Lee, 2018; Okello, Gilson, and Ezumah, 2018).
2. Asuransi Kesehatan Keluarga (Family Health Insurance) menawarkan perlindungan kesehatan untuk keluarga (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Okello, Gilson, and Ezumah, 2018; Sutrisna, Widyarto, Puspitasari, 2017).
3. Asuransi Kesehatan Pra-eksisting (Pre-existing Condition Health Insurance) memberikan perlindungan kesehatan untuk kondisi medis yang sudah ada sebelumnya, seperti diabetes, kanker, atau penyakit jantung (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Okello, Gilson, and Ezumah, 2018).
4. Asuransi Kesehatan Penyakit Kritis (Critical Illness Health Insurance) memberikan manfaat finansial jika seseorang didiagnosis dengan penyakit serius seperti kanker atau serangan jantung (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Okello, Gilson, and Ezumah, 2018).
5. Asuransi Kesehatan Global (Global Health Insurance). Asuransi kesehatan global memberikan perlindungan kesehatan internasional dan mencakup perawatan medis di negara-negara lain (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Okello, Gilson, and Ezumah, 2018).
6. Asuransi Kesehatan Perjalanan (Travel Health Insurance). Asuransi memberikan kesehatan perjalanan perlindungan kesehatan untuk wisatawan selama mereka berada di luar negeri (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Okello, Gilson, and Ezumah, 2018).
7. Asuransi Kesehatan Anak (Child Health Insurance). Asuransi kesehatan anak memberikan perlindungan kesehatan khusus untuk anak-anak (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Okello, Gilson, and Ezumah, 2018).

E. Prinsip-Prinsip Asuransi Kesehatan

Prinsip-prinsip asuransi kesehatan menjadi pedoman dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan untuk memberikan pelayanan yang terbaik dan sesuai dengan aturan yang berlaku (Pradana, Kurniawan, and Kristiani, 2021; Wardhana, Aditya, et al, 2021; Prameshanti, and Sulistiyani, 2020; Widayati, and Hapsari, 2020; Huda, and Wahyuni, 2019; Maharani, Nugroho, and Utami, 2019). Berikut adalah beberapa prinsip-prinsip asuransi kesehatan:

1. Prinsip kebersamaan (mutual assistance) mendasarkan bahwa anggota asuransi saling membantu satu sama lain dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya.
2. Prinsip iuran (premium) menekankan bahwa anggota asuransi harus membayar iuran atau premi secara teratur dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku agar dapat memperoleh manfaat perlindungan kesehatan (Prameswari, and Indriantoro, 2021).
3. Prinsip kerahasiaan (principle of confidentiality) menjamin bahwa informasi pribadi anggota asuransi harus dijaga kerahasiaannya dan tidak boleh disebarkan ke pihak lain tanpa izin dari anggota asuransi tersebut.
4. Prinsip keadilan (fairness) menjamin bahwa seluruh anggota asuransi harus mendapatkan perlakuan yang sama dan adil dalam hal pemberian manfaat perlindungan kesehatan (Marpaung, and Tanjung, 2019).
5. Prinsip tanggung jawab (principle of responsibility) menuntut bahwa setiap anggota asuransi harus bertanggung jawab terhadap kesehatannya sendiri, serta harus mengikuti aturan dan ketentuan yang berlaku dalam program asuransi kesehatan.
6. Prinsip subsidiaritas (principle of subsidiarity) menegaskan bahwa asuransi kesehatan hanya dapat memberikan perlindungan pada kondisi kesehatan yang memerlukan biaya besar dan sulit ditanggung oleh individu (Nurrohmah, Akbar, and Djumahir, 2021; Muthia, and Irawati, 2020; Putra, and Setiawan, 2020).

7. Prinsip kesinambungan (principle of sustainability) menjamin bahwa penyelenggara asuransi kesehatan harus memberikan perlindungan kesehatan yang berkelanjutan bagi anggota asuransi dengan cara menjaga keberlangsungan kesehatan yang dijalankan.

F. Unsur-Unsur Asuransi

Unsur-unsur suatu asuransi adalah sebagai berikut :

1. Penanggung
Merupakan badan penyelenggara asuransi yang akan menyiapkan sejumlah dana pertanggungan kepada peserta apabila terjadi suatu risiko yang tidak diduga terhadap tertanggung dalam hal ini adalah peserta asuransi.
2. Tertanggung
Orang atau kelompok, atau keluarga yang telah menjadi peserta asuransi yang diberikan jaminan perlindungan oleh penanggung .
3. Uang Pertanggungan
Merupakan sejumlah dana yang disiapkan oleh penanggung dan dibayarkan sesuai dengan nominal yang tercantum di dalam polis.
4. Polis
Merupakan surat perjanjian antara badan penyelenggara asuransi dengan peserta mengenai jenis asuransi yang ditanggung dan memuat tentang hak dan kewajiban kedua belah pihak (badan penyelenggara asuransi dan peserta).
5. Pemegang Polis
Orang atau Badan Hukum yang mengadakan perjanjian Asuransi dengan badan penyelenggara asuransi atas jiwa peserta sebagaimana yang termuat di dalam data polis.
6. Premi
Merupakan sejumlah dana yang harus dikeluarkan oleh peserta asuransi untuk dibayarkan kepada badan penyelenggara asuransi sesuai yang termuat di dalam perjanjian atau polis serta memiliki data jenis-jenis biaya-biaya dan dana investasi.

7. Adanya kerugian, kerusakan atau kehilangan.
8. Adanya peristiwa tertentu yang mungkin akan terjadi

G. Dasar Hukum Penerapan Asuransi Kesehatan Indonesia

1. Pengaturan Undang-undang Terkait Asuransi Kesehatan

Aturan undang-undang terkait asuransi kesehatan di Indonesia diatur dalam beberapa undang-undang, antara lain:

- a. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU SJSN merupakan undang-undang dasar yang mengatur tentang penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia, termasuk jaminan sosial kesehatan. UU SJSN mengamanatkan bahwa setiap orang berhak memperoleh jaminan sosial, termasuk jaminan sosial kesehatan.
- b. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). UU BPJS merupakan undang-undang yang mengatur tentang pembentukan dan penyelenggaraan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan merupakan Badan Layanan Umum (BLU) yang bertanggung jawab kepada Presiden dan menyelenggarakan program jaminan sosial kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia.
- c. Undang-Undang Onibuslaw Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. UU Kesehatan mengatur tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia, termasuk penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan. UU Kesehatan mengamanatkan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan terjangkau.

Selain undang-undang tersebut, terdapat beberapa peraturan perundang-undangan lain yang mengatur tentang asuransi kesehatan, antara lain:

- a. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional. Perpres Nomor 82 Tahun 2018 merupakan peraturan presiden yang mengatur tentang penyelenggaraan program jaminan sosial kesehatan. Perpres ini merupakan peraturan pelaksana dari UU SJSN dan UU BPJS.

b. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional. Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 merupakan peraturan menteri kesehatan yang mengatur tentang pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta jaminan sosial kesehatan.

c. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2019 tentang Tata Cara Pembiayaan Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional. Permenkes Nomor 11 Tahun 2019 merupakan peraturan menteri kesehatan yang mengatur tentang tata cara pembiayaan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta jaminan sosial kesehatan.

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mengatur tentang Asuransi Kesehatan

Dalam aturan tersebut membahas beberapa aturan antara lain Pembaharuan dan penyesuaian terhadap ketentuan yang telah diatur dalam Omnibus Law. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 memuat pembaharuan dan penyesuaian terhadap ketentuan yang telah diatur dalam Omnibus Law, antara lain:

- a. Penambahan ketentuan tentang kewajiban seluruh penduduk Indonesia untuk menjadi peserta JKN tanpa terkecuali.
- b. Penyesuaian besaran iuran JKN berdasarkan golongan peserta.
- c. Penambahan ketentuan tentang pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dalam Penyelenggaraan JKN.

Penyelenggaraan JKN yang lebih komprehensif. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 mengatur tentang penyelenggaraan JKN yang lebih komprehensif, antara lain:

- a. Penambahan cakupan manfaat JKN, termasuk pelayanan kesehatan promotif dan preventif, pelayanan kesehatan penunjang, dan pelayanan kesehatan rehabilitasi.
- b. Penambahan fasilitas kesehatan yang dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, termasuk fasilitas kesehatan swasta.

- c. Penambahan mekanisme koordinasi antar penyelenggara jaminan kesehatan, termasuk asuransi kesehatan komersial.

Berikut adalah beberapa ketentuan Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023 terkait asuransi kesehatan secara lebih rinci:

a. Pasal 20

Pasal ini mengatur tentang kewajiban seluruh penduduk Indonesia untuk menjadi peserta JKN. Pasal ini mengamanatkan bahwa setiap orang, baik warga negara Indonesia maupun warga negara asing yang tinggal di Indonesia, wajib menjadi peserta JKN.

b. Pasal 21

Pasal ini mengatur tentang besaran iuran JKN. Pasal ini mengamanatkan bahwa besaran iuran JKN ditetapkan berdasarkan golongan peserta, yaitu:

- Golongan I: peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) dengan gaji paling tinggi Rp 15.000.000,00 per bulan;
- Golongan II: peserta PPU dengan gaji lebih dari Rp 15.000.000,00 per bulan;
- Golongan III: peserta Bukan Peserta Penerima Upah (BPPU) dengan penghasilan paling tinggi Rp 8.000.000,00 per bulan;
- Golongan IV: peserta BPPU dengan penghasilan lebih dari Rp 8.000.000,00 per bulan; dan
- Golongan V: peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI).

c. Pasal 22

Pasal ini mengatur tentang sumber pembiayaan JKN. Pasal ini mengamanatkan bahwa sumber pembiayaan JKN terdiri dari iuran peserta, dana pemerintah, dan sumber lain yang sah.

d. Pasal 23

Pasal ini mengatur tentang penyelenggaraan JKN. Pasal ini mengamanatkan bahwa JKN diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan.

e. Pasal 24

Pasal ini mengatur tentang pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dalam penyelenggaraan JKN. Pasal ini mengamanatkan bahwa BPJS Kesehatan wajib memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi dalam penyelenggaraan JKN.

f. Pasal 25

Pasal ini mengatur tentang cakupan manfaat JKN. Pasal ini mengamanatkan bahwa cakupan manfaat JKN meliputi :

- Pelayanan kesehatan promotif dan preventif;
- Pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif;
- Pelayanan kesehatan penunjang;
- Pelayanan gawat darurat;
- Pelayanan ibu dan anak;
- Pelayanan penyakit katastropik;
- Pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan rawat gigi;
- Pelayanan kefarmasian;
- Pelayanan alat kesehatan;
- Pelayanan transportasi rujukan; dan
- Pelayanan lainnya yang ditetapkan oleh Menteri.

g. Pasal 26

Pasal ini mengatur tentang fasilitas kesehatan yang dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Pasal ini mengamanatkan bahwa fasilitas kesehatan yang dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan meliputi:

- Fasilitas kesehatan milik pemerintah;
- Fasilitas kesehatan milik swasta; dan
- Fasilitas kesehatan lainnya yang ditetapkan oleh Menteri.

h. Pasal 27

Pasal ini mengatur tentang mekanisme koordinasi antar penyelenggara jaminan kesehatan. Pasal ini mengamanatkan bahwa penyelenggaraan jaminan kesehatan dapat dilaksanakan dengan koordinasi antar penyelenggara jaminan, termasuk asuransi kesehatan komersial. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023

diharapkan dapat menjadi instrumen untuk mewujudkan Universal Health Coverage (UHC) di Indonesia.

H. Peran Asuransi Kesehatan Dalam Sistem Kesehatan

Asuransi kesehatan memiliki peran integral dalam mendukung keberlanjutan sistem kesehatan dan akses pelayanan medis yang berkualitas. Salah satu aspek utama adalah memberikan akses lebih mudah dan terjangkau terhadap layanan kesehatan melalui jaringan penyedia yang telah disepakati (M. Agustina, 2019).

Berikut adalah beberapa aspek kunci peran asuransi kesehatan dalam sistem kesehatan, menurut Adiyanta (2020):

1. **Pemberian Akses Pelayanan Kesehatan :** Asuransi kesehatan masyarakat membantu terhadap meningkatkan pelayanan akses kesehatan berkualitas. Melalui jaringan penyedia layanan yang disepakati, pemegang polis dapat dengan mudah mendapatkan perawatan medis tanpa harus khawatir akan biaya yang tinggi.
2. **Pembiayaan Pelayanan Kesehatan :** Asuransi kesehatan berperan sebagai sumber pendanaan tambahan untuk sistem kesehatan. Premi yang dikumpulkan dari peserta asuransi digunakan untuk membayar biaya pengobatan dan operasional penyedia layanan kesehatan, membantu menjaga keberlanjutan pelayanan medis.
3. **Manajemen Risiko Kesehatan :** Asuransi kesehatan membantu dalam manajemen risiko kesehatan baik secara individu maupun kolektif. Dengan mengumpulkan risiko kesehatan dari sejumlah peserta, asuransi kesehatan dapat menyebarkan beban finansial secara lebih adil dan mengurangi dampak yang mungkin ditanggung secara pribadi.
4. **Pencegahan dan Promosi Kesehatan :** Beberapa asuransi kesehatan menawarkan program pencegahan dan promosi kesehatan, seperti pemeriksaan kesehatan berkala dan program gaya hidup sehat. Ini dapat membantu mencegah

penyakit dan mengurangi kebutuhan perawatan intensif di masa mendatang.

5. Stabilisasi Sistem Kesehatan dalam Krisis : Asuransi kesehatan dapat berperan penting dalam membantu stabilitas sistem kesehatan, terutama dalam menghadapi krisis kesehatan atau pandemi. Dengan menyediakan jaminan pembayaran, asuransi kesehatan dapat membantu menjaga kelancaran pelayanan dan memastikan ketersediaan dana bagi penyedia layanan kesehatan.
6. Kontribusi Masyarakat : terhadap Pemeliharaan Kesehatan Melalui insentif dan program pencegahan, asuransi kesehatan dapat berkontribusi pada pemeliharaan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Dengan mendorong pemegang polis untuk menjaga kesehatan mereka, asuransi kesehatan turut mendukung tujuan kesejahteraan masyarakat.
7. Negosiasi Harga dan Kualitas Pelayanan : Asuransi kesehatan memiliki kekuatan untuk bernegosiasi dengan penyedia layanan kesehatan terkait harga dan kualitas pelayanan. Ini dapat membantu menciptakan lingkungan di mana penyedia layanan kesehatan diberdayakan untuk memberikan pelayanan yang lebih baik dengan biaya yang lebih terjangkau.

Selain itu, asuransi kesehatan juga memiliki dampak positif dalam mendukung pemeliharaan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Melalui program pencegahan dan promosi kesehatan, asuransi kesehatan memberikan insentif kepada pemegang polis untuk mengadopsi gaya hidup sehat dan mengikuti pemeriksaan berkala, yang pada akhirnya dapat mengurangi angka kejadian penyakit.

Dengan demikian, asuransi kesehatan tidak hanya berfokus pada pengobatan penyakit, tetapi juga memainkan peran kunci dalam mendorong prinsip pencegahan.

I. Kebijakan Indonesia terkait Asuransi Kesehatan

Kebijakan pemerintah Indonesia terkait asuransi kesehatan diarahkan untuk mewujudkan Universal Health Coverage (UHC), yaitu akses yang merata terhadap layanan kesehatan bermutu bagi seluruh penduduk Indonesia. Kebijakan tersebut diwujudkan melalui berbagai program, menurut Saputra et al. (2021) antara lain:

1. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) JKN adalah program asuransi kesehatan sosial yang memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.
2. Program Jaminan Kesehatan Keluarga (Jaminan Kesehatan Keluarga) Jaminan Kesehatan Keluarga (Jaminan Kesehatan Keluarga) adalah program asuransi kesehatan bagi keluarga miskin dan rentan miskin. Jaminan Kesehatan Keluarga Kementerian Sosial. diselenggarakan
3. Program Kartu Indonesia Sehat (KIS)
Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah kartu identitas bagi peserta JKN dan Jaminan Kesehatan Keluarga. KIS dapat digunakan untuk mengakses layanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan Kementerian Sosial.

Kebijakan pemerintah Indonesia terkait asuransi kesehatan telah menunjukkan hasil yang positif. Pada tahun 2023, jumlah peserta JKN telah mencapai 238 juta jiwa, atau sekitar 83% dari total penduduk Indonesia (Yuliastuti & Jawahir, 2023). Hal ini menunjukkan bahwa akses terhadap layanan kesehatan telah semakin merata di Indonesia.

Namun, masih ada beberapa tantangan yang perlu dihadapi dalam mewujudkan UHC menurut R. Agustina et al. (2019), antara lain :

- Perlunya peningkatan kualitas layanan Kesehatan. Peningkatan kualitas layanan kesehatan diperlukan untuk memastikan bahwa peserta JKN dapat memperoleh layanan kesehatan yang bermutu.

- Perlunya penguatan sistem informasi. Penguatan sistem informasi diperlukan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan program asuransi kesehatan.

J. Perusahaan Asuransi Kesehatan Di Indonesia

Berikut ini adalah beberapa perusahaan asuransi kesehatan terkemuka di Indonesia: BPJS, PT Asuransi Allianz Life Indonesia, PT Asuransi Astra Buana, PT Asuransi AXA Indonesia, PT Asuransi Cigna, PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia, PT Asuransi Multi Artha Guna Tbk, PT Asuransi Prudential Indonesia, PT Asuransi Sinar Mas, PT Asuransi Tugu Pratama Indonesia, dan PT Asuransi Wahana Tata.

K. Kesimpulan

Sistem asuransi kesehatan Indonesia telah berevolusi dari inisiatif lokal era kolonial menjadi program JKN melalui BPJS Kesehatan sejak 2014, bertujuan mewujudkan Universal Health Coverage (UHC) bagi seluruh penduduk. Asuransi didefinisikan sebagai perjanjian pemindahan risiko dengan prinsip kebersamaan, iuran premi, kerahasiaan, dan keadilan, mencakup jenis seperti individu, keluarga, pra-eksisting, serta global.

Dasar hukum kuat seperti UU No. 40/2004 tentang SJSN, UU No. 24/2011 tentang BPJS, dan UU No. 17/2023 tentang Kesehatan memastikan partisipasi wajib, subsidi lintas golongan, serta cakupan komprehensif termasuk promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Peran utamanya meliputi akses pelayanan terjangkau, manajemen risiko finansial, pencegahan penyakit, serta stabilisasi sistem kesehatan saat krisis seperti pandemi.

Meski JKN telah menjangkau 83% penduduk pada 2023, tantangan seperti kualitas layanan dan sistem informasi perlu diatasi untuk UHC optimal. Rekomendasi mencakup penguatan teknologi telehealth, negosiasi harga dengan fasilitas kesehatan,

dan promosi partisipasi melalui perusahaan seperti Allianz serta Prudential, mendukung kewirausahaan di sektor kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, M. (2019). Implementasi Metode Multi Factor Evaluation Process (MFEP) Dalam Membuat Keputusan untuk Memilih Asuransi Kesehatan. *Jurnal Ilmiah MATRIK*, 21(2), 108-117.
- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Achadi, E. L., Taher, A., . . . Shankar, A. H. (2019). Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75 102.
- Ahn, S., Park, J., and Lee, S. (2018). The Effects of Private Health Insurance on Medical Expenditures of Korean Households. *Health Economics Review*, 8(1), 1-12.
- Arofah, A. N., Noor, V. M. M., Setyawan, F. E. B., & Shihab, D. A. S. (2022). Dampak Akibat Implementasi Program JKN Terhadap Biaya Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan. *CoMPHI Journal: Community Medicine and Public Health of Indonesia Journal*.
- Aziz, M. R. J. J. (2021). Pilihan Penyelesaian Sengketa Asuransi di Indonesia.
- Azmi, F. N., Faturrohman, F., & Massanito, E. S. (2022). Dampak Program Asuransi Kesehatan (Askes) Terhadap Pembiayaan Rawat Jalan di Indonesia. *HIMIE Economics Research and Olympiad (HERO)*.
- Dany, B. E., Azhari, A. R., & Rahmadani, G. (2021). Mekanisme klaim kesehatan terhadap pengguna BPJS kesehatan di tinjau dari peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan nomor 3 tahun 2017. *Jurnal Normatif*, 1(2).
- Ganie, A. J. (2023). *Hukum Asuransi Indonesia: Sinar Grafika*.
- HIAA. Group life and health insurance. Part A. HIAA, Washington DC, 1994

- Jiao, Y., Liu, Y., Wen, C., Zhang, L., and Wang, L. (2018). Health Insurance Coverage and Its impact on Medical Cost: Observations from The Floating Population in China. *BMC Public Health*, 18(1), 1-11.
- Maharani, H., Nugroho, A. E., and Utami, W. (2019). The Effectiveness of Health Insurance and Health Service Utilization: Evidence from Indonesia. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-10.
- Marpaung, Y., and Tanjung, D. D. (2019). Analisis Faktor faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Deli Serdang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 10(2), 103-111.
- Nurrohmah, S., Akbar, F., and Djumahir. (2021). Willingness to Pay for Health Insurance in Indonesia: Does Trust in Healthcare System Matter? *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 9(1), 13-21.
- Okello, D. O., Gilson, L., and Ezumah, N. (2018). Exploring Experiences of Benefit Package Design Across High and Low-Income Countries: Implications for Universal Health Coverage. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), e233-e245.
- Pradana, G. A. W., Kurniawan, Y. A., and Kristiani, N. (2021). The Impact of Health Insurance on Healthcare Utilization: Evidence from Indonesia. *Journal of Health Management*, 23(2), 218-226.
- Prameswari, D. A., and Indriantoro, N. (2021). The Influence of Health Insurance on Healthcare Utilization in Indonesia: Does Income Matter? *Journal of Asian Finance, Economics, and Business*, 8(1), 135-142.
- Putra, H. A., and Setiawan, D. D. (2020). Factors Affecting the Purchase Decision of Health Insurance in Indonesia.

Journal of Public Health in Developing Countries, 6(12), 888-895.

Saputra, H., Thabrany, H., Layyinah, A., Manulang, I., Saleh, M., Muttaqien, M., . . . Adji, S. B. S. (2021). Bunga Rampai Refleksi Pembangunan Kesehatan di Indonesia dalam Situasi Pandemi.

Sesilia, A. P. (2020). Kepuasan pasien menggunakan layanan kesehatan teknologi (Tele-Health) di masa pandemi COVID-19: Efek mediasi kualitas pelayanan kesehatan. Jurnal Penelitian Pendidikan, Psikologi Dan Kesehatan (J-P3K), 1(3).

Suryawati, C., Hariyanto, A., and Pujilestari, P. (2021). The Role of Microinsurance in Supporting Universal Health Coverage: A Qualitative Study in Indonesia. BMC Public Health, 21(1), 1-13

Sutrisna, Bambang., Widyarto, Doni., Puspitasari, Henny. (2017). The Impact of Health Insurance on Household Welfare: A Case Study in Indonesia. Indian Journal of Public Health Research & Development, 8(2), 310-315

Umaroh, R., & Listiono, L. (2023). DAMPAK GUNCANGAN KESEHATAN TERHADAP KONSUMSI RUMAH TANGGA DI INDONESIA: ADAKAH PERAN ASURANSI KESEHATAN DAN KREDIT MIKRO?. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, 8(1).

Wardhana, Aditya, et al. (2021). Menakar Ekonomi di Era Pandemi Covid 19 dan New Normal. Cirebon: Penerbit Insania.

Yuliasuti, H., & Jawahir, M. (2023). Analisis Efektivitas Pemanfaatan Aplikasi Layanan Kesehatan Mobile Jaminan Kesehatan Nasional Di Indonesia. Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat (JPKM) Langit Biru, 4(01), 28-40

Peran Penata Anestesi Dalam Layanan Bedah *One Day Care*

Dias Nur Afifah; Lintang Salsabella; Yustiana Olfah

A. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan terus berkembang seiring meningkatnya kebutuhan masyarakat akan layanan yang aman, cepat, dan efisien. Salah satu inovasi yang berkembang adalah layanan bedah *one day care*, yang menuntut peran optimal tenaga kesehatan, khususnya penata anestesi, dalam menjamin mutu dan keselamatan pasien (*World Health Organization, 2020*).

Perkembangan layanan kesehatan modern ditandai dengan meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan yang cepat, aman, bermutu, dan terjangkau. Kemajuan teknologi medis, sistem informasi kesehatan, serta meningkatnya kesadaran pasien terhadap kualitas pelayanan mendorong fasilitas kesehatan untuk beradaptasi dengan model pelayanan yang lebih efisien. Keterbatasan sumber daya, tingginya biaya operasional, serta peningkatan jumlah pasien menjadi tantangan yang harus dihadapi oleh sistem pelayanan kesehatan. Dalam konteks pelayanan bedah, efisiensi waktu tindakan, penggunaan ruang operasi, dan pemulihan pasien menjadi faktor penting. *Ambulatory anesthesia* atau anestesi rawat jalan berkembang sebagai solusi untuk meningkatkan efisiensi pelayanan bedah tanpa mengabaikan aspek keselamatan dan mutu, melalui manajemen anestesi yang tepat, penggunaan obat kerja singkat, serta koordinasi tim yang optimal (*Miller et al., 2020; Butterworth et al., 2022*).

One day care Surgery atau bedah satu hari merupakan model pelayanan bedah terencana di mana pasien menjalani tindakan operasi dan dipulangkan pada hari yang sama tanpa menjalani rawat inap. Konsep ini menekankan pentingnya seleksi pasien yang tepat berdasarkan kondisi fisik, status kesehatan, serta risiko anestesi dan pembedahan. Selain itu, penggunaan teknik anestesi yang memungkinkan pemulihan cepat, manajemen nyeri yang efektif, serta pemantauan pasca anestesi yang adekuat menjadi aspek utama dalam pelaksanaannya. *One day care Surgery* bertujuan untuk mempercepat proses pemulihan, mengurangi risiko infeksi nosokomial, serta meningkatkan kenyamanan dan kepuasan pasien. Dengan perencanaan yang baik dan dukungan tenaga kesehatan yang kompeten, layanan ini dapat memberikan hasil klinis yang aman dan efektif.

Layanan bedah *One day care* juga memiliki peluang sebagai inovasi dan wirausaha di bidang kesehatan. Layanan bedah *one day care* tidak hanya berperan sebagai inovasi klinis, tetapi juga membuka peluang kewirausahaan di bidang kesehatan. Model pelayanan ini memungkinkan pengembangan klinik bedah harian yang lebih efisien, dengan biaya operasional lebih rendah dan waktu pelayanan yang singkat. Hal tersebut memberikan nilai tambah bagi penyedia layanan maupun pasien. Dalam konteks ini, tenaga anestesi memiliki peran strategis dalam menciptakan pelayanan yang aman, berkualitas, dan berorientasi pada pasien. Penerapan standar pelayanan, pemanfaatan teknologi kesehatan, serta pengembangan model layanan terintegrasi dapat meningkatkan daya saing layanan bedah *one day care*. Dengan demikian, layanan ini berpotensi menjadi bentuk usaha kesehatan yang berkelanjutan dan adaptif terhadap kebutuhan masyarakat modern (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

B. Layanan Bedah *One Day Care*

Layanan Bedah *One day care* atau *one day Surgery* merupakan layanan bedah di fasilitas kesehatan di mana pasien

menjalani tindakan operasi dan pulang di hari yang sama tanpa rawat inap, sehingga mengurangi kebutuhan sumber daya rumah sakit dan memungkinkan pemulihan awal di rumah sendiri (*World Health Organization, 2020*). Model layanan ini didorong oleh efisiensi biaya, penurunan risiko infeksi nosokomial, pemanfaatan ruang operasi secara optimal, serta peningkatan kepuasan pasien karena durasi rawat singkat dan waktu pulih yang lebih cepat dibandingkan dengan rawat inap tradisional. Studi longitudinal menunjukkan bahwa pelaksanaan layanan bedah sehari memperlihatkan outcome yang aman dan memuaskan dengan komplikasi rendah bila didukung kriteria pemilihan pasien dan penatalaksanaan anestesi yang tepat.

