

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Penelitian

Selama empat dekade terakhir, sistem perawatan kesehatan di Indonesia telah berkembang pesat dan tingkat kesehatan masyarakat Indonesia sudah meningkat meskipun kesenjangan kemiskinan dalam status kesehatan dan akses layanan tetap menjadi masalah. Pemerintah telah berusaha mengatasi kesenjangan ini dan mengintensifkan upaya untuk memperbaiki kesehatan orang miskin menyusul krisis ekonomi pada tahun 1998 (Utomo, Suchaya, & Utami, 2011).

Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28H dan berdasarkan Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009 menekankan pentingnya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dengan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan standar dan pedoman yang ada, sehingga tanggung jawab negara

dalam hal mengatur terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduknya terutama bagi masyarakat yang tidak mampu dapat berjalan seimbang dan merata.

Keputusan Menteri Kesehatan No.1241/Menkes/XI/2004 menetapkan Program Jaminan Pemeliharaan Masyarakat Miskin (JPKMM) dikelola oleh pihak ketiga dengan menunjuk PT Askes (Persero). Berbagai macam kendala yang telah ditemukan dan atas dasar pertimbangan untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas penyelenggaraan program, maka program JPKMM ini sejak tahun 2008 diubah menjadi Program Jaminan Sosial Masyarakat (Jamkesmas) yang berperan sebagai pembayar dan verifikator serta penugasan kepada PT Askes untuk melaksanakan pengelolaan kepesertaan.

Momentum peningkatan kualitas dan perawatan kesehatan yang terjangkau untuk semua telah melahirkan *Universal Health Coverage* (UHC). Sebagai bagian dari strategi Indonesia untuk mencapai tujuan UHC, investasi besar telah dilakukan untuk meningkatkan akses kesehatan bagi masyarakat miskin, sehingga

pelaksanaan berbagai skema asuransi kesehatan ditujukan untuk masyarakat miskin dan hampir miskin, termasuk program Jamkesmas (Brooks et al., 2017).

Semakin banyak negara terlibat dalam pembiayaan kesehatan untuk kemajuan menuju cakupan kesehatan universal (UHC) di sepanjang konteks dan tujuan negara mereka. Ini berfungsi untuk meningkatkan akses terhadap semua layanan kesehatan yang dibutuhkan dengan kualitas yang baik tanpa menghadapi kesulitan keuangan saat mencari perawatan. Peningkatan cakupan layanan kesehatan telah terbukti mengarah pada indikator kesehatan yang lebih baik dan berkontribusi pada pengembangan ekonomi yang lebih kuat. Pada saat yang sama, ada keuntungan politik bagi pemimpin politik yang mendukung agenda UHC, dengan alasan sederhana bahwa mayoritas orang (pemilih) menginginkan akses terhadap layanan kesehatan berkualitas dan terjangkau (Vilcu, Probst, Dorjsuren, & Mathauer, 2016).

Perjuangan Indonesia untuk mengembangkan sistem kesehatan yang responsif diperburuk oleh lingkungan dimana

cakupan asuransi kesehatan tidak lengkap. Pemerintah bertujuan mencapai UHC pada tahun 2014 secara bertahap mencakup 139.9 juta warga yang tidak diasuransikan oleh Askeskin/Jamkesmas (Soewondo, Ferrario, & Tahapary, 2013).

Tujuan Jamkesmas adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh warga miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2014; Buku Pegangan Sosialisasi JKN dan Sistem Jaminan kesehatan Nasional). Harapan rakyat Indonesia sendiri mengenai pencapaian UHC ini sangatlah besar dengan dikeluarkannya Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (UU No.40 tahun 2004). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan (Permenkes No.71 tahun 2013).

Pelayanan kesehatan di era JKN tidak lagi terpusat di Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan (faskes) tingkat lanjutan, namun pelayanan kesehatan harus dilakukan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis. Sistem Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal (Permenkes no.71 tahun 2013).

Sistem rujukan dua arah berasal dari sistem perawatan masyarakat pertama di Inggris pada tahun 1948. Kedua sistem tersebut dipekerjakan di banyak negara maju lainnya. Sistem rujukan dua arah mencakup rujukan dari sistem kesehatan masyarakat (CHSs) ke rumah sakit (rujukan ke atas), terutama dari dokter umum ke dokter spesialis untuk diagnosis dan pengobatan lebih lanjut, dan rujukan dari rumah sakit ke CHSs (rujukan ke bawah), terutama dari spesialis untuk dokter umum untuk rehabilitasi (Yu et al., 2017).

