

## Analisis Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Puskesmas Siko Dan Puskesmas Kalumata Kota Ternate Tahun 2014

### *Analysis of the Implementation of the First Level Outpatient Referral Program Participants of the National Health Insurance (JKN) In Siko PHC and PHC Kalumata Ternate 2014*

Fauziah Abdullah Ali <sup>1)</sup> G. D Kandou <sup>2)</sup> J. M.L, Umboh <sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado

<sup>1)</sup> Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado

<sup>3)</sup> Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado

#### Abstrak

Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat di berikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas. Sistem rujukan diselenggarakan dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan secara bermutu, sehingga tujuan pelayanan tercapai tanpa harus menggunakan biaya yang mahal. Tujuan yang akan dicapai dari penelitian ini adalah Menganalisis bagaimana pelaksanaan Sistem Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Ternate tahun 2014. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemahaman petugas tentang kebijakan sistem rujukan masih tergolong kurang baik, ketersediaan obat- obatan dan bahan habis pakai dalam kategori cukup baik, ketersediaan fasilitas dan alat kesehatan medis fasilitas pelayanan kesehatan masih minim dan pemahaman petugas tentang fungsi Puskesmas sebagai pintu masuk/penapis rujukan cukup baik meskipun dalam prakteknya sering tidak mengikuti aturan yang ditetapkan.

**Kata Kunci** : Pelayanan Kesehatan, Kebijakan Sistem Rujukan.

#### Abstract

*Health services implemented in stages, starting from the first level of health care. The second level of health care can only be provided on a referral from the first level of health care. The third level of health care can only be provided upon referral from the second level of health care or first level, except in emergencies, the specificity of the patient's health problems, geographic considerations, and consideration of the availability of facilities. The referral system was organized with the aim of providing quality health services, so that service goal is achieved without having to use expensive. Objectives to be achieved from this study is analyze how the implementation of the Referral System First Level Outpatient participants of the National Health Insurance Program in the city of Ternate in 2014. The results showed that the officials' understanding of the policy reference system is still relatively poorly, the availability of medicines and consumables use in a pretty good category, the availability of medical facilities and medical devices still lack health care facilities and personnel understanding of the functioning of health centers as the entrance / filters referral pretty good though in practice it often does not follow the rules set.*

**Keywords** : Health services, Policy Reference System.

## Pendahuluan

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan pada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamakan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, lanjut usia (lansia) dan keluarga miskin (Anonim, 2010a).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 5 ayat (2) menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau, dalam pasal 30 ayat (1) menyatakan fasilitas pelayanan kesehatan menurut jenis pelayanannya terdiri dari Pelayanan Kesehatan Perseorangan dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat, ayat (2) fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, tingkat dua dan tingkat ketiga. Upaya-upaya kesehatan, dalam hal ini upaya kesehatan perseorangan, diselenggarakan melalui upaya-upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, pemulihan dan paliatif yang ditujukan pada perseorangan, dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, berkesinambungan, dan di dukung sistem rujukan yang berfungsi secara mantap (Anonim, 2012).

Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat di berikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan

kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas (Anonim, 2014a).

Sistem rujukan diselenggarakan dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan secara bermutu, sehingga tujuan pelayanan tercapai tanpa harus menggunakan biaya yang mahal. Hal ini disebut efektif sekaligus efisien. Efisien juga diartikan dengan berkurangnya waktu tunggu dalam proses merujuk dan berkurangnya rujukan yang tidak perlu karena sebenarnya dapat ditangani di fasilitas pelayanan kesehatan asal, baik dengan bantuan teknologi mutakhir ataupun teknologi tepat guna atau *low cost technology*, yang tetap masih dapat di pertanggung-jawabkan (Anonim, 2012). Saat ini, kasus rujukan ke layanan sekunder untuk kasus-kasus yang seharusnya dapat dituntaskan di layanan primer masih cukup tinggi. Berbagai faktor mempengaruhi diantaranya kompetensi dokter, pembiayaan, dan sarana prasarana yang belum mendukung.

Sebagian besar penyakit dengan kasus terbanyak di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 dan 2010 termasuk dalam kriteria 4a (dokter mampu mendiagnosa penyakit dengan baik dan mampu melakukan penatalaksanaan secara baik dan benar) dengan menekankan pada tingkat kemampuan 4 (dokter mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan 144 diagnosa penyakit di puskesmas). Bila pada pasien telah terjadi komplikasi, tingkat keparahan (*severity of illness*), adanya penyakit kronis lain yang sulit dan pasien dengan daya tahan tubuh menurun, yang seluruhnya membutuhkan penanganan lebih lanjut, maka dokter layanan primer secara cepat dan tepat harus membuat pertimbangan dan memutuskan dilakukannya rujukan (Anonim, 2014b).

Menurut Taher (2013), masih ada masyarakat yang belum tahu teknis mendapatkan pelayanan sesuai dengan

aturan BPJS Kesehatan. Masyarakat yang akan berobat ke rumah sakit umum pemerintah dengan kartu BPJS harus mendapat rujukan dari dokter, klinik/puskesmas, atau rumah sakit umum daerah. Masyarakat yang datang ke rumah sakit sekunder, akan dilayani jika sudah mendapatkan rujukan dari pelayanan kesehatan primer, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 001/2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. Aturan ini diterbitkan agar Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat berjalan baik.

Sistem rujukan medis di Provinsi Maluku Utara mencakup 3 (tiga) aspek pelayanan medis yaitu rujukan pasien, rujukan spesimen/penunjang diagnostik lainnya dan rujukan pengetahuan. Sistem rujukan dapat dilaksanakan secara horisontal, vertikal atau kedua-duanya dari tingkat bawah ke tingkat yang lebih tinggi. Pelayanan kesehatan telah tersedia pada semua tingkatan mulai dari tingkat dasar seperti klinik pratama/klinik utama, puskesmas pembantu, puskesmas dan dokter praktek swasta/bidan praktek swasta sampai ke tingkat yang lebih tinggi seperti rumah sakit.

Menurut Direktur Kepesertaan BPJS Kesehatan, Sri Endang Tidarwati, jumlah kepesertaan BPJS Kesehatan per 4 April 2014 mencapai 119,4 juta jiwa (beritasatu.com, 14 April 2014). Jadi, sampai saat ini baru sekitar 46,37% penduduk Indonesia yang sudah menjadi peserta BPJS. Di wilayah kerja Kota Ternate puskesmas Kota dari total jumlah penduduk : 63. 914 jiwa, sebanyak 3. 962 jiwa sudah terdaftar sebagai peserta program JKN. Puskesmas Kalumata dari total jumlah penduduk : 54. 457 jiwa, sebanyak 6. 706 jiwa sudah terdaftar sebagai peserta program JKN. Puskesmas Jambula dari total jumlah penduduk : 6. 407 jiwa, sebanyak 1. 012 jiwa sudah terdaftar sebagai peserta program JKN. Ketiga fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan, dengan sumberdaya yang ada ketiga puskesmas

sebagai penapis rujukan di harapkan dapat membantu agar implementasi pelaksanaan rujukan program Jaminan Kesehatan Nasional tersebut dapat terlaksana secara optimal.