Selain aspek efisiensi, layanan Bedah *One day care* juga memberikan manfaat klinis berupa penurunan risiko infeksi nosokomial, mobilisasi pasien yang lebih cepat, serta peningkatan kepuasan pasien dan keluarga. Studi dalam lima tahun terakhir menunjukkan bahwa dengan seleksi pasien yang tepat, protokol anestesi yang terstandar, dan sistem pemantauan pascaoperasi yang baik, angka komplikasi dan readmisi pasien bedah sehari tetap rendah. Oleh karena itu, Bedah *One day care* menjadi salah satu model pelayanan bedah modern yang direkomendasikan untuk dikembangkan di fasilitas kesehatan, terutama di tengah tuntutan efisiensi sistem kesehatan dan peningkatan kualitas pelayanan berbasis keselamatan pasien (*Butterworth et al., 2022*).

C. Peran Penata Anestesi Dalam Bedah *One Day Care*

Penata anestesi memiliki peran sentral dalam layanan bedah *One day care*, termasuk melakukan evaluasi pra-anestesi, menyiapkan teknik anestesi yang aman, memantau pasien selama tindakan, dan memastikan penanganan nyeri serta stabilitas fisiologis yang optimal sehingga pasien dapat pulih dan dipulangkan dengan cepat tetapi aman (*Miller et al., 2020*). Peran ini juga mencakup edukasi pasien dan keluarga tentang proses anestesi, risiko, serta perawatan pasca-anestesi untuk

mendukung transisi keluar rumah sakit serta mengurangi komplikasi pasca-operatif . Penelitian lain juga menekankan bagaimana penata anestesi berkontribusi secara signifikan terhadap pemantauan dan keselamatan pasien di ruang operasi, termasuk pencegahan cedera anestesi melalui praktik profesional yang terstandar.

Pada tahap intra-operatif dan pasca-operatif, penata anestesi bertanggung jawab terhadap pemantauan tanda vital, stabilitas hemodinamik, serta manajemen nyeri yang optimal agar pasien dapat pulih dengan cepat dan memenuhi kriteria pulang pada hari yang sama (*Butterworth et al., 2022*). Dalam konteks Bedah *One day care*, penata anestesi juga berperan dalam memastikan pasien bebas dari komplikasi anestesi seperti mual muntah, nyeri berlebihan, atau gangguan pernapasan. Penelitian terbaru menegaskan bahwa keterlibatan aktif penata anestesi dalam seluruh rangkaian perawatan perioperatif berkontribusi besar terhadap keselamatan pasien, efisiensi waktu pelayanan, dan keberhasilan program bedah sehari secara keseluruhan.

D. Kewirausahaan Di Bidang Kesehatan

Kewirausahaan di bidang kesehatan mencakup upaya inovatif memanfaatkan peluang pasar kesehatan untuk menciptakan nilai tambah dalam penyediaan layanan medis, teknologi kesehatan, atau manajemen kesehatan, termasuk model layanan baru seperti pusat Bedah *One day care* yang memiliki nilai ekonomis dan layanan berorientasi pasien. Dalam konteks global dan modern, kewirausahaan di bidang kesehatan bertindak sebagai pendorong inovasi teknologi, pengembangan layanan yang efisien, dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan sambil menghadapi tantangan struktural dan regulasi industri kesehatan . Penelitian tentang *technology entrepreneurship* dalam kesehatan menunjukkan peluang besar dalam menciptakan nilai melalui digitalisasi layanan, keterlibatan pasien, serta model bisnis baru yang adaptif terhadap kebutuhan pasar dan teknologi medis terkini (*OECD, 2021*).

Perkembangan kewirausahaan di bidang kesehatan mendorong lahirnya berbagai layanan inovatif seperti klinik spesialis, pusat bedah sehari, telemedicine, serta integrasi layanan digital dalam sistem pelayanan kesehatan. Penelitian terkini menunjukkan bahwa kewirausahaan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan daya saing fasilitas kesehatan, memperluas jangkauan layanan, dan menciptakan sistem pelayanan yang lebih responsif terhadap kebutuhan pasien. Dengan pendekatan kewirausahaan yang tepat, layanan kesehatan tidak hanya mampu bertahan secara ekonomi, tetapi juga memberikan dampak sosial yang signifikan bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

E. Nilai Kewirausahaan Dan Peluang Pengembangan Layanan Bedah *One Day Care*

Nilai kewirausahaan dalam layanan Bedah *One day care* terletak pada kemampuan untuk mengefisienkan alur layanan, mengurangi biaya operasional serta waktu tunggu pasien, serta membuka peluang pengembangan model layanan kesehatan yang berkelanjutan seperti integrasi teknologi digital untuk *pre-assessment*, *post-operative* monitoring, dan sistem reservasi otomatis yang mendukung pengalaman pasien yang lebih baik. Peluang pengembangan termasuk penyediaan layanan khusus seperti *one day care Surgery centers*, kerja sama dengan asuransi kesehatan, dan *digital health startups* untuk mendukung *telemedicine* serta pemantauan jarak jauh yang semakin dibutuhkan di era layanan kesehatan *modern* (OECD, 2021; Kemenkes RI, 2022).

Peluang pengembangan layanan Bedah *One day care* semakin terbuka seiring dengan kemajuan teknologi kesehatan, seperti penggunaan sistem pendaftaran digital, telekonsultasi pra-operasi, dan pemantauan pasca-operasi berbasis aplikasi. Inovasi ini memungkinkan fasilitas kesehatan mengembangkan layanan bedah sehari yang lebih terintegrasi, fleksibel, dan kompetitif. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa pengembangan layanan Bedah *One day care* dengan pendekatan

kewirausahaan dapat meningkatkan keberlanjutan finansial fasilitas kesehatan serta menciptakan peluang kerja baru bagi tenaga kesehatan, termasuk penata anestesi, dalam sistem pelayanan kesehatan *modern*.

F. Inovasi Layanan *One Day Care*

1. Telemonitoring Pasien

Telemonitoring adalah penggunaan teknologi untuk memantau kondisi kesehatan pasien dari jarak jauh melalui perangkat digital yang mengirim data vital seperti tekanan darah, nadi, atau saturasi oksigen ke tenaga kesehatan. Dalam konteks *one day care medis*, telemonitoring memungkinkan pasien pulang pada hari yang sama tapi tetap dipantau kondisi kesehatannya dari rumah (*World Health Organization*, 2022).

Penelitian menunjukkan bahwa telemonitoring dapat mengurangi hospitalisasi dan biaya layanan, serta meningkatkan kepuasan pasien kronis yang dirawat di rumah, karena data pengukuran fisiologis dikirim secara real-time kepada tenaga medis sehingga respon intervensi bisa lebih cepat (*Inglis et al.*, 2020).

Selain itu, literatur lain menyebut telemonitoring sebagai bagian penting telehealth untuk manajemen kesehatan lansia, dimana pemantauan kontinu dapat memperlambat progresi penyakit dan menurunkan readmisi rumah sakit serta biaya perawatan panjang.

Dalam *one day care medis*, telemonitoring bisa menjadi bagian dari paket layanan pasca perawatan klinis, terutama untuk pasien yang keluar hari itu juga tapi masih membutuhkan observasi tanda vital secara berkala.

2. Rekam Medis Elektronik (Electronic Medical Record – EMR)

Rekam Medis Elektronik (EMR) adalah sistem pencatatan data kesehatan pasien secara digital yang menggantikan catatan kertas tradisional. Studi literatur menjelaskan bahwa:

- a. EMR meningkatkan mutu pelayanan, dengan proses pencatatan data yang lebih cepat, akurat, dan aman.
- b. EMR berkontribusi pada kepuasan pasien, karena dokter dan perawat memiliki akses data lengkap yang mempermudah proses pelayanan.
- c. EMR membantu mengurangi waktu tunggu pasien dengan mempercepat proses pendaftaran dan penelusuran riwayat medis pasien.

Dalam *one day care medis*, EMR penting untuk:

- Menyimpan hasil pemeriksaan dan tindakan harian
- Mendukung keputusan klinis cepat
- Mengintegrasikan data telemonitoring pasien ke dalam riwayat kesehatan sehingga keseluruhan proses perawatan harian menjadi lebih efektif dan transparan.

3. Booking Online (Pemesanan Janji Temu/Digital Appointment)

Booking online dalam layanan kesehatan berarti pasien membuat janji temu atau perjanjian layanan lewat aplikasi/situs digital, bukan langsung datang ke klinik/fasilitas kesehatan (*Zhang et al., 2021*).

Penelitian terkait sistem booking online menunjukkan bahwa:

- a. Booking online mengurangi waktu tunggu pasien karena jadwal sudah ditentukan sebelumnya.
- b. Booking online mengoptimalkan arus pasien dan manajemen antrean, sehingga pelayanan menjadi lebih efisien.

Beberapa studi dari jurnal teknologi informasi kesehatan menunjukkan bahwa aplikasi booking web berdampak positif terhadap percepatan proses pendaftaran dan pengurangan antrian di fasilitas kesehatan.

Dalam *one day care medis*, fitur booking online bisa digunakan untuk:

- Pemesanan slot *one day care* hari
- Booking tindakan harian (mis. terapi infus, ganti balutan)
- Minimalkan kerumunan di fasilitas kesehatan

G. Dampak Sosial Dan Profesional Dari *One Day Care*

1. Meningkatkan akses layanan kesehatan

Keberadaan layanan *one day care* medis memberikan dampak sosial berupa meningkatnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, khususnya bagi pasien yang membutuhkan tindakan atau observasi singkat tanpa harus menjalani rawat inap. Layanan ini mempermudah pasien dengan keterbatasan waktu, biaya, dan jarak untuk tetap mendapatkan perawatan medis yang aman dan terkontrol. Dengan sistem pelayanan harian, pasien tidak perlu menunggu lama untuk mendapatkan layanan, sehingga kesenjangan akses layanan kesehatan dapat ditekan, terutama bagi pasien rawat jalan, lansia, dan pasien pasca tindakan ringan (*World Health Organization, 2020; OECD, 2021*).

2. Meningkatkan peran tenaga kesehatan sebagai entrepreneur

Dari sisi profesional, layanan *one day care* membuka peluang bagi tenaga kesehatan untuk berperan sebagai healthcare entrepreneur. Perawat, bidan, maupun tenaga kesehatan lainnya tidak hanya berfungsi sebagai pemberi asuhan, tetapi juga sebagai pengelola dan inovator layanan kesehatan berbasis kebutuhan masyarakat. Peran ini mendorong tenaga kesehatan untuk mengembangkan kompetensi manajerial, kewirausahaan, dan pemanfaatan teknologi, tanpa mengesampingkan standar etik dan profesional. Dengan demikian, *one day care* menjadi bentuk kewirausahaan kesehatan yang tetap berorientasi pada pelayanan dan keselamatan pasien.

3. Pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien

One day care medis menuntut pelayanan yang berbasis mutu dan keselamatan pasien karena waktu pelayanan yang terbatas mengharuskan tindakan dilakukan secara efektif, tepat, dan terstandar. Penerapan SOP, pengkajian awal yang komprehensif, dokumentasi yang baik, serta sistem rujukan

yang jelas menjadi elemen penting dalam menjaga keselamatan pasien. Fokus pada mutu dan keselamatan ini meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap layanan one day care serta memastikan bahwa pelayanan yang diberikan tetap memenuhi standar pelayanan kesehatan meskipun dilakukan tanpa rawat inap.

H. Kesimpulan

Layanan Bedah *One day care* merupakan inovasi pelayanan kesehatan yang menekankan efisiensi, keselamatan, dan kepuasan pasien melalui pelaksanaan tindakan bedah tanpa rawat inap. Model layanan ini terbukti mampu mengoptimalkan penggunaan sumber daya, menurunkan risiko infeksi nosokomial, serta mendukung pemulihan pasien yang lebih cepat apabila didukung sistem pelayanan dan anestesi yang tepat (Butterworth et al., 2022).

Penata anestesi memiliki peran yang sangat penting dalam keberhasilan layanan Bedah *One day care*, mulai dari evaluasi pra-anestesi, pemilihan teknik anestesi yang aman dan cepat pulih, pemantauan intra-operatif, hingga penilaian kesiapan pulang dan edukasi pasca-anestesi. Peran profesional penata anestesi secara langsung berkontribusi terhadap keselamatan pasien, rendahnya komplikasi, serta efisiensi pelayanan bedah sehari (Miller et al., 2020).

Selain aspek klinis, layanan Bedah *One day care* juga membuka peluang kewirausahaan di bidang kesehatan. Penata anestesi dapat berperan dalam pengembangan inovasi layanan, peningkatan mutu dan efisiensi, serta kolaborasi dengan teknologi kesehatan dan model bisnis layanan modern. Dengan kompetensi yang memadai dan pemanfaatan teknologi, penata anestesi berpotensi menjadi bagian penting dalam pengembangan layanan bedah *One day care* yang berkelanjutan dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Asawasudsakorn W., Chenphanitsub M., Kaewampai S., Pimratana C. (2021). *The Development of Nursing Service Model for Patients Undergoing Anesthesia in One Day Surgery (ODS)*. J DMS.
- Walujo A. M., Satya I. M. H. (2025). *Anestesi pada Pelayanan Bedah Sehari*. Cermin Dunia Kedokteran.
- Maharyawan I. W. A., et al. (2023). *THE EXPERIENCE OF Nurse Anesthetists in Educating Patients and Families*. Nurse and Health J.
- Jiang, W. dkk. (2025). *Knowledge, Attitudes, and Practices of Anesthesiologists Toward Day Surgery and ERAS*
- Joshi & Vetter (2024). *Ambulatory Anesthesia: Current State and Future Considerations*

BAB 10 | Pemanfaatan Teknologi Digital Dalam Layanan Anestesi

Dini Aliyah Nurhidayah; Amanda Meila Syifaniroga;
Yustiana Olfah

A. Pendahuluan

Perkembangan teknologi digital telah membawa perubahan besar dalam sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Digitalisasi layanan kesehatan mencakup pemanfaatan rekam medis elektronik, sistem informasi klinis, kecerdasan buatan (Artificial Intelligence/ AI), perangkat monitoring digital, serta analisis data berbasis teknologi. Transformasi ini bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien, efisiensi kerja tenaga kesehatan, serta akurasi pengambilan keputusan klinis.

Dalam bidang anestesi, teknologi digital memiliki peran yang sangat penting karena layanan anestesi berkaitan langsung dengan pemantauan fungsi vital pasien dan keselamatan selama prosedur pembedahan maupun tindakan invasif lainnya. Penggunaan sistem monitoring digital dan Anesthesia Information Management System (AIMS) memungkinkan pencatatan data pasien secara real time, akurat, dan terintegrasi, sehingga dapat membantu anestesilog maupun perawat anestesi dalam melakukan evaluasi klinis dan tindak lanjut perawatan pasien secara lebih efektif (Stonemetz et al., 2021).

Selain itu, penerapan kecerdasan buatan dan analisis big data dalam anesthesiologi semakin berkembang dalam beberapa tahun terakhir. Teknologi ini digunakan untuk memprediksi risiko komplikasi perioperatif, mengoptimalkan dosis obat

anestesi, serta mendeteksi perubahan fisiologis pasien secara dini. Penelitian menunjukkan bahwa sistem berbasis AI dapat mendukung pengambilan keputusan klinis dan meningkatkan keselamatan pasien dalam praktik anestesi modern.

Meskipun pemanfaatan teknologi digital dalam layanan anestesi memberikan berbagai manfaat, penerapannya masih menghadapi tantangan, seperti kesiapan sumber daya manusia, infrastruktur teknologi, serta isu keamanan dan kerahasiaan data pasien. Oleh karena itu, pemahaman yang baik mengenai konsep, manfaat, dan tantangan teknologi digital dalam layanan anestesi menjadi hal yang penting bagi tenaga kesehatan agar implementasinya dapat berjalan secara optimal dan berkelanjutan.

Berdasarkan uraian tersebut, makalah ini disusun untuk memberikan gambaran umum mengenai pemanfaatan teknologi digital dalam layanan anestesi serta perannya dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pelayanan kesehatan. Perkembangan teknologi digital di bidang kesehatan telah mendorong perubahan signifikan dalam sistem pelayanan, termasuk melalui pemanfaatan telemedicine, rekam medis elektronik, dan sistem informasi klinis. Transformasi digital ini bertujuan meningkatkan akses layanan, efisiensi kerja tenaga kesehatan, serta mutu dan keselamatan pelayanan kepada pasien (Rahmawati et al., 2023).

Dalam layanan anestesi, peran teknologi digital menjadi sangat penting karena anestesi berkaitan langsung dengan keselamatan pasien. Perawat anestesi memiliki tanggung jawab besar dalam pelaksanaan asuhan keperawatan anestesi yang meliputi tahap pra-, intra-, dan pasca-anestesi. Ketepatan pemantauan kondisi pasien, pencatatan asuhan, serta komunikasi tim sangat menentukan keberhasilan dan keamanan tindakan anestesi.

Pemanfaatan teknologi digital dalam praktik anestesi modern menjadi semakin mendesak. Telemedicine, misalnya, telah digunakan sebagai media konsultasi kesehatan yang efektif, terutama untuk menjangkau wilayah dengan

keterbatasan akses layanan. Penelitian dalam Jurnal Anestesi menunjukkan bahwa telemedicine mampu meningkatkan akses layanan, interaksi pasien–tenaga kesehatan, serta efisiensi konsultasi kesehatan jarak jauh (Jurnal Anestesi, 2025). Dalam konteks keperawatan anestesi, telemedicine dapat mendukung konsultasi pra-anestesi dan edukasi pasien.

Selain itu, pengembangan Anestesi Rekam Medis Elektronik (AREME) berbasis web terbukti membantu perawat anestesi dalam pencatatan asuhan keperawatan anestesi (ASKAN) secara lebih sistematis dan terintegrasi, sehingga mendukung modernisasi layanan dan keselamatan pasien. Pemanfaatan rekam medis elektronik juga mengurangi kesalahan dokumentasi dan meningkatkan kontinuitas pelayanan.

Perkembangan teknologi digital juga mencakup penggunaan Artificial Intelligence (AI) dalam anestesi. Berbagai artikel review dan systematic review internasional menunjukkan bahwa AI dan teknologi digital berpotensi mendukung pengambilan keputusan klinis, quality assurance, manajemen risiko, serta meningkatkan kualitas asesmen pra-anestesi melalui pemanfaatan EHR, aplikasi mobile, dan telemedicine. Temuan ini memperkuat urgensi penerapan teknologi digital dalam praktik keperawatan anestesi di era modern.

B. Teknologi Digital dalam Bidang Kesehatan

Teknologi digital adalah penerapan sistem elektronik dan perangkat berbasis komputer untuk mengolah, menyimpan, dan menyampaikan informasi secara efisien. Dalam bidang kesehatan, teknologi digital digunakan untuk mendukung pelayanan medis, pengelolaan data pasien, komunikasi antar tenaga kesehatan, serta pengambilan keputusan klinis berbasis data (Rahmawati et al., 2023). Contohnya meliputi telemedicine, rekam medis elektronik, aplikasi kesehatan mobile, dan sistem informasi rumah sakit.

Perkembangan teknologi digital di sektor kesehatan berkembang pesat dalam beberapa tahun terakhir. Transformasi digital ini mencakup:

1. Telemedicine, yang memungkinkan konsultasi pasien jarak jauh sehingga memperluas akses layanan kesehatan.
2. Rekam medis elektronik (EHR), yang memudahkan pencatatan, penyimpanan, dan pengelolaan data pasien secara terintegrasi.
3. Aplikasi mobile dan sensor wearable, yang mendukung pemantauan pasien secara real-time dan edukasi kesehatan.
4. Kecerdasan buatan (AI), yang digunakan untuk analisis data, prediksi risiko kesehatan, dan dukungan pengambilan keputusan klinis.

Perkembangan teknologi digital dalam bidang kesehatan telah mendorong terjadinya transformasi signifikan pada layanan anestesi. Berbagai jurnal menunjukkan bahwa anestesi merupakan salah satu disiplin medis yang paling cepat beradaptasi terhadap inovasi teknologi, mengingat karakteristik praktik anestesi yang sangat bergantung pada pemantauan fisiologis, pengambilan keputusan cepat, serta dokumentasi yang akurat dan berkelanjutan. Pemanfaatan teknologi digital dalam layanan anestesi tidak hanya terbatas pada penggunaan alat canggih, tetapi juga mencakup integrasi sistem informasi, kecerdasan buatan, dan telemedicine yang berorientasi pada peningkatan keselamatan pasien dan mutu pelayanan.

C. Bentuk Pemanfaatan Teknologi Digital dalam Layanan Anestesi

a. Sistem Monitoring Anestesi Digital

Sistem monitoring anestesi digital merupakan fondasi utama penerapan teknologi dalam praktik anestesi modern. Monitoring ini mencakup pemantauan parameter fisiologis pasien secara real-time, seperti tekanan darah, denyut jantung, saturasi oksigen, frekuensi napas, kapnografi, serta tingkat kesadaran pasien selama anestesi. Penggunaan monitor kedalaman anestesi berbasis digital, seperti

Bispectral Index (BIS), memungkinkan tenaga anestesi menilai tingkat hipnosis pasien secara objektif melalui analisis sinyal elektroensefalografi (EEG). Teknologi ini membantu menghindari kondisi anestesi terlalu dalam (over-sedasi) maupun terlalu dangkal (awareness intraoperatif), yang keduanya dapat menimbulkan komplikasi serius. Jurnal-jurnal internasional menunjukkan bahwa monitoring digital mampu meningkatkan stabilitas hemodinamik pasien dan mengurangi penggunaan obat anestesi yang tidak perlu.

Selain BIS, perkembangan teknologi sensor dan integrasi data digital memungkinkan penggunaan monitor multimodal, yang menggabungkan data hemodinamik, respirasi, dan neurologis dalam satu sistem terintegrasi. Sistem ini memberikan visualisasi yang lebih komprehensif terhadap kondisi pasien dan membantu tenaga anestesi dalam mengambil keputusan klinis secara cepat dan akurat.

Dengan demikian, sistem monitoring anestesi digital berperan penting dalam meningkatkan kualitas pengawasan intraoperatif, mengurangi kejadian adverse events, serta mendukung praktik anestesi yang lebih aman dan berbasis bukti.

b. Clinical Decision Support System (CDSS)

Clinical Decision Support System (CDSS) merupakan bentuk pemanfaatan teknologi digital yang semakin banyak dibahas dalam literatur anestesi. CDSS dirancang untuk membantu tenaga anestesi dalam proses pengambilan keputusan klinis dengan menyajikan rekomendasi berbasis algoritma, pedoman praktik klinis, serta data pasien yang tersimpan dalam rekam medis elektronik.

Hasil sintesis dari berbagai jurnal menunjukkan bahwa CDSS memiliki peran penting dalam mengurangi variasi praktik anestesi yang tidak berbasis standar. Sistem ini dapat memberikan peringatan terkait potensi interaksi obat, risiko komplikasi anestesi, serta ketidaksesuaian dosis obat dengan kondisi fisiologis pasien. Dalam konteks pra-anestesi, CDSS juga membantu dalam penilaian risiko anestesi, klasifikasi

status fisik pasien, serta perencanaan teknik anestesi yang paling sesuai.

Namun, sejumlah jurnal juga menekankan bahwa efektivitas CDSS sangat dipengaruhi oleh kualitas data input dan kesiapan pengguna. Ketergantungan berlebihan pada sistem tanpa pemahaman klinis yang memadai justru berpotensi menimbulkan kesalahan. Oleh karena itu, CDSS dipandang sebagai alat pendukung, bukan pengganti penilaian klinis tenaga anestesi.

c. Tele-Anestesi dan Konsultasi Jarak Jauh

Tele-anestesi adalah bentuk adaptasi teknologi telemedicine dalam bidang layanan anestesi, yang sering dibahas dalam jurnal nasional maupun internasional. Hal ini semakin populer karena meningkatnya kebutuhan akan pelayanan kesehatan jarak jauh. Dengan tele-anestesi, proses penilaian sebelum anestesi, konsultasi, dan pemantauan setelah anestesi dapat dilakukan melalui media digital tanpa perlu hadir secara fisik.

Beberapa jurnal nasional menyebutkan bahwa tele-anestesi sangat berguna dalam meningkatkan akses layanan anestesi di daerah terpencil dan fasilitas kesehatan yang kurang memiliki tenaga spesialis. Dengan sistem komunikasi digital, dokter anestesi dapat memberi saran medis kepada tenaga kesehatan di lapangan, sehingga kualitas pelayanan tetap terjaga.

Di sisi lain, jurnal internasional menyatakan bahwa tele-anestesi juga mendorong efisiensi dalam sistem layanan kesehatan secara keseluruhan. Hal ini karena tele-anestesi dapat mengurangi waktu tunggu pasien, biaya perjalanan, serta beban kerja rumah sakit. Namun, penggunaannya membutuhkan infrastruktur teknologi yang memadai dan regulasi yang jelas terkait aspek hukum dan tanggung jawab profesi.

d. Artificial Intelligence (AI) dalam Prediksi Risiko Anestesi

Artificial Intelligence (AI) merupakan inovasi teknologi digital yang memiliki potensi besar dalam layanan anestesi.

AI memanfaatkan big data dan machine learning untuk mengidentifikasi pola klinis yang sulit dikenali secara manual oleh manusia.

Dalam anestesi, AI telah digunakan untuk memprediksi hipotensi intraoperatif, menganalisis respons hemodinamik terhadap obat anestesi dan membantu perencanaan dosis anestesi individual. Beberapa studi menunjukkan bahwa model AI mampu memberikan prediksi risiko secara lebih cepat dan akurat dibandingkan metode konvensional. Dengan demikian, AI berperan sebagai alat prediktif yang mendukung pencegahan komplikasi anestesi dan meningkatkan keselamatan pasien.

Meskipun menjanjikan, penggunaan AI dalam anestesi masih menghadapi tantangan etika, transparansi algoritma, serta kebutuhan validasi klinis sebelum diterapkan secara luas.

D. Manfaat Teknologi Digital dalam Layanan Anestesi

a. Peningkatan Keselamatan Pasien

Beberapa studi mengatakan bahwa manfaat utama pemanfaatan teknologi digital dalam anestesi adalah peningkatan keselamatan pasien. Monitoring digital, CDSS, dan AI memungkinkan deteksi dini perubahan kondisi pasien, sehingga tindakan korektif dapat dilakukan lebih cepat. Hal ini secara signifikan menurunkan risiko komplikasi anestesi dan kejadian tidak diinginkan selama prosedur operasi.

b. Efisiensi Waktu dan Sumber Daya

Sistem tele-anestesi memungkinkan pra-assessment dan konsultasi tanpa tatap muka langsung, sehingga mengurangi waktu tunggu pasien dan kebutuhan sumber daya fisik di rumah sakit. CDSS juga mempercepat *workflow* klinis dengan menyajikan rekomendasi otomatis dan mengurangi tugas administratif.

c. Akurasi Dokumentasi dan Pelaporan

Digitalisasi rekam medis anestesi meningkatkan akurasi pencatatan, mengurangi kesalahan manual, serta memudahkan evaluasi mutu layanan dan penelitian klinis. Data digital juga mendukung audit klinis dan peningkatan kualitas berkelanjutan. Penggunaan rekam medis elektronik dan Anesthesia Information Management System (AIMS) memungkinkan pencatatan data klinis pasien secara real time, terstruktur, dan terintegrasi, sehingga mengurangi risiko kesalahan pencatatan manual. Dokumentasi digital juga mempermudah pelacakan data pasien, evaluasi tindakan anestesi, serta penyusunan laporan klinis dan administratif secara lebih cepat dan akurat. Dengan dokumentasi yang baik dan terdokumentasi secara elektronik, kesinambungan pelayanan, aspek legal, serta upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat lebih terjamin.

d. Kepuasan Pasien

Beberapa studi review menunjukkan bahwa digitalisasi layanan kesehatan berkontribusi terhadap peningkatan kepuasan pasien, termasuk kenyamanan dan akses mudah ke layanan medis, meskipun belum spesifik terhadap anestesi. Hal tersebut menunjukkan potensi besar digitalisasi dalam memperbaiki pengalaman pasien dalam keseluruhan perjalanan perawatan medis

E. Tantangan dan Kendala Penerapan Teknologi Digital

a. Kesiapan Sumber Daya Manusia

Salah satu kendala utama penerapan teknologi digital dalam anestesi adalah kompetensi tenaga medis dalam menggunakan sistem baru. Hal ini termasuk kemampuan memahami rekomendasi CDSS, interpretasi data AI, dan adaptasi terhadap interface digital.

b. Infrastruktur dan Biaya

Digitalisasi layanan anestesi memerlukan investasi besar dalam perangkat keras, jaringan yang stabil, dan perangkat lunak medis yang terverifikasi. Banyak fasilitas kesehatan di

daerah masih belum memiliki infrastruktur IT memadai untuk mendukung teknologi ini.

c. Keamanan dan Kerahasiaan Data Pasien

Pemanfaatan AI dan sistem digital bergantung pada data pasien dalam jumlah besar. Ini menimbulkan tantangan terkait privasi, keamanan siber, dan kepatuhan regulasi seperti HIPAA atau GDPR dalam konteks internasional maupun nasional.

