

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Merujuk pada hasil temuan dan pembahasan pada bab sebelumnya, peneliti menarik beberapa kesimpulan penelitian sesuai dengan tujuan dan rumusan masalah yang telah ditentukan di awal penelitian. Berikut adalah kesimpulan penelitian ini:

1. Pelaksanaan dinamika kolaborasi dalam PCC di RSUD Pemerintah Provinsi Jawa Tengah belum berjalan optimal, yang dimanifestasikan dengan:
 - a. Keterlibatan berprinsip dalam PCC di RSUD secara umum belum diawali dengan pengungkapan prinsip dan kepentingan masing-masing stakeholder. Hanya fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan Pemerintah Provinsi dengan interaksi tanpa persiapan koordinasi dan keleluasaan bertindak/ komunikasi sehingga tidak menghasilkan kesepakatan rekomendasi final tindakan PCC kecuali RSUD Prof Margono
 - b. Motivasi bersama secara umum terkesan stakeholder berjalan sendiri-sendiri belum muncul apresiasi dan menghormati posisi dan kepentingan stakeholder lain dengan komitmen dukungan pada tujuan bersama PCC di tingkat rumah sakit maupun tingkat Pemerintah Provinsi. Terkecuali RSUD Prof Margono yang sudah membangun saling percaya dan berkomitmen melaksanakan PCC.
 - c. Kapasitas aksi bersama sebagian besar terbatas pada pelayanan klinis

stakeholder internal rumah sakit dan Puskesmas. Belum adanya prosedur manajerial dan prosedur inter organisasi serta keterbatasan pengetahuan, pendidikan, dan sumber daya stakeholder lain mendorong dominasi DPJP dan Direktur rumah sakit yang dikuatkan oleh ketiadaan kepemimpinan kolaboratif Direktur RS.

2. Faktor dinamika kolaborasi yang berpengaruh merupakan faktor pendorong dan penghambat dalam pembentukan PCC di RSUD Pemerintah Provinsi Jawa Tengah yaitu dinamika politik dan kekuasaan; karakteristik jaringan; karakteristik sosial ekonomi dan budaya; serta kerangka kebijakan dan hukum.
 - a. Dinamika politik dan kekuasaan dalam pelaksanaan PCC di RSUD ditemukan pendorong berupa pergeseran akses kekuasaan dan politik yang sama serta ideologi kesamaan profesi berproses dalam peningkatan pendidikan dan kompetensi antar stakeholder. Faktor penghambat terkuatnya adalah dominasi DPJP dan Direktur rumah sakit sebagai implikasi pelaksanaan *legitimate power* dan *expert power*. Serta lemahnya kepemimpinan inisiatif yang berdampak pada keterbatasan akses sumber daya.
 - b. Karakteristik jaringan dalam pelaksanaan PCC di RSUD ditemukan pendorong yaitu frekuensi interaksi langsung stakeholder internal rumah sakit yang tinggi dan jalinan emosional serta kuatnya niat mempertahankan hubungan berdasar komitmen bersama internal rumah sakit. Penghambat yang ditemukan hirarki struktur jaringan yang terkesan adanya atasan dan bawahan, serta buruknya komitmen stakeholder eksternal rumah sakit

dalam berkolaborasi.

- c. Karakteristik sosial ekonomi dan budaya dalam PCC di RSUD menemukan budaya organisasi dan masyarakat yang positif dalam pengambilan keputusan dan berbagi informasi yang meningkatkan persepsi dan interpretasi risiko sebagai pendorong. Penghambatnya adalah posisi strata sosial DPJP dan direktur RSUD lebih tinggi dari yang lain dan budaya inferior dari pasien maupun PPA lain.
 - d. Kerangka kebijakan dan hukum, pendorongnya Permenkes Nomor 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, Kempenkes 1128 tahun 2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit, dan pedoman pelayanan pasien yang ditetapkan Direktur RSUD. Penghambatnya yaitu belum ditemukan kebijakan dan dasar hukum di pusat maupun daerah tentang integrasi pengelolaan sumberdaya dan dinamika kolaborasi lintas sektor dalam PCC di RSUD dan regulasi yang menjelaskan mengutamakan kepentingan pasien secara detail dan terperinci.
3. Model pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD dikonstruksi dari teori Emerson (2012) dengan prasarat menambahkan interaksi umpan balik berulang antar stakeholder *hexahelix* PCC dalam dimensi dan elemen-elemen dinamika kolaborasi. Interaksi antar dimensi mulai deliberasi, legitimasi internal dan kesepakatan institusi serta menempatkan pasien/ keluarga sebagai stakeholder fokus pelayanan. Menempatkan PCC sebagai tujuan akhir yang tidak terbatas pada ada tidaknya kolaborasi dan regulasi.

6.2 Implikasi Penelitian

Implikasi penelitian ini terbagi menjadi 2 klasifikasi. Implikasi teoritis dan implikasi praktis.