Berdasarkan laporan yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Ternate tahun 2014, jumlah kunjungan rawat jalan tingkat pertama di tiga puskesmas sampai bulan Desember 2014 yaitu di Puskesmas Kota sebanyak 1.385 kunjungan dan jumlah rujukan peserta Jaminan Kesehatan Nasional sebanyak 327 orang. Puskesmas Kalumata sebanyak 2.190 kunjungan dan jumlah rujukan peserta Jaminan Kesehatan Nasional sebanyak 647 orang. Pusat Kesehatan Masyarakat Jambula sebanyak 1.213 kunjungan dan jumlah rujukan peserta Jaminan Kesehatan Nasional sebanyak 148 orang.

Kondisi ini menunjukkan bahwa rujukan rawat jalan tingkat pertama di Puskesmas Kota, Puskesmas Kalumata dan Puskesmas Jambula masih cukup tinggi. Ini seharusnya tidak bisa terjadi karena di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Puskesmas harus mampu melaksanakan 144 diagnosa secara baik dan tuntas, ini akan berdampak pada rumah sakit penerima rujukan, Keadaan ini menggambarkan bahwa Puskesmas Kota, Puskesmas Kalumata dan Puskesmas Jambula Kota Ternate belum dapat menjalankan fungsinya sebagai pintu masuk atau penapis rujukan (*gatekeeper*). Selain belum menjalankan fungsinya sebagai pintu masuk atau penapis rujukan, pelaksanaan rujukan belum berjalan sesuai ketentuan di sebabkan beberapa faktor antara lain : Petugas belum memahami tentang kebijakan system rujukan puskesmas rawat jalan secara baik, ketersediaan obat obatan yang terbatas bahkan terjadi kekosongan dan kelengkapan fasilitas penunjang alat kesehatan medis yang minim.

Pelaksanaan sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan saat ini kurang

berjalan sebagaimana ketentuan semestinya. Pasien dapat langsung merujuk dirinya sendiri untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat kedua atau ketiga (Yulina, 2013).

Mencermati uraian data yang di kemukakan di atas mengenai pelaksanaan rujukan rawat jalan peserta JKN di Puskesmas Kota, Puskesmas Kalumata dan puskesmas jambula Kota Ternate, Maka permasalahan tersebut perlu di kaji dan eksplorasi lebih lanjut agar dapat di ketahui dan di temukan solusi pemecahannya, sehingga pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama peserta JKN di puskesmas dapat berjalan dengan lebih baik sesuai dengan standar pelayanan kesehatan rujukan yang di tetapkan.

Berdasarkan latar belakang di atas maka tujuan yang akan dicapai dari penelitian ini adalah untuk menganalisis bagaimana pelaksanaan Sistem Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Ternate tahun 2014.

## Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif yang bertujuan untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam tentang bagaimana pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Ternate. Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Kota Ternate Provinsi Maluku Utara yaitu puskesmas Kota, puskesmas Kalumata dan puskesmas Jambula pada bulan Desember 2014 – Januari 2015. informan ialah 11 (sebelas) orang yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam pelaksanaan rujukan, antara lain Kepala Puskesmas Kota, dokter poliklinik Puskesmas Kota (2 orang), Kepala Puskesmas Kalumata, dokter poliklinik Puskesmas Kalumata (1 orang), 1 orang staf Puskesmas Kalumata, Kepala Puskesmas Jambula, dokter poliklinik Puskesmas Jambula (2 orang), 1 orang staf

BPJS, dan 1 orang staf Pengelola JKN Dinas Kesehatan Kota Ternate. Data primer didapatkan dari hasil wawancara mendalam kepada Kepala Puskesmas Kota, dokter poliklinik Puskesmas Kota, Kepala Puskesmas Kalumata, Dokter poliklinik Puskesmas Kalumata, staf Puskesmas Kalumata, Staf BPJS, dan Staf Pengelola JKN Dinas Kota. Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan daftar pertanyaan pada panduan wawancara mendalam dan hasilnya dicatat/direkam dengan *voice recorder*. Data yang sudah terkumpul, diolah secara manual dengan membuat transkrip kemudian disusun dalam bentuk matriks dan selanjutnya dianalisis dengan memakai metode analisis isi (*content analysis*).

## Hasil dan Pembahasan

### 1. Pemahaman petugas tentang kebijakan sistem rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Ternate tahun 2014

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan, sebagian besar informan sudah mendengar dan mengetahui tentang program JKN mulai berlaku tahun 2014 termasuk di dalamnya kebijakan sistem rujukan berjenjang yang di laksanakan sesuai dengan Permenkes No 001 Tahun 2012 tentang sistem rujukan. Namun ada satu informan dari BPJS kesehatan menyatakan bahwa kebijakan ini belum berjalan maksimal di puskesmas karena masih banyak sarana prasaran untuk mendukung program JKN ini masih kurang dan khusus di Kota Ternate sistem rujukan berjenjang tidak akan berjalan dengan baik karena di Kota Ternate tidak memiliki rumah sakit rujukan tipe D dan tipe C sehingga pasien langsung di rujuk ke rumah sakit tipe B. Satu informan dari Dinas Kesehatan Kota menyatakan bahwa Provinsi Maluku Utara

sudah mempunyai Perda tentang sistem rujukan berjenjang namun di Kota Ternate sendiri Perda Walikota tentang sistem ini belum ada masih tetap mengacu di Juknis saja.

Sejak dioperasionalkan 1 Januari 2014, BPJS Kesehatan memiliki beragam permasalahan, banyak aspek yang belum matang dan menjadi persoalan. Kurangnya sosialisasi dan perubahan struktur di dalam BPJS dinilai menjadi penyebab munculnya permasalahan tersebut. Padahal, BPJS Kesehatan sangat dibutuhkan dan harus tetap dilaksanakan. Masalah itu, justru muncul pada unsur pengaplikasiannya, seperti di rumah sakit tersier, khususnya pada aspek rujukan, biaya, dan kepersertaan BPJS. Banyak masyarakat yang belum tahu teknis mendapatkan pelayanan sesuai dengan aturan main BPJS Kesehatan. Dengan diberlakukannya BPJS Kesehatan, masyarakat yang akan berobat ke rumah sakit umum pemerintah dengan kartu BPJS harus mendapat rujukan dari dokter, klinik/puskesmas, atau rumah sakit umum daerah.

Kebanyakan masyarakat belum tahu mengenai sistem rujukan. Inilah yang menjadi persoalan, ketika sudah datang ke rumah sakit tersier pasien akan dilayani jika sudah mendapatkan rujukan dari pelayan kesehatan primer. Sistem rujukan sudah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 001/2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (PMK).

Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab yang timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti unit-unit yang setingkat kemampuannya. Sistem rujukan mengatur alur dari mana dan harus ke mana seseorang yang mempunyai masalah kesehatan tertentu untuk memeriksakan masalah kesehatannya.

Sistem ini diharapkan semua memperoleh keuntungan. Misalnya, pemerintah sebagai penentu kebijakan kesehatan (*policy maker*), manfaat yang akan diperoleh di antaranya, membantu penghematan dana dan memperjelas sistem pelayanan kesehatan. Bagi masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan akan meringankan biaya pengobatan karena pelayanan yang diperoleh sangat mudah. Bagi pelayanan kesehatan (*health provider*), mendorong jenjang karier tenaga kesehatan, selain meningkatkan pengetahuan maupun keterampilan, serta meringankan beban tugas.

Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis. Pada pelayanan kesehatan tingkat pertama, peserta dapat berobat ke fasilitas kesehatan primer seperti puskesmas, klinik, atau dokter keluarga yang tercantum pada kartu peserta BPJS Kesehatan. Apabila peserta memerlukan pelayanan lanjutan oleh dokter spesialis, maka peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua atau fasilitas kesehatan sekunder. Pelayanan kesehatan di tingkat ini hanya bisa diberikan jika peserta mendapat rujukan dari fasilitas primer. Rujukan ini hanya diberikan jika pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik dan fasilitas kesehatan primer yang ditunjuk untuk melayani peserta, tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan peserta karena keterbatasan fasilitas, pelayanan, dan atau ketenagaan. Jika penyakit peserta masih belum dapat tertangani di fasilitas kesehatan sekunder, maka peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tersier. Di sini, peserta akan mendapatkan penanganan dari dokter sub-spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub-spesialistik.

Peserta JKN harus mengikuti sistem rujukan yang ada. Sakit apa pun, kecuali dalam keadaan darurat, harus berobat ke fasilitas kesehatan primer, tidak boleh

langsung ke rumah sakit atau dokter spesialis. Jika ini dilanggar peserta harus bayar sendiri. Namun realitas di lapangan tak semudah membalikkan telapak tangan. Perpindahan jaminan kesehatan ini banyak mengalami kendala. Sistem rujukan pasien dirasakan masih tidak efektif dan efisien, masih banyak masyarakat belum mendapat menjangkau pelayanan kesehatan, akibatnya terjadi penumpukan pasien yang luar biasa di rumah sakit besar tertentu. Pemahaman masyarakat tentang alur rujukan sangat rendah sehingga mereka tidak mendapatkan pelayanan sebagaimana mestinya. Pasien menganggap sistem rujukan birokrasinya cukup rumit, sehingga pasien langsung merujuk dirinya sendiri untuk mendapatkan kesehatan tingkat kedua atau ketiga.

Rujukan harus dibuat oleh orang yang mempunyai kompetensi dan wewenang untuk merujuk, mengetahui kompetensi sasaran/tujuan rujukan dan mengetahui kondisi serta kebutuhan objek yang dirujuk. Rujukan dan rujukan balik mengacu pada standar rujukan pelayanan medis Daerah.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan, semua Informan menyatakan bahwa dokter puskesmas belum pernah mengikuti pelatihan khusus tentang sistem rujukan atau sistem rujukan berjenjang namun semua Informan mengatakan bahwa semua dokter pernah mengikuti sosialisasi tentang program JKN termasuk di dalamnya sistem rujukan dan sistem rujukan berjenjang. Semua informan menjawab untuk tenaga dokter yang bertugas di puskesmas rata-rata cukup untuk melaksanakan pelayanan Program JKN. Setiap tahun BPJS melakukan Kredensialing dengan puskesmas untuk mengetahui sejauh mana kesiapan puskesmas baik dari tenaga maupun sarana- prasarana yang ada di puskesmas apakah cukup dan memadai untuk melakukan pelayanan kepada masyarakat.

Sebagian besar informan mengetahui tentang adanya kredensialing yang di

lakukan oleh BPJS kesehatan kepada puskesmas, ada satu informan menyatakan bahwa kalau di lihat secara detail pasti masih banyak sekali kekurangan khususnya yang berhubungan dengan sistem rujukan di program JKN ini misalnya sarana prasarana yang masih kurang, obat-obatan yang kurang atau terbatas namun ada satu informan menyatakan bahwa sebaiknya kalau BPJS kesehatan melakukan kredensialing ini harus bersama-sama dengan dari dinas kesehatan juga sehingga langsung mengetahui kendala atau kekurangan yang ada di puskesmas supaya dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional ini tidak terkendala dengan masalah-masalah tersebut.

Kredensialing adalah proses seleksi dari BPJS kesehatan ini bertujuan untuk mengetahui apakah fasilitas tingkat pertama telah memiliki sumber daya manusia yang cukup dan memiliki kompetensi yang sesuai dengan profesinya, memiliki sarana prasarana yang memadai, memiliki peralatan medis dan obat-obatan yang cukup. Karena semua persyaratan ini harus terpenuhi sehingga BPJS kesehatan bisa bekerjasama dengan puskesmas untuk pelaksanaan program JKN

## 2. Ketersediaan obat- obatan dan bahan habis pakai yang digunakan dokter dalam memberikan terapi kepada pasien peserta di fasilitas pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Ternate

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan, sebagian besar informan yang ditanya menjelaskan bahwa perencanaan obat dari puskesmas melakukan permintaan sesuai dengan kebutuhan di kirim ke dinas kesehatan di sesuaikan dengan yang ada dalam formularium Nasional melalui e- katalog. dengan sistem E catalog. Dua informan menyatakan bahwa samapi sekarang dana obat yang 20% dari dana kapitasi belum di

gunakan sudah enam bulan berjalan. Satu informan menyatakan bahwa dinas kesehatan perlu duduk bersama dengan Pemerintah daerah untuk membahas obat-obatan, karena sering bermasalah di puskesmas, obat sering terlambat datang ke puskesmas, dan bahkan sering terjadi kekosongan obat karena sistem perencanaan yang terlalu lama prosesnya, bahkan ada PBF yang di tunjuk untuk menyediakan obat kadang tidak mau menyediakan apabila permintaan terlalu sedikit ini sangat merugikan puskesmas yang setiap hari melakukan pelayanan kepada masyarakat.