F. Upaya dan Strategi Optimalisasi Pemanfaatan Teknologi Digital

a. Pelatihan Tenaga Anestesi

Pelatihan Tenaga Anestesi merupakan langkah strategis utama dalam mengoptimalkan pemanfaatan teknologi digital dalam layanan anestesi. Berbagai jurnal menegaskan bahwa kemampuan tenaga anestesi dalam memahami, mengoperasikan, dan menginterpretasikan data dari sistem monitoring digital, *clinical decision support system*, serta teknologi berbasis kecerdasan buatan sangat menentukan efektivitas dan keamanan penggunaannya. Pelatihan berkelanjutan dan peningkatan literasi digital diperlukan agar tenaga anestesi dapat memanfaatkan teknologi sebagai alat pendukung keputusan klinis secara tepat, tanpa mengurangi peran penilaian profesional dan tanggung jawab klinis.

b. Pengembangan Kebijakan dan Standar Operasional

Penyusunan kebijakan dan SOP juga menjadi strategi penting untuk menjamin penerapan teknologi digital yang aman, konsisten, dan sesuai dengan standar pelayanan anestesi. Kebijakan dan SOP yang jelas diperlukan untuk mengatur penggunaan sistem digital, termasuk dokumentasi anestesi berbasis rekam medis elektronik, pemanfaatan sistem pendukung keputusan, serta perlindungan dan kerahasiaan data pasien. Adanya kebijakan yang terstruktur membantu menciptakan keseragaman praktik, meningkatkan kepatuhan terhadap standar keselamatan, dan

meminimalkan risiko kesalahan akibat penggunaan teknologi yang tidak terkontrol.

c. Kolaborasi Multidisiplin

Kolaborasi ini merupakan faktor pendukung yang tidak dapat dipisahkan dari optimalisasi pemanfaatan teknologi digital dalam layanan anestesi. Keterlibatan dokter anestesi, perawat anestesi, tenaga teknologi informasi, manajemen rumah sakit, serta pengembang sistem diperlukan untuk memastikan bahwa teknologi yang diterapkan sesuai dengan kebutuhan klinis dan mudah digunakan. Kolaborasi ini memungkinkan penyesuaian sistem dengan praktik lapangan, meningkatkan penerimaan teknologi oleh tenaga kesehatan, serta mendukung keberlanjutan implementasi teknologi digital dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien dan mutu layanan anestesi.

G. Penerapan Teknologi Digital dalam Layanan Anestesi di Indonesia

a. Telemedicine dan konsultasi jarak jauh

Telemedicine memungkinkan konsultasi pra-anestesi secara daring antara pasien dan dokter anestesi, sehingga pasien di daerah terpencil tetap dapat menjalani evaluasi pre-operatif tanpa harus datang langsung ke rumah sakit. Penerapan telemedicine di Indonesia terbukti dapat memperluas akses layanan kesehatan, meningkatkan efisiensi waktu pelayanan, serta meningkatkan kepuasan pasien (Maharani & Prasetyo, 2024).

b. Sistem Informasi Rekam Medis Elektronik (Electronic Medical Record/EMR)

Sistem Informasi Rekam Medis Elektronik merupakan salah satu bentuk digitalisasi pelayanan kesehatan yang membantu tim anestesi dalam mengakses data riwayat medis pasien secara cepat, real-time, dan akurat. Penggunaan EMR berkontribusi dalam mengurangi kesalahan dokumentasi serta mempercepat proses administrasi sebelum dan sesudah tindakan anestesi (Juliansyah et al., 2024).

c. Monitoring digital intraoperatif dan manajemen data

Adopsi perangkat monitoring anestesi berbasis digital, seperti pemantauan tanda vital terintegrasi, mulai meningkat terutama di fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Digitalisasi pemantauan pasien, termasuk pemanfaatan teknologi berbasis Internet of Things (IoT), berperan dalam meningkatkan keselamatan pasien dan efektivitas kerja tim anestesi, meskipun masih menghadapi tantangan kesiapan infrastruktur dan sumber daya manusia (Alawi & Ariyani, 2024).

d. Integrasi kecerdasan buatan (Artificial Intelligence/AI) dan big data

Penggunaan teknologi berbasis kecerdasan buatan dalam layanan anestesi, seperti prediksi risiko komplikasi anestesi, analisis data pasien, serta penyederhanaan dokumentasi klinis melalui large language model (LLM), mulai dikaji dalam penelitian kesehatan digital di Indonesia. Pemanfaatan AI diharapkan dapat mendukung pengambilan keputusan klinis yang lebih cepat dan akurat serta meningkatkan mutu pelayanan anestesi (Juliansyah et al., 2024).

H. Kesimpulan

Pemanfaatan teknologi digital dalam layanan anestesi merupakan bagian penting dari transformasi sistem pelayanan kesehatan modern yang bertujuan meningkatkan mutu, keselamatan, dan efisiensi pelayanan anestesi. Berbagai bentuk teknologi digital, seperti telemedicine, rekam medis elektronik, aplikasi klinis, serta pemanfaatan kecerdasan buatan, telah memberikan kontribusi nyata dalam mendukung proses penilaian pra-anestesi, pelaksanaan anestesi, hingga pemantauan pasca anestesi secara lebih terintegrasi dan sistematis. Teknologi tersebut memungkinkan pengambilan keputusan klinis yang lebih cepat dan akurat serta memperkuat koordinasi antar tenaga kesehatan.

Di Indonesia, penerapan teknologi digital dalam layanan anestesi menunjukkan potensi besar dalam memperluas akses layanan, khususnya bagi pasien di wilayah dengan keterbatasan tenaga spesialis anestesi. Selain itu, digitalisasi layanan turut meningkatkan efisiensi operasional rumah sakit dan mendukung upaya peningkatan keselamatan pasien melalui dokumentasi yang lebih baik dan pemantauan klinis yang berkelanjutan. Namun demikian, implementasi teknologi digital masih menghadapi tantangan, antara lain keterbatasan infrastruktur, kesenjangan literasi digital, serta perlunya regulasi dan standar operasional yang jelas.

Oleh karena itu, keberhasilan pemanfaatan teknologi digital dalam layanan anestesi memerlukan dukungan kebijakan yang komprehensif, penguatan infrastruktur teknologi informasi, serta peningkatan kompetensi sumber daya manusia di bidang kesehatan. Dengan strategi implementasi yang tepat dan berkelanjutan, teknologi digital diharapkan dapat menjadi solusi inovatif dalam meningkatkan kualitas layanan anestesi dan keselamatan pasien di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Rajan, S., Suresh, S., & Paul, J. (2021). Digital health and telemedicine in perioperative and anaesthesia care. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 37(3), 337–343.
https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_456_20
- Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology. (2023). Artificial intelligence and digital transformation in anaesthesia. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 37(1), 1–12.
<https://doi.org/10.1016/j.bpa.2022.12.001>
- World Health Organization. (2021). Global strategy on digital health 2020–2025. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
- Wahyuni, S., & Prasetyo, E. (2022). Transformasi digital pelayanan kesehatan di Indonesia: Peluang dan tantangan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 10(1), 1–9.
<https://doi.org/10.33560/jmiki.v10i1.455>
- Maharani A, Prasetyo A. Evaluasi pemanfaatan telemedicine di Indonesia. *JIKES : Jurnal Ilmu Kesehatan* [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 19]; Available from: <https://yptb.org/index.php/jik/article/view/1091>
- Juliansyah R, Putra E, Sari D. Implementation of EMR System in Indonesian Health Facilities. *arXiv Preprint* [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 19]; Available from: <https://arxiv.org/abs/2410.12226>
- Alawi A, Ariyani ND. Pengimplementasian sistem digital dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. *Barongko : Jurnal Ilmu Kesehatan* [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 19]; Available from: <https://jurnal.agdosi.com/index.php/Barongko/article/view/469>

Telekonsultasi Pre, Intra, dan Post Anestesi

Husna Khoiriyah; Baiq Zahwa Faqih; Yustiana Olfah

A. Pendahuluan

Telekonsultasi merupakan bentuk layanan kesehatan jarak jauh yang termasuk dalam ruang lingkup telemedicine atau telehealth, yaitu pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi untuk kegiatan diagnosis, evaluasi klinis, edukasi, serta konsultasi medis tanpa tatap muka langsung. Perkembangan telemedicine didorong oleh revolusi digital serta kebutuhan untuk menjangkau pasien di daerah terpencil, mengatasi keterbatasan distribusi tenaga kesehatan, serta meningkatkan efisiensi waktu dan biaya pelayanan kesehatan. Di Indonesia, digitalisasi layanan kesehatan melalui telemedicine menjadi strategi penting dalam menghadapi tantangan geografis dan ketimpangan akses layanan kesehatan, terutama di wilayah non-perkotaan.

Secara global, telemedicine membuka peluang bagi pasien untuk berkonsultasi dengan tenaga kesehatan melalui berbagai platform digital, sehingga hambatan geografis dapat diminimalkan dan kontinuitas pelayanan kesehatan dapat terjaga. Layanan medis yang sebelumnya membutuhkan kunjungan fisik kini dapat diakses secara virtual, memungkinkan proses klinis berlangsung lebih cepat tanpa mengurangi kualitas pelayanan. Telekonsultasi dalam pelayanan kesehatan bertujuan untuk memperluas akses layanan medis, meningkatkan efisiensi biaya dan waktu, serta

memperkuat koordinasi klinis antar tenaga kesehatan dalam proses diagnosis, edukasi, dan tindak lanjut pasien.

Dalam bidang anestesi, telekonsultasi memiliki peran strategis pada seluruh fase perioperatif, yaitu pre-anestesi, intra-anestesi, dan post-anestesi. Pada fase pre-anestesi, telekonsultasi memungkinkan dokter anestesi melakukan evaluasi komprehensif terhadap kondisi medis pasien, mengidentifikasi faktor risiko, menyusun rencana anestesi yang tepat, serta memberikan edukasi dan instruksi pra-operatif secara akurat. Pendekatan ini terbukti mampu mengurangi kebutuhan kunjungan fisik, menurunkan angka pembatalan operasi akibat evaluasi yang tidak lengkap, serta meningkatkan kepuasan pasien, dengan kualitas penilaian klinis yang setara dengan konsultasi tatap muka.

Pada fase intra-anestesi, meskipun masih dalam tahap pengembangan, telemedicine membuka peluang penerapan tele-anesthesia, yaitu dukungan dan konsultasi real-time antara tim anestesi di lokasi tindakan dengan spesialis anestesi dari jarak jauh. Teknologi ini memungkinkan supervisi klinis melalui sistem video dan monitoring digital, terutama pada fasilitas kesehatan yang memiliki keterbatasan tenaga ahli atau menghadapi kasus-kasus kompleks. Sementara itu, pada fase post-anestesi, telekonsultasi berperan penting dalam pemantauan nyeri, evaluasi pemulihan pasien, serta deteksi dini komplikasi pasca-tindakan. Telemonitoring memungkinkan tindak lanjut dilakukan dari rumah pasien, sehingga meningkatkan keamanan, kenyamanan, dan kualitas pelayanan pasca-anestesi.

Perkembangan teknologi digital turut memperkuat implementasi telekonsultasi anestesi melalui integrasi electronic health records (EHR), sistem manajemen risiko berbasis data, mobile health (mHealth), kecerdasan buatan (artificial intelligence), serta pemanfaatan big data. Integrasi teknologi ini memungkinkan sistem pelayanan anestesi menjadi lebih adaptif, responsif, dan berbasis data real-time, tidak hanya dalam praktik

klinis tetapi juga dalam pengelolaan organisasi dan manajemen risiko pelayanan anestesi modern.

Selain berdampak pada aspek klinis, telekonsultasi anestesi juga memiliki keterkaitan erat dengan kewirausahaan kesehatan digital. Pemanfaatan teknologi telemedicine membuka peluang bagi pengembangan model bisnis inovatif berbasis layanan kesehatan digital, seperti platform konsultasi perioperatif, sistem manajemen pasien anestesi, serta aplikasi pendukung edukasi dan monitoring pasien. Kewirausahaan kesehatan digital mendorong lahirnya startup dan kolaborasi lintas sektor untuk meningkatkan efisiensi layanan, menekan biaya, serta memperluas akses layanan anestesi, khususnya di wilayah yang kurang terlayani.

Meskipun demikian, penerapan telekonsultasi anestesi juga menghadapi berbagai tantangan, antara lain kesenjangan akses teknologi, perlindungan dan privasi data pasien, serta kepatuhan terhadap regulasi dan etika medis. Oleh karena itu, pengembangan telekonsultasi anestesi dalam kerangka kewirausahaan kesehatan digital memerlukan perencanaan yang matang, tata kelola yang kuat, serta dukungan kebijakan yang berkelanjutan agar dapat memberikan manfaat optimal bagi sistem pelayanan kesehatan

B. Konsep Telekonsultasi Anestesi

Telekonsultasi adalah bentuk layanan medis yang memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi untuk melakukan konsultasi klinis antara tenaga kesehatan dan pasien dari jarak jauh tanpa tatap muka langsung. Telekonsultasi merupakan bagian dari telemedicine/telehealth yang mencakup pemberian bantuan klinis, pertukaran informasi medis, diagnosis, pemantauan, hingga saran terapi melalui video, audio, atau media digital lain, dengan tujuan mengatasi keterbatasan akses layanan kesehatan dan memperluas jangkauan pelayanan medis.

Dalam konteks anestesi, telekonsultasi memungkinkan anesthesiolog melakukan pre-anesthesia evaluation, saran klinis,

serta komunikasi medis perioperatif tanpa kehadiran fisik pada saat konsultasi. Model ini sudah digunakan dalam praktik klinis untuk menilai risiko pasien sebelum anestesi secara jarak jauh, memberikan edukasi, serta mendukung keputusan klinis secara lebih fleksibel.

Pelaksanaan layanan telemedicine, termasuk telekonsultasi, di Indonesia diatur oleh beberapa dasar hukum yang memberikan landasan legal bagi penyelenggaraan layanan ini:

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan – menetapkan hak pasien atas pelayanan kesehatan termasuk melalui teknologi informasi serta hak atas kerahasiaan data kesehatan.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine – menjadi regulasi utama mengenai layanan telemedicine antar fasilitas kesehatan yang mencakup telekonsultasi klinis. Regulasi ini menyatakan bahwa telemedicine dapat dilakukan untuk konsultasi, diagnosis, dan layanan medis lain dengan memanfaatkan teknologi telekomunikasi.
3. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Perlindungan Data Pribadi – memberikan kerangka perlindungan terhadap data pribadi pasien dalam layanan digital termasuk telemedicine, penting untuk memastikan kerahasiaan informasi klien.

Walaupun dasar hukum tersebut memberikan landasan awal, beberapa penelitian menunjukkan bahwa regulasi telemedicine di Indonesia masih bersifat sektoral dan belum cukup komprehensif, sehingga perlu harmonisasi lebih lanjut untuk kasus telekonsultasi medis yang berkembang pesat.

Prinsip telekonsultasi dalam bidang anestesi menggabungkan prinsip klinis, etika, dan teknis teknologi yang harus dipenuhi agar layanan berjalan efektif, aman, dan bermutu:

1. Keselamatan Pasien (patient safety): konsultasi harus menjamin bahwa informasi yang dikumpulkan mencukupi

untuk penilaian medis tanpa mengabaikan aspek risiko klinis penting.

2. Profesionalisme dan Kompetensi: tenaga anestesi mempergunakan teknologi sesuai dengan standar kompetensi profesi untuk mengurangi kesalahan klinis.
3. Informed Consent: pasien memahami metode telekonsultasi, manfaat, dan batasannya sebelum setuju mengikuti layanan.
4. Keamanan Teknologi dan Privasi: sistem telekonsultasi harus menjamin autentikasi identitas, enkripsi data, dan pengelolaan kerahasiaan data medis pasien.
5. Keterhubungan dan Komunikasi: modalitas teknologi (video, audio, teks) dipilih sesuai kebutuhan klinis untuk memperkuat komunikasi antara pasien dan tenaga kesehatan.

Telekonsultasi anestesi memberikan berbagai manfaat signifikan dalam pelayanan perioperatif, antara lain memperluas akses layanan anestesi bagi pasien di daerah terpencil atau dengan keterbatasan mobilitas, mengurangi biaya serta waktu kunjungan fisik, serta meningkatkan pengalaman dan kepuasan pasien melalui evaluasi pra-anestesi yang cepat dan dukungan tindak lanjut pasca-anestesi yang lebih efisien; namun, di sisi lain, implementasi telekonsultasi ini juga menghadapi tantangan seperti keterbatasan pemeriksaan fisik yang hanya bisa dilakukan secara langsung, hambatan infrastruktur teknologi termasuk konektivitas internet yang tidak merata, persoalan regulasi dan standar praktik yang belum seragam, serta kebutuhan akan pelatihan tenaga kesehatan dan jaminan keamanan serta privasi data pasien yang memadai.

Telekonsultasi dalam anestesi memanfaatkan berbagai modalitas teknologi komunikasi dan informasi untuk mendukung layanan klinis secara jarak jauh, yang mencakup penggunaan komunikasi real-time (synchronous) seperti video conference dengan kamera dan mikrofon berkualitas untuk evaluasi pra-anestesi, serta asynchronous communication yang memungkinkan pengiriman data medis seperti rekam medis atau foto radiologi untuk ditinjau kemudian oleh tenaga

anestesi; kedua model ini memastikan fleksibilitas dalam konsultasi sesuai kebutuhan klinis. Selain itu, integrasi sistem rekam medis elektronik (EHR) yang terhubung antar fasilitas kesehatan memungkinkan akses data pasien secara terpadu, sementara perangkat tambahan seperti tele-stetoskops atau sensor biometrik dapat meningkatkan akurasi informasi kesehatan pasien secara jarak jauh, khususnya dalam fase evaluasi preoperative ataupun monitoring pasca operasi. Teknologi digital yang terus berkembang, termasuk platform terstandarisasi untuk telekonsultasi, turut memperkuat efektivitas layanan sehingga anesthesiolog dapat memberikan saran klinis, monitor risiko, dan melakukan tindak lanjut secara lebih efisien tanpa mengorbankan kualitas komunikasi dan data medis pasien.

Aspek etika dan keamanan data menjadi bagian penting dalam telekonsultasi medis termasuk di bidang anestesi karena berkaitan langsung dengan privasi, kerahasiaan, dan hak pasien serta tanggung jawab profesional tenaga kesehatan; prinsip informed consent harus dipenuhi, di mana pasien harus memahami metode konsultasi jarak jauh beserta risiko, manfaat, dan batasannya sebelum layanan dilakukan, serta persetujuan ini harus dicatat sebagai bagian rekam medis. Lebih lanjut, data medis yang ditransmisikan melalui telekonsultasi harus dilindungi dari risiko kebocoran atau penyalahgunaan melalui penerapan sistem keamanan informasi yang kuat seperti enkripsi, autentikasi akses, dan pengelolaan hak akses data untuk memastikan kerahasiaan dan integritas informasi kesehatan pasien. Di samping itu, kebijakan etika juga menuntut agar hubungan dokter-pasien tetap menghormati martabat dan keadilan dalam akses teknologi, menghindari bias atau diskriminasi dalam pemberian layanan, serta mematuhi regulasi perlindungan data pribadi yang berlaku untuk mencegah dampak negatif bagi pasien maupun penyedia layanan kesehatan di era digital.

C. Telekonsultasi Pre Anestesi

Telekonsultasi pre-anestesi memiliki tujuan utama untuk melakukan evaluasi klinis awal pasien yang akan menjalani anestesi secara digital, sehingga kondisi kesehatan termasuk riwayat medis, status fisik, dan faktor risiko dapat dikaji secara menyeluruh tanpa perlu kunjungan tatap muka, yang pada praktik klinis terbukti tidak inferior terhadap konsultasi langsung dalam penilaian status fisik atau skor ASA serta prediksi komplikasi perioperatif. Selanjutnya, melalui telekonsultasi ini anesthesiolog dapat mengidentifikasi kondisi komorbid, membahas potensi kesulitan airway atau ventilasi, serta mengoptimalkan persiapan pasien sehingga risiko anestesi dapat diminimalkan sebelum hari prosedur.

Selain itu, telekonsultasi juga menjadi alat edukasi yang efektif, di mana pasien menerima penjelasan tentang rencana anestesi, persyaratan puasa, serta potensi risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, sekaligus melaksanakan informed consent secara digital yang sah dan dipahami pasien sebagai dasar persetujuan tindakan medis. Dari sisi ekonomi, layanan pra-anestesi berbasis digital menunjukkan penghematan biaya dan waktu karena mengurangi kebutuhan perjalanan pasien ke fasilitas kesehatan serta menurunkan angka pembatalan atau penundaan operasi, menjadikan telekonsultasi pre-anestesi sebagai pendekatan efektif untuk meningkatkan efisiensi sumber daya klinis dan pengalaman pasien sebelum tindakan anestesi.

D. Telekonsultasi Intra Anestesi

Telekonsultasi intra-anestesi memainkan peran vital dalam mendistribusikan keahlian dokter spesialis anestesi ke lokasi yang memiliki keterbatasan sumber daya manusia. Dalam skenario ini, seorang konsultan senior dapat memandu prosedur pembiusan secara jarak jauh, mulai dari induksi hingga pemeliharaan anestesi. Peran ini sangat penting terutama pada kasus-kasus darurat di mana keputusan klinis harus diambil dalam hitungan detik untuk menjaga stabilitas hemodinamik

pasien. Selain itu, teknologi ini berfungsi sebagai sistem pendukung keputusan (decision support system) yang meminimalisir risiko human error. Dengan adanya mata kedua yang memantau jalannya operasi melalui video definisi tinggi dan transmisi data, komplikasi yang mungkin terlewatkan oleh tim di lapangan dapat dideteksi lebih awal. Hal ini meningkatkan keselamatan pasien secara signifikan dan memberikan rasa aman bagi tenaga medis yang melakukan tindakan.

Supervisi *real-time* dalam teleanestesi memungkinkan interaksi langsung antara dokter di pusat kendali dengan perawat anestesi atau dokter umum di ruang operasi. Melalui koneksi audio-visual latensi rendah, konsultan dapat melihat kondisi fisik pasien, posisi *endotracheal tube*, hingga kedalaman anestesi melalui monitor. Komunikasi dua arah ini memastikan bahwa setiap instruksi medis dapat dieksekusi dengan presisi seolah-olah konsultan berada di samping meja operasi. Sistem ini juga mendukung manajemen krisis di kamar operasi secara lebih efektif. Ketika terjadi situasi tidak terduga seperti perdarahan masif atau anafilaksis, konsultan jarak jauh dapat memimpin algoritma resusitasi dan memberikan panduan pemberian obat dosis tinggi. Supervisi ini tidak hanya bersifat administratif, tetapi merupakan pendampingan teknis langsung yang sangat menentukan luaran klinis pasien.

Pemantauan tanda vital dalam telekonsultasi intra-anestesi kini mengandalkan integrasi *Internet of Medical Things*(IoMT) yang mengirimkan data fisiologis secara kontinu. Parameter seperti EKG, saturasi oksigen (SpO₂), tekanan darah invasif, dan kadar gas anestesi ditransmisikan dalam bentuk grafik digital yang mudah diinterpretasi oleh konsultan. Penggunaan sensor cerdas ini memastikan data yang diterima akurat dan sinkron dengan kondisi pasien yang sebenarnya. Teknologi ini juga memungkinkan penggunaan dasbor analitik yang dapat memberikan peringatan dini (*early warning*) melalui kecerdasan buatan. Jika terdapat tren penurunan tekanan darah atau perubahan pola napas yang halus, sistem akan memberikan

notifikasi kepada konsultan bahkan sebelum alarm monitor di kamar operasi berbunyi. Integrasi data berbasis awan (*cloud-based*) ini memastikan catatan medis intraoperatif tersimpan secara digital dan akuntabel.

Pada rumah sakit di daerah terpencil atau fasilitas kesehatan tingkat lanjut dengan jumlah spesialis terbatas, telekonsultasi adalah solusi strategis. Dukungan klinis jarak jauh memungkinkan fasilitas tersebut untuk tetap menjalankan prosedur bedah yang kompleks tanpa harus merujuk pasien ke kota besar, yang sering kali berisiko bagi pasien tidak stabil. Konsultan jarak jauh membantu dalam menentukan teknik anestesi yang paling aman sesuai dengan keterbatasan alat di lokasi tersebut. Dukungan ini juga mencakup bimbingan teknis mengenai penggunaan alat-alat baru atau prosedur yang jarang dilakukan di fasilitas terbatas. Melalui bimbingan ini, kapasitas tenaga medis lokal meningkat secara bertahap melalui proses *learning by doing* yang diawasi secara profesional. Hal ini menciptakan pemerataan kualitas layanan kesehatan yang lebih adil di seluruh wilayah geografis.

Layanan intra-anestesi kini mulai dikembangkan sebagai model jasa profesional yang terstruktur dengan kontrak *Service Level Agreement* (SLA). Rumah sakit dapat bekerja sama dengan penyedia jasa teleanestesi untuk mendapatkan jaminan ketersediaan konsultan selama 24 jam. Model ini mengubah cara kerja tradisional menjadi lebih fleksibel, di mana keahlian medis dihargai sebagai layanan berbasis kebutuhan (*on-demand service*). Secara profesional, layanan ini memerlukan regulasi yang jelas mengenai tanggung jawab mediko-legal antara konsultan jarak jauh dan pelaksana di lapangan. Dokumentasi digital yang dihasilkan selama sesi telekonsultasi menjadi bagian sah dari rekam medis pasien yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Model ini tidak hanya efisien secara biaya bagi rumah sakit, tetapi juga menciptakan standar baru dalam profesionalisme kedokteran anestesi di era digital.

E. Telekonsultasi Post Anestesi

Tujuan utama telekonsultasi pasca anestesi adalah memastikan transisi pasien dari fase pemulihan di rumah sakit menuju perawatan mandiri yang aman. Fokusnya adalah untuk memantau sisa efek obat anestesi yang mungkin masih memengaruhi fungsi kognitif atau sistem pernapasan pasien setelah keluar dari ruang pulih. Dengan jangkauan digital, tim anestesi dapat tetap memantau pasien meskipun mereka sudah berada di ruang rawat inap atau bahkan sudah pulang ke rumah.

Selain itu, layanan ini bertujuan untuk mengurangi angka kunjungan ulang (readmission) ke instalasi gawat darurat akibat komplikasi ringan yang bisa ditangani secara jarak jauh. Dengan adanya akses komunikasi langsung, pasien dan keluarga merasa lebih tenang karena mendapatkan bimbingan dari ahli yang sama yang menangani mereka saat operasi. Hal ini merupakan bagian integral dari program Enhanced Recovery After Surgery.