Upaya kesehatan ini dibagi menjadi tiga, yaitu upaya kesehatan primer, sekunder dan tersier. Istilah "perawatan

primer" dan "perawatan kesehatan primer" menggambarkan dua konsep yang berbeda. Perawatan primer, mengacu pada layanan pengobatan keluarga yang biasanya diberikan oleh dokter kepada pasien individual dan berorientasi pada orang – berorientasi pada perawatan longitudinal. Pelayanan kesehatan primer, sebaliknya, adalah konsep yang lebih luas yang dimaksudkan untuk menggambarkan aktivitas tingkat individu dan kegiatan yang berfokus pada populasi yang menggabungkan unsur kesehatan masyarakat. Selain itu, perawatan kesehatan primer dapat mencakup kebijakan masyarakat yang lebih luas seperti akses universal terhadap perawatan kesehatan, penekanan pada keadilan kesehatan, dan kolaborasi di dalam dan di luar sektor medis (Zou, Zhang, Hao, Shi, & Hu, 2015).

Dibandingkan dengan faskes primer, faskes sekunder dan tersier lebih kompleks dan khusus, dengan jenis pelayanan lebih lanjut yang dibedakan menurut durasi, frekuensi, dan tingkat intensitas. Faskes sekunder biasanya bersifat jangka pendek, melibatkan konsultasi sporadis dari seorang spesialis untuk memberikan pendapat ahli dan atau intervensi lanjutan atau

intervensi lanjutan lainnya yang tidak dapat dilakukan oleh dokter di faskes primer. Faskes sekunder termasuk perawatan di rumah sakit, operasi rutin, konsultasi khusus, dan rehabilitasi. Faskes tersier adalah tingkat perawatan yang paling kompleks, diperlukan untuk kondisi yang relatif jarang terjadi. Biasanya, faskes tersier berbasis institusi, sangat terspesialisasi, dan juga dilengkapi dengan kelengkapan teknologi.

Sebagian besar faskes tersier diberikan di rumah sakit pendidikan besar, terutama rumah sakit pendidikan yang berafiliasi dengan universitas. Contohnya termasuk perawatan trauma, perawatan luka bakar, perawatan intensif neonatal, transplantasi jaringan, dan operasi jantung terbuka. Dalam beberapa kasus, faskes tersier dapat diperpanjang, dan dokter di faskes tersier mungkin punya tanggung jawab jangka panjang untuk sebagian besar perawatan pasien. Diperkirakan bahwa 75% sampai 85% orang pada populasi umum hanya memerlukan layanan faskes primer pada tahun tertentu; 10% sampai 12% memerlukan rujukan ke layanan faskes sekunder jangka pendek;

5% sampai 10% menggunakan spesialis di faskes tersier (Zou et al., 2015).

Dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama, jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh spesialis, maka pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan (faskes) tingkat kedua, dimana pelayanan kesehatan tingkat kedua di faskes sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes primer dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga di faskes tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes sekunder dan faskes primer. Hal ini menjelaskan bahwa untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, tidak boleh langsung ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder maupun tersier, tapi harus melalui fasilitas pelayanan primer terlebih dahulu, kecuali dalam keadaan gawat darurat (Zou et al., 2015).

Faskes primer-sekunder adalah fitur organisasi utama dari sekian banyak sistem pelayanan kesehatan yang ada. Dokter di faskes primer memberikan perawatan kesehatan primer dan bertindak sebagai 'penjaga gerbang' dengan tanggung jawab untuk menentukan pasien mana yang memerlukan perawatandi

faskes sekunder. Sistem rujukan adalah struktur organisasi untuk merujuk masalah medis dari generalis ke spesialis (Coulter 1992). Beberapa negara memiliki sistem rujukan formal yang serupa, misalnya Denmark, Belanda dan Inggris, di mana dokter di faskes primer memberikan perawatan kesehatan dan bertindak sebagai penjaga gerbang dengan tanggung jawab untuk menentukan pasien mana yang memerlukan perawatan khusus. Negara lain memiliki sistem rujukan yang kurang formal, misalnya Prancis, Jerman dan Amerika Serikat (Casparie 1988; Gervas 1994; Marinker 1988; Roland 1992) (Akbari et al., 2014).