1. Implikasi Teoritis

Penelitian pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD merujuk pada teori Emerson, et.al (2012) merupakan siklus fluktuatif berulang dimensi *principal engagement*, *shared motivation*, dan *capacity for joint action* dengan prasarat idealnya. Berhubungan dengan interaksi stakeholder dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC, peneliti merujuk pada pandangan Grimble & Wellard (1996) dan Clarkson (1995), kriteria stakeholder dinamika kolaborasi (Emerson et.al; 2012) karakteristik stakeholder (Margerum; 2011) dalam PCC yang tidak terbatas melibatkan individu PPA langsung (*direct services*) yang otonom dan independen melalui model stakeholder *hexahelix* gabungan teori *pentahelix* Ramesh & Howlett (2003) dan *quadruple helix* Carayannis & Campbell (2009) serta *hexahelix* Rachim (2020) dengan menempatkan Masyarakat (pasien/ keluarga) sebagai pengguna akhir & pusat layanan. Rekonstruksi teori stakeholder dengan penambahan karakteristik individu di atas adalah kebaruan dalam penelitian ini.

Potret faktor dinamika kolaborasi yang berpengaruh dalam pembentukan PCC, peneliti mensarikan beberapa pandangan dari De Seve (2007); Newman et.al (2004); Grey (2009); *Governance of Canada* (2011); Emerson et.al (2012) berupa dinamika politik dan kekuasaan dengan indikator interaksi egaliter,

berbagi akses sumber daya, dan kepemimpinan inisiatif; karakteristik jaringan dengan indikator kekuatan dan kepadatan hubungan serta frekuensi interaksi; karakteristik sosial ekonomi dan budaya dengan indikator status sosial, status pendidikan, persepsi dan interpretasi risiko; serta kerangka kebijakan dan hukum dengan indikator tata kelola, distribusi tanggung jawab dan regulasi/ prosedur.

2. Implikasi Praktis

Implikasi praktis dari hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan bagi stakeholder yang terlibat pengembangan dinamika kolaborasi dalam pembentukan PCC di RSUD. Diantara implikasi praktisnya adalah:

- a. Memberikan pemahaman dan rekomendasi mengutamakan kepentingan pasien dalam pelayanan di rumah sakit bagi stakeholder internal maupun eksternal rumah sakit, pemerintah maupun non pemerintah, tidak terbatas pada dominasi kepentingan rumah sakit dan stakeholder internalnya dalam pembentukan PCC.
- b. Memberikan pemahaman dan rekomendasi perumusan kebijakan integrasi dinamika kolaborasi lintas sektor dalam PCC bagi Pemerintah Provinsi melalui pembentukan tim khusus lintas sektor yang mempersiapkan, mengadvokasi penetapan, edukasi dan sosialisasi serta pendampingan pembentukan PCC di rumah sakit Provinsi Jawa Tengah.
- c. Memberikan pemahaman stakeholder tentang urgensi *mapping* kompetensi dan kepentingan masing-masing stakeholder untuk pemerataan berbagi akses sumber daya dalam pembentukan PCC sebagai kepentingan bersama seluruh stakeholder dalam rangka pelayanan kesehatan masyarakat di rumah sakit.

6.3 Rekomendasi

Merujuk pada hasil paparan tentang permasalahan dan kajian teori dalam pembahasan masalah yang ditemukan, peneliti merekomendasikan beberapa hal dalam pembentukan PCC di rumah sakit. Diantaranya:

1. Advokasi kebijakan untuk penetapan regulasi integrasi pengelolaan sumber daya pelayanan berfokus pada pasien (PCC) di rumah sakit sebagai wujud perhatian serius dan *political will* Kepala Daerah dalam pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan masyarakat.
2. Pembentukan tim khusus lintas sektor tingkat provinsi yang mengedukasi, sosialisasi & mendampingi urgensi percepatan penyelenggaraan PCC di rumah sakit sehingga dapat dilaksanakan di seluruh RSUD Provinsi Jawa Tengah serta mempersiapkan *policy brief* penjelasan detail tentang mengutamakan kepentingan pasien sebagaimana pasal 6 Permenkes Nomor 4 tahun 2018.
3. Advokasi keterlibatan Perguruan Tinggi dalam perumusan dan penetapan PCC sebagai kurikulum *mandatory* pendidikan dokter dan tenaga kesehatan.

6.4 Keterbatasan Penelitian

Permasalahan PCC di rumah sakit yang dibahas peneliti terdapat beberapa keterbatasan. Di waktu mendatang kiranya ada peneliti lain yang melengkapi pembahasan lebih lanjut pembentukan PCC ini. Antara lain:

1. PCC hanya dipotret dengan teori dinamika kolaborasi yang disampaikan Emerson, et.al (2012), stakeholder hanya dikupas dengan teori stakeholder

primer dan sekunder yang disampaikan Grimble & Wellard (1996) dan Clarkson (1995), serta faktor yang berpengaruh menggunakan pandangan De Seve (2007); Newman et.al (2004); Grey (2009); Governance of Canada (2011); Emerson et.al (2012) yang disarikan menjadi dinamika politik dan kekuasaan; karakteristik jaringan; karakteristik sosial ekonomi dan budaya; serta kerangka kebijakan dan hukum. Potensi perbedaan perspektif dan dimensi berdasar teori dan konsep lain akan melengkapi masukan dan saran kepada pemerintah dalam PCC di rumah sakit.

2. Waktu pengumpulan data yang panjang implikasi dari pandemi COVID-19.
3. Rekomendasi model penelitian ini terbatas pada kondisi di RSUD Pemerintah Provinsi Jawa Tengah, bila direplikasi pada lokasi berbeda diperlukan penyesuaian masalah dan faktor yang mempengaruhi.