Monitoring pasca anestesi menggunakan aplikasi seluler dan perangkat *wearable* memungkinkan pengumpulan data objektif mengenai kemajuan pemulihan pasien. Parameter seperti tingkat nyeri, pola tidur, dan aktivitas fisik harian dipantau untuk memastikan pasien mencapai target pemulihan sesuai jadwal. Konsultan dapat meninjau data ini secara berkala dan memberikan penyesuaian instruksi perawatan jika diperlukan. Metode monitoring ini juga mencakup penilaian fungsi kognitif dan motorik pasca pembiusan total. Pasien dapat diminta melakukan tugas-tugas sederhana melalui aplikasi untuk menilai apakah mereka telah sepenuhnya pulih dari efek sedasi. Pengumpulan data yang berkelanjutan ini memberikan gambaran yang lebih komprehensif dibandingkan hanya mengandalkan pemeriksaan fisik sesaat di poliklinik.

Telekonsultasi sangat efektif dalam mendeteksi komplikasi dini seperti *Postoperative Nausea and Vomiting* (PONV) atau depresi pernapasan pada pasien dengan risiko tinggi seperti penderita obesitas. Pasien dapat melaporkan gejala secara langsung melalui panggilan video, sehingga dokter dapat

melihat tanda-tanda klinis seperti pucat atau sesak napas. Deteksi dini ini memungkinkan intervensi medis dilakukan sebelum kondisi pasien memburuk menjadi keadaan gawat darurat.

Selain komplikasi sistemik, pemantauan jarak jauh juga berguna untuk melihat kondisi luka operasi dan manajemen nyeri yang tidak adekuat. Jika pasien melaporkan nyeri yang meningkat secara drastis, tim anestesi dapat mengevaluasi apakah ada masalah dengan teknik blok saraf yang dilakukan atau memerlukan penyesuaian dosis analgesik oral. Respon cepat ini sangat krusial dalam mencegah nyeri akut berubah menjadi nyeri kronis pasca bedah.

Edukasi merupakan pilar penting dalam fase pasca anestesi, dan telekonsultasi menyediakan platform yang ideal untuk penyampaian informasi yang personal. Pasien dan keluarga diberikan panduan mengenai jenis makanan yang boleh dikonsumsi, jadwal pengobatan, hingga aktivitas fisik yang diizinkan. Materi edukasi digital seperti video tutorial atau infografis dapat dikirimkan langsung ke perangkat pasien untuk dipelajari kembali di rumah. Interaksi dua arah dalam telekonsultasi memungkinkan pasien untuk menanyakan hal-hal yang mungkin terlupa saat masih dalam pengaruh obat di rumah sakit. Tim anestesi dapat memberikan penekanan pada tanda-tanda bahaya (*red flags*) yang harus diwaspadai, seperti demam tinggi atau perdarahan hebat. Edukasi yang baik melalui media digital terbukti meningkatkan kepatuhan pasien terhadap instruksi medis dan mempercepat proses penyembuhan.

Menjadikan layanan *follow-up* pasca anestesi sebagai bagian dari paket layanan kesehatan memberikan keunggulan kompetitif yang signifikan bagi sebuah institusi. Layanan ini menunjukkan komitmen rumah sakit atau klinik terhadap keselamatan pasien jangka panjang, bukan hanya saat tindakan bedah berlangsung. Dari perspektif bisnis, ini meningkatkan loyalitas pelanggan dan membangun reputasi positif melalui testimoni kepuasan pasien.

Selain itu, data yang dikumpulkan dari layanan *follow-up* ini dapat diolah menjadi metrik kualitas pelayanan yang sangat berharga untuk keperluan akreditasi dan riset internal. Institusi dapat memetakan tingkat kepuasan pasien dan efektivitas teknik anestesi tertentu terhadap kecepatan pemulihan. Nilai tambah ini menjadikan layanan anestesi bukan sekadar tindakan medis teknis, melainkan pengalaman layanan kesehatan yang menyeluruh dan premium.

F. Telekonsultasi Anestesi dalam Perspektif Kewirausahaan

Peluang bisnis di bidang teleanestesi berkembang pesat seiring dengan meningkatnya permintaan akan layanan kesehatan yang efisien dan berbasis teknologi. Wirausahawan medis dapat mengisi celah pasar dengan menyediakan platform yang menghubungkan dokter spesialis anestesi dengan rumah sakit tipe C atau klinik bedah mandiri. Bisnis ini sangat potensial karena mampu memecahkan masalah klasik distribusi dokter spesialis di negara kepulauan seperti Indonesia.

Selain penyediaan tenaga ahli, peluang juga terbuka luas dalam pengembangan perangkat keras dan perangkat lunak pendukung teleanestesi. Inovasi pada monitor portable yang terintegrasi dengan jaringan 5G atau pengembangan aplikasi pemantauan pasca operasi berbasis AI adalah area investasi yang sangat menarik. Sektor ini menjanjikan margin keuntungan yang stabil seiring dengan transformasi digital kesehatan nasional yang masif.

Model bisnis berbasis platform bertindak sebagai agregator yang memfasilitasi transaksi antara pemberi jasa (DSA) dan pengguna jasa (Rumah Sakit). Perusahaan mengambil keuntungan dari biaya administrasi atau bagi hasil dari setiap sesi konsultasi yang berhasil. Model ini memiliki skalabilitas tinggi karena tidak memerlukan aset fisik yang besar dan dapat menjangkau wilayah yang sangat luas.

Model langganan (*subscription-based*) dapat diterapkan bagi rumah sakit yang membutuhkan ketersediaan konsultan secara tetap setiap bulannya. Di sisi lain, paket layanan

terintegrasi dapat ditawarkan langsung kepada pasien, di mana mereka membayar biaya tertentu untuk mendapatkan layanan konsultasi pra-anestesi dan tindak lanjut pasca-anestesi secara eksklusif. Diversifikasi model bisnis ini memungkinkan perusahaan untuk menjangkau berbagai segmen pasar sesuai dengan kemampuan finansial mereka.

Target pasar utama adalah jaringan rumah sakit swasta yang ingin meningkatkan efisiensi operasional dengan melakukan sentralisasi tenaga ahli anestesi mereka. Dengan sistem telekonsultasi, satu dokter spesialis dapat mengawasi beberapa rumah sakit dalam satu jaringan secara bersamaan. Hal ini menurunkan biaya operasional rumah sakit sambil tetap menjaga standar kualitas pelayanan yang tinggi. Klinik-klinik spesialis seperti klinik bedah plastik, pusat kesuburan (IVF), dan pusat endoskopi juga merupakan target pasar potensial yang membutuhkan bantuan anestesi secara *on-demand*. Selain itu, pasien individu yang akan menjalani operasi besar merupakan pasar untuk konsultasi opini kedua (*second opinion*) pra-anestesi. Segmentasi pasar yang jelas memungkinkan strategi pemasaran yang lebih tepat sasaran dan efektif.

Keunggulan kompetitif utama dari layanan telekonsultasi anestesi adalah kecepatan akses dan efisiensi biaya. Layanan yang mampu menjamin koneksi dalam hitungan detik saat terjadi keadaan darurat intraoperatif akan memiliki nilai tawar yang sangat tinggi. Integrasi teknologi AI untuk analisis data monitor secara otomatis juga dapat menjadi pembeda teknis yang sulit ditiru oleh kompetitor tradisional. Selain teknologi, kualitas jaringan dokter spesialis yang bergabung dalam platform menjadi aset utama. Memberikan jaminan bahwa semua konsultan adalah dokter berpengalaman dengan sertifikasi tambahan dalam manajemen jarak jauh akan membangun kepercayaan pasar. Pelayanan yang ramah pengguna (*user-friendly interface*) dan keamanan data pasien (enkripsi tingkat tinggi) juga merupakan komponen penting dalam memenangkan persaingan di industri kesehatan digital.

Untuk menjaga keberlanjutan usaha, inovasi berkelanjutan dalam integrasi data harus terus dilakukan, seperti sinkronisasi dengan rekam medis elektronik nasional. Penggunaan analitik data besar (*big data*) dapat memberikan wawasan mengenai tren komplikasi anestesi yang berguna bagi pengembangan kebijakan kesehatan. Usaha yang berkelanjutan juga harus memperhatikan aspek legalitas yang dinamis dan kepatuhan terhadap etika kedokteran digital.

Inovasi masa depan seperti penggunaan *Augmented Reality* (AR) untuk memandu tindakan invasif secara jarak jauh akan menjadi lompatan besar dalam layanan ini. Keberlanjutan usaha juga bergantung pada kemampuan perusahaan untuk beradaptasi dengan model pembayaran asuransi kesehatan masa depan. Dengan tetap relevan terhadap kebutuhan pasar dan perkembangan teknologi, bisnis telekonsultasi anestesi memiliki masa depan yang cerah dalam ekosistem kesehatan modern.

DAFTAR PUSTAKA

- Wikipedia Contributors. (2025). *Telehealth. Ehealth*. Wikipedia (artikel diakses Januari 2025).
- Braga, A. V. (2023). *Telemedicine for anaesthesia*. World Health Expo Insights.
- Anwar, A. (2013). *Aspek hukum penggunaan telemedicine*. Fakultas Hukum Universitas Pattimura.
- Ari Rama, B. G., Sawitri Nandari, N. P., & Mahadewi, K. J. (2025). *Protection of patient data confidentiality in telemedicine services in Indonesia: A human rights perspective*. LEGAL BRIEF, 14(2), 278–285.

BAB

12

Peran Penata Anestesi Dalam Basic Life Support dan Advance Life Support

Muhammad Akmal; Muhammad Bariq;Yustiana Olfah

A. Pendahuluan

Kegawatdaruratan medis seperti henti jantung dan gangguan pernapasan merupakan kondisi yang membutuhkan penanganan cepat, tepat, dan terkoordinasi untuk mencegah kematian dan kecacatan. Basic Life Support (BLS) dan Advanced Life Support (ALS) menjadi keterampilan dasar dan lanjutan yang wajib dikuasai oleh tenaga kesehatan dalam menghadapi situasi tersebut. Pelatihan BLS dan ALS tidak hanya bertujuan meningkatkan kemampuan teknis, tetapi juga membangun kesiapsiagaan dan kerja tim dalam kondisi darurat. Penata anestesi memiliki peran strategis dalam pelayanan kegawatdaruratan karena kompetensinya dalam manajemen jalan napas, ventilasi, sirkulasi, serta penggunaan obat resusitasi. Oleh karena itu, keterlibatan penata anestesi dalam pelatihan BLS dan ALS sangat penting sebagai instruktur maupun fasilitator untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pelayanan kesehatan. Berikut beberapa contoh latar Pentingnya Peran Penata Anestesi dalam Pelatihan Basic Life Support dan Advanced Life Support:

Setiap tenaga kesehatan sudah pasti mendapatkan pelatihan BHD. Namun pada kondisi gawat darurat banyak tenaga kesehatan yang masih belum mampu dalam menangani penderita pada fase gawat darurat (golden period). Salah satu penyebab ketidakmampuan tersebut yaitu kurangnya pengetahuan tentang penanggulangan gawat darurat

(Lubis&Oktaviani, 2015). Menurut Peran Penata Anestesi dalam Basic Life Support dan Advance Life Support Sastroasmoro (2008, dalam Bala dkk., 2014) pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk dikuasai, karena dengan mengetahui sesuatu maka hal tersebut dapat dijadikan pedoman dalam pelaksanaannya.

Tingkat pengetahuan yang kurang terhadap BHD dapat menyebabkan keterlambatan bahkan kegagalan dalam melakukan penyelamatan terhadap orang yang mengalami henti jantung dan henti napas (Nugroho, 2017). Keterlambatan dan kesalahan dalam melakukan tindakan gawat darurat dapat menimbulkan efek yang sangat fatal dan tidak dapat diperbaiki pada tindakan selanjutnya. Kerusakan otak mungkin terjadi jika henti jantung tidak ditangani dalam 4-6 menit. Kerusakan ini akan menjadi irreversible dalam waktu 8-10 menit. Sehingga kesempatan hidup orang tersebut sangat kecil (American Heart Association, 2015).

Peraturan Kementerian Kesehatan (2016) menyebutkan bahwa Penata Anestesi dapat melakukan tindakan untuk mengatasi kondisi gawat darurat. Kondisi gawat darurat ini dapat terjadi dimana saja dan kapan saja. Saat terjadi kegawatdaruratan henti jantung, Penata Anestesi harus bisa melakukan Resusitasi Jantung Paru (RJP) dengan benar. Dengan demikian pengetahuan tentang BHD pada Penata Anestesi sangatlah penting.

B. Penata Anestesi

Penata anestesi merupakan tenaga kesehatan profesional yang memiliki kewenangan dan kompetensi dalam memberikan pelayanan anestesi serta penanganan kegawatdaruratan medis. Dalam praktiknya, penata anestesi berperan penting dalam manajemen jalan napas, pengelolaan ventilasi, sirkulasi, dan pemantauan kondisi pasien, baik dalam situasi elektif maupun emergensi. Kompetensi tersebut menjadikan penata anestesi sebagai salah satu tenaga kesehatan yang memiliki peran sentral dalam tindakan

resusitasi dan penanganan henti jantung, sehingga sangat relevan untuk terlibat dalam pelatihan BLS dan ALS.

C. Basic Life Support (BLS)

Basic Life Support merupakan serangkaian Tindakan pertolongan pertama yang diberikan pada korban dengan henti jantung, henti napas, atau kondisi gawat darurat lainnya untuk mempertahankan fungsi vital tubuh. Prinsip utama BLS meliputi penilaian kesadaran, pembukaan jalan napas, pemberian ventilasi, dan kompresi dada yang efektif sesuai dengan pedoman terbaru. Pelatihan BLS bertujuan agar tenaga kesehatan mampu memberikan pertolongan awal secara cepat dan tepat sebelum dilakukan tindakan lanjutan. Dalam pelatihan BLS, penata anestesi berperan sebagai instruktur yang memberikan edukasi teori serta demonstrasi praktik resusitasi dasar sesuai standar yang berlaku.

D. Advanced Life Support (ALS)

Advanced Life Support merupakan kelanjutan dari BLS yang mencakup tindakan resusitasi lanjutan seperti manajemen jalan napas tingkat lanjut, pemberian obat-obatan resusitasi, defibrilasi, serta pemantauan hemodinamik pasien. ALS membutuhkan keterampilan teknis dan pengetahuan klinis yang lebih kompleks, sehingga pelatihan ALS biasanya diberikan kepada tenaga kesehatan dengan kompetensi tertentu. Penata anestesi memiliki keahlian dalam penggunaan alat airway lanjut, ventilasi mekanik, dan farmakologi anestesi, sehingga berperan penting dalam pelatihan ALS baik sebagai instruktur, fasilitator simulasi, maupun evaluator keterampilan peserta.

E. Peran Penata Anestesi dalam Pelatihan Basic Life Support dan Advanced Life Support

- **Basic Life Support**
Dalam pelatihan Basic Life Support, penata anestesi berperan sebagai instruktur yang membimbing peserta

dalam memahami konsep dasar resusitasi serta melakukan praktik kompresi dada, ventilasi, dan penggunaan alat bantu napas dasar. Penata anestesi juga bertugas memastikan bahwa setiap peserta mampu melakukan tindakan BLS sesuai dengan pedoman yang berlaku, sehingga pelatihan tidak hanya bersifat teoritis tetapi juga aplikatif. Melalui pelatihan ini, penata anestesi berkontribusi dalam meningkatkan kesiapsiagaan tenaga kesehatan menghadapi kegawatdaruratan medis.

- **Advanced Life Support**

Dalam pelatihan Advanced Life Support, peran penata anestesi menjadi lebih kompleks karena melibatkan keterampilan lanjutan seperti intubasi, ventilasi mekanik, defibrilasi, serta pemberian obat-obatan resusitasi. Penata anestesi berperan sebagai pelatih dalam simulasi kasus henti jantung dan kegawatdaruratan kritis, serta membimbing peserta dalam pengambilan keputusan klinis secara cepat dan tepat. Keterlibatan penata anestesi dalam pelatihan ALS membantu meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan dalam bekerja secara tim dan terstruktur pada situasi darurat.

F. Manfaat Penata Anestesi dalam Pelatihan Basic Life Support dan Advanced Life Support

Peran penata anestesi dalam pelatihan Basic Life Support dan Advanced Life Support memberikan manfaat yang sangat besar dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, khususnya dalam penanganan kegawatdaruratan medis. Penata anestesi memiliki kompetensi khusus dalam manajemen jalan napas, ventilasi, sirkulasi, serta penggunaan obat-obatan resusitasi, sehingga mampu memberikan pelatihan yang komprehensif dan berbasis praktik klinis nyata. Melalui keterlibatannya sebagai instruktur dan fasilitator pelatihan, penata anestesi membantu tenaga kesehatan memahami prinsip resusitasi secara benar sesuai standar yang

berlaku, sehingga tindakan yang dilakukan menjadi lebih efektif dan aman. Berikut poin-poin manfaat :

No	Aspek	Manfaat Peran Penata Anestesi dalam Pelatihan BLS dan ALS
1.	Kompetensi Tenaga Kesehatan	Meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan resusitasi dan penanganan kegawatdaruratan secara cepat dan tepat.
2.	Standarisasi Tindakan	Menjamin pelaksanaan BLS dan ALS sesuai pedoman dan standar klinis yang berlaku.
3.	Keterampilan Klinis	Meningkatkan keterampilan manajemen jalan napas, ventilasi, sirkulasi, dan penggunaan alat resusitasi.
4.	Kerja Tim	Memperkuat koordinasi dan komunikasi antarprofesi dalam tim resusitasi kegawatdaruratan.
5.	Keselamatan Pasien	Meningkatkan keselamatan pasien serta menurunkan angka mortalitas dan komplikasi akibat kondisi kritis.

G. Langkah-Langkah Pelatihan Basic Life Support (BLS)

a. Pengenalan dan Tujuan Pelatihan

Pelatihan dimulai dengan penjelasan mengenai pengertian Basic Life Support, tujuan pelatihan, serta pentingnya BLS dalam penanganan kegawatdaruratan seperti henti jantung dan henti napas. Pada tahap ini juga disampaikan peran setiap tenaga kesehatan dalam memberikan pertolongan pertama.

b. Penilaian Keamanan dan Respons Korban

Peserta dilatih untuk memastikan keamanan lingkungan sebelum melakukan pertolongan. Selanjutnya dilakukan penilaian respons korban dengan memanggil dan memberikan rangsangan ringan untuk mengetahui tingkat kesadaran.

c. Aktivasi Sistem Bantuan Darurat

Peserta diajarkan cara meminta bantuan dan mengaktifkan sistem kegawatdaruratan, termasuk memanggil tim medis dan menyiapkan Automated External Defibrillator (AED) bila tersedia.

d. Penilaian Pernapasan dan Nadi

Peserta melakukan pemeriksaan pernapasan dan nadi secara cepat (maksimal 10 detik) untuk menentukan apakah korban memerlukan tindakan resusitasi jantung paru (RJP).

e. Pelaksanaan Kompresi Dada (Circulation)

Pelatihan menekankan teknik kompresi dada yang benar, meliputi posisi tangan, kedalaman kompresi, kecepatan, dan rasio kompresi sesuai standar BLS.

f. Pembukaan Jalan Napas (Airway)

Peserta diajarkan teknik pembukaan jalan napas dasar seperti head tilt–chin lift atau jaw thrust pada kondisi tertentu.

g. Pemberian Ventilasi (Breathing)

Peserta mempraktikkan pemberian ventilasi menggunakan alat bantu napas seperti masker saku atau bag-valve-mask dengan rasio ventilasi yang sesuai.

h. Penggunaan AED (Automated External Defibrillator)

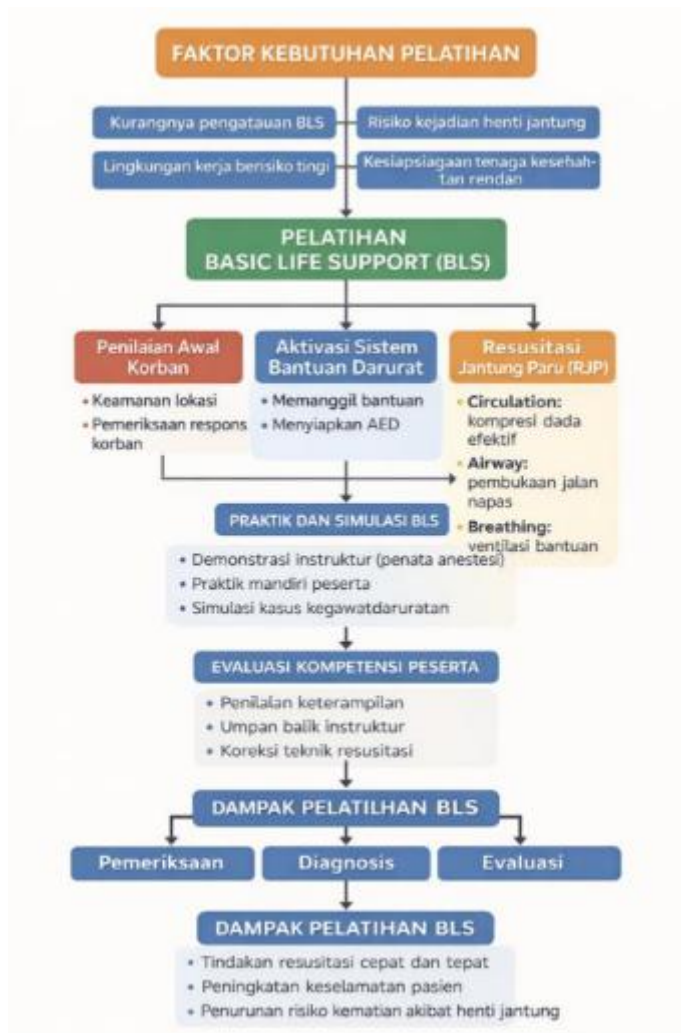
Peserta dilatih cara mengoperasikan AED dengan aman dan tepat, mulai dari pemasangan pad hingga mengikuti instruksi alat.

i. Evaluasi dan Umpan Balik

Instruktur memberikan evaluasi terhadap keterampilan peserta serta umpan balik untuk memperbaiki teknik resusitasi yang dilakukan.

j. Simulasi Kasus dan Penilaian Akhir

Pelatihan diakhiri dengan simulasi kasus kegawatdaruratan untuk menilai kesiapan peserta dalam menerapkan BLS secara menyeluruh dan terintegrasi.



Algoritma Basic Life Support menurut American Heart Association 2015 (sumber: Gosal, 2017)

H. Langkah-Langkah Pelatihan Advance Life Support (ALS)

Pelatihan Advance Life Support diawali dengan pemberian pemahaman mengenai konsep dan tujuan ALS dalam penanganan kegawatdaruratan medis tingkat lanjut, khususnya pada pasien dengan henti jantung, gangguan pernapasan berat, dan ketidakstabilan hemodinamik. Pada tahap ini peserta diberikan penjelasan mengenai perbedaan antara Basic Life Support dan Advance Life Support serta pentingnya kerja tim dalam pelaksanaan ALS.

Langkah selanjutnya adalah penilaian awal kondisi pasien secara sistematis dengan pendekatan ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure). Peserta dilatih untuk melakukan penilaian cepat dan tepat guna menentukan prioritas tindakan lanjutan. Penilaian ini bertujuan untuk mengidentifikasi masalah yang mengancam nyawa dan segera dilakukan intervensi sesuai kebutuhan pasien.

Pelatihan kemudian dilanjutkan dengan manajemen jalan napas lanjutan, yang meliputi penggunaan alat bantu napas tingkat lanjut seperti oropharyngeal airway, nasopharyngeal airway, supraglottic airway, hingga intubasi endotrakeal. Peserta juga dilatih dalam teknik ventilasi menggunakan bag-valve-mask dan ventilator mekanik dengan pengawasan instruktur, khususnya penata anestesi yang memiliki kompetensi di bidang airway management.

Langkah berikutnya adalah pelatihan manajemen sirkulasi, termasuk pemasangan akses intravena atau intraosseus, pemberian cairan resusitasi, serta penggunaan obat-obatan resusitasi sesuai algoritma ALS. Peserta diajarkan pengenalan dan penatalaksanaan irama jantung yang dapat dan tidak dapat diberi defibrilasi, serta teknik penggunaan defibrilator secara aman dan efektif.

Selanjutnya, peserta dilatih dalam pemantauan dan evaluasi kondisi pasien secara berkelanjutan melalui monitoring elektrokardiografi, tekanan darah, saturasi oksigen, dan kesadaran. Pelatihan ini juga menekankan pentingnya dokumentasi tindakan, komunikasi efektif antar

anggota tim, serta pengambilan keputusan klinis yang cepat dan tepat selama proses resusitasi.

Tahap akhir dari pelatihan Advance Life Support adalah simulasi kasus kegawatdaruratan secara menyeluruh dan evaluasi kompetensi peserta. Simulasi dilakukan untuk menilai kemampuan peserta dalam menerapkan seluruh langkah ALS secara terintegrasi, mulai dari penilaian awal hingga penanganan lanjutan. Instruktur kemudian memberikan umpan balik dan penilaian akhir untuk memastikan peserta memiliki kompetensi yang memadai dalam pelaksanaan Advance Life Support.

I. Masalah dalam Pelatihan Basic Life Support (BLS)

- a. Keterbatasan pemahaman peserta
Perbedaan latar belakang pendidikan dan pengalaman klinik menyebabkan pemahaman peserta terhadap konsep dasar resusitasi tidak merata.
- b. Teknik kompresi dada yang tidak sesuai standar
Kesalahan pada kedalaman, kecepatan, dan posisi kompresi masih sering terjadi meskipun telah diberikan instruksi.
- c. Kurangnya keterampilan manajemen jalan napas dasar
Peserta sering mengalami kesulitan dalam membuka jalan napas (head tilt–chin lift/jaw thrust) dan pemberian ventilasi yang efektif.
- d. Minimnya ketersediaan alat bantu pelatihan
Manekin, AED trainer, atau bag valve mask (BVM) yang terbatas menghambat praktik optimal.
- e. Kurangnya kepercayaan diri peserta
Peserta ragu mengambil keputusan cepat saat simulasi henti jantung.

J. Masalah dalam Pelatihan Advance Life Support (ALS)

- a. Kompleksitas algoritma resusitasi
Algoritma ALS yang lebih kompleks menyulitkan peserta memahami alur tindakan secara cepat dan tepat.

- b. Kesulitan interpretasi ritme jantung
Peserta sering keliru dalam membaca EKG dan menentukan ritme shockable atau non-shockable.
- c. Keterbatasan keterampilan airway lanjutan
Intubasi endotrakeal dan penggunaan supraglottic airway masih menjadi tantangan besar.
- d. Kesalahan dalam pemberian obat emergensi
Dosis, waktu, dan rute pemberian obat (epinefrin, amiodaron, dll.) sering tidak sesuai protokol.
- e. Koordinasi tim yang kurang efektif
Peran dan komunikasi antar anggota tim resusitasi tidak berjalan optimal (teamwork dan leadership lemah).

