

SKRIPSI

**FAKTOR PENYEBAB TINGGINYA RUJUKAN 10
BESAR PENYAKIT NON-SPELIALISTIK DARI
PUSKESMAS KE RUMAH SAKIT DI KABUPATEN
POLEWALI MANDAR**

MUTIA NUR RAHMAH

K111 71 042



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2021

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

FAKTOR PENYEBAB TINGGINYA RUJUKAN 10 BESAR PENYAKIT NON
SPESIALISTIK DARI PUSKESMAS KE RUMAH SAKIT DI KABUPATEN
POLEWALI MANDAR

Disusun dan diajukan oleh

MUTIA NUR RAHMAH

K011171042

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian
Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan
Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 10 September 2021 dan dinyatakan
telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH
NIP. 19550414 198601 1 001



Adelia U. Adv Mangilep, SKM, MARS
NIP. 19820818 201504 2 003

Ketua Program Studi



Dr. Suriyah SKM., M.Kes
Nip. 19740520 2002212 2 001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Jum'at, 10 September 2021.

Ketua : Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH (.....)

Sekretaris : Adelia U. Ady Mangilep, SKM., MARS (.....)

Anggota :
1) Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS (.....)

2) Suci Rahmadani, SKM., M.Kes (.....)

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mutia Nur Rahmah
Nim : K011171042
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Departemen : Manajemen Rumah Sakit
No. HP : 082296225372

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa judul Skripsi “**Faktor Penyebab Tingginya Rujukan 10 Besar Penyakit Non-Spesialistik dari Puskesmas ke Rumah Sakit di Kabupaten Polewali Mandar**” benar hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau karya orang lain. Apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Makassar, 26 September 2021

Yang membuat pernyataan,


METERAI
TEMPEL
318A8AJX400874416

Mutia Nur Rahmah

RINGKASAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
MANAJEMEN RUMAH SAKIT
MAKASSAR, AGUSTUS 2021

MUTIA NUR RAHMAH

**“FAKTOR PENYEBAB TINGGINYA RUJUKAN 10 BESAR PENYAKIT
NON SPESIALISTIK DARI PUSKESMAS KE RUMAH SAKIT DI
KABUPATEN POLEWALI MANDAR”**

(xiv + 130 Halaman + 17 Gambar + 12 Lampiran)

Demi mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC) atau sistem pembiayaan kesehatan, maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menerapkan konsep *managed care* yaitu sistem rujukan yang terstruktur, berjenjang, efektif, dan efisien dengan menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya. Penyelenggaraan sistem rujukan pada dasarnya membuat pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Primer (FKTP) harus diperkuat, karena Fasilitas Kesehatan Primer (FKTP) berfungsi sebagai penjaga gerbang atau pintu masuk pasien dalam menggunakan layanan kesehatan. Pada kenyataannya masih banyak terdapat kasus rujukan 155 penyakit non spesialisik yang harus tuntas di Puskesmas di rujuk ke FKRTL. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor penyebab tingginya rujukan 10 besar penyakit non spesialisik dari puskesmas ke rumah sakit di Kabupaten Polewali Mandar.

Metode penelitian yang digunakan adalah yaitu metode kualitatif dengan rancangan fenomenologi. Penentuan informan menggunakan metode *purposive sampling* dan diperoleh 17 informan. Pengumpulan data berupa wawancara mendalam, observasi dan studi dokumentasi sedangkan untuk validitas data dilakukan triangulasi sumber dan teknik. Untuk analisis data digunakan *content analysis* yang disajikan secara naratif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemahaman petugas di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari tentang fungsi puskesmas sebagai *Gatekeeper* atau sebagai kontak pertama pasien dan penapis rujukan masih kurang, Ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari masih kurang, Ketersediaan sarana dan prasarana di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari belum lengkap dan masih sangat terbatas dalam menangani 155 penyakit non spesialisik yang harus tuntas di puskesmas serta masih terdapat alat yang rusak yang dapat menghambat pelayanan di Puskesmas, Jenis dan jumlah obat yang terdapat di dua Puskesmas masih belum sesuai standar formularium nasional. Masih terdapat pasien rujukan yang di rujuk atas permintaan sendiri Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari.

Kata Kunci : Rujukan, JKN, Penyakit Non Spesialistik, FKTP

Daftar Bacaan : 65 (1998 – 2020)

SUMMARY

**HASANUDDIN UNIVERSITY
PUBLIC HEALTH FACULTY
HOSPITAL MANAGEMENT
MAKASSAR, AUGUST 2021**

MUTIA NUR RAHMAH

"FACTORS CAUSED HIGH REFERRALS OF THE TOP 10 NON-SPECIALISTIC DISEASES FROM HEALTH CENTERS TO HOSPITALS IN POLEWALI MANDAR DISTRICT"

(xiv + 130 Pages + 17 Images + 12 Attachments)

To realize Universal Health Coverage (UHC) or a health financing system, the government is responsible for the implementation of public health insurance through the National Health Insurance (JKN) program. The National Social Security System (SJSN) applies the concept of managed care, namely a structured, tiered, effective, and efficient referral system by applying the principles of quality control and cost control. The implementation of the referral system makes health services at Primary Health Facilities (FKTP) must be strengthened, because Primary Health Facilities (FKTP) function as gatekeepers or patient entrances in using health services. There are still many referral cases of 155 non-specialist diseases that must be completed at the Puskesmas and referred to the FKRTL. This study aims to determine the factors causing the high referrals of the top 10 non-specialist diseases from primary health care to hospitals in the Polewali Mandar Regency.