Rujukan pasien memiliki implikasi yang cukup besar bagi pasien itu sendiri, sistem perawatan kesehatan dan biaya perawatan kesehatan. Namun, ada banyak bukti bahwa proses rujukannya masih kurang optimal. Ada variasi yang tidak dapat dijelaskan dalam tingkat rujukan (Wilkin, 1992), yang menunjukkan bahwa beberapa pasien dirujuk secara tidak tepat, menggunakan sumber perawatan kesehatan yang dapat digunakan untuk menyediakan layanan lainnya, dan beberapa pasien tidak dikelola dengan tepat di rangkaian perawatan primer untuk

mendapatkan manfaat dari pelayanan spesialis. Ada juga bukti ketidaktepatan rujukan dan komunikasi yang buruk pada saat rujukan (Roland, 1992). Akibatnya, pasien mungkin menjalani prosedur diagnostik atau terapeutik yang tidak perlu termasuk rawat inap (Akbari et al., 2014).

Informasi yang diberikan dalam proses rujukan merupakan komunikasi utama dari perawatan primer ke layanan kesehatan spesialis. Literatur yang ada mengungkapkan, bahwa informasi yang disampaikan dalam proses rujukan kadang dipandang tidak memadai oleh penerima rujukan. Pengiriman dari perawatan primer ke perawatan kesehatan spesialis merupakan situasi penyerahan klinis utama, yang menyiratkan risiko besar kejadian buruk. Selanjutnya, koordinasi antar layanan merupakan salah satu tantangan utama bagi perawatan kesehatan. Meningkatkan transparansi informasi adalah cara utama untuk mengurangi risiko kejadian buruk dalam serentetan kejadian klinis dan memastikan kontinuitas dan koordinasi perawatan (Hartveit et al., 2017).

Perawatan primer membantu mencegah penyakit dan kematian, terlepas dari apakah perawatan ditandai dengan pasokan dokter perawatan primer, hubungan dengan sumber perawatan primer, atau penerimaan fitur penting perawatan primer. Bukti juga menunjukkan bahwa perawatan primer (berbeda dengan perawatan khusus) dikaitkan dengan distribusi kesehatan yang lebih merata pada populasi, temuan yang bertahan dalam penelitian lintas nasional dan nasional. Cara perawatan primer meningkatkan kesehatan telah diidentifikasi, sehingga menyarankan cara untuk memperbaiki kesehatan secara keseluruhan dan mengurangi perbedaan kesehatan di sub populasi kelompok besar (Starfield, Shi, & Macinko, 2005).

Berdasarkan sumber dari peraturan internal BPJS Kesehatan, saat ini FKTP diwajibkan untuk bisa menangani 155 diagnosa penyakit sesuai dengan Kompetensi Dokter Umum, sehingga para peserta JKN tidak perlu lagi berobat langsung ke rumah sakit, karena di FKTP pun sudah bisa ditangani. Namun tidak menutup kemungkinan pada kasus-kasus tersebut dapat

langsung berobat ke Rumah Sakit dengan beberapa pertimbangan sesuai dengan ketentuan rujukan.

Pasien mengharapkan dokter bersikap empati, ramah, penuh perhatian dan simpatik. Privasi dan kerahasiaan sebagai aspek kualitas jarang disebutkan secara eksplisit. Namun, hubungan itu harus lebih merupakan kemitraan daripada koneksi patriarkal. Pasien berharap untuk didengarkan oleh dokter umum mereka (Papp et al., 2014).

Sebuah rujukan memfasilitasi peralihan perawatan dari dokter umum ke perawatan sekunder untuk menetapkan diagnosa, untuk memberikan perawatan termasuk operasi, dan untuk menawarkan saran atau kepastian. Dokter spesialis di rumah sakit sering mengeluhkan perihal kualitas surat rujukan ini. Beberapa penelitian telah menyoroti berbagai kualitas dan kandungan rujukan di berbagai poliklinik spesialis. Sebuah survei di Kanada baru-baru ini terhadap lebih dari 3000 dokter umum dan spesialis menemukan bahwa, di antara masalah utama yang diidentifikasi spesialis, 51% surat rujukan memiliki alasan yang tidak jelas untuk dirujuk. Variasi kualitas ini membuat evaluasi dan prioritas

rujukan menjadi lebih sulit (Wählberg, Valle, Malm, & Broderstad, 2015).