K. Analisis Situasi

Bantuan hidup dasar (Basic Life Support/BLS) adalah suatu tindakan kegawatdaruratan untuk pasien yang terdiri dari beberapa teknik seperti resusitasi jantung dan paru (RJP), syok, dan pertolongan pertama dengan tujuan untuk mempertahankan hidup pasien sampai kedatangan fasilitas medis atau orang pergi ke rumah sakit. BLS merupakan langkah pertama pengenalan cepat untuk memberikan ventilasi darurat dan dukungan sirkulasi dalam kasus pernapasan atau jantung. Keterampilan BLS terdiri atas pernapasan dan kompresi dada untuk menormalkan sirkulasi darah ke otak dan organ vital. Studi sebelumnya melaporkan serangan jantung, aktivasi sistem layanan medis darurat (EMS), resusitasi jantung paru dini dan defibrilasi dapat membuat perbedaan waktu antara hidup dan mati (Katerina B et.al, 2019)

Bantuan hidup dasar (BLS) adalah implementasi dari ventilasi buatan dan kompresi dada tujuan pada orang yang memiliki gangguan pernapasan dan/atau serangan jantung, saat farmasi dan perangkat medis tidak dapat diakses. Implementasi ini dikenal sebagai resusitasi jantung paru (RJP). BLS dilakukan pada jantung mendadak dan kasus henti napas. Serangan jantung mendadak penyebab kematian jutaan orang

setiap tahun di seluruh dunia. Di Eropa, 350.000-700.000 orang per tahun mengalami serangan jantung mendadak di luar rumah sakit. (Perkins, 2015)

L. Kesimpulan

Peran Penata Anestesi dalam Pelatihan Basic Life Support (BLS) dan Advanced Life Support (ALS), dapat disimpulkan bahwa penata anestesi memiliki peran yang sangat penting sebagai tenaga profesional yang kompeten dalam pendidikan dan pelatihan kegawatdaruratan. Penata anestesi tidak hanya berperan sebagai pelaksana klinis, tetapi juga sebagai instruktur yang mampu mentransfer pengetahuan dan keterampilan resusitasi secara sistematis, terstandar, dan berbasis eviden. Melalui pelatihan BLS dan ALS, peserta dibekali kemampuan penilaian awal, resusitasi jantung paru, manajemen jalan napas, penggunaan alat bantu resusitasi, serta pengambilan keputusan yang cepat dan tepat dalam kondisi kritis.

Pelaksanaan pelatihan yang dipandu oleh penata anestesi terbukti meningkatkan kesiapsiagaan, keterampilan teknis, dan kepercayaan diri tenaga kesehatan maupun masyarakat awam dalam menghadapi henti jantung dan kegawatdaruratan lainnya. Dampak akhir dari pelatihan ini adalah meningkatnya kualitas pelayanan kegawatdaruratan, keselamatan pasien, serta penurunan angka morbiditas dan mortalitas akibat keterlambatan penanganan. Oleh karena itu, peran penata anestesi dalam pelatihan BLS dan ALS perlu terus dikembangkan dan didukung sebagai bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan dan upaya peningkatan mutu sumber daya manusia di bidang kegawatdaruratan.

DAFTAR PUSTAKA

- Association, A. H. (2015). Guidelines for CPR and emergency cardiovascular care. Part 5: Adult Basic Life Support. *Circulation*, 122, S685–S705.
- Bala, D. K. Y., Rakhmat, A., & Junaidi. (2014). Gambaran pengetahuan dan pelaksanaan bantuan hidup dasar perawat gawat darurat di instalasi gawat darurat (Igd) Rsud labuang baji makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. 4, 2302–1721.
- Berg, R. A., et al. (2010). Part 5: Adult basic life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 122. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970939>
- American Heart Association (AHA). (2015). Guidelines for CPR and Emergency Cardiovascular Care – Adult Basic Life Support. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRC.0000000000000252>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Standar Profesi Penata Anestesi.
- World Health Organization. (2021). Basic Emergency Care: Approach to the Acutely Ill and Injured.
- Suwanna, K., Pipanmekaporn, T., & Siriphuwanun, V. (2023). An Evaluation of Nurse Anesthetists' Acquisition and Retention of Knowledge and Skill Performance for BLS and ACLS Training
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Standar Profesi Penata Anestesi. <https://peraturan.bpk.go.id>
- Nugroho, a. (2017). pengaruh tingkat pengetahuan terhadap keberhasilan bantuan hidup dasar. <https://ejournal.poltekkes-smg.ac.id>

BAB 13 | Peran Penata Anestesi dalam Manajemen Nyeri

Umi Salma Az Zahra; Luthfiyah; Yustiana Olfah

A. Pendahuluan

Nyeri merupakan salah satu masalah klinis yang paling sering dialami oleh pasien dalam berbagai kondisi medis. *International association for the study of Pain (IASP)* mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan, actual ataupun potensial atau digambarkan sebagai kerusakan yang sama. Nyeri dapat dialami oleh pasien pada keadaan preoperatif, intraoperatif, pascaoperatif, serta pada kondisi nonbedah seperti trauma, persalinan, dan penyakit kronik. Nyeri yang tidak ditangani secara adekuat dapat menimbulkan dampak fisiologis dan psikologis yang signifikan, antara lain peningkatan respons stres, gangguan penyembuhan, penurunan kualitas hidup, serta peningkatan lama perawatan dan biaya pelayanan kesehatan.

Pengelolaan nyeri dapat dilakukan sebagai perawatan guna mengembalikan fisiologis pasien. Manajemen nyeri menekankan pendekatan multidisiplin dan multimodal yang menggabungkan intervensi farmakologis dan nonfarmakologis untuk mencapai kontrol nyeri yang optimal dengan efek samping minimal. Pengelolaan nyeri memerlukan peran tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi khusus di bidang anestesi dan analgesia menjadi sangat penting, misalnya penata anestesi. Penata anestesi sebagai salah satu tenaga kesehatan profesional memiliki keterlibatan langsung dalam

perawatan dan pengelolaan nyeri, terutama pada pasien perioperatif dan pasien dengan kondisi akut yang memerlukan perawatan nyeri.

B. Mekanisme dan klasifikasi nyeri

Mekanisme dan klasifikasi nyeri merupakan dasar penting dalam memahami proses terjadinya nyeri serta menentukan pendekatan manajemen nyeri yang tepat. Pemahaman terhadap mekanisme nyeri memberikan gambaran mengenai proses fisiologis yang terjadi dari rangsangan hingga nyeri dipersepsikan oleh individu. Klasifikasi nyeri dapat membantu tenaga kesehatan dalam mengidentifikasi jenis dan karakteristik nyeri sehingga intervensi yang diberikan dapat disesuaikan dengan kondisi klinis pasien.

1. Mekanisme nyeri

Mekanisme nyeri merupakan proses fisiologis kompleks yang melibatkan serangkaian tahapan mulai dari rangsangan awal hingga persepsi nyeri oleh otak. Proses nyeri diawali dengan transduksi. Transduksi adalah perubahan rangsangan nosiseptif berupa stimulus mekanik, termal, atau kimia yang merusak jaringan menjadi impuls listrik oleh reseptor nyeri (nosiseptor) di perifer. Rangsangan tersebut kemudian memicu pelepasan mediator kimia seperti prostaglandin, bradikinin, dan histamin yang meningkatkan sensitivitas nosiseptor.

Impuls nyeri selanjutnya diteruskan melalui proses transmisi. Pada proses ini, sinyal listrik dihantarkan melalui serabut saraf aferen primer, terutama serabut A-delta dan C, menuju medula spinalis dan kemudian ke struktur otak yang lebih tinggi, termasuk talamus dan korteks serebri. Pada proses ini, impuls nyeri dapat mengalami penguatan atau penghambatan tergantung pada aktivitas neuron di kornu dorsalis medula spinalis.

Proses berikutnya adalah modulasi. Proses modulasi merupakan proses pengaturan atau penghambatan impuls nyeri yang terjadi baik di tingkat perifer, spinal, maupun

supraspinal. Sistem modulasi nyeri melibatkan jalur desenden dari otak yang melepaskan neurotransmitter seperti endorfin, enkefalin, serotonin, dan norepinefrin, yang berfungsi menekan transmisi impuls nyeri. Mekanisme ini menjelaskan persepsi nyeri dapat dipengaruhi oleh faktor psikologis, emosional, dan lingkungan. Pada proses modulasi terdapat *gate control* yang dapat membuka dan menutup sebagai kontrol menaikkan atau menurunkan intensitas nyeri yang akan dirasakan oleh manusia.

Gate control merupakan sebuah mekanisme implus listrik dapat diteruskan menjadi nyeri atau terhambat. Apabila *gate control* terbuka, rasa nyeri akan dirasakan oleh manusia. Jika *gate control* tertutup, rasa nyeri tidak akan terasa oleh manusia. *Gate control* yang tertutup disebabkan oleh adanya rangsangan taktil berupa sentuhan yang dapat mengaktifkan serabut A-beta dan memicu pelepasan inhibitory neurotransmitter sebagai penghambat rasa nyeri.

Proses terakhir dari mekanisme nyeri adalah persepsi. Proses persepsi merupakan proses interpretasi dan pengalaman subjektif nyeri oleh individu. Persepsi nyeri terjadi di korteks serebri dan dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti usia, pengalaman sebelumnya, budaya, kecemasan, serta kondisi psikologis pasien.

2. Klasifikasi

Berdasarkan patofisiologinya, nyeri dapat terbagi menjadi :

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri dengan durasi sensasi nyeri pendek dan bertahan kurang dari 3 hingga 6 bulan. Nyeri akut memiliki fungsi peringatan pada tiap individu akan adanya penyakit maupun rangsangan yang akan membahayakan dan mengakibatkan kerusakan jaringan (Le Bars et al., 2001). Nyeri akut memiliki onset yang lebih cepat dibandingkan nyeri kronis (Carr & Goudas, 1999). Nyeri akut biasanya dapat diobati dengan baik

menggunakan obat golongan analgesik, NSAID atau opioid (Khotib, 2006).

Nyeri akut pada perlukaan biasanya hilang seiring sembuhnya perlukaaan. Nyeri akut meliputi nyeri nosiseptif, nyeri somatis atau viseral pramedikasi, nyeri pra dan pasca operasi, nyeri pasca traumatis, nyeri pasca melahirkan, sakit kepala akut, nyeri pada neuralgia terminal (Tic Doloieux), nyeri intervensional (akibat prosedur diagnostik dan terapeetik), pankreatitis dan nyeri kolik lainnya (Kumar, 2007).

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis bertahan lebih lama hingga tenggang waktu lebih dari 6 bulan dan berkisar antara intensitas ringan hingga berat. Nyeri ini muncul karena adanya kerusakan atau perubahan patofisiologi pada sistem saraf, baik sentral maupun perifer. Nyeri kronis yang berkepanjangan dapat menimbulkan berbagai perubahan yang signifikan dalam hal perilaku, kemampuan dan gaya hidup (Jennings, 2003). Nyeri kronis yang diasosiasikan dengan keganasan meliputi nyeri akibat kanker, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), multipel sklerosis, anemia sel sabit, sklerosis, obstruksi paru yang parah, gagal jantung yang parah dan Parkinson.

Nyeri kronis yang tidak terkait dengan keganasan dapat disebabkan oleh penyakit yang diketahui maupun tidak diketahui. Nyeri tipe ini meliputi nyeri yang diasosiasikan dengan berbagai kelainan neuropati akibat penekanan pada saraf (Kumar, 2007). Nyeri kronis yang disebabkan oleh inflamasi dapat berlanjut mejadi nyeri nueropati karena adanya lesi pada saraf perifer maupun saraf pusat yang disebabkan oleh sensitisasi terus-menerus dari mediator inflamasi. Keadaan nyeri dapat bertambah parah seiring adanya stres, emosi, dan kondisi fisik namun dapat mereda oleh relaksasi (O'Neil, 2008).

Berdasarkan mekanisme terjadinya, nyeri dapat dikategorikan menjadi :

1. Nyeri Nosiseptif

Nyeri nosiseptif merupakan peringatan awal terhadap adanya stimulus yang dapat membahayakan ataupun merusak jaringan normal tubuh sehingga nyeri ini merupakan sensasi yang vital. Nyeri nosiseptif meliputi nyeri somatik dan nyeri viseral. Nyeri somatik disebabkan karena aktivasi reseptor nyeri pada permukaan tubuh atau jaringan dalam. Sedangkan nyeri viseral muncul setelah aktivasi nosiseptor oleh infiltrasi mediator nyeri, kompresi, ataupun ekstensi lain dari visera. Nyeri nosiseptif memberi respon baik pada pemberian obat anti nyeri meliputi NSAID dan analgesik opioid (Woolf, 2004).

2. Nyeri Inflamasi

Nyeri inflamasi merupakan usaha tubuh untuk melakukan perbaikan terhadap jaringan yang rusak. Nyeri pada inflamasi kronis bersifat konstan dan sering dikarakteristikan sebagai kondisi hipersensitivitas terhadap nyeri sebagai respon terhadap kerusakan jaringan. Inflamasi muncul karena adanya kerusakan jaringan yang mengakibatkan gangguan pada membran sel. Gejala yang menyertai inflamasi meliputi panas, nyeri, kemerahan, bengkak dan hilangnya fungsi (Calder, 2006). Jaringan yang mengalami inflamasi mengeluarkan berbagai mediator inflamasi, seperti: bradikinin, leukotrin, prostaglandin, sitokin, kemokin yang dapat mengaktifasi atau mensensitisasi nosiseptor (Andarmoyo, 2013).

3. Nyeri Neuropati

Nyeri neuropati muncul akibat disfungsi atau kerusakan sistem saraf perifer yang dikarakteristikan oleh kombinasi rasa nyeri yang spontan, hyperalgesia, dan allodynia. Nyeri neuropati menimbulkan gejala seperti terbakar dan kesemutan. Nyeri ini dapat terjadi akibat multipel sklerosis, stroke, pengikatan serabut perifer, ataupun spinal cord injury (Kim et al, 2004).

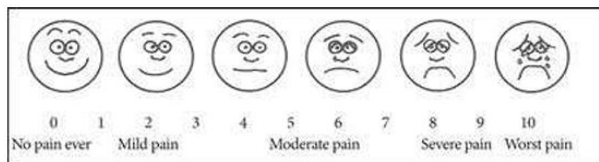
C. Peran Penata Anestesi dalam Manajemen Nyeri

1. Preoperasi

Pada fase preoperasi, penata anestesi berperan penting dalam manajemen nyeri dengan melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, meliputi riwayat nyeri, tingkat keparahan, faktor pencetus, serta respons pasien terhadap terapi analgetik sebelumnya. Penata anestesi juga dapat mengidentifikasi faktor risiko nyeri pascaoperasi dan kecemasan pasien, memberikan edukasi mengenai rencana anestesi serta strategi pengendalian nyeri yang akan digunakan, termasuk pilihan farmakologis dan nonfarmakologis, serta berkolaborasi.

Asesmen nyeri pada fase preoperasi merupakan dasar untuk mengidentifikasi karakteristik nyeri, faktor risiko, serta kebutuhan individual pasien. Terdapat beberapa jenis pengkajian yang dapat dilakukan untuk mengkaji nyeri seseorang, yakni :

a. Visual Analog Scale (VAS)



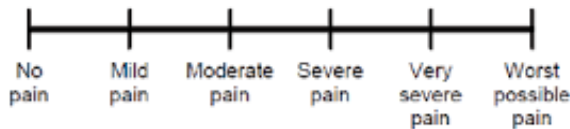
Gambar 1.1 Skala NIPS (Neonatus Infant Pain Scale) digunakan pada usia 0-28 hari

- | | |
|-----|---|
| 0 | :Tidak Nyeri |
| 1-3 | :Nyeri Ringan, secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik. |
| 4-6 | :Nyeri Sedang, Secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. |
| 7-9 | :Nyeri Berat, secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan |

lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, relaksasi nafas panjang, imajinasi dan distraksi

- 10 :Nyeri Sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul, Karakteristik paling subyektif

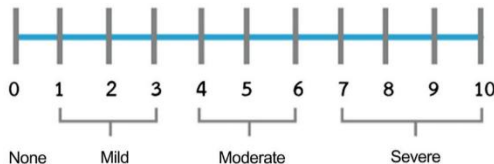
b. Verbal Rating Scale (VRS)



Gambar 1.2 Verbal Rating Scale (VRS)

Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada priode pascabedah, karena secara alami, kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik, skala verbal ini menggunakan kata-kata, bukan garis, atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Tidak Nyeri, Nyeri Ringan, Nyeri Sedang, Nyeri Berat, Nyeri Berat sekali, Nyeri Sangat Berat

c. Numerical Rating Scale (NRS)



Gambar 1.3 Numerical Rating Scale

Dianggap lebih sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap, dosis, jenis kelamin dan perbedaan etnis. Kekurangannya adalah keterbatasan pemilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri sebagai berikut: 0 :Tidak Nyeri, 1-3 : Nyeri Ringan, 4-6 : Nyeri Sedang, 7-9 : Nyeri Berat, 10 : Nyeri Sangat Berat.

- d. Skala NIPS (Neonatus Infant Pain Scale) digunakan pada usia 0-28 hari

Tabel 1.1 Skala NIPS (Neonatus Infant Pain Scale) digunakan pada usia 0-28 hari

Assessment Nyeri	
Ekspresi Wajah 0 – Otot Relaks 1 – Meringis	Wajah tenang, ekspresi netral Otot wajah tegang, alis berkerut (ekspresi wajah negatif)
Tangisan 0 – Tidak Menangis 1 – Merengek 2 – Menangis Keras	Tenang tidak menangis Mengerang lemah intermiten Menangis kencang, melengking terus-menerus (catatan: menangis tanpa suara diberi skor diintubasi)
Pola Napas 0 – Rilaks 1 – Perubahan Napas	Bernapas biasa Tarikan Ireguler, lebih cepat di banding biasa, menahan napas, tersedak
Tungkai 0 – Relaks 1 – Fleksi/Ekstensi	Tidak ada kekuatan otot, gerakan tungkai biasa Tegang kaku
Tingkat Kesadaran 0 – Tidur/Bangun 1 – Gelisah	Tenang tidur lelap atau bangun Sadar atau gelisah

Interprestasi :

Skor 0 : Tidak perlu intervensi, Skor 1-3 : Intervensi non-farmakologis, Skor 4-5 : Terapi analgetik non-opioid, Skor 6-7: Terapi opioid.

- e. FLACC Behavioral Tool (Face, Legs, Activity, Cry and Concolability) Digunakan pada Usia 3 bulan-7 tahun)

Tabel 1.2 FLACC Behavioral Tool (Face, Legs, Activity, Cray and Concolability) Digunakan pada Usia 3 bulan-7 tahun)

	0	1	2
Face (Wajah)	Tidak ada perubahan ekspresi (senyum)	Menyeringai, berkerut, menarik diri, tidak tertarik	Menyeringai lebih sering, tangan mengepal, menggigil, gemetar
Legs (Tungkai)	Posisi normal atau relaksasi	Tidak nyaman, gelisah, tegang	Mengejang, tungkai dinaikan ke atas
Activity (Aktivitas)	Posisi nyaman dan normal, gerakan ringan	Menggeliat, tegang, badan bolak balik, bergerak pelan, terjaga dari tidur	Posisi badan melengkung, kaku atau menghentak tiba-tiba, tegang, menggesekan badan
Cry (Tangisan)	Tidak menangis/merintih (posisi terjaga atau tidur pulas)	Mengerang, merengek, kadangkala, menangis, rewel	Menangis keras, menjerit, mengerang, terisak, menangis rewel setiap saat
Consolability	Tenang, rilaks, ingin bermain	Minta dipeluk, rewel	Tidak nyaman dan tidak ada kontak mata

Interprestasi :

Skor total dari lima parameter diatas menentukan tingkat keparahan nyeri dengan skala0-10. Nilai 10 menunjukan nyeri yang hebat

Pada banyak kasus yang terjadi di rumah sakit, manajemen nyeri pada pasien preoperasi dilakukan dengan teknik non farmakologi. Berikut beberapa Teknik yang dapat diterapkan :

- a. Kompres hangat /dingin

Kompres hangat sebagai Teknik non farmakologi dalam mengurangi nyeri efektif mengurangi nyeri pra-operasi dengan cara meningkatkan aliran darah, melebarkan pembuluh darah (vasodilatasi), mengendurkan otot, dan menutup "gerbang" nyeri di saraf, mengurangi ketegangan dan meningkatkan relaksasi, seringkali menggunakan handuk hangat atau buli-buli dibungkus kain, diaplikasikan di area nyeri seperti punggung atau perut sebelum prosedur.

Sedangkan teknik non-farmakologi kompres dingin efektif mengurangi nyeri pra-operasi dengan mekanisme menghambat hantaran impuls nyeri saraf, memperlambat aliran darah & pembengkakan, serta memberikan efek nyaman & mengantuk, melalui aplikasi bungkusan es/gel dingin pada area cedera selama 10-15 menit untuk menurunkan suhu lokal, menstimulasi saraf besar (Alfa-Beta) yang menekan saraf nyeri kecil (Alfa-Delta/C), sehingga menurunkan persepsi nyeri dan relaksasi pasien.

b. *Massage*

Teknik masase non-farmakologi untuk mengurangi nyeri praoperasi berfokus pada *hand massage* (pijat tangan) dan *foot massage* (pijat kaki), yang merangsang pelepasan endorfin dan mengalihkan rasa sakit dengan memijat titik-titik saraf, sehingga menurunkan kecemasan dan intensitas nyeri melalui sentuhan lembut dan teknik seperti *effleurage*, *petrissage*, dan *tapotement* selama 10-20 menit untuk mengontrol nyeri preoperasi.

c. Relaksasi (napas dalam, meditasi)

Teknik pernapasan dalam adalah cara yang efektif dalam mengurangi rasa sakit sebelum operasi. Cara ini bekerja dengan merangsang tubuh melepaskan opioid alami, mengurangi stres, memperbaiki pernapasan, serta mengubah cara otak merasakan sakit melalui pernapasan yang dalam, perlahan, dan terkontrol. cara

ini dilakukan dengan menghirup napas melalui hidung dan menghembuskan napas melalui mulut. Teknik ini membantu menenangkan sistem saraf dan membuat pasien lebih nyaman sebelum menjalani operasi.

Terapi relaksasi selanjutnya yang dilakukan dapat berupa relaksasi, meditasi, relaksasi imajinasi dan visualisasi serta relaksasi progresif (Isaacs, 2005 dalam Fitriyah, 2015). Relaksasi adalah salah satu teknik dalam terapi perilaku yang dikembangkan oleh Jacobson dan Wolpe untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan. Dari sudut pandang ilmiah relaksasi merupakan 2 perpanjangan serabut otot skeletal, sedangkan ketegangan merupakan kontraksi terhadap perpindahan serabut otot

d. Distraksi (terapi musik, imajinasi terbimbing)

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan kecemasan dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap cemas yang dialami. Stimulus sensori yang menyenangkan menyebabkan pelepasan endorfin yang bisa menghambat stimulus cemas yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli cemas yang ditransmisikan ke otak (Potter & Perry, 2005 dalam Fitriyah, 2015). Salah satu cara yang bisa membuat seseorang lebih tenang adalah dengan memberikan dukungan spiritual, seperti membacakan doa sesuai dengan agama dan keyakinannya. Hal ini bisa membantu mengurangi hormon-hormon yang membuat stres, meningkatkan hormon endorfin alami, dan membuat seseorang merasa lebih rileks.

e. Aromaterapi

Teknik non-farmakologi aromaterapi untuk mengurangi nyeri pra-operasi bekerja dengan merelaksasi saraf dan otot melalui stimulasi penciuman, melibatkan minyak esensial seperti Lavender, Lemon, atau Peppermint, yang dihirup atau diletakkan di dekat pasien,

menurunkan kecemasan dan intensitas nyeri dengan merangsang sistem limbik otak, sehingga meningkatkan kenyamanan.

Pada fase preoperatif, terdapat kondisi tertentu yang memungkinkan pasien diberikan terapi farmakologis sebagai alternatif manajemen nyeri, terutama ketika nyeri telah muncul sebelum tindakan pembedahan, terdapat kecemasan berlebih, atau pasien memiliki keterbatasan terhadap intervensi nonfarmakologis. Terapi farmakologis preoperatif yang dapat diberikan antara lain analgesik non-opioid seperti parasetamol dan NSAID untuk nyeri ringan-sedang, opioid dosis rendah untuk nyeri sedang-berat, serta adjuvan seperti benzodiazepin untuk menurunkan kecemasan dan gabapentinoid (gabapentin atau pregabalin) sebagai bagian dari strategi analgesia multimodal.

2. Intraoperasi

Asesmen nyeri intraoperatif dilakukan secara objektif karena pasien berada dalam kondisi terpengaruh agen anestesi, sehingga penilaian didasarkan pada perubahan parameter fisiologis seperti tekanan darah, frekuensi jantung, dan frekuensi napas, respons otonom, respons motorik terhadap rangsangan pembedahan, serta penggunaan indeks nociception berbasis monitor anestesi.

Dalam konteks ini, penata anestesi memiliki peran krusial dalam melakukan pemantauan kontinu terhadap kondisi fisiologis pasien, mengidentifikasi tanda-tanda respons nyeri intraoperatif, serta berkolaborasi dengan dokter anestesi dalam penyesuaian kedalaman anestesi dan pemberian analgesik guna menjaga stabilitas hemodinamik dan keselamatan pasien selama pembedahan.

Manajemen nyeri yang dapat dilakukan pada pasien intraoperasi yakni dengan pemberian analgetik, analgetic dapat dibagi menjadi dua kelompok, yakni Non-opioid (non-narkotik, perifer, ringan dan antipiretik) dan opioid (juga disebut sebagai narkotik, sentral, dan kuat).

3. Postoperasi

Penata anestesi memiliki peran penting dalam manajemen nyeri pada fase post anestesi di ruang pemulihan/ Post Anesthesia Care Unit (PACU). Hal ini disebabkan karena pasien masih berada pada masa transisi dari efek anestesi menuju kesadaran penuh dan berisiko mengalami nyeri akut pascaoperasi. Pada tahap ini, penata anestesi melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif dan berkelanjutan menggunakan skala penilaian nyeri yang terstandar, seperti Numeric Rating Scale (NRS) dan Visual Analog Scale (VAS). Penilaian ini dilakukan secara berkala untuk menentukan intensitas nyeri, mengevaluasi efektivitas terapi, dan menjadi acuan pengambilan keputusan klinis. Pengkajian nyeri juga mencakup lokasi, karakter nyeri, durasi, dan faktor yang memperberat atau mengurangi nyeri.

Manajemen nyeri post anestesi dilakukan melalui terapi farmakologis dan nonfarmakologis yang saling melengkapi untuk mencapai kontrol nyeri yang optimal, aman, dan berkelanjutan. Terapi ini bertujuan menurunkan intensitas nyeri, mempercepat pemulihan, serta meminimalkan efek samping obat. Secara farmakologis, manajemen nyeri post anestesi meliputi pemberian analgesik non-opioid, opioid, dan obat adjuvan. Analgesik non-opioid seperti parasetamol dan NSAID digunakan untuk nyeri ringan hingga sedang serta sebagai bagian dari strategi analgesia multimodal untuk mengurangi kebutuhan opioid. Opioid, seperti morfin, fentanyl, atau tramadol diberikan pada nyeri sedang hingga berat dengan pemantauan ketat terhadap efek samping, terutama depresi napas dan sedasi. Selain penggunaan obat-obatan, teknik anestesi regional seperti perineal nerve block (PNB) dapat digunakan. PNB dapat dilakukan dengan memberikan obat-obatan seperti lidokain yang disuntikkan untuk memblokir rasa nyeri di sekitar area pembedahan.

Terapi nonfarmakologis berfokus pada upaya meningkatkan kenyamanan dan menurunkan persepsi nyeri pasien tanpa penggunaan obat. Intervensi nonfarmakologis

dapat berupa pengaturan posisi tubuh yang nyaman, pemberian kompres hangat atau dingin sesuai indikasi, teknik relaksasi dan pernapasan dalam, distraksi, kegiatan spiritual, serta menjaga lingkungan yang tenang dan aman. Edukasi kepada pasien mengenai nyeri pasca anestesi dan pentingnya melaporkan nyeri sejak dini juga menjadi bagian dari intervensi nonfarmakologis yang berperan dalam meningkatkan efektivitas manajemen nyeri. Kombinasi terapi farmakologis dan nonfarmakologis dalam manajemen nyeri post anestesi memungkinkan tercapainya kontrol nyeri yang lebih baik, mengurangi risiko efek samping obat, serta meningkatkan keselamatan, kenyamanan, dan kepuasan pasien selama masa pemulihan.