Perencanaan obat menggunakan mekanisme e- purchasing berdasarkan e-katalog. Atau bila terdapat kendala operasional dapat di lakukan secara manual. Dalam hal jenis obat tidak tersedia dalam Fonas dan harganya tidak terdapat dalam e- katalog, maka pengadaan dapat menggunakan mekanisme pengadaan yang lain sesuai ketentuan yang berlaku. Obat-obatan yang didapatkan dari dinas kesehatan belum memenuhi kebutuhan yang diperlukan oleh Puskesmas

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan, sebagian informan menjawab kalau permintaan sudah sesuai dengan kebutuhan, namun yang menjadi kendala obat yang di minta terlalu lama datang bahkan sampai enam bulan obat khusus dari anggaran program JKN yang di ambil dari dana kapitasi belum digunakan, ini sangat mempengaruhi pelayanan yang kami berikan ke masyarakat karena sering terjadi kekosongan obat, pengiriman obat ke puskesmas tidak sesuai dengan permintaan atau tidak tepat waktu. Satu informan dari BPJS kesehatan menyatakan bahwa puskesmas juga harus lebih memahami Juknis JKN yang mengatur tentang obat-obatan, apabila perencanaan tidak terdapat dalam Fonas dan harganya tidak terdapat dalam e-katalog maka bisa melakukan

mekanisme lain asal tidak menyalahi peraturan yang telah di tetapkan.

Berdasarkan Juknis JKN ketersediaan obat di puskesmas harus selalu tersedia, karena dana kapitasi yang di bayarkan ke puskesmas 20 % di dalamnya sudah termasuk biaya pembelian obat-obatan sehingga pasien atau peserta program JKN tidak bisa di bebaskan lagi untuk membeli obat.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan, Sepuluh informan yang ditanya menjawab bahwa khusus ketersediaan obat di puskesmas masih kekurangan bahkan kosong, biaya obat yang 20% dari program JKN sampai ini belum terpakai, jadi ketersediaan obat khususnya obat program Jaminan Kesehatan Nasional itu masih sangat terbatas dan bahkan kosong misalnya jenis antibioti, obat penurun panas syrup, obat prednison, obat hipertensi dan obat gula darah dll, memang obat yang ada di puskesmas itu tidak di peruntukan untuk program tertentu tetapi semua boleh memakai obat yang ada di puskesmas, namun kalau khusus program JKN ada dana tersendiri. Satu informan menjawab ketersediaan obat JKN tidak ada di puskesmas.

Menurut UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pasal 36 ayat 1, bahwa Pemerintah menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan perbekalan kesehatan terutama obat esensial. Namun dalam kenyataannya Dinas Kesehatan sebagai instansi yang bertanggungjawab dalam pemenuhan kebutuhan dan ketersediaan obat-obatan tidak mampu memenuhi permintaan kebutuhan obat-obatan pasien Puskesmas, padahal pihak dalam pembayaran kapitasi dari BPJS kesehatan itu di dalamnya sudah termasuk biaya obat, yang tentunya dinas kesehatan harus menyediakan obat-obat tersebut sehingga terpenuhi kebutuhan di puskesmas.

Penggunaan obat di luar dari Formularium nasional di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dapat di gunakan apabila sesuai dengan indikasi medis dan sesuai dengan standar pelayanan kedokteran yang biayanya sudah termasuk dalam kapitasi dan tidak bole di bebaskan kepada pasien.

Permenkes no 28 tahn 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Pengadaan obat-obatan terutama untuk obat peserta JKN tidak terpisah dengan obat-obatan lain. Pelayanan obat untuk peserta JKN di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di lakukan oleh apoteker. Pelayanan obat untuk peserta JKN pada fasilitas kesehatan mengacu pada daftar obat yang tercantum dalam Fonas dan harga obat yang tercantum dalam e-katalog obat. Obat-obatan tersebut diajukan oleh tiap Puskesmas ke Dinas Kesehatan berdasarkan pola konsumsi dimasing-masing Puskesmas.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan Sepuluh informan yang ditanya menjawab bahwa khusus ketersediaan obat di puskesmas masih kekurangan bahkan kosong, biaya obat yang 20% dari program JKN sampai ini belum terpakai, jadi ketersediaan obat khususnya obat program Jaminan Kesehatan Nasional itu masih sangat terbatas dan bahkan kosong misalnya jenis antibiotik, obat penurun panas syrup, obat prednison, obat hipertensi dan obat gula darah dll, memang obat yang ada di puskesmas itu tidak di peruntukan untuk program tertentu tetapi semua boleh memakai obat yang ada di puskesmas, namun kalau khusus program JKN ada dana tersendiri. Satu informan menjawab ketersediaan obat JKN tidak ada di puskesmas.

Menurut UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pasal 36 ayat 1, bahwa Pemerintah menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan perbekalan kesehatan terutama obat

esensial. Namun dalam kenyataannya Dinas Kesehatan sebagai instansi yang bertanggungjawab dalam pemenuhan kebutuhan dan ketersediaan obat-obatan tidak mampu memenuhi permintaan kebutuhan obat-obatan pasien Puskesmas, padahal pihak dalam pembayaran kapitasi dari BPJS kesehatan itu di dalamnya sudah termasuk biaya obat, yang tentunya dinas kesehatan harus menyediakan obat-obat tersebut sehingga terpenuhi kebutuhan di puskesmas.

Penggunaan obat di luar dari Formularium nasional di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dapat di gunakan apabila sesuai dengan indikasi medis dan sesuai dengan standar pelayanan kedokteran yang biayanya sudah termasuk dalam kapitasi dan tidak bole di bebaskan kepada pasien.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan sebagian besar informan menyatakan bahwa apabila tidak ada obat yang tersedia petugas farmasi di bagian apotik akan memberikan informasi kepada dokter polik dan dokter polik menggantikan obat lain yang golongannya sama yang tersedia di apotik puskesmas, lima informan lain menyatakan bahwa apabila obat yang di butuhkan tidak tersedia di apotik puskesmas maka dokter akan membuka resep untuk membeli di luar, namun sebelumnya dokter polik memberikan pengertian kepada pasien sehingga pasien paham.

Program Jaminan Kesehatan Nasional tidak di memperbolehkan puskesmas untuk melakukan pembelian obat langsung tetapi perencanaan obat atau pengadaan obat di lakukan oleh dinas kesehatan, obat terdapat dalam Fonas dan biayanya terdapat dalam e-katalog.

Semua informan yang ditanya menjawab puskesmas tidak bisa melakukan pembelian obat langsung harus melalui dinas kesehatan yang obatnya terdapat dalam Fonas dan harganya



terdapat dalam e-katalog. Dinas Kesehatan atau Instalasi Farmasi Kota Ternate harus menyediakan obat cadangan atau buffer stok sewaktu-waktu puskesmas membutuhkan obat apabila di puskesmas obat habis bisa langsung melakukan permintaan.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan sebagian besar informan menjawab dinas kesehatan atau Instalasi farmasi di Era JKN ini tidak atau belum menyediakan obat cadangan karena buktinya banyak obat yang kurang bahkan kosong di puskesmas, tiga informan lain menjawab mungkin dinas kesehatan ada menyediakan obat cadangan tetapi obat yang lain bukan obat yang di butuhkan di puskesmas apabila terjadi kekosongan.