Surat rujukan adalah dokumen penting yang memfasilitasi transfer perawatan dari dokter umum (GP) ke layanan sekunder. Dokter rumah sakit sering mengkritik kualitas dan isi surat rujukan, dan efektivitas upaya perbaikan yang masih belum pasti (Wählberg et al., 2015).

Proses rujukan berkualitas tinggi umumnya melibatkan surat rujukan yang berisi semua informasi yang diperlukan dalam konteks pemahaman bersama antara dokter umum, pasien dan staf rumah sakit (Wählberg et al., 2015).

Manajemen permintaan mendefinisikan metode apa pun yang digunakan untuk memantau, mengarahkan, atau mengatur rujukan pasien, termasuk metode dimana pasien dirujuk dari perawatan primer ke spesialis, perawatan non-darurat yang diberikan di rumah sakit. Antarmuka antara perawatan primer dan sekunder adalah fitur organisasi yang sangat penting di banyak sistem layanan kesehatan, termasuk NHS dan beberapa strategi telah dikembangkan untuk mengelola rujukan pasien ke

perawatan sekunder. Manajemen rujukan tidak boleh hanya berfokus pada pengurangan permintaan, namun untuk memastikan bahwa pasien yang tepat mendapat perawatan yang tepat, pada saat yang tepat (Blank et al., 2014).

Segala macam kendala perihal rujukan dari puskesmas ke rumah sakit tentunya dapat menimbulkan tingginya angka rujukan yang berakibat pada penumpukan pasien di rumah sakit, sehingga akan berdampak besar pada menurunnya kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit itu sendiri. Adapun masalah kepatuhan petugas kesehatan terhadap pelaksanaan kebijakan dan pedoman tentang sistem rujukan juga berpengaruh terhadap pelaksanaan sistem rujukan. Seperti yang terjadi di Kabupaten Tojo Una-Una dimana terjadi beberapa kasus pasien dirujuk bukan karena indikasi rujukan melainkan karena masalah sarana prasarana, Sumber Daya Manusia (SDM), dan kerjasama antara PPK I dan PPK II yang masih belum jelas. Alokasi sumber daya kesehatan yang tidak seimbang dan teknologi medis yang relatif buruk di fasilitas pelayanan primer (dibandingkan dengan rumah

sakit) juga merupakan faktor kunci lain yang menghambat pelaksanaan rujukan (Yu et al., 2017).

Berdasarkan data nasional yang bersumber dari BPJS Kesehatan, diketahui ada 14.619.528 kunjungan di faskes tingkat pertama, triwulan pertama di tahun 2015. Dari data tersebut, diketahui bahwa 2.236.379 kunjungan dirujuk dari faskes primer ke tingkat pelayanan sekunder dan 214.706 kunjungan diantaranya adalah rujukan nonspesialistik yang artinya tidak perlu dirujuk karena seharusnya bisa diselesaikan di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Permasalahan lain yang ditemukan, bukan hanya pada rujukan non spesialis tetapi juga ditemukan masalah ketidak lengkapan pengisian formulir, komunikasi sebelum melakukan rujukan yang juga tidak kalah pentingnya ternyata belum optimal dilaksanakan. Idealnya hanya 15% pasien yang boleh dirujuk ke pelayanan sekunder atau pasien dengan diagnosa diluar kompetensi (155 diagnosa penyakit) dokter umum di faskes tingkat pertama, namun sampai saat ini diketahui bahwa jumlah rujukan ke pelayanan sekunder mencapai 15,3%.