D. Interprofession collaboration

Interprofessional collaboration dalam manajemen nyeri merupakan suatu pendekatan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan berorientasi pada pasien. Interprofessional collaboration melibatkan berbagai profesi kesehatan untuk mengelola nyeri secara komprehensif. Nyeri tidak hanya merupakan sensasi fisik, tetapi dapat dipengaruhi oleh faktor psikologis, sosial, dan spiritual sehingga dalam penanganannya memerlukan kontribusi dari berbagai disiplin ilmu. Peran tenaga kesehatan dalam manajemen nyeri seperti dokter yang berperan dalam menegakkan diagnosis penyebab nyeri, menentukan strategi terapi yang tepat baik secara farmakologis maupun nonfarmakologis, melakukan evaluasi dan penyesuaian terapi secara berkala, dan mengedukasi pasien dan keluarga mengenai manajemen nyeri. Penata anestesi memiliki peran penting dalam melakukan pengkajian nyeri secara sistematis dan berkesinambungan, memantau respons pasien terhadap terapi, mengidentifikasi efek samping obat, memberikan intervensi keperawatan mandiri, dan mengedukasi pasien dan keluarga mengenai manajemen nyeri.

Profesi apoteker berperan dalam memastikan kesediaan dan keamanan penggunaan analgesik meliputi dosis, rute

pemberian, dan potensi interaksi dan efek samping obat. Psikolog atau psikiater berkontribusi dalam menangani aspek psikologis nyeri, seperti kecemasan, depresi, dan stres yang dapat memperberat persepsi nyeri, melalui konseling, terapi kognitif-perilaku, dan strategi coping adaptif. Fisioterapis berperan dalam mengurangi nyeri dan meningkatkan fungsi fisik pasien melalui latihan terapeutik, mobilisasi, modalitas fisik, serta edukasi aktivitas dan pencegahan kekambuhan. Profesi ahli gizi juga membantu mengoptimalkan status nutrisi pasien untuk mendukung proses penyembuhan dan mengurangi peradangan yang sering menjadi penyebab nyeri.

Melalui komunikasi yang efektif, koordinasi yang terstruktur, dan pengambilan keputusan bersama antarprofesi, *interprofessional collaboration* memungkinkan penyusunan rencana manajemen nyeri yang holistik dan berkelanjutan. Kerja sama antar profesi dapat meningkatkan kontrol nyeri, menurunkan risiko komplikasi dan efek samping terapi, meningkatkan keselamatan dan kepuasan pasien, dan memperbaiki kualitas hidup pasien secara keseluruhan.

E. Kesimpulan

Nyeri merupakan masalah klinis yang kompleks dan multidimensional yang dapat terjadi pada berbagai fase perawatan, khususnya pada periode perioperatif. Pemahaman mengenai mekanisme dan klasifikasi nyeri menjadi dasar penting dalam menentukan pendekatan manajemen nyeri yang tepat dan efektif. Dalam hal ini, penata anestesi memiliki peran yang sangat strategis dalam manajemen nyeri melalui pengkajian nyeri yang komprehensif, pemantauan kondisi pasien secara berkesinambungan, serta penerapan intervensi farmakologis dan nonfarmakologis yang sesuai pada fase preoperasi, intraoperasi, dan postoperasi.

Peran penata anestesi tidak hanya terbatas pada pemberian analgesik, tetapi juga mencakup edukasi pasien, pemantauan respons terapi, pencegahan komplikasi, serta kolaborasi interprofesional guna mencapai kontrol nyeri yang optimal, aman, dan berkelanjutan. Pendekatan manajemen nyeri yang bersifat multimodal dan multidisiplin terbukti mampu

meningkatkan kenyamanan pasien, mempercepat proses pemulihan, serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, optimalisasi peran penata anestesi dalam manajemen nyeri menjadi komponen penting dalam upaya peningkatan keselamatan dan kualitas hidup pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Abd-Elseyed, A., & Schroeder, K. (Eds.). (2024). *Perioperative pain management: A clinical guide*. Springer Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-67648-2>
- Ahluwalia, P. (Ed.). (2025). *Handbook of perioperative analgesia*. Springer Nature Singapore Pte Ltd.
- Bahrudin, M. et al. (2017), *Patofisiologi nyeri (pain)*, Bunga rampai manajemen nyeri keperawatan (Cetakan pertama). PT Media Pustaka Indo.
- Bakti, A. S., Hutagalung, R., Irawan, D., Amanupunno, N. A., Jamni, T., Fatma, E. P. L., et al. (2024). *Manajemen nyeri keperawatan*. PT Media Pustaka Indo.
- Carr, D. B., & Goudas, L. C. (1999). Acute pain. *The Lancet*, 353(9169), 2051–2058. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)03313-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)03313-9)
- Chintya, M., Batubara, H., & Emaliyawati, E. (2025), *Pain management for unconscious patient based on Indonesian nursing intervention standards in intensive care unit: Case study*. **Padjadjaran Acute Care Nursing Journal**. <https://jurnal.unpad.ac.id/pacnj/>
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., ... Wu, C. L. (2020). Management of postoperative pain: A clinical practice guideline. *The Journal of Pain*, 21(9–10), 903–933. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.12.001>
- Handayani, R. N., & Aryadi, M. A. (2024). *Asuhan keperawatan anestesiologi dalam manajemen nyeri*. HEI Publishing Indonesia.
- Jennings, A. L. (2003). Chronic pain. *Clinical Evidence*, 10, 1409–1425.
- Khotib, J. (2006). *Manajemen nyeri*. Airlangga University Press.
- Kumar, P., & Clark, M. (2007). *Kumar & Clark's clinical medicine* (7th ed.). Saunders Elsevier.

- Le Bars, D., Gozariu, M., & Cadden, S. W. (2001). Animal models of nociception. *Pharmacological Reviews*, 53(4), 597–652.
- Miller, R. D., Cohen, N. H., Eriksson, L. I., Fleisher, L. A., Wiener-Kronish, J. P., & Young, W. L. (Eds.). (2020). *Miller's anesthesia* (9th ed.). Elsevier.
- O'Neill, B. (2008). Psychological aspects of chronic pain. *Nursing Standard*, 22(35), 49–56.
<https://doi.org/10.7748/ns2008.05.22.35.49.c6562>
- Prihatno, M. M. R. (2024). *Nyeri dan tatalaksana anestesiologi*. Deepublish Digital.
- Schug, S. A., Bruce, J., & Chou, R. (2021). Pain management after surgery: A review of current guidelines. *British Journal of Anaesthesia*, 126(3), 484–492.
<https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.11.015>

BAB 14

Peran Penata Anestesi dalam Pelayanan Daerah Terpencil

Malika Husni Millatina; Putri Liah; Yustiana Olfah

A. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan di daerah terpencil di Indonesia hingga saat ini masih dihadapkan pada berbagai tantangan yang kompleks, baik dari aspek sumber daya manusia, sarana prasarana, maupun sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Kondisi geografis yang sulit dijangkau, keterbatasan akses transportasi, serta minimnya infrastruktur kesehatan menyebabkan pelayanan medis di daerah terpencil sering berjalan dalam kondisi yang tidak ideal. Situasi ini berdampak langsung pada kualitas dan kesinambungan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan bedah dan kegawatdaruratan yang membutuhkan dukungan fasilitas serta tenaga kesehatan dengan kompetensi khusus (Naradhipa & Wasir, 2025).

Salah satu permasalahan utama dalam pelayanan kesehatan di daerah terpencil adalah distribusi tenaga medis yang belum merata, khususnya dokter spesialis anestesiologi. Keterbatasan jumlah dokter spesialis anestesi menyebabkan pelayanan bedah dan kegawatdaruratan tidak dapat diselenggarakan secara optimal. Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2025 menunjukkan bahwa hanya sekitar 30% fasilitas pelayanan kesehatan di daerah terpencil yang memiliki dokter spesialis anestesi secara penuh waktu. Kondisi ini mencerminkan masih besarnya kesenjangan ketersediaan tenaga spesialis antara wilayah perkotaan dan

wilayah terpencil, yang berdampak pada akses masyarakat terhadap pelayanan anestesi yang aman dan berkualitas (Dewi, Oktamianti & Muliawati, 2023).

Keterbatasan kehadiran dokter spesialis anestesiologi tersebut berdampak langsung pada penyelenggaraan pelayanan anestesi di lapangan. Sebagian besar pelayanan anestesi di wilayah rural, yaitu sekitar 70%, dilaksanakan oleh penata anestesi sebagai tenaga kesehatan yang tersedia dan memiliki kompetensi di bidang anestesi. Dalam konteks ini, penata anestesi menjadi komponen penting dalam sistem pelayanan kesehatan daerah terpencil, karena keberadaan mereka memungkinkan pelayanan bedah dan kegawatdaruratan tetap dapat dilakukan meskipun dalam keterbatasan sumber daya manusia spesialis (Rahmadinie & Agastya, 2025).

Dalam praktik pelayanan sehari-hari, penata anestesi menjalankan peran klinis yang mencakup tahap pra-anestesi, intra-anestesi, dan pasca-anestesi. Penelitian di salah satu provinsi di Indonesia pada periode 2020–2021 menunjukkan bahwa kewenangan atribusi penata anestesi pada fase intra-anestesi mencakup hampir seluruh tindakan anestesi yang dilakukan. Namun demikian, pelimpahan wewenang secara mandat dan penugasan pemerintah belum sepenuhnya sejalan dengan ketentuan regulasi yang berlaku. Kondisi ini menimbulkan potensi permasalahan, baik dari aspek keselamatan pasien maupun dari aspek hukum, terutama ketika penata anestesi harus mengambil keputusan klinis dalam situasi keterbatasan supervisi dokter spesialis (Kumala, Suherman & Wahyuni, 2023).

Selain menjalankan peran klinis, penata anestesi di daerah terpencil juga menghadapi beban kerja yang tinggi serta keterbatasan sistem pendukung pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut dapat memengaruhi kualitas pelayanan, termasuk dalam hal dokumentasi anestesi yang merupakan bagian penting dari keselamatan pasien dan aspek legal pelayanan kesehatan. Keterbatasan akses terhadap pelatihan

berkelanjutan, supervisi profesional, dan pembaruan kompetensi turut menjadi faktor yang memengaruhi mutu pelayanan anestesi di daerah terpencil. Oleh karena itu, penata anestesi memegang peran yang sangat strategis dalam menjamin akses pelayanan anestesi dan keselamatan pasien, sehingga diperlukan penguatan regulasi, peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, serta sistem pengawasan yang memadai agar pelayanan anestesi dapat dilaksanakan secara aman, efektif, dan berkesinambungan (Negoro, 2025).

B. Karakteristik Pelayanan Kesehatan di Daerah Terpencil

Pelayanan kesehatan di wilayah terpencil memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan dengan pelayanan di daerah perkotaan. Keterbatasan kondisi geografis, minimnya sumber daya kesehatan, serta sulitnya akses rujukan menyebabkan pelayanan medis di daerah terpencil sering dilakukan dalam situasi serba terbatas. Kondisi tersebut berdampak langsung pada penyelenggaraan pelayanan anestesi, yang membutuhkan kesiapan fasilitas, ketersediaan alat dan obat, serta tenaga kesehatan dengan kompetensi khusus untuk menjamin keselamatan pasien (Naradhipa & Wasir, 2025). Karakteristik Pelayanan Kesehatan di Daerah Terpencil:

1. Keterbatasan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan di daerah terpencil belum memenuhi standar pelayanan medis secara optimal. Ketersediaan ruang operasi, ruang pemulihan pasca-anestesi, serta sarana pendukung keselamatan pasien masih sangat terbatas. Kondisi ini mengakibatkan pelayanan anestesi hanya dapat dilakukan pada kasus-kasus tertentu dan sering kali harus menyesuaikan dengan fasilitas yang tersedia. Keterbatasan fasilitas tersebut juga berpengaruh terhadap upaya pencegahan komplikasi dan penanganan kegawatdaruratan selama tindakan anestesi (Tambun, Bashabih & Zakaria, 2024).

2. Keterbatasan Alat Medis dan Obat-Obatan Anestesi

Pelayanan anestesi di daerah terpencil sering dihadapkan pada keterbatasan alat medis esensial, khususnya alat monitoring tanda vital dan alat penunjang jalan napas. Selain itu, ketersediaan obat anestesi seperti obat anestesi umum maupun regional tidak selalu lengkap dan berkesinambungan. Situasi ini mengharuskan tenaga kesehatan, termasuk penata anestesi, untuk menyesuaikan pilihan teknik anestesi dengan sumber daya yang tersedia, meskipun keputusan tersebut tidak selalu optimal dari sudut pandang klinis (Kumala, Suherman & Wahyuni, 2023).

3. Jumlah dan Distribusi Tenaga Kesehatan yang Terbatas

Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan, terutama dokter spesialis anesthesiologi, akibat distribusi tenaga medis yang belum merata. Kondisi ini menyebabkan banyak fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah terpencil tidak memiliki dokter spesialis anestesi secara menetap, sehingga penyelenggaraan pelayanan anestesi sangat bergantung pada penata anestesi. Dalam situasi tersebut, penata anestesi tidak hanya menjalankan fungsi teknis, tetapi juga berperan aktif dalam penilaian pra-anestesi, pemantauan intra-anestesi, serta perawatan pasca-anestesi, terutama pada kasus kegawatdaruratan. Minimnya kehadiran dokter spesialis anesthesiologi di lokasi pelayanan seringkali menuntut penata anestesi untuk mengambil tanggung jawab klinis yang lebih besar dalam kondisi fasilitas dan sumber daya yang terbatas. Ketergantungan yang tinggi terhadap penata anestesi ini berimplikasi pada meningkatnya beban kerja, tantangan keselamatan pasien, serta potensi risiko hukum apabila pelayanan anestesi dilakukan tanpa supervisi dan sistem pendukung yang memadai (Rahmadinie & Agastya, 2025).

4. Terbatasnya Supervisi

Supervisi langsung terhadap pelayanan anestesi sangat terbatas, baik pada tahap pra-anestesi, intra-anestesi, maupun pasca-anestesi. Kondisi ini berdampak pada kurang optimalnya kolaborasi antarprofesi kesehatan, khususnya antara dokter operator, perawat, dan penata anestesi, yang

seharusnya bekerja dalam satu tim anestesi secara terpadu. Dalam praktik pelayanan sehari-hari, keterbatasan supervisi tersebut menuntut penata anestesi untuk mengambil keputusan klinis secara mandiri, terutama pada situasi kegawatdaruratan atau ketika terjadi komplikasi selama tindakan anestesi. Pengambilan keputusan dalam kondisi fasilitas, alat, dan sumber daya yang terbatas meningkatkan risiko terjadinya kesalahan klinis serta potensi pelanggaran kewenangan (Negoro, 2025).

C. Penyedia Akses Pelayanan Anestesi di Daerah Kekurangan Dokter Spesialis

Penyediaan akses pelayanan anestesi di Indonesia diatur dalam Permenkes No. 519 Tahun 2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif. Regulasi ini menegaskan bahwa dokter spesialis anestesiologi berperan sebagai penanggung jawab utama pelayanan anestesi dan pemimpin tim, sementara penata anestesi bertugas sebagai tenaga pendukung dalam pelaksanaan asuhan pra-anestesi, intra-anestesi, dan pasca-anestesi. Dalam konteks daerah terpencil dan wilayah kekurangan dokter spesialis, ketentuan ideal ini sulit diterapkan secara optimal karena keterbatasan ketersediaan dokter anestesiologi secara penuh waktu (Naradhipa & Wasir, 2025).

Keterbatasan jumlah dokter spesialis anestesiologi menyebabkan peran penata anestesi menjadi sangat dominan dalam penyediaan pelayanan anestesi, khususnya di daerah terpencil dan wilayah dengan keterbatasan sumber daya. Dalam kondisi tersebut, penata anestesi kerap menjalankan fungsi pelayanan anestesi secara berkelanjutan untuk mendukung tindakan bedah dan kegawatdaruratan, meskipun secara normatif kewenangan tersebut seharusnya berada dalam supervisi langsung dokter spesialis (Dewi, Oktamianti & Muliawati, 2023).

Penyesuaian terhadap kondisi lapangan, Permenkes No. 18 Tahun 2016 memberikan peluang pelimpahan wewenang

kepada penata anestesi melalui mekanisme penugasan tertentu dan peningkatan kompetensi. Pelimpahan ini hanya berlaku pada fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan dibatasi pada kondisi kegawatdaruratan, dengan tujuan utama stabilisasi pasien sebelum dilakukan rujukan. Pembatasan ruang lingkup tersebut menyebabkan akses pelayanan anestesi masih terbatas, terutama pada fasilitas non-pemerintah dan kasus non-emergensi (Kumala, Suherman & Wahyuni, 2023).

Distribusi tenaga anestesi yang tidak merata menimbulkan konsekuensi hukum bagi penata anestesi. Kebutuhan pelayanan di daerah mengalami kekurangan tenaga sehingga penata anestesi harus mengambil keputusan klinis dan melakukan tindakan di luar kewenangan formal yang telah ditetapkan. Kondisi tersebut berpotensi menimbulkan risiko hukum pidana berupa dugaan kelalaian berat (culpa lata), risiko perdata berdasarkan Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata tentang perbuatan melawan hukum, serta sanksi administratif seperti pencabutan Surat Tanda Registrasi (STR) atau Surat Izin Praktik Penata Anestesi (SIPPA). Risiko hukum ini akan semakin meningkat apabila pelayanan anestesi dilaksanakan tanpa supervisi dokter spesialis anesthesiologi dan tanpa dukungan sistem pengawasan serta perlindungan hukum yang memadai (Rahmadinie & Agastya, 2025).

Meskipun Permenkes No. 18 Tahun 2016 memberikan perlindungan hukum berupa jaminan risiko kerja bagi penata anestesi, cakupan perlindungan tersebut masih terbatas dan belum sepenuhnya mengakomodasi praktik pelayanan di lapangan. Oleh karena itu, berbagai kajian merekomendasikan penguatan akses pelayanan anestesi melalui peningkatan jenjang pendidikan penata anestesi, pelatihan kompetensi yang terstandar dan terakreditasi, serta perluasan kebijakan pelimpahan wewenang yang lebih adaptif dan legal. Langkah ini diharapkan dapat meningkatkan pemerataan akses pelayanan anestesi yang aman dan berkelanjutan di daerah kekurangan dokter spesialis (Negoro, 2025).

D. Memberikan Asuhan Anestesi Komprehensif

Keterbatasan ketersediaan dokter spesialis anestesiologi di wilayah terpencil Indonesia masih menjadi tantangan besar dalam penyelenggaraan pelayanan medis, khususnya tindakan pembedahan dan penanganan pasien yang memerlukan anestesi. Kondisi geografis Indonesia yang luas, dengan banyak pulau dan pegunungan, menyebabkan distribusi tenaga kesehatan tidak merata. Akibatnya, pelayanan anestesi di daerah terpencil sebagian besar, sekitar 70%, masih dilakukan oleh penata anestesi. Keberadaan penata anestesi menjadi sangat vital karena mereka berperan langsung dalam memastikan proses pembedahan berjalan aman, efektif, dan sesuai standar keselamatan pasien. Dalam konteks ini, penata anestesi merupakan ujung tombak pelayanan bedah di daerah dengan keterbatasan sumber daya manusia medis (Naradhipa & Wasir, 2025).

Asuhan anestesi yang diberikan penata anestesi memiliki cakupan komprehensif, melibatkan seluruh fase perawatan dari pra-anestesi, intra-anestesi, hingga pasca-anestesi, di mana setiap tahap memiliki peran, tujuan, dan tanggung jawab yang saling berkaitan untuk menjamin keselamatan serta kenyamanan pasien selama prosedur pembedahan. Pada tahap pra-anestesi, penata anestesi melakukan pengkajian menyeluruh terhadap kondisi kesehatan pasien, termasuk riwayat penyakit dahulu dan sekarang, kebiasaan penggunaan obat-obatan, alergi, serta pemeriksaan tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, laju pernapasan, suhu tubuh, dan status oksigenasi. Pemeriksaan fisik umum serta evaluasi sistem kardiovaskular, respirasi, dan neurologis juga dilakukan untuk menilai risiko anestesi. Berdasarkan hasil pengkajian ini, penata anestesi menentukan klasifikasi risiko anestesi, misalnya dengan ASA Physical Status Classification, untuk membantu dokter anestesi dan tim bedah memilih pendekatan anestesi yang aman dan sesuai kondisi pasien. Selain aspek medis, komunikasi yang baik dengan pasien penting untuk menjelaskan prosedur anestesi, kemungkinan efek samping, dan langkah-langkah keselamatan, sehingga membangun kepercayaan dan mengurangi kecemasan sebelum operasi (Dewi, Oktamianti & Muliawati, 2023).

Tahap intra-anestesi merupakan inti pelaksanaan anestesi, di mana keselamatan dan kestabilan pasien bergantung pada ketelitian dan respons penata anestesi. Penata anestesi

bertanggung jawab menyiapkan peralatan anestesi, mesin, alat pemantau tanda vital, serta perlengkapan darurat seperti oksigen, alat bantu napas, dan obat-obatan penunjang. Pemberian obat anestesi, baik melalui inhalasi maupun intravena, dilakukan sesuai kondisi pasien dan arahan dokter anestesi, namun dalam situasi keterbatasan tenaga dokter, penata anestesi harus mampu menyesuaikan dosis, memilih jenis obat, dan menentukan teknik anestesi yang paling tepat. Pemantauan tanda vital secara kontinu dan koordinasi dengan tim operasi sangat penting untuk mendeteksi perubahan mendadak seperti hipotensi, bradikardi, atau hipoksia, sekaligus menilai efektivitas anestesi. Dengan demikian, penata anestesi pada tahap ini tidak hanya menjalankan instruksi, tetapi juga memiliki tanggung jawab profesional penuh untuk memastikan keselamatan pasien (Kumala, Suherman & Wahyuni, 2023).

Pada fase pasca-anestesi, penata anestesi memantau kondisi pasien saat transisi dari ketidaksadaran akibat obat anestesi menuju kesadaran penuh. Pemantauan mencakup fungsi vital seperti pernapasan, sirkulasi, tekanan darah, denyut nadi, saturasi oksigen, dan suhu tubuh, serta deteksi dini komplikasi seperti gangguan jalan napas, depresi napas, mual, tremor, nyeri hebat, atau reaksi alergi obat anestesi. Intervensi dilakukan sesuai kebutuhan, termasuk pemberian oksigen tambahan, obat pereda nyeri, atau penyesuaian posisi tubuh. Selain itu, komunikasi yang tenang dan empati membantu pasien melewati fase pemulihan dengan nyaman. Penata anestesi juga berkoordinasi dengan perawat dan dokter untuk menentukan waktu pemindahan pasien ke ruang perawatan biasa setelah kondisi stabil, sehingga mencegah komplikasi pasca-anestesi dan menjamin keselamatan pasien hingga pulih sepenuhnya (Rahmadinie & Agastya, 2025).

Mengingat besarnya tanggung jawab, penata anestesi memegang peran strategis, terutama di wilayah dengan keterbatasan dokter spesialis anestesi. Mereka tidak hanya menjalankan prosedur teknis, tetapi juga mengambil keputusan klinis, melakukan analisis cepat, dan memantau tanda vital secara berkelanjutan. Pemahaman mendalam tentang anatomi, fisiologi, dan farmakologi sangat penting untuk menghadapi pasien berisiko tinggi. Peningkatan kompetensi melalui pelatihan berkelanjutan, seminar, dan pendidikan berjenjang, serta dukungan fasilitas, regulasi, dan kebijakan yang jelas,

menjadi kunci agar penata anestesi bekerja optimal sesuai standar profesionalisme dan keselamatan pasien (Negoro, 2025).

Kontribusi penata anestesi di daerah terpencil sangat besar dalam menjaga keberlanjutan pelayanan bedah dan anestesi. Mereka menjadi ujung tombak pelayanan medis, menjembatani kesenjangan tenaga kesehatan antara perkotaan dan pedesaan, sehingga pasien tetap mendapatkan anestesi aman dan bermutu. Optimalisasi peran penata anestesi tidak hanya meningkatkan keselamatan pasien, tetapi juga memperluas jangkauan pelayanan kesehatan, sehingga pemerataan akses layanan medis lebih terwujud di berbagai pelosok Indonesia (Naradhipa & Wasir, 2025).

E. Pelayanan Anestesi pada Kondisi Kegawatdaruratan

Pelayanan anestesi dalam situasi kegawatdaruratan di daerah terpencil memerlukan respons klinis yang cepat dan akurat, karena pasien sering datang dalam kondisi mengancam nyawa seperti trauma berat, perdarahan masif, atau indikasi bedah darurat yang membutuhkan anestesi segera dan stabilisasi awal, namun seringkali dilaksanakan dalam keterbatasan sumber daya dan supervisi spesialis. Dalam konteks ini, tenaga anestesi yang tersedia harus mampu menerapkan keterampilan penanganan emergensi termasuk pengamanan jalan napas, pemberian anestesi dan analgesia yang tepat, serta penilaian hemodinamik secara cepat, untuk mencegah komplikasi dan mempertahankan stabilitas fisiologis pasien hingga tindakan lanjutan atau rujukan. Pendekatan tersebut tidak hanya meningkatkan keselamatan pasien dalam fase akut, tetapi juga berperan dalam proses stabilisasi pra-rujukan, terutama di wilayah dengan jarak rujukan jauh dan sistem transportasi terbatas. Kolaborasi yang efektif antara tenaga anestesi, tim bedah, perawat, dan profesional kesehatan lain menjadi kunci dalam merespons kasus emergensi secara terkoordinasi dan terstandar meskipun sumber daya terbatas (Shahbaz & Howard, 2024; Haider, 2023).

Dalam praktik di daerah terpencil, penata anestesi sering menjadi tenaga kesehatan yang berperan langsung dalam penanganan awal kasus kegawatdaruratan. Pada kondisi seperti trauma multipel atau kegawatdaruratan obstetri, penata anestesi dituntut mampu melakukan tindakan cepat untuk menjaga jalan napas, memberikan oksigenasi adekuat, serta mengelola nyeri dan kecemasan pasien. Keterampilan ini sangat penting mengingat keterbatasan jumlah dokter spesialis anesthesiologi yang tersedia secara menetap, sehingga pelayanan anestesi emergensi sering harus dilakukan oleh tenaga yang ada dengan dukungan sistem yang terbatas (Haider, 2023).

Selain berperan dalam penanganan intraoperatif, penata anestesi juga memiliki tanggung jawab besar dalam proses stabilisasi pasien sebelum dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Tahap ini penting mengingat banyak daerah memiliki kondisi geografis sulit dijangkau, jarak rumah sakit rujukan jauh, dan akses transportasi terbatas. Penata anestesi harus memastikan kondisi pasien stabil sebelum keberangkatan, mencakup kestabilan hemodinamik, jalan napas terbuka, ventilasi adekuat, pengendalian nyeri, manajemen perdarahan, serta koreksi gangguan cairan dan elektrolit. Mereka juga menilai kondisi klinis pasien secara menyeluruh dan menentukan prioritas tindakan di fasilitas awal. Pemilihan obat anestesi dan analgesik harus tepat agar tidak memperburuk kondisi pasien selama rujukan. Selain tugas teknis, kemampuan koordinasi dan komunikasi dengan dokter, perawat, dan tim transportasi medis penting untuk menjaga kesinambungan pelayanan. Stabilisasi optimal dan koordinasi efektif meminimalkan risiko komplikasi, menjaga keselamatan pasien, dan memastikan prioritas tetap pada keselamatan meskipun sumber daya dan waktu terbatas (Shahbaz & Howard, 2024).

Pelayanan anestesi kegawatdaruratan di daerah terpencil sangat bergantung pada koordinasi dan komunikasi antarprofesi. Situasi darurat di wilayah dengan fasilitas terbatas menuntut kecepatan, ketepatan, dan kerja sama tim efektif. Penata anestesi tidak dapat bekerja sendiri, melainkan harus

berkolaborasi erat dengan dokter bedah, dokter umum, perawat, dan tenaga kesehatan lain dalam perencanaan dan pelaksanaan tindakan. Kolaborasi mencakup penilaian awal kondisi pasien, penentuan prioritas tindakan, pelaksanaan anestesi, dan pemantauan. Komunikasi terbuka dan terarah membantu anggota tim memahami perannya, menghindari tumpang tindih kewenangan, dan memungkinkan pengambilan keputusan klinis cepat dan tepat, terutama menghadapi pasien syok, trauma berat, atau gagal napas. Penata anestesi memiliki peran sentral dalam kestabilan pasien selama prosedur maupun persiapan rujukan, sehingga harus adaptif terhadap kondisi berubah-ubah. Keterbatasan alat dan obat di daerah terpencil menuntut komunikasi efektif antarprofesi untuk strategi pemanfaatan sumber daya, misalnya prioritas alat monitoring, alokasi oksigen, atau pemilihan obat alternatif. Keberhasilan pelayanan emergensi ditentukan oleh kemampuan individu dan kekuatan kerja sama tim, yang saling mendukung meski kondisi lapangan tidak ideal (Haider, 2023).