Pimpinan puskesmas harus mempunyai kebijakan sendiri apabila sewaktu-waktu di puskesmas terjadi kekosongan obat harus ada yang perlu diantisipasi oleh puskesmas, sehingga pasien tidak di bebaskan untuk mengambil obat di luar.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan lima informan menjawab apabila terjadi kekosongan obat dokter polik akan mebuca resep untuk pasien membeli di luar, dua informan lainnya menyatakan ada kebijakan dari puskesmas untuk membeli obat tetapi tidak memakai dana dari kapitasi, dua informan lainnya menyatakan tenaga farmasi di apotik berkoordinasi dengan dokter polik memberitahukan obat yang tersedia di apotik puskesmas sehingga pasien tidak perlu terbebani membeli obat di luar, satu informan menyatakan apabila terjadi kekosongan samasekali akan di pinjam ke puskesmas lain yang terdekat.

Apabila terjadi kekosongan obat di puskesmas ini akan berdampak pada terjadinya rujukan yang tinggi ke rumah sakit walaupun rujukan terjadi harus berdasarkan indikasi medis.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan semua

informan baik dari Dinas, Puskesmas maupun dari BPJS menyatakan bahwa ini sangat berdampak sekali dengan terjadi rujukan dan angka rujukan meningkat karena pasien tidak puas dengan kekurangan atau kekosongan obat yang terjadi di puskesmas jadi pasti dirujuk atau pasien sendiri minta di rujuk, walaupun rujukan harus berdasarkan indikasi medis. Kenyataannya dinas kesehatan sebagai instansi yang bertanggungjawab dalam pemenuhan kebutuhan dan ketersediaan obat-obatan tidak mampu memenuhi permintaan kebutuhan obat-obatan pasien Puskesmas, padahal BPJS Kesehatan menyerahkan sepenuhnya kepada dinas kesehatan dalam menyediakan obat-obatan tersebut. Di Era JKN ini sesuai Juknis JKN tenaga pengelolaan obat di puskesmas harus seorang apoteker, karena menyangkut dengan masalah pelayanan kefarmasian harus di lakukan tenaga yang mempunyai kompetensi yang baik dan jumlah yang cukup.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan, semua informan menjawab semua puskesmas mempunyai tenaga farmasi dan jumlahnya cukup, sebagian besar adalah apoteker tapi kalau asisten apoteker semua puskesmas tidak ada, ini juga sangat berpengaruh dalam hal pelayanan karena apabila apoteker berhalangan tidak ada tenaga pengganti di bagian apotik.

Penyediaan obat di Fasilitas kesehatan di laksanakan dengan mengacu pada Formularium nasional dan harga yang tercantum di dalam e- katalog obat. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan Satu informan yang ditanya menjawab buku pedoman obat ada di kasih dari gudang farmasi, empat informan yang menjawab tidak ada buku pedoman, empat informan menjawab tidak tapi mungkin ada buku pedoman, satu informan menjawab tidak tahu apa ada buku pedoman atau tidak ada di puskesmas, namun satu informan

menyatakan bahwa puskesmas harus ada buku pedoman kalau tidak ada bagaimana melakukan usulan perencanaan obat-obat mengacu ke mana nanti salah lagi.

Dinas kesehatan atau Pemerintah Daerah harus menjamin ketersediaan obat yang ada di puskesmas, karena puskesmas merupakan unit teknis di bawah dinas kesehatan dan Pemerintah Daerah.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan semua informan menjelaskan bahwa yang bertanggungjawab ketersediaan obat di puskesmas adalah dinas kesehatan dan Pemerintah Daerah. Obat-obatan tersebut diajukan oleh tiap Puskesmas ke dinas kesehatan berdasarkan pola konsumsi dimasing-masing Puskesmas. Perencanaan obat di puskesmas harus dilakukan sesuai dengan alur pengadaan obat.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan Semua informan menjelaskan bahwa alur pengadaan obat atau perencanaan obat yaitu dari puskesmas melakukan usulan permintaan di kirim ke dinas kesehatan atau Instalasi farmasi terus di kroscek di sesuaikan obat yang terdapat dalam Fonas dan masukan dalam sistem e- katalog selanjutnya di kirim ke bidang perencanaan dinas kesehatan selanjutnya ke PBF yang telah di tunjuk.

### 3. Ketersediaan fasilitas dan alat kesehatan medis fasilitas pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Ternate

Ketersediaan fasilitas atau sarana pelayanan kesehatan dalam melakukan pemeriksaan kesehatan merupakan suatu hal yang sangat penting guna mencapai penegakan diagnose dan pemberian tindakan yang tepat. Secara umum fasilitas alat kesehatan di ketiga Puskesmas masih belum sudah cukup lengkap untuk memberikan pelayanan

kesehatan ditingkat pertama.

Sebagian besar informan menyatakan sebagian besar alat kesehatan medis di puskesmas itu kurang sekali atau tidak ada hanya alat-alat biasa saja yang tersedia di puskesmas. Satu informan menyatakan bahwa peralatan medis ini adalah masalah utama dari BPJS kesehatan pada saat melakukan kredensialing atau penilain kepada puskesmas, sebelum melakukan kerjasama. Ketersediaan atau kelengkapan alat medis di puskesmas harus tersedia karena menyangkut dengan pelayanan kesehatan kepada pasien atau masyarakat.

Ketersediaan fasilitas alat kesehatan yang memadai dapat meningkatkan kinerja Puskesmas dalam melakukan pemeriksaan kepada pasien dan merupakan suatu keharusan untuk proses rujukan yang dilakukan akibat keterbatasan sarana tersebut, jika fasilitas dan sarana penunjang kesehatan kurang lengkap maka proses mendiagnosis apa pasien akan terganggu dan hal ini menyebabkan petugas kesehatan harus merujuk pasien kerumah sakit sehingga akan berdampak pada meningkatnya terjadi rujukan di rumah sakit.

Sebagian informan menjawab apabila ada pemeriksaan yang mengharuskan pasien untuk pemeriksaan penunjang atau pemeriksaan yang lebih lengkap dan membutuhkan alat-alat penunjang diagnosa apabila tidak tersedia maka dokter poliklinik akan menjelaskan kepada pasien untuk di lakukan rujukan ke rumah sakit. Informan lain menyatakan kalau alat yang di butuhkan tidak tersedia langsung kami rujuk saja di fasilitas yang memiliki alat yang layak. Pemerintah Daerah harus melakukan pengadaan alat melalui usulan dari dinas kesehatan karena sebagai yang bertanggungjawab.

Semua informan menjelaskan bahwa yang bertanggungjawab kekurangan ketersediaan alat di puskesmas adalah dinas kesehatan dan Pemerintah Daerah setempat, Pemda harus mengetahui

kebutuhan yang perlukan puskesmas untuk mendukung program Jaminan Kesehatan Nasional.