Strategi penting untuk memanfaatkan lebih baik sumber daya langka yang tersedia bagi sektor kesehatan di negara-negara berkembang harus fokus pada penguatan sistem rujukan. Rumah sakit yang penuh sesak dengan pasien yang mendapatkan perawatan atau pelayanan yang rendah di fasilitas yang lebih kecil adalah fitur umum dari sistem rujukan yang tidak berfungsi dengan baik. Setelah menentukan apa yang dimaksud dengan sistem rujukan, maka kita pun membahas masalah utama yang mempengaruhi penerapannya dalam strategi pelayanan kesehatan primer di negara-negara berkembang. Prasyarat penting untuk sistem rujukan yang efektif, yaitu dengan menekankan perlunya pembagian tugas yang jelas antara berbagai tingkat sistem pengiriman kesehatan (Stefanini, 1994)

Rumah Sakit Umum Daerah Ampana merupakan rumah sakit rujukan dari 13 puskesmas yang berada di 12 kecamatan sekabupaten Tojo Una-Una. Menurut data yang diambil dari rekam medis RSUD Ampana, angka kunjungan pasien pada tahun 2014 sebesar 11.408 kasus, dan 6.878 (59,49%) kasus diantaranya adalah pasien rujukan BPJS. Pada tahun 2015 data

kunjungan pasien sebesar 15.457 pasien, dengan total rujukan BPJS sebesar 9.328 (60,35%).

Fenomena yang dihadapi selama pelaksanaan program JKN diantaranya peningkatan progresif pasien, dan ini dianggap perlu dipelajari dan diteliti dalam rangka memperbaiki dan mengefektifkan pelayanan kesehatan baik di pelayanan primer dan khususnya di tingkat pelayanan sekunder dalam hal ini di Rumah Sakit Umum (RSU) Ampana.

Pengaturan pengiriman mencakup perubahan pada siapa yang menerima perawatan dan kapan, yang memberikan perawatan, kondisi kerja dari mereka yang memberikan perawatan, koordinasi perawatan di antara penyedia layanan yang berbeda, di mana asuhan disediakan, penggunaan teknologi informasi dan komunikasi untuk memberikan perawatan, juga kualitas dan sistem keamanan. Bagaimana layanan disampaikan dapat berdampak pada efektivitas, efisiensi dan keadilan sistem kesehatan. Gambaran luas dari temuan tinjauan sistematis ini dapat membantu pembuat kebijakan dan pemangku kepentingan

sebelum pasien masuk ke RSUD Ampana, PPK I harus sudah terlewati.

Tingginya angka rujukan tersebut menjadi permasalahan yang dianggap penting untuk diteliti, sehingga diharapkan bisa melihat lebih jelas setiap permasalahan yang terjadi dan mencari solusi terbaik yang mungkin segera dilakukan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian masalah diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana angka rujukan pasien BPJS dari PPK I ke PPK II di Kabupaten Tojo Una-Una Provinsi Sulawesi Tengah?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis tingginya angka rujukan pasien BPJS dari PPK I ke PPK II di Kabupaten Tojo Una-Una, Provinsi Sulawesi Tengah.

2. Tujuan Khusus

Untuk menganalisis pelayanan rujukan pasien BPJS dari PPK I ke PPK II ditinjau dari enam karakteristik rujukan: aspek kerjasama antara fasilitas pelayanan kesehatan, aspek kepatuhan petugas kesehatan terhadap SOP rujukan, kelengkapan sumber daya umum dan pendukung, aspek kelengkapan formulir rujukan, komunikasi antara faskes perujuk dan penerima rujukan serta aspek rujuk balik

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang hendak dicapai dalam penelitian ini adalah

1. Aspek Teoritis (Keilmuan)

- a. Memperkaya referensi di bidang pelayanan rujukan dan penyebab kenaikan angka rujukan di Fasilitas Kesehatan tingkat lanjutan (Rumah Sakit).
- b. Memperkaya teori tentang bagaimana menurunkan angka rujukan di Faskes tingkat lanjutan dan meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat

sebagai peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD.

2. Aspek Praktis

- a. Memberikan masukan dalam bentuk data hasil penelitian mengenai pelayanan rujukan dari PPK I ke PPK II Program BPJS Kesehatan di Kabupaten Tojo Una-Una Provinsi Sulawesi Tengah.
- b. Sebagai bahan masukan dalam hal meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Kabupaten Tojo Una-Una, bagi pemerintah Kabupaten Tojo Una-Una dalam mengevaluasi dan menyusun kebijakan dalam penanganan rujukan dari PPK I ke PPK II.