Pelayanan anestesi pada kondisi kegawatdaruratan menempatkan penata anestesi sebagai bagian integral dari sistem layanan emergensi. Peran mereka tidak hanya melaksanakan anestesi, tetapi juga stabilisasi pasien, koordinasi tim, serta memastikan keselamatan pasien hingga rujukan dapat dilakukan. Kondisi ini menekankan pentingnya peningkatan kompetensi kegawatdaruratan, pelatihan berkelanjutan, dan dukungan regulasi agar penata anestesi dapat menjalankan perannya secara optimal di daerah terpencil (Shahbaz & Howard, 2024; Haider, 2023).

F. Pengelola Sumber Daya Medis Terbatas

Pada fasilitas kesehatan di wilayah terpencil, pengelolaan sumber daya medis masih terbatas. Hal ini menyebabkan pengelolaan menjadi krusial karena tenaga kesehatan seringkali harus bekerja dalam situasi tidak ideal, baik dari segi jumlah tenaga, dukungan logistik seperti obat-obatan dan bahan medis sekali pakai, hingga ketersediaan alat

kesehatan. Oleh karena itu, pengelolaan sumber daya tidak hanya membutuhkan sarana, tetapi juga kemampuan manajerial dan pengambilan keputusan yang tepat pada setiap kondisi. Perencanaan penggunaan sumber daya menjadi langkah awal penting agar fasilitas kesehatan dapat menentukan prioritas pelayanan berdasarkan kebutuhan pasien dan tingkat urgensi kasus yang ditangani (Wahyudi et al., 2023).

Dalam implementasinya, tenaga kesehatan dituntut memanfaatkan alat dan fasilitas yang tersedia secara optimal, menghindari pemborosan yang dapat menambah keterbatasan, serta menjaga pemeliharaan alat medis agar tetap berfungsi. Koordinasi antar unit pelayanan dan komunikasi efektif antar tenaga kesehatan menjadi faktor krusial, sehingga pelayanan tetap berjalan meskipun jumlah tenaga dan fasilitas terbatas, namun kualitas pelayanan pasien tetap terjaga (Wahyudi et al., 2023).

Pengelolaan sumber daya medis yang terbatas menjadi tantangan besar, terutama bagi fasilitas dengan keterbatasan tenaga dan peralatan. Tenaga kesehatan dituntut memiliki kemampuan tambahan, mampu menyesuaikan diri, berpikir cepat, dan mengambil keputusan tepat agar pelayanan tetap optimal dalam situasi darurat. Peningkatan kompetensi dan pelatihan tenaga kesehatan menjadi strategi penting dalam pengelolaan sumber daya (Ramadani Sangadji & Listyaningrum, 2025).

Hasil penelitian Ramadani Sangadji dan Listyaningrum (2025) menunjukkan bahwa tenaga kesehatan dengan pengetahuan dan keterampilan baik mampu beradaptasi lebih cepat dalam kondisi terbatas. Pelatihan rutin dan pengembangan kompetensi berkelanjutan dapat memperkuat kepercayaan diri dan kemampuan medis saat menghadapi krisis, misalnya pelatihan penanganan gawat darurat, penggunaan alat sederhana secara efektif, dan keterampilan komunikasi dengan pasien serta rekan sejawat. Dengan demikian, pengelolaan sumber daya medis bukan hanya soal jumlah alat atau tenaga, tetapi juga kualitas sumber daya

manusia yang menjalankannya (Ramadani Sangadji & Listyaningrum, 2025).

Selain peningkatan kompetensi, dukungan kebijakan dan regulasi yang kuat menjadi elemen penting untuk menjamin kualitas dan keamanan pelayanan kesehatan. Regulasi yang jelas berfungsi sebagai pedoman kerja dan perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan saat mengambil keputusan klinis di situasi sulit. Negoro (2025) menyebutkan bahwa kebijakan yang baik menjadi panduan agar tenaga kesehatan bekerja profesional, terukur, sesuai kode etik, dan standar keselamatan pasien. Regulasi juga mengatur batas kewenangan antara dokter dan tenaga kesehatan lain, termasuk penata anestesi, sehingga kolaborasi berjalan harmonis tanpa tumpang tindih tanggung jawab. Kebijakan yang mendukung juga memperkuat sistem pelatihan, distribusi tenaga medis, dan pengadaan peralatan memadai di daerah terpencil (Negoro, 2025).

Kerja sama antara pemerintah, manajemen fasilitas kesehatan, dan tenaga medis menjadi kunci dalam mewujudkan pengelolaan sumber daya yang efektif dan berkelanjutan. Pemerintah merumuskan kebijakan realistis dan relevan, menyediakan anggaran, pemerataan distribusi tenaga medis, serta regulasi yang berpihak pada kebutuhan masyarakat. Manajemen fasilitas kesehatan mengatur operasional, logistik, dan optimalisasi fasilitas, sementara tenaga kesehatan di lapangan memastikan setiap kebijakan diterapkan efektif melalui kerja sama tim, komunikasi, dan prosedur yang tepat. Kolaborasi ini membuat pelayanan lebih efisien, risiko kesalahan berkurang, dan kepuasan pasien meningkat. Sistem ini juga lebih tangguh menghadapi krisis seperti kekurangan alat, tenaga, atau lonjakan pasien (Wahyudi et al., 2023).

Secara menyeluruh, pengelolaan sumber daya medis yang terbatas harus dilakukan dengan pendekatan komprehensif dan berkelanjutan. Keberhasilan tidak hanya diukur dari jumlah alat atau personel, tetapi bagaimana sistem kesehatan memanfaatkan sumber daya maksimal. Jika dilakukan dengan baik, keterbatasan dapat menjadi kesempatan

untuk membangun sistem pelayanan lebih efisien, adaptif, dan tetap berorientasi pada keselamatan serta kebutuhan pasien (Wahyudi et al., 2023).

G. Hambatan Penata Anestesi dalam Pelayanan Kesehatan di Daerah Terpencil

Pelayanan kesehatan di daerah terpencil Indonesia tidak hanya mengalami keterbatasan fasilitas dan akses geografis, tetapi juga menghadapi tantangan besar dalam hal tenaga kesehatan yang terampil dan kompeten dalam bidang anestesi. Hambatan ini sangat nyata pada penata anestesi yang bekerja di wilayah terpencil karena supervisi dan kolaborasi dengan dokter spesialis anestesi sering minim atau tidak ada sama sekali. Kondisi ini diperburuk oleh rendahnya retensi tenaga kesehatan akibat beban kerja tinggi, kurangnya insentif, serta dukungan sosial dan profesional yang terbatas, sehingga penata anestesi cenderung memilih pindah atau tidak bertahan lama di lokasi pelayanan terpencil (Rasyid & Wasir, 2025; Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Keterbatasan infrastruktur dan sarana penunjang anestesi merupakan hambatan krusial yang memengaruhi kualitas dan keselamatan pelayanan. Banyak fasilitas kesehatan di daerah terpencil belum memenuhi standar minimal, baik dari segi alat monitoring maupun peralatan jalan napas. Ketersediaan obat anestesi, analgesik, dan obat emergensi juga tidak selalu terjamin, sehingga penata anestesi harus menyesuaikan tindakan klinis yang berisiko terhadap keselamatan pasien. Studi internasional menunjukkan keterbatasan fasilitas anestesi di wilayah terpencil meningkatkan risiko komplikasi perioperatif dan menuntut kemampuan adaptasi klinis tinggi dari tenaga non-spesialis (Merry et al., 2020).

Akses terhadap pendidikan dan pelatihan berkelanjutan bagi penata anestesi juga terbatas. Kesempatan mengikuti workshop, pelatihan keterampilan anestesi, atau pembaruan ilmu berbasis bukti sering terbatas akibat kendala geografis dan

biaya. Hal ini berdampak pada variasi kompetensi, terutama dalam kasus kompleks atau kegawatdaruratan. Tenaga anestesi cenderung mengandalkan keterampilan praktis dan adaptif, namun kurang mendapatkan pembaruan ilmu dan teknik anestesi terbaru, yang dapat meningkatkan risiko kesalahan atau burnout profesional (Smith et al., 2021; Johnson & Lee, 2022).

Hambatan geografis signifikan memengaruhi akses dan mutu pelayanan. Letak fasilitas yang jauh dari pusat rujukan, medan sulit, dan keterbatasan transportasi menyebabkan proses rujukan sering tertunda. Penata anestesi harus melakukan penanganan awal, stabilisasi hemodinamik, pengamanan jalan napas, dan pemberian anestesi sebelum rujukan, sering dalam kondisi alat terbatas. Kondisi ini meningkatkan risiko komplikasi intra- dan pasca-operatif, serta kesenjangan keselamatan pasien antara wilayah perkotaan dan terpencil (World Health Organization, 2022; Disparities in Healthcare Access, 2021).

Keterbatasan komunikasi dan dukungan teknologi juga memengaruhi kinerja penata anestesi. Minimnya jaringan internet dan sinyal komunikasi membatasi layanan telemedicine dan konsultasi jarak jauh, sehingga penata anestesi sering harus mengambil keputusan mandiri tanpa supervisi langsung, meskipun menghadapi kasus berisiko tinggi (Haider, 2023; Shahbaz & Howard, 2024). Hal ini berdampak pada keselamatan pasien, kontinuitas pelayanan, dan kemampuan mengikuti perkembangan ilmu anestesi terkini melalui platform digital.

DAFTAR PUSTAKA

- Naradhipa, P., & Wasir, R. (2025). Tantangan pelayanan kesehatan di daerah terpencil Indonesia: Perspektif tenaga kesehatan. *Jurnal Kesehatan Terpencil*
- Dewi, R., Oktamianti, A., & Muliawati, F. (2023). Kesenjangan distribusi tenaga medis spesialis di daerah rural Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*
- Rahmadinie, F., & Agastya, L. (2025). Evaluasi program penempatan dokter spesialis anestesi di daerah terpencil Indonesia. *Jurnal Global Health Science Group*, 11(2), 88-102.
- Kumala, S., Suherman, D., & Wahyuni, R. (2023). Praktik penata anestesi di fasilitas kesehatan terpencil: Regulasi dan implementasi.
- Negoro, B. (2025). Beban kerja dan risiko legal penata anestesi di fasilitas kesehatan rural. *Jurnal Hukum dan Kesehatan*
- Natsir, M. (2021). Gambaran Kewenangan Penata Anestesi pada Pelayanan Intra-Anestesi di Provinsi NTB.
- Alief, M., et al. (2024). The Authority of Anesthesia Technicians in Conducting Anesthesia Practices at RSUD Melawi.
- Darmapan, S.A., et al. (2022). Kepatuhan Penata Anestesi dalam Dokumentasi Surgical Safety Checklist di Ruang Operasi.
- Rekso Negoro, W. (2025). Hukum bagi Penata Anestesi di Fasilitas Kesehatan yang Tidak Terdapat Dokter Spesialis Anestesi. *Perlindungan*
- Rasyid & Wasir (2025) – Faktor Strategis dalam Retensi Tenaga Kesehatan di Wilayah Terpencil Indonesia
- Shahbaz & Howard (2024) – *Rural generalist anesthetists have the expertise to help plan for the anesthesia healthcare needs in their communitie*

- Negoro, W. R. (2025). Perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan dalam pelayanan dengan keterbatasan sumber daya medis. *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 98–106.
- Ramadani Sangadji, K. D. A., & Listyaningrum, T. H. (2025). Pengelolaan pelayanan kesehatan pada fasilitas dengan keterbatasan sumber daya di wilayah kepulauan. *Seroja Husada: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(1), 33–41.
- Wahyudi, F. M., Suryanah, A., Juarta, T., & Nugraha, I. L. (2023). Tantangan dan strategi pengelolaan sumber daya kesehatan di daerah terpencil. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 12(1), 25–34.
- Setiabudi, I. K., Aryadi, A. M., Lewar, E. I., Suryanto, Y., Saifudin, I., Handayani, R. N. V., & Wahyudi, F. M. (2020). *Standar profesi penata anestesi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Standar profesi penata anestesi: Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/722/2020*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

BAB 15

Peran Penata Anestesi dalam Startup Kesehatan

Effa Izza Mareta; Nuhaa Kurnia; Yustiana Olfah

A. Pendahuluan

Perkembangan teknologi digital mendorong lahirnya startup kesehatan yang menghadirkan solusi berbasis teknologi untuk meningkatkan efisiensi, aksesibilitas, dan mutu pelayanan medis. Startup kesehatan berperan dalam pengelolaan data pasien, pengambilan keputusan klinis, serta pemantauan kesehatan secara real-time guna mendukung keselamatan pasien. Hal ini sesuai dengan pendapat Feriyanto *et al.*, (2025) yang menyatakan bahwa integrasi teknologi digital dalam praktik klinis meningkatkan efektivitas dan keselamatan pelayanan kesehatan, serta diperkuat oleh Setiawan *et al.*, (2024) yang menegaskan bahwa dokumentasi elektronik dan checklist keselamatan berkontribusi terhadap peningkatan mutu layanan klinis.

Di Indonesia, startup kesehatan seperti eHealth.co.id yang menyediakan rekam medis elektronik (RME) dan RSUI Telmon AI yang mengembangkan telemedicine dengan telemonitoring berbasis Internet of Medical Things (IoMT) berpotensi diintegrasikan dengan pelayanan anestesi, khususnya dalam monitoring perioperatif real-time. Sistem ini memungkinkan pemantauan kondisi pasien secara berkelanjutan dan akurat. Hal ini sesuai dengan pendapat Nuryatmaja *et al.*, (2025) yang menyatakan bahwa integrasi sistem digital meningkatkan akurasi pemantauan dan dokumentasi anestesi, serta sejalan dengan Wahyudi *et al.*, (2023)

yang menekankan pentingnya keterlibatan tenaga kesehatan dalam inovasi teknologi untuk menjaga keselamatan pasien.

Penata anestesi memiliki peran strategis dalam menjamin keselamatan pasien pada fase pra, intra, dan pasca anestesi melalui persiapan alat dan obat, pemantauan tanda vital, serta evaluasi kondisi pasien. Kepatuhan terhadap dokumentasi keselamatan perioperatif terbukti menurunkan risiko kejadian adverse event. Hal ini sesuai dengan pendapat Darmapan *et al.*, (2024) yang menegaskan pentingnya kepatuhan dokumentasi keselamatan oleh penata anestesi. Perilaku caring dan pemantauan profesional berpengaruh terhadap keamanan dan pengalaman pasien oleh (Cahyani (2025).

Seiring berkembangnya startup kesehatan, peran penata anestesi tidak hanya terbatas pada praktik klinis di ruang operasi, tetapi juga meluas pada pemanfaatan sistem digital seperti dokumentasi anestesi elektronik, monitoring perioperatif real-time, dan aplikasi edukasi pasien. Hal ini sesuai dengan pendapat Feriyanto *et al.*, (2025) yang menekankan pentingnya kompetensi klinis dalam mendukung mutu pelayanan anestesi, serta sejalan dengan Nuryatmaja *et al.*, (2025) yang menyatakan bahwa integrasi teknologi digital merupakan bagian dari praktik anestesi modern.

Selain itu, startup seperti Alinamed yang menyediakan dashboard manajemen terintegrasi dan layanan telekonsultasi membuka peluang bagi penata anestesi dalam memberikan edukasi pra-anestesi secara digital. Edukasi ini berperan dalam meningkatkan kesiapan dan kenyamanan pasien sebelum tindakan anestesi. Hal ini sesuai dengan pendapat Cahyani (2025) yang menyatakan bahwa edukasi dan pendekatan caring berkontribusi terhadap penurunan kecemasan pasien. Keterlibatan tenaga kesehatan dalam layanan digital meningkatkan patient experience dan efisiensi Pelayanan (Setiawan *et al.*, 2024).

B. Sejarah Perkembangan

Sejarah perkembangan profesi penata anestesi di Indonesia bermula dari kebutuhan akan tenaga kesehatan yang kompeten dalam manajemen anestesi di ruang operasi dan layanan perioperatif. Pada awalnya, fungsi penata anestesi banyak dilakukan oleh tenaga perawat dengan pelatihan dasar anestesi, namun seiring meningkatnya kompleksitas tindakan medis, peran ini berkembang menjadi profesi tersendiri yang menuntut kompetensi klinis spesifik dan pemahaman mendalam terhadap fisiologi pasien. Hal ini sesuai dengan pendapat Feriyanto, Listyaningrum, dan Murdiyanto (2025) yang menyatakan bahwa penguatan kompetensi klinis penata anestesi merupakan fondasi penting dalam pelaksanaan asuhan anestesi yang aman dan berkualitas.

Perkembangan berikutnya melibatkan standar keselamatan anestesi yang mulai diterapkan secara sistematis di fasilitas kesehatan, dengan perhatian khusus pada dokumentasi dan pemantauan pasien. Penerapan *surgical safety checklist* dan dokumentasi anestesi elektronik menjadi bagian penting dalam standar keselamatan di ruang bedah, terutama untuk mengurangi risiko kejadian *adverse event*. Menurut Darmapan *et al.*, (2024), kepatuhan penata anestesi terhadap prosedur keselamatan perioperatif telah menjadi indikator utama mutu pelayanan anestesi modern. Hal ini diperkuat oleh penelitian Cahyani (2025), yang menunjukkan bahwa perilaku profesional dan kepatuhan terhadap prosedur keselamatan berkontribusi signifikan terhadap pengendalian kecemasan pasien dan peningkatan efisiensi tindakan medis.

Seiring dengan perkembangan teknologi digital dan sistem informasi layanan kesehatan, profesi penata anestesi juga mengalami transformasi dalam konteks integrasi teknologi. Transformasi ini melibatkan adopsi sistem digital untuk pemantauan tanda vital, dokumentasi klinis, hingga aplikasi edukasi pasien. Nuryatmaja, Yudono, dan Magenda (2025) menjelaskan bahwa pengintegrasian teknologi dalam praktik anestesi membantu meningkatkan akurasi pemantauan dan

dokumentasi, yang pada gilirannya mendukung keselamatan pasien secara menyeluruh. Selain itu, menurut Wahyudi *et al.*, (2023), keterlibatan tenaga kesehatan dalam inovasi teknologi pelayanan, termasuk yang dilakukan oleh startup kesehatan, menjadi bagian penting dari evolusi profesi ini dalam menghadapi tuntutan era digital.

C. Peran Penata Anestesi dalam Startup Kesehatan

1. Penata Anestesi sebagai Pengembang Konten Digital Kesehatan

Penata anestesi memiliki peran strategis sebagai pengembang konten edukasi digital dalam ekosistem startup kesehatan. Dalam konteks ini, penata anestesi berkontribusi dalam penyusunan modul edukasi pra- dan pasca-anestesi berbasis aplikasi digital, seperti informasi risiko anestesi, persiapan praoperatif, serta perawatan pasca tindakan anestesi. Edukasi digital ini mendukung peningkatan pemahaman pasien serta membantu menurunkan kecemasan sebelum tindakan medis dilakukan. Hal ini sesuai dengan pendapat Cahyani (2025) yang menyatakan bahwa perilaku caring dan edukasi yang diberikan oleh penata anestesi berpengaruh terhadap pengalaman dan kesiapan psikologis pasien. Selain itu, Setiawan, Handayani, dan Susanti (2024) menegaskan bahwa pendekatan profesional melalui edukasi yang terstruktur berkontribusi pada peningkatan mutu pelayanan dan kepuasan pasien.

Kolaborasi penata anestesi dengan startup telemedicine, seperti platform konsultasi kesehatan digital, membuka peluang implementasi tele-anestesi untuk konsultasi praoperatif. Keterlibatan tenaga anestesi dalam pengembangan konten memastikan bahwa informasi yang disampaikan tetap sesuai dengan standar keselamatan klinis dan etika profesi. Wahyudi *et al.*, (2023) menekankan bahwa keterlibatan tenaga kesehatan dalam inovasi layanan digital merupakan bagian penting dari penguatan mutu pelayanan berbasis keselamatan pasien, sementara Feriyanto *et al.*,

(2025) menegaskan bahwa kompetensi klinis penata anestesi menjadi fondasi utama dalam setiap bentuk inovasi pelayanan anestesi, termasuk pada media digital.

2. Penata Anestesi sebagai Validator Sistem Rekam Medis Elektronik Anestesi

Dalam pengembangan startup kesehatan berbasis sistem informasi klinis, penata anestesi berperan sebagai validator sistem Rekam Medis Elektronik (RME) anestesi, seperti Anestesi Rekam Medis Elektronik (AREME). Peran ini mencakup pengujian keakuratan pencatatan tanda vital, penggunaan obat anestesi, serta penerapan checklist keselamatan dan dokumentasi asuhan keperawatan anestesi (ASKAN) secara digital. Kepatuhan terhadap dokumentasi keselamatan perioperatif menjadi indikator penting mutu pelayanan anestesi modern, sebagaimana dinyatakan oleh Darmapan, Nuryanto, dan Yusniawati (2024).

Selain itu, Zulaikha dan Sudaryanto (2023) menjelaskan bahwa sistem informasi manajemen yang tervalidasi secara klinis mampu meningkatkan ketepatan pengambilan keputusan dan efisiensi alur kerja pelayanan anestesi. Dengan keterlibatan langsung penata anestesi sebagai validator, startup kesehatan dapat memastikan bahwa sistem RME yang dikembangkan tidak hanya berfungsi secara teknis, tetapi juga sesuai dengan kebutuhan klinis dan standar profesi. Hal ini diperkuat oleh Aji *et al*, (2025) yang menyatakan bahwa pengembangan RME anestesi harus melibatkan tenaga profesional anestesi agar dokumentasi digital tetap aman, legal, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

3. Penata Anestesi sebagai Spesialis Telemonitoring Perioperatif

Perkembangan Internet of Medical Things (IoMT) membuka peluang bagi penata anestesi untuk berperan dalam telemonitoring pasien pasca-anestesi secara real time melalui platform startup kesehatan. Dalam peran ini, penata anestesi melakukan pemantauan parameter fisiologis pasien

seperti tekanan darah, denyut nadi, dan saturasi oksigen melalui perangkat digital yang terintegrasi dengan sistem informasi klinis. Pendekatan ini memungkinkan deteksi dini komplikasi pasca-anestesi serta meningkatkan kesinambungan asuhan anestesi di luar ruang operasi. Nuryatmaja *et al.*, (2025) menegaskan bahwa integrasi sistem digital dalam praktik anestesi berkontribusi terhadap peningkatan akurasi pemantauan dan keselamatan pasien.

Selain itu, Feriyanto *et al.*, (2025) menyatakan bahwa kompetensi klinis penata anestesi sangat berpengaruh terhadap kualitas pelayanan, termasuk dalam pemanfaatan teknologi monitoring modern. Startup kesehatan yang mengembangkan layanan telemonitoring perioperatif membutuhkan keterlibatan penata anestesi sebagai pengambil keputusan klinis agar interpretasi data digital tetap akurat dan bermakna. Dengan demikian, telemonitoring berbasis IoMT tidak hanya berfungsi sebagai alat teknologi, tetapi menjadi bagian integral dari sistem keselamatan pasien yang dikelola secara profesional.

4. Penata Anestesi sebagai Kolaborator Pengembangan Artificial Intelligence (AI)

Penata anestesi juga memiliki peran penting sebagai kolaborator klinis dalam pengembangan Artificial Intelligence (AI) pada startup kesehatan, khususnya untuk prediksi risiko anestesi dan optimalisasi alur kerja ruang operasi. Data perioperatif yang dikumpulkan melalui dokumentasi digital dan sistem monitoring menjadi sumber utama pengembangan algoritma AI. Keterlibatan penata anestesi diperlukan untuk memastikan bahwa data klinis yang digunakan relevan, valid, dan sesuai dengan konteks praktik anestesi. Zulaikha dan Sudaryanto (2023) menekankan bahwa pemanfaatan sistem informasi berbasis data harus disertai dengan validasi profesional agar hasil analisis mendukung keselamatan pasien.

Lebih lanjut, Wahyudi *et al.*, (2023) menyatakan bahwa kolaborasi antara tenaga kesehatan dan pengembang

teknologi menjadi kunci dalam memastikan inovasi digital tidak mengabaikan standar profesi. Dengan peran sebagai penasihat klinis, penata anestesi membantu memastikan bahwa AI yang dikembangkan tetap berorientasi pada etika, keselamatan pasien, dan peningkatan mutu pelayanan anestesi. Keselamatan perioperatif merupakan tanggung jawab profesional yang harus tetap dijaga, meskipun praktik pelayanan telah bertransformasi ke arah digital (Darmapan *et al.*, 2024).

D. Tujuan Penata Anestesi Pada Startup

Penata anestesi dalam konteks startup kesehatan bertujuan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pelayanan anestesi melalui pemanfaatan teknologi digital dalam sistem pencatatan klinis, pemantauan pasien, serta pengambilan keputusan berbasis data. Integrasi teknologi dalam praktik anestesi memungkinkan peningkatan efisiensi kerja, ketepatan dokumentasi, dan respons yang lebih cepat terhadap kondisi klinis pasien, sehingga dapat menurunkan risiko kesalahan medis dan meningkatkan kualitas pelayanan (Feriyanto *et al.*, 2025).

Selain itu, penata anestesi juga bertujuan untuk mendukung inovasi layanan kesehatan yang berorientasi pada pasien melalui kolaborasi interprofesional dan penerapan praktik berbasis bukti. Dengan keterlibatan aktif dalam startup kesehatan, penata anestesi berkontribusi dalam pengembangan sistem pelayanan yang adaptif, aman, dan berkelanjutan sesuai dengan tuntutan era digital (Feriyanto *et al.*, 2025).

E. Tantangan Dan Peluang

1. Tantangan Regulasi dan Standar Profesi

Salah satu tantangan yang dihadapi dalam integrasi peran penata anestesi dengan startup kesehatan adalah ketidaksesuaian dan batas regulasi profesi dalam konteks digital. Penelitian menunjukkan bahwa meskipun ada standar profesi dan peraturan terkait praktik penata anestesi,

implementasinya di lapangan dalam pelayanan konvensional masih belum maksimal, sehingga transisi ke layanan berbasis digital seperti telemedicine memerlukan adaptasi kebijakan yang lebih jelas.

Selain itu, pengembangan layanan telemedicine dan digital health di Indonesia menghadapi tantangan kebijakan dan legalitas yang belum sepenuhnya komprehensif, seperti aspek tanggung jawab hukum dan standarisasi telemedicine, yang bisa berdampak pada kejelasan peran tenaga kesehatan termasuk seorang penata anestesi dalam startup digital.

2. Tantangan Teknologi dan Infrastruktur

Tantangan lain ialah kesenjangan teknologi dan infrastruktur kesehatan digital di Indonesia. Di banyak daerah, terutama wilayah terpencil, akses telemedicine dan layanan digital masih terbatas karena infrastruktur telekomunikasi yang kurang memadai dan kesenjangan sumber daya digital, sehingga pelayanan yang melibatkan penata anestesi melalui startup kesehatan belum optimal. Hal ini berdampak pada kemampuan startup kesehatan untuk secara konsisten melibatkan tenaga profesional seperti penata anestesi dalam model layanan mereka, karena teknologinya harus dapat diakses dan dioperasikan secara efektif oleh pasien dan tenaga kesehatan di seluruh wilayah layanan.