Pembelian peralatan medis di puskesmas harus di lakukan secara kontinyu sesuai dengan permintaan dan kebutuhan di puskesmas, dinas kesehatan juga harus tahu alat apa yang sangat di butuhkan di puskesmas dalam menunjang pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Sebagian informan menjawab sebagian besar peralatan medis itu datang tidak menentu ada sampai sudah 10 tahun melakukan permintaan tidak pernah datang-datang seperti alat gigi, ada dua informan menjawab ada alat yang datang tapi belum di buka dan belum tahu alat apa yang di kirim apa sesuai dengan permintaan atau tidak.

Berdasarkan Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Peralatan kesehatan di Puskesmas harus memenuhi persyaratan: a. standar mutu, keamanan, keselamatan; b. memiliki izin edar sesuai ketentuan peraturan perundang- undangan; dan c. diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh institusi pengujian dan pengkalibrasi yang berwenang.

Sepuluh informan menyatakan bahwa fasilitas alat kesehatan di fasilitas layanan primer ni masih kurang, satu informan menyatakan kalau ketersediaan alat masih cukup. Ketersediaan fasilitas atau sarana pelayanan kesehatan dalam melakukan pemeriksaan kesehatan merupakan suatu hal yang sangat penting guna mencapai penegakan diagnose dan pemberian tindakan yang tepat di pelayanan kesehatan ditingkat pertama

Ketersediaan fasilitas alat kesehatan yang memadai dapat meningkatkan kinerja Puskesmas dalam melakukan pemeriksaan kepada pasien dan merupakan suatu keharusan untuk proses rujukan yang dilakukan akibat keterbatasan sarana tersebut. Jika fasilitas dan sarana penunjang kesehatan kurang lengkap maka

proses mendiagnos apa pasien akan terganggu dan hal ini menyebabkan petugas kesehatan harus merujuk pasien ke rumah sakit sehingga akan berdampak pada meningkatnya angka rujukan.

Semua informan menyatakan kalau kekurangan fasilitas alat medis di pelayanan primer ini akan sangat membuat pasien merasa tidak puas dan kecewa sehingga berdampak pada tingginya angka rujukan atau akan terjadi rujukan ke rumah sakit.

4. Pemahaman petugas tentang fungsi Puskesmas sebagai pintu masuk/ penapis rujukan (*gatekeeper*) menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 001 tahun 2012 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan di fasilitas Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama di Kota Ternate

Pintu masuk/ penapis rujukan (*Gatekeeper*) merupakan dokter pelayanan primer dalam organisasi *managed care* yang bekerja untuk mengkoordinasikan pelayanan kepada peserta dan untuk memaksimalkan efisiensi dan efektifitas pelayanan. Mengendalikan penggunaan dan rujukan peserta program. Penapis rujukan/pintu masuk (*Gatekeeper*) berperan mengendalikan pelayanan kesehatan dan rujukan peserta program JKN. Pengendalian biaya dan utilisasi dalam *managed care* sangat ditentukan oleh peran *gatekeeper* (Pamjaki,2008).

Sepuluh informan menyatakan sudah mendengar istilah puskesmas sebagai pintu masuk/ penapis rujukan (*gatekepee*) dan sebageian besar mampu menjelaskan dengan benar fungsi puskesmas sebagai penapis rujukan. Satu informan menyatakan belum pernah dengar istilah puskesmas sebagai pintu masuk/ penapis rujukan (*gatekepeer*).

Pasien dengan masalah kesehatan/penyakit yang berobat ke

fasilitas pelayanan kesehatan perseorangan tingkat pertama, milik pemerintah ataupun swasta dan memenuhi kriteria/alasan untuk dirujuk, akan dirujuk ke fasilitas rujukan terdekat yang mampu memberikan layanan yang dibutuhkan pasien, sebagai solusi atas penyakit/masalah kesehatannya, seperti di Unit Rawat Inap Puskesmas daerah terpencil, atau RS kelas D Pratama, atau RS Kelas D, atau RS Kelas C, dengan mempertimbangkan jenis penyakitnya dan kondisi umumnya, serta kemudahan untuk mengakses fasyankes rujukan terdekat.

Pasien yang telah dilayani di Fasyankes tingkat pertama sesuai dengan kebutuhan dalam mengatasi masalah/penyakitnya, apabila dapat diselesaikan secara tuntas di fasyankes rujukan, harus dikembalikan ke fasyankes yang merujuk, disertai resume proses dan hasil pelayanan serta saran-saran tindak lanjutnya. Akan tetapi bila ternyata di fasyankes rujukan dipertimbangkan pasien harus dirujuk ke fasyankes yang lebih mampu, maka prosedur rujukan kasus dilaksanakan sesuai dengan Pedoman Sistem Rujukan Nasional. Proses rujukan kasus dari fasyankes tingkat pertama ke fasyankes rujukan dua dan rujukan baliknya.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan Sembilan informan menyatakan bahwa pasien sering dirujuk karena ketersediaan sarana prasarana terbatas, obat-obatan sering habis dan pasien tidak puas hanya dilayani dokter di puskesmas sehingga merasa lebih puas kalau dilayani oleh dokter ahli karena mereka membayar iuran, banyak pasien dari luar daerah yang sering minta dirujuk dan kami tetap melayani saja, ada juga pasien dokter keluarga tapi datang berobat ke puskesmas, satu informan menyatakan karena ini program baru jadi masih banyak butuh sosialisasi kepada masyarakat atau pasien, satu informan menyatakan lebih percaya dokter ahli sehingga mau dirujuk dan mau ditangani di rumah sakit jadi ke puskesmas hanya minta rujukan saja bahkan ada yang sudah

ke rumah sakit nanti keluarganya yang datang ke puskesmas minta rujukan saja.

Sesuai prosedur yaitu rujukan diberikan atas indikasi medis, seperti Pasien yang akan dirujuk sudah diperiksa, dan disimpulkan bahwa kondisi pasien layak serta memenuhi syarat untuk dirujuk, tanda-tanda vital (vital sign) berada dalam kondisi baik/stabil serta transportable, memenuhi salah satu syarat berikut untuk dirujuk: a) Hasil pemeriksaan pertama sudah dapat dipastikan tidak mampu diatasi secara tuntas di fasyankes. Hasil pemeriksaan fisik dengan pemeriksaan b) penunjang medis ternyata pasien tidak mampu diatasi secara tuntas ataupun tidak mampu dilayani karena keterbatasan kompetensi ataupun keterbatasan sarana/prasarana. c) Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, tetapi pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan. d) Apabila telah diobati di fasyankes tingkat pertama dan atau dirawat di fasyankes perawatan tingkat pertama di Puskesmas perawatan/RS D Pratama, ternyata masih memerlukan pemeriksaan, pengobatan, dan atau perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan yang lebih mampu, untuk dapat menyelesaikan masalah/Kesehatannya dan dapat dikembalikan ke fasyankes perujuk (Pedoman Sistem Rujukan, 2012).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan Sebagian besar informan menyatakan bahwa rujukan terjadi atas permintaan pasien, pelaksanaan rujukan yang terjadi di lapangan berbeda, pasienpun menentukan dalam pemberian rujukan. Pasien bisa sangat menuntut jika menginginkan rujukan seperti dari hasil wawancara diatas. Umumnya mereka kurang percaya dengan pelayanan kesehatan di fasilitas tingkat Pertama, sehingga walaupun telah dijelaskan berulang-ulang bahwa penyakitnya dapat diobati di Puskesmas, namun mereka tetap bersikeras meminta dirujuk. Bahkan ada

yang mengancam kalau tidak di rujuk akan keluar dari puskesmas. Keadaan ini biasanya dapat menyulitkan dokter dalam mengambil keputusan dan akhirnya dokterpun akan memberikan rujukan.

Kelengkapan alat medis serta sarana penunjang lain, obat-obatan dan bahan habis pakai harus tetap selalu tersedia di puskesmas, dokter puskesmas harus meunyai kompetensi mampu mendiagnosa penyakit secara tuntas dan mampu melakukan penatalaksanaan kepada pasien secara baik dan benar.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan Delapan informan menyatakan kalau pasien lebih puas kalau di tangani oleh dokter ahli, dua informan menyatakan pasien tidak puas dengan sering terjadi kekurangan alat penunjang dan obat-obatan yang memilih di rujuk ke fasilitas yang lebih baik. Satu informan menyatakan mungkin kompetensi dokter belum terlalu baik, dokter kurang melakukan edukasi kepada pasien sehingga mereka tidak puas dengan pelayanan yang di berikan di Puskesmas.

Sesuai Permenkes Nomor 001 tahun 2013 tentang sistem rujukan berjenjang, pasien tidak berhak meminta di rujuk tetapi harus berdasarkan diagnosa penyakit atau indikasi medis dari dokter pemeriksa, sesuai permenkes tentang sistem rujukan apabila di rujuk bukan berdasarkan indikasi medis dan masih terdapat dalam 144 diagnosa berarti rumah sakit akan menolak pasien

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan Enam informan menyatakan kami akan berikan pengertian kepada pasien kalau penyakit yang di bisa di tangani di puskesmas, dan yang masih terdapat dalam 144 diagnosa akan di tolak rumah sakit, satu informan menyatakan apabila sudah di beri penjelasan tetapi pasien tetap mau di rujuk saya susruh keluarga tandatangan surat pernyataan bahwa ini atas permintaan pasien. Empat informan menyatakan kalau

masih masuk dalam 144 diagnosa penyakit pasti rumah sakit menolak.

Program Rujuk Balik (PRB) pada penyakit-penyakit kronis (diabetes mellitus, hipertensi, jantung, asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), epilepsi, skizofren, stroke, dan Sindroma Lupus Eritematosus) wajib dilakukan bila kondisi pasien sudah dalam keadaan stabil, disertai dengan surat keterangan rujuk balik yang dibuat dokter spesialis/sub spesialis.

Rujukan partial dapat dilakukan antar fasilitas kesehatan yang di buat oleh dokter spesialis dan sub spesialis. Semua informan menjelaskan kalau tahu ada program rujuk balik pada penyakit tertentu. Program rujuk balik merupakan merupakan salah satu kewajiban Rumah Sakit untuk mengembalikan pasien ke Puskesmas awal ketika pasien dinilai dapat ditangani kembali diPuskesmas.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan Dua informan menjawab, pernah dulu tapi sekarang sudah tidak lagi, satu informan menyatakan rujuk balik belum berjalan secara maksimal karena terkendala alat dan tenaga, tujuh informan menyatakan tidak pernah rujuk balik soalnya terkendala di sistem dan alat serta tenaga terbatas. Satu informan menyatakan harus ada penyakit tertentu seharusnya di rujuk balik ke puskesmas soalnya pasiennya membayar premi tapi ada kendala seperti pasien strok karena puskesmas tidak memiliki tenaga fisioterapi.

Penapis rujukan atau gatekeeper adalah konsep sistem pelayanan kesehatan di mana fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan medik. Ada empat fungsi pokok fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagai penapus rujukan atau gate keeper : 1). Kontak pertama pelayanan. Merupakan

tempat pertama di kunjungi peserta setiap kali mendapat masalah kesehatan.2) pelayanan berkelanjutan. Hubungan fasilitas tingkat pertama dengan peserta dapat berlangsung secara berkelanjutan / kontinyu sehingga penanganan penyakit dapat berjalan optimal. 3) pelayanan paripurna. Fasilitas kesehatan tingkat pertama memberikan pelayanan yang komprehensif terutama untuk pelayanan promotif dan preventif. 4) koordinasi pelayanan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan penyelenggara kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai kebutuhannya. Dokter yang bertugas berfungsi sebagai pengatur pelayanan (*care manager*).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan Semua informan menjelaskan kalau puskesmas belum menjalankan fungsinya sebagai penapis rujukan atau *gatekeeper* dengan baik dan optimal. Hal ini bisa dilihat dari masih banyak terjadi rujukan yang sebetulnya pasien bisa ditangani di Puskesmas, kendala yang di hadapi sarana prasarana pendukung masih belum lengkap dan kompetensi dokter sendiri harus ditingkatkan juga.

Kompetensi yang wajib di miliki semua *gatekeeper* merupakan standar kompetensi dokter umum sesuai dengan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 Tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Kompetensi Dokter Indonesia yaitu pada level 4a ( kompetensi yang di capai saat lulus dokter) di mana pada level tersebut dokter mampu mendiagnosis dan melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas. Fungsi *gatekeeper* ialah sebagai kontak pertama pasien, sebagai penapis rujukan dan sebagai kendali mutu dan biaya.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan Sebagian besar informan menyatakan bahwa kompetensi dokter perlu ditingkatkan lagi mengingat program JKN ini lebih banyak

menuntut dokter mempunyai kemampuan lebih untuk menangani pasien secara baik dan tuntas di puskesmas. Ada juga informan menyatakan kalau program ini masih baru, jadi dokter harus mempunyai kemampuan sesuai kompetensinya maupun puskesmas sendiri melengkapi sarana prasarana pendukung sehingga puskesmas bisa berjalan dengan baik.

Penguatan fungsi kontak pertama. 1) Fasilitas kesehatan di upayakan tidak memiliki beban kerja yang berlebihan yang akan mempengaruhi kualitas pelayanan yang di berikan, untuk itu harus di pertimbangkan jumlah pasien yang di layani baik beserta Program JKN maupun bukan peserta JKN. 2) setiap peserta hanya boleh memilih dan mendaftar pada satu fasilitas kesehatan tingkat pertama. 3) fasilitas kesehatan tingkat pertama harus mudah diakses secara geografis oleh peserta. 4) peserta menjadikan fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagai tempat pertama untuk mengakses pelayanan kesehatan, berkonsultasi dan menyampaikan keluhannya.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan Semua informan menjelaskan sangat berdampak kepada terjadinya rujukan kalau kompetensi SDMnya kurang dan sarana prasarana pendukung program JKN tidak lengkap tentunya kita harus terima rujukan pasti akan meningkat.