3. Peluang Peningkatan Akses Layanan dan Efisiensi

Di sisi lain, penerapan teknologi digital dalam layanan kesehatan membuka peluang besar untuk memperluas akses pelayanan, termasuk bagi penata anestesi untuk memberikan konsultasi pra-anestesi atau edukasi pasien melalui telemedicine, yang dapat membantu menjangkau pasien di lokasi yang sulit dijangkau secara fisik. Penelitian sistematis terkait telemedicine menunjukkan bahwa penggunaan layanan digital dapat meningkatkan kepuasan pasien dan mempermudah interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien, yang berarti startup kesehatan memiliki peluang untuk

memanfaatkan peran penata anestesi dalam pelayanan konsultasi, edukasi, dan monitoring jarak jauh.

4. Peluang Pengembangan Kompetensi Profesi

Penerapan layanan digital juga menghadirkan peluang bagi penata anestesi untuk mengembangkan kompetensi profesional melalui pelatihan teknologi kesehatan atau digital health yang terintegrasi dengan sistem startup, sehingga tenaga kesehatan dapat beradaptasi dengan perubahan model praktik klinis yang didukung teknologi.

Selain itu, terbukanya ruang layanan digital mendorong kolaborasi interprofesional yang lebih dinamis antara penata anestesi, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya di dalam ekosistem startup kesehatan, yang berpotensi mempercepat inovasi layanan serta pengembangan standar kompetensi baru yang sesuai dengan kebutuhan era digital.

F. Manfaat

Keterlibatan penata anestesi dalam startup kesehatan memberikan manfaat signifikan dalam peningkatan mutu dan keselamatan pelayanan anestesi melalui pemanfaatan sistem digital untuk dokumentasi klinis, pemantauan pasien secara real-time, serta pengambilan keputusan berbasis data. Penggunaan teknologi ini memungkinkan pencatatan kondisi pasien yang lebih sistematis, terintegrasi, dan mudah diakses oleh seluruh tim kesehatan, sehingga mendukung koordinasi pelayanan yang lebih efektif dan respons klinis yang lebih cepat terhadap perubahan kondisi pasien (Darmapan *et al.*, 2024).

Penerapan teknologi tersebut turut meningkatkan efisiensi kerja penata anestesi, mengurangi beban administratif, serta meminimalkan risiko kesalahan akibat pencatatan manual atau komunikasi yang tidak optimal. Dengan demikian, kualitas pelayanan anestesi dapat meningkat secara berkelanjutan, sementara keselamatan pasien lebih terjamin melalui proses pelayanan yang terstruktur, akurat, dan berbasis bukti ilmiah (Feriyanto *et al.*, 2025).

DAFTAR PUSTAKA

- Abadi, B.W. dkk. (2025). Pengembangan Anestesi Rekam Medis Elektronik (AREME). J-REMI.
- Aji, P. T., dkk. (2025). Pengembangan Anestesi Rekam Medis Elektronik (AREME) untuk Dokumentasi Asuhan Keperawatan Anestesiologi. Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (J-REMI).
- Cahyani, A. I. (2025). *Hubungan caring behavior penata anestesi dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi...* Jurnal Studi Keperawatan.
- Darmapan, S. A., Nuryanto, K., & Yusniawati, Y. N. P. (2024). *Kepatuhan penata anestesi dalam penerapan dokumentasi menggunakan surgical safety checklist...* Jurnal Riset Kesehatan Nasional.
- Feriyanto, Y. D., Listyaningrum, T. H., & Murdiyanto, J. (2025). *Hubungan pengetahuan komponen keterampilan klinis profesi penata anestesi dengan sikap dalam menjalankan kinerja mahasiswa anestesiologi...* Jurnal Kesehatan Republik Indonesia.
- Healthpro. (2025). Kolaborasi Startup dan Tenaga Medis On-Demand: Masa Depan Layanan Kesehatan Fleksibel. Portal Inovasi Kesehatan Indonesia.
- Islamiyah, S. D., & Listyaningrum, T. H. (2024). Implementasi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/722/2020 tentang Standar Profesi Penata Anestesi... Seroja Husada: Jurnal Kesehatan Masyarakat.
- Nuryatmaja, M. B., Yudono, D. T., & Bisma, M. (2025). *Gambaran tingkat kepatuhan penata anestesi dalam penggunaan APD...* Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Indonesia.
- Setiawan, D. A., Handayani, R. N., & Susanti, I. H. (2024). *Hubungan perilaku caring penata anestesi dengan patient experience pada pasien pasca operasi...* Journal of Nursing and Health.

- Sriyono. (2022). Proposal Hibah Pengembangan Inovasi Modul Digital MOOC: Asuhan Keperawatan Pra Anestesi. Universitas Airlangga.
- Wahyudi, F. M., et al. (2023). *Implementasi KMK 722 tahun 2020 tentang standar profesi penata anestesi...* Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia.
- Zulaikha, S., & Sudaryanto, A. (2023). Efektivitas Sistem Informasi Manajemen dalam Pelayanan Anestesi di Era Digital. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan, 14(2).

BAB 16 | Peran Penata Anestesi dalam Manajemen Risiko

Ikhwan Mumtaz Hanif; Bagas Rifqi A; Yustiana Olfah

A. Pendahuluan

Manajemen risiko dalam pelayanan anestesi merupakan suatu aspek krusial dalam menjamin keselamatan pasien, mengurangi komplikasi, serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Risiko anestesi dapat muncul pada setiap tahap proses anestesi, mulai dari pra-anestesi, intra-anestesi, hingga pasca-anestesi, yang apabila tidak dikelola secara tepat dapat berdampak serius pada keselamatan pasien. Dalam konteks ini, penata anestesi berperan sebagai salah satu tenaga kesehatan yang berkontribusi langsung dalam upaya mitigasi risiko tersebut melalui berbagai tindakan klinis dan non-klinis yang terstandar.

Peran penata anestesi tidak hanya terbatas pada persiapan alat dan pemberian obat anestesi, tetapi juga meliputi pengkajian awal pasien, pemantauan kondisi fisiologis dan deteksi dini terhadap perubahan klinis, serta implementasi protokol keselamatan pasien yang sesuai dengan standar praktik anestesi modern. Tingginya beban risiko dalam pelayanan anestesi mengharuskan adanya budaya keselamatan yang kuat serta pemahaman dan keterampilan profesional yang tinggi di kalangan penata anestesi untuk mengantisipasi dan mengelola berbagai kejadian tidak diinginkan (adverse events) yang dapat terjadi selama peri-operatif.

Budaya keselamatan dalam anestesi merupakan aspek penting yang terbukti memengaruhi kualitas pelayanan anestesi. Sebuah studi menunjukkan bahwa pembentukan budaya keselamatan yang baik dapat meningkatkan kemampuan penata anestesi dalam menjaga keselamatan pasien selama proses anestesi berlangsung, termasuk dalam mengidentifikasi risiko dan melakukan mitigasi secara efektif melalui kerja tim, komunikasi antar-anggota layanan anestesi, dan penerapan prosedur keselamatan yang tepat.

Selain itu, penerapan praktik anestesi yang aman seperti pemeriksaan fungsi alat, penggunaan checklist anestesi, serta kepatuhan terhadap protokol keselamatan prosedur merupakan bagian dari strategi manajemen risiko yang berperan dalam mengurangi kejadian komplikasi. Perilaku penata anestesi dalam menerapkan prinsip-prinsip tersebut mencerminkan komitmen terhadap keselamatan pasien serta kualitas pelayanan anestesi secara umum.

Oleh karena itu, memahami peran penata anestesi dalam konteks manajemen risiko menjadi penting sebagai landasan teori dan praktik dalam rangka penyusunan rekomendasi peningkatan mutu pelayanan anestesi di fasilitas kesehatan.

B. Pengertian Manajemen Risiko

Dalam bidang kesehatan, manajemen risiko adalah pendekatan yang sistematis dan terstruktur untuk mengidentifikasi, menganalisis, menilai, dan mengendalikan berbagai risiko yang dapat membahayakan pasien, tenaga kesehatan, dan kualitas pelayanan. Proses manajemen risiko dilakukan secara berkesinambungan dengan tujuan mencegah kejadian tidak diharapkan, mengurangi kemungkinan kesalahan, dan menangani risiko yang timbul.

Pengertian ini menekankan bahwa manajemen risiko tidak hanya berfokus pada penanganan insiden yang telah terjadi; itu juga berfokus pada melakukan hal-hal proaktif untuk mengurangi risiko melalui penerapan prosedur yang standar,

pengawasan, dan evaluasi yang berkelanjutan dalam sistem kesehatan.

C. Sejarah Manajemen Risiko

Secara umum Manajemen risiko pada dasarnya berasal dari sektor asuransi dan manajemen bisnis pada tahun 1950-an dan 1960-an, ketika organisasi mulai menerapkan pendekatan ilmiah untuk mengenali dan mengelola ketidakpastian dalam keputusan bisnis. Konsep ini berfokus pada identifikasi risiko, analisis dampak, dan strategi pengendalian dengan tujuan mengurangi kerugian finansial atau operasional.

Awal penerapan di kesehatan. Sejak 1970-an – 1980-an, meningkatnya tuntutan malpraktek medis (medical malpractice) di banyak negara mendorong instansi kesehatan mengadopsi prinsip manajemen risiko untuk melindungi pasien dan organisasi dari kerugian klinis maupun hukum. Awalnya manajemen risiko lebih berfokus pada pengendalian kerugian finansial akibat tuntutan hukum, kemudian berkembang mencakup keselamatan pasien.

1980-an Risk Management mulai dikenal. American Society for Healthcare Risk Management (ASHRM) dibentuk dan mulai mengembangkan kerangka manajemen risiko yang lebih komprehensif pada organisasi kesehatan, termasuk istilah enterprise risk management yang melampaui sekadar asuransi.

1990-an - 2000-an: Integrasi dengan Keselamatan Pasien. Standar akreditasi rumah sakit mulai memasukkan risk management sebagai bagian dari persyaratan mutu dan keselamatan pasien. Kemudian fokus bergeser dari sekadar reaktif terhadap kejadian buruk menjadi proaktif, yakni identifikasi risiko potensial sebelum kejadian terjadi.

Era Modern (2010-sekarang): Perluasan Konsep. Risiko tidak hanya dilihat sebagai ancaman tetapi juga peluang untuk perbaikan sistem, yang berarti manajemen risiko menjadi bagian dari enterprise risk management (ERM) atau manajemen risiko terintegrasi dalam pelayanan kesehatan. ISO 31000 dan standar

akreditasi kesehatan mulai memasukkan prinsip manajemen risiko secara sistematis dalam operasional rumah sakit.

D. Tujuan Manajemen Risiko

Tujuan utama manajemen risiko dalam anestesi adalah memastikan keselamatan pasien dengan cara:

1. Mengidentifikasi potensi risiko klinis dan non-klinis sejak dini pada pasien perioperatif, termasuk keadaan komorbiditas yang dapat memperburuk jawaban anestesi serta potensi perangkat atau obat yang tidak tepat.
2. Mencegah terjadinya kejadian buruk melalui tindakan proaktif, seperti penyiapan anestesi yang lengkap, pengecekan alat anestesi secara menyeluruh, dan verifikasi ganda obat sebelum diberikan kepada pasien.
3. Mengendalikan risiko yang teridentifikasi agar tidak berkembang menjadi komplikasi yang signifikan, misalnya melalui monitoring hemodinamik dan respirasi yang konsisten selama tindakan anestesi berlangsung.
4. Melaksanakan evaluasi insiden dan pelaporan untuk memperbaiki sistem yang ada, meningkatkan pelatihan staf, serta mengembangkan kebijakan internal yang lebih efektif.
5. Meningkatkan budaya keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan, dimana setiap anggota tim terlibat aktif dalam mitigasi risiko dan belajar dari kejadian yang tidak diharapkan. Tujuan-tujuan ini menunjukkan bahwa manajemen risiko bersifat menyeluruh dan proaktif, bukan reaktif semata.

E. Manfaat Manajemen Risiko

Manajemen risiko memberikan berbagai manfaat penting yang telah dibuktikan lewat penelitian terbaru.

1. Manajemen risiko dapat meningkatkan keselamatan pasien secara signifikan karena berbagai langkah preventif dapat mencegah kejadian buruk seperti komplikasi jalan napas atau reaksi obat yang fatal.

2. Praktik risk management meningkatkan efisiensi tim dan komunikasi antarprofesional di ruang operasi, karena adanya strategi komunikasi yang jelas dan protokol kerja yang distandarkan.
3. Penerapan checklist keselamatan perioperatif meningkatkan kualitas dokumentasi dan menurunkan kejadian insiden medis yang dapat dihindari.
4. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa anestesi teknisi dan perawat yang memiliki kompetensi dan pelatihan manajemen risiko yang baik dapat mengurangi kesalahan pemberian obat dan komplikasi teknis lain karena peran mereka dalam penyusunan, verifikasi, dan pengawasan penggunaan obat serta peralatan anestesi. Kelima, manajemen risiko mendorong budaya pelaporan kejadian tidak diharapkan (incident reporting), yang menjadi landasan penting dalam upaya peningkatan mutu layanan kesehatan secara berkelanjutan.

F. Faktor Pendukung

1. Komitmen dan Dukungan Manajemen
Komitmen pimpinan dan manajemen fasilitas kesehatan sangat penting untuk keberhasilan manajemen risiko. Mereka membutuhkan dukungan manajemen untuk menetapkan kebijakan keselamatan pasien, memberikan sumber daya, dan mengawasi pelaksanaan manajemen risiko. Ini adalah dasar untuk lingkungan kerja yang mendukung pencegahan dan pengendalian risiko.
2. Kebijakan dan Standar Prosedur Operasional (SPO)
Salah satu faktor penting dalam manajemen risiko adalah ketersediaan kebijakan dan standar prosedur operasional yang jelas dan terstandar. SPO membantu tenaga kesehatan menjalankan layanan secara aman, mengurangi variasi tindakan, dan mencegah kesalahan yang berpotensi mengancam keselamatan pasien.
3. Kompetensi & Pelatihan Sumber Daya Manusia

Pelatihan dan keahlian SDM sangat penting untuk menerapkan manajemen risiko. Orang-orang di bidang kesehatan yang memiliki pengetahuan, keterampilan, dan kepribadian yang positif akan lebih mampu menemukan potensi risiko dan mengambil tindakan yang tepat. Untuk meningkatkan layanan pasien, diperlukan pelatihan dan pendidikan berkelanjutan tentang manajemen risiko dan keselamatan pasien.

4. Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Dengan sistem pelaporan insiden yang efektif, kejadian yang tidak diharapkan dan hampir terjadi dapat diidentifikasi. Pelaporan peristiwa sangat penting dalam proses evaluasi dan pembelajaran organisasi untuk mencegah peristiwa serupa terjadi di masa depan. Sistem pelaporan yang tidak pungut biaya akan mendorong tenaga kesehatan untuk melaporkan insiden secara publik.

5. Budaya Keselamatan Pasien

Dalam sebuah organisasi, prinsip dan sikap yang mendukung keselamatan pasien menjadi prioritas utama. Komunikasi yang terbuka, kerja sama tim yang baik, dan kepatuhan terhadap prosedur adalah semua tanda budaya ini. Budaya keselamatan yang kuat akan membantu menerapkan manajemen risiko secara konsisten.

G. Upaya atau Strategi Peningkatan Manajemen Risiko dalam Pelayanan Anestesi

1. Peningkatan Kompetensi dan Pelatihan Berkelanjutan

Salah satu cara untuk meningkatkan manajemen risiko adalah melalui pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan, termasuk penata anestesi, tentang manajemen risiko, keselamatan pasien, penanganan kegawatdaruratan anestesi, dan pembaruan standar praktik klinis. Akan lebih mudah bagi profesional kesehatan untuk menemukan potensi ancaman dan mengambil tindakan pencegahan yang tepat.

2. Penggunaan Checklist Keselamatan Anestesi

Penggunaan checklist keselamatan seperti Checklist Keselamatan Operasi WHO adalah cara penting untuk menghindari kesalahan prosedural. Checklist meningkatkan komunikasi antar profesional dan memastikan kesiapan pasien, alat, obat, dan tim sebelum, selama, dan setelah anestesi.

3. Penguatan Sistem Pelaporan dan Evaluasi Insiden

Sistem pelaporan dan evaluasi insiden keselamatan pasien, termasuk insiden yang tidak diharapkan dan hampir terjadi, sangat penting untuk proses pembelajaran organisasi. Data dari insiden digunakan untuk mengidentifikasi sumber masalah dan membuat solusi untuk mencegah insiden yang sama terjadi lagi. Keterbukaan tenaga kesehatan meningkat dengan sistem pelaporan yang non-punitif.

4. Penguatan Budaya Keselamatan Pasien

Keberhasilan manajemen risiko bergantung pada budaya pasien yang merasa aman. Komunikasi terbuka, kerja sama tim yang baik, kepatuhan terhadap standar prosedur, dan komitmen bersama untuk keselamatan pasien adalah ciri-ciri budaya ini. Kejadian kesalahan medis akan lebih rendah di tempat kerja jika ada budaya keselamatan yang kuat.

5. Dukungan Manajemen dan Kepemimpinan Organisasi

Penyediaan kebijakan, sumber daya, dan pengawasan pelaksanaan manajemen risiko membutuhkan dukungan manajemen. Kepemimpinan yang peduli dengan keselamatan pasien akan mendorong penerapan strategi manajemen risiko di seluruh unit pelayanan, termasuk anestesi.

H. Hambatan dalam Penerapan Manajemen Risiko pada Pelayanan Anestesi

1. Kurangnya Pemahaman dan Kesadaran Tenaga Kesehatan

Tidak semua tenaga kesehatan memahami konsep dan pentingnya manajemen risiko. Kurangnya kesadaran ini dapat menyebabkan kurangnya kepatuhan terhadap prosedur keselamatan serta upaya yang kurang efektif untuk

menemukan dan mengendalikan risiko di ruang operasi anestesi.

2. **Beban Kerja Tinggi dan Keterbatasan Sumber Daya Manusia**
Kelelahan Fisik dan Mental Akibat Beban Kerja Tinggi dan Keterbatasan Sumber Daya Manusia Kondisi ini dapat menyebabkan kewaspadaan klinis menjadi lebih rendah dan meningkatkan risiko kesalahan selama proses anestesi.
3. **Budaya Menyalahkan (Blaming Culture)**
Pelaporan insiden keselamatan pasien menjadi sulit jika lingkungan kerja terus menerapkan budaya menyalahkan. Tenaga kesehatan cenderung menahan diri untuk tidak melaporkan kejadian yang tidak diantisipasi atau hampir terjadi karena takut akan dihukum, yang menghambat proses pembelajaran dan perbaikan sistem.
4. **Kurangnya Pelatihan dan Pendidikan Berkelanjutan**
Tidak cukup pelatihan dan pendidikan berkelanjutan tentang manajemen risiko dan keselamatan pasien membuat tenaga kesehatan tidak selalu mengikuti standar dan praktik anestesi yang aman. Ini dapat menyebabkan lebih banyak kesalahan dan komplikasi anestesi.
5. **Ketidakpatuhan terhadap Standar dan Prosedur Operasional**
Ketidakpatuhan terhadap prosedur operasional dan protokol keselamatan dapat terjadi karena kurangnya pengawasan atau kurangnya disiplin dalam pekerjaan. Ketidakpatuhan ini meningkatkan kemungkinan kesalahan tindakan dan kejadian tidak diharapkan dalam bidang anestesi.

I. Regulasi

Regulasi di Indonesia secara ketat mengatur batas wewenang dan tanggung jawab untuk memitigasi risiko malpraktik.

1. **Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 18 Tahun 2016**
 - a. **Pra-Anestesi:** Melakukan verifikasi persiapan pasien dan alat. Jika ada ketidaksesuaian (misal: pasien tidak puasa), penata wajib melaporkan sebagai bentuk mitigasi risiko.

- b. Intra-Anestesi: Melakukan tindakan sesuai instruksi dokter spesialis anestesi (Sp.An). Penyimpangan dari instruksi tanpa alasan medis yang kuat dianggap sebagai risiko hukum.
 - c. Pasca-Anestesi: Bertanggung jawab atas pemantauan di Recovery Room (RR). Risiko tertinggi sering terjadi saat transisi pasien dari meja operasi ke RR.
2. UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

Undang-Undang Kesehatan terbaru (UU No. 17 Tahun 2023) menggantikan UU sebelumnya dan memberikan dasar hukum kuat bagi keselamatan pasien sebagai hak fundamental pasien dan kewajiban penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menjamin keselamatan serta kualitas layanan. Dalam undang-undang ini, keselamatan pasien termasuk manajemen risiko menjadi bagian dari hak pasien dan tanggung jawab hukum fasilitas kesehatan/tenaga kesehatan. Hal ini menguatkan posisi hukum bagi pasien dan tenaga kesehatan apabila terjadi kejadian tidak diharapkan (KTD) dalam pelayanan medis termasuk anestesi.

Regulasi ini juga mengatur tanggung jawab rumah sakit dan tenaga kesehatan dalam menjalankan pelayanan kesehatan secara aman, efektif, dan berdasarkan bukti ilmiah sesuai standar profesi. Hal ini menjadi dasar penting bagi implementasi manajemen risiko di seluruh unit layanan termasuk anestesi.

3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- UU Rumah Sakit menegaskan kewajiban rumah sakit untuk:
- Menyusun kebijakan mutu dan keselamatan pasien, termasuk risiko klinis dan non-klinis.
 - Menjamin hak pasien mendapatkan informasi yang mencakup risiko atas tindakan medis yang akan dilakukan.

Contohnya, dalam Pasal 23 huruf j UU Rumah Sakit dijelaskan bahwa setiap pasien berhak mendapatkan informasi termasuk risiko dan komplikasi dari tindakan

medis. Poin ini menjadi dasar hukum bagi pelaksanaan informed consent termasuk dalam anestesi.

4. Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien

Permenkes ini adalah aturan teknis yang paling penting dan langsung berkaitan dengan manajemen risiko di fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk rumah sakit, klinik besar, dan bentuk layanan lainnya). Permenkes No. 11 Tahun 2017 menyatakan bahwa:

- Fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan sistem keselamatan pasien yang mencakup asesmen risiko, identifikasi risiko, pengelolaan risiko, serta pelaporan insiden keselamatan pasien seperti kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, dan lain-lain.
- Permenkes ini memuat Sasaran Keselamatan Pasien yang menjadi indikator pelaksanaan manajemen risiko di fasilitas kesehatan.

5. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)

SNARS merupakan standar yang disusun Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) berdasarkan UU Kesehatan dan Permenkes Keselamatan Pasien. SNARS mensyaratkan: Penerapan manajemen risiko dalam seluruh unit pelayanan rumah sakit, termasuk klinis dan non-klinis.

Pengamanan informed consent, pelaporan insiden, serta bioetika pelayanan. Sistem pengendalian mutu terpadu yang melibatkan manajemen risiko sebagai salah satu indikator mutu pelayanan. Standar ini menjadi dasar evaluasi akreditasi rumah sakit yang wajib dipenuhi oleh fasilitas kesehatan untuk mempertahankan status akreditasi mereka.

J. Kesimpulan

Dalam anestesi, manajemen risiko sangat penting karena berkorelasi langsung dengan keselamatan pasien dan kualitas perawatan kesehatan. Pengelolaan risiko anestesi yang sistematis, terstruktur, dan berkelanjutan diperlukan karena risiko anestesi dapat terjadi pada setiap tahapan pelayanan,

mulai dari pra-anestesi, intra-anestesi, hingga pasca-anestesi. Penata anestesi melakukan tugas strategis dengan mengamati kondisi pasien, menyiapkan alat dan obat anestesi, memantau kondisi fisik pasien secara teratur, dan menemukan komplikasi secara dini untuk mencegah kejadian tidak diharapkan.

Berbagai faktor pendukung, seperti komitmen dan dukungan manajemen, ketersediaan kebijakan dan standar prosedur operasional, kompetensi dan pelatihan sumber daya manusia, sistem pelaporan insiden keselamatan pasien, dan budaya keselamatan pasien yang kuat, sangat memengaruhi penerapan manajemen risiko dalam layanan anestesi. Regulasi Indonesia mewajibkan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan untuk menerapkan manajemen risiko untuk menjamin keselamatan pasien. Dengan manajemen risiko yang optimal dan peran aktif penata anestesi, diharapkan keselamatan pasien meningkat, risiko komplikasi anestesi ditekan, dan kualitas pelayanan anestesi di fasilitas kesehatan semakin baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Alder, S. (2025, April 11). *What is risk management in healthcare?* The HIPAA Journal. Retrieved from <https://www.hipaajournal.com/risk-management-in-healthcare/>
- Overview Manajemen Risiko 2020. (2020). *Overview of Healthcare Risk Management* [PDF]. Retrieved from <https://id.scribd.com/document/498401433/1-Overview-Manajemen-risiko-2020>
- Alanezi, H. M. M., Alanazi, K. H. J., Alanazi, B. S. A., Alanizi, A. T. Z., Alanazi, A. O. K., Alanazi, N. G. T., & Alshammari, J. H. S. (2024). *Understanding the challenges and strategies used by anesthesia technicians in maintaining patient safety during anesthesia procedures requiring mechanical ventilation: A qualitative study in Saudi Arabian healthcare settings*. Journal of International Crisis and Risk Communication Research, 7(S8), 1921–1927. <https://doi.org/10.63278/jicrcr.vi.1114>
- Almutairi, S. B., Al Makki, N. A. A., & Alshahrani, R. A. (2024). *The role of anesthesia technicians in enhancing patient safety during surgery*. Journal of Posthumanism, 4(3), 1129–1140. <https://doi.org/10.63332/joph.v4i3.3194>
- Strategi manajemen risiko dalam pelayanan kesehatan: Tinjauan literatur tentang penerapan di rumah sakit*. Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia, 1711. Retrieved from <https://jurnal.unar.ac.id/index.php/health/article/view/1711>
- Jurnal Intekom, Article 1106. Retrieved from <https://jurnal.intekom.id/index.php/ijeam/article/view/1106>
- Literature review penerapan manajemen risiko pada pelayanan kesehatan rumah sakit*. Jurnal Keperawatan, Article 1410.

DAFTAR TIM PENULIS

Ketua Tim Penulis	:	Dr. Yustiana Olfah, A.Per. Pend, M.Kes.	
Anggota Penulis	:	Mahasiswa STKA Semester VI	
Daftar Mahasiswa	:		
BAB 1	:	Elza Putri Nur Afriani	P07120323003
		Aiska Rosnayla	P07120323022
		Hermawan	
BAB 2	:	Faiza Muthia Adistyio	P07120323016
		Najwa Biedara	P07120323042
		Devafany	
BAB 3	:	Muhammad Dhimas	P07120323035
		Alfasya	
		Gestan Algifari	P07120323039
BAB 4	:	Ghanyya Salsabilla	P07120323041
		Nazla Rihhadatul Aisy	P07120323047
BAB 5	:	Fairuzzidan Fadhil	P07120323014
		Hanif	
		Naysilla Aisyah	P07120323023
		Chantika Wardhani	
BAB 6	:	Radita Rahmadini Az-Zahra	P07120323043
		Londa Nurjannah	P07120323056
BAB 7	:	Salma Diana	P07120323040
		Bunga Andhika Mutiara	P07120323059
BAB 8	:	Dias Nur Afifah	P07120323031
		Lintang Salsabella	P07120323044

BAB 9	:	Dini Aliyah Nurhidayah	P07120323018
		Amanda Meila Syifaniroga	P07120323048
BAB 10	:	Husna Khoiriyah	P07120323005
		Baiq Zahwa Faqih	P07120323030
BAB 11	:	Muhammad Akmal Asy-Syauqi	P07120323011
		Muhammad Bariq Alfadillah	P07120323013
BAB 12	:	Umi Salma Az Zahra	P07120323007
		Luthfiyah	P07120323021
BAB 13	:	Malika Husni	P07120323001
		Putri Liah	P07120323004
BAB 14	:	Effa Izza Mareta	P07120323015
		Nuhaa Kurnia	P07120323045
BAB 15	:	Ikhwan Mumtaz Hanif	P07120323017
		Bagas Rifqi Aprilianto	P07120323019