Dokter atau tenaga medis di fasilitas kesehatan tingkat pertama harus mampu membuat diagnosa klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit secara mandiri dan tuntas minimal 144 diagnosa penyakit sesuai level kompetensi 4a dalam Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) tahun 2012 berpedoman pada panduan praktik klinis.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan Dua informan menyatakan sangat berat menyelesaikan 144 diagnosa dengan baik karena masih perlu di latih lagi untuk peningkatan

kompetensi, satu informan menyatakan itu memang tugasnya dokter harus menyelesaikan 144 secara baik dan tuntas di puskesmas, delapan informan menjawab bahwa puskesmas harus mampu menyelesaikan atau menangani 144 diagnosa secara baik dan tuntas sesuai dengan kompetensi dokter level 4a yaitu mampu mediagnosa dan melakukan penatalaksanaan secara benar dan baik.

Peningkatan kompetensi fasilitas kesehatan tingkat pertama, untuk menunjang pemberian peyanan kesehatan yang berkualitas, tenaga medis dan paramedis di fasilitas kesehatan tingkat pertama harus terus meningkatkan kompetensinya berupa: seminar bagi fasilitas kesehatan tingkat pertama, pelatihan dokter program penanganan penyakit diabetes melitus tipe 2 dan program penanganan hipertensi dari BPJS kesehtan, seminar kedokteran dan obat dan pertemuan kemitraan fasilitas kesehatan dan BPJS kesehatan.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan Tiga informan menyatakan kompetensi dokter yang masih perlu di tingkatkan harus mengikuti pelatuhan lagi. Empat informan menjawab kalau 144 diagnosa ini lebih cocok untuk dokter ahli atau ada sebagian diagnosa yang harus dilakukan oleh dokter ahli. Tiga informan menyatakan kalau dokter umum belum terlalu paham tentang diagnosa. Untuk itu secepatnya perlu diikuti pelatihan, jangan hanya dokter atau puskesmas dituntut bekerja baik tetapi tidak diperhatikan peningkatan SDM dan sarana prasarannya. Satu informan menyatakan kalau dokter tidak menjadi masalah tapi pengetahuan pasien yang masih minim sehingga tidak percaya dokter yang ada di Puskesmas. Satu informan menyatakan dokter masih bingung dengan 144 diagnosa ini, tetapi seorang dokter sudah harus punya kemampuan mendiagnosa.

Dinas melaksanakan monitoring terhadap penyelenggaraan sistem rujukan

pelayanan kesehatan, mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, fasilitas pelayanan kesehatan tingkat kedua sampai dengan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat ketiga

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bekerjasama dengan Assosiasi Rumah Sakit dan Organisasi Profesi di Daerah dan di Kabupaten/Kota melaksanakan pembinaan dan pengawasan kepada seluruh sarana pelayanan kesehatan bersumber masyarakat, pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan tingkat kedua dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga. RS sebagai koordinator pembinaan teknis medis melaksanakan pembinaan sistem rujukan kepada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat kedua dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat ketiga (PPK 2 dan PPK 3) di wilayah Provinsi Maluku Utara.

RSD Kabupaten/Kota sebagai koordinator pembinaan teknis medis melaksanakan pembinaan sistem rujukan kepada rumah sakit swasta dan Puskesmas. Puskesmas melaksanakan pembinaan kepada sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama dan sarana pelayanan kesehatan bersumber masyarakat di wilayah kerjanya.

## Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dan uraian dari pembahasan pada peneiliatn ini, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Pemahaman petugas tentang kebijakan sistem rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Ternate tahun 2014 masih tergolong kurang baik
2. Ketersediaan obat- obatan dan bahan habis pakai yang digunakan dokter dalam memberikan terapi kepada pasien peserta di fasilitas pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan

Nasional di Kota Ternate dalam kategori cukup baik namun masih ada kendala keterlambatan serta sering terjadi kekosongan stok obat

3. Ketersediaan fasilitas dan alat kesehatan medis fasilitas pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Ternate masih minim dibandingkan menurut Pedoman Sistem Rujukan Nasional
4. Pemahaman petugas tentang fungsi Puskesmas sebagai pintu masuk/penapis rujukan (*gatekeeper*) menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 001 tahun 2012 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan di fasilitas Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama di Kota Ternate cukup baik meskipun dalam prakteknya sering tidak mengikuti aturan yang ditetapkan

### Saran

1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Ternate  
Hasil penelitian ini menjadi masukan untuk perencanaan program di tahun yang akan datang. Pemahaman petugas tentang kebijakan sistem rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Ternate tahun 2014 perlu ditingkatkan melalui kerjasama dengan pihak BPJS; fasilitas dan alat kesehatan medis perlu direncanakan dengan baik; obat-obatan dan bahan habis pakai yang digunakan dalam memberikan terapi perlu dilengkapi supaya tidak terjadi kekosongan stok obat; pemahaman petugas tentang fungsi Puskesmas sebagai pintu masuk/ penapis rujukan (*gatekeeper*) perlu ditingkatkan melalui seminar atau pelatihan bagi petugas

2. Bagi Puskesmas Kota, puskesmas Kalumata dan puskesmas Jambula, Kota Ternate

Agar informasi dan bahan masukan berkaitan dengan mekanisme rujukan yang sudah berjalan ini menjadi dasar dalam pelaksanaan kebijakan. Pemahaman petugas tentang kebijakan sistem rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Ternate tahun 2014 perlu ditingkatkan melalui pelatihan; fasilitas dan alat kesehatan medis serta obat-obatan dan bahan habis pakai yang digunakan dalam memberikan terapi dilaporkan ke dinas kesehatan dan petugas di Puskesmas perlu dibekali dengan pemahaman mendalam tentang *gatekeeper*.

3. Bagi Pemerintah Daerah  
Agar meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar agar Puskesmas benar-benar dijadikan tempat pelayanan rujukan Jaminan Kesehatan Nasional sesuai dengan petunjuk teknis.
4. Bagi peneliti lain  
Hasil penelitian ini bisa menjadi penelitian pembandingan untuk dikembangkan dalam penelitian sejenis dengan menggunakan berbagai variabel yang berbeda.

### Daftar Pustaka

- Anonimous. 2010. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI Tahun 2010-2014, Jakarta.
- . 2011. Undang-Undang nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- . 2012a. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Kesehatan Perorangan.



- , 2012b. Pedoman Sistim Rujukan Nasional. Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- , 2014a. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional
- Taher, A. 2013. Kesiapan Implementasi JKN dan Peran Fakultas Kedokteran Dalam Penyediaan Dokter Layanan Primer. Materi Seminar Kesiapan Implementasi JKN Di Provinsi Jawa Barat Bandung, 21 Desember 2013 Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.
- Yuliana, A. 2013. Hal-Hal yang akan menjadi Kendala dalam pelaksanaan SJSN Seminar Nasional Mahasiswa Mars. FKM Unair.