The research method used is a qualitative method with a phenomenological design. Determination of informants using purposive sampling method and obtained 17 informants. Collecting data in the form of in-depth interviews, observations, and documentation studies, while for the validity of the data, triangulation of sources and techniques was carried out. For data analysis, content analysis is used which is presented narratively.

The results showed that the understanding of officers at the Wonomulyo Health Center and Kebunsari Health Center about the function of the Puskesmas as Gatekeeper or as the patient's first contact and referral screen was still lacking, the availability of health workers at the Wonomulyo Health Center and Kebunsari Health Center was still lacking, the availability of facilities and infrastructure at the Wonomulyo Health Center and Kebunsari Health Center not complete and still very limited in dealing with 155 non-specialist diseases that must be completed at the primary health care and there are still damaged equipment that can hinder services at the primary health care. There are still referral patients who are referred at the request of the Wonomulyo Health Center and the Kebunsari Health Center.

**Keywords: Referral, JKN, Non-Specialist Diseases, FKTP
Reading List: 65 (1998 – 2020)**

KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur kehadirat Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* karena dengan izin dan rahmat-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul **“Faktor Penyebab Tingginya Rujukan 10 Besar Penyakit dari Puskesmas ke Rumah Sakit di Kabupaten Polewali Mandar”**. Shalawat serta salam tidak lupa tercurahkan bagi Rasulullah Shallallahu ‘Alaihi Wa Sallam teladan umat manusia sepanjang masa, pembawa dari masa kebodohan ke masa yang penuh dengan ilmu pengetahuan dan jalan kebenaran.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan hasil penelitian ini tidak lepas dari kekurangan dan keterbatasan, baik dari segi isi maupun cara penulisan namun bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, baik berupa materi maupun dorongan moril hingga pada akhirnya skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik.

Terima kasih sebesar-besarnya kepada Bapak **Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH** selaku dosen pembimbing I yang telah banyak mencurahkan tenaga dan pikirannya, meluangkan waktunya yang begitu berharga untuk memberi bimbingan dan pengarahan dengan baik, dan memberikan dukungan serta motivasi dalam menyelesaikan penelitian ini dengan dan Ibu **Adelia U. Mangilep, S.KM, MARS** selaku dosen pembimbing II baik yang telah banyak memberikan nasehat, bimbingan dan arahan kepada penulis selama menjalankan studi S1 di Departemen Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat.

Tidak lupa pula penulis haturkan setulus jiwa, rasa terima kasih sedalamdalamnya dan penghargaan atas segala bentuk dukungan, doa, dan restu kepada kedua orang tua tercinta, **Muhlis, S.Ag** dan **Hartati, S.Ag**, yang telah menjadi alasan utama penulis semangat dalam menyelesaikan skripsi ini, serta dua saudara penulis Mulyawan dan Muhammad Lutfi Terima kasih atas segala bentuk dukungan yang telah diberikan selama ini selama penelitian ini.

Ucapan Terima kasih juga penulis tujukan kepada seluruh informan yang telah bersedia meluangkan waktunya menjadi bagian terpenting dari skripsi ini. Demikian juga dalam memberikan informasi-informasi yang dibutuhkan oleh penulis yang tanpa kesediaan mereka tentu skripsi ini tidak akan selesai sesuai harapan.

Selanjutnya, penulis juga ingin mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Bapak **Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed** selaku dekan, Bapak **Ansariadi, SKM., M.Sc.PH., Ph.D** selaku wakil dekan I, Bapak **Dr. Atjo Wahyu, SKM., M.Kes** selaku wakil dekan II dan Bapak **Prof. Sukri Palutturi , SKM, M.Kes, M.Sc, Ph.D** selaku wakil dekan III beserta seluruh tata usaha dan kemahasiswaan yang telah memberikan bantuan dan fasilitas serta bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
2. Bapak **Prof. Dr Tahir Abdullah., MSPH**, selaku penasehat akademik selama menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

3. Bapak **Irwandy, SKM., M.ScPH., M.Kes** selaku ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin atas bantuannya dalam memberikan arahan, bimbingan dan ilmu pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat.
4. Bapak **Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS** dan Ibu **Suci Rahmadani, SKM., M.Kes** selaku dosen penguji yang telah memberikan bimbingan, masukan kritikan dan saran selama penulisan demi terselesaikannya skripsi ini.
5. Seluruh dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan terkhusus bagi dosen Departemen Manajemen Rumah Sakit yang telah banyak memberi ilmu kepada penulis dan **Ibu Ija, Kak Rany,** dan **Kak Fuad** selaku staf Departemen Manajemen Rumah Sakit yang telah memfasilitasi dan membantu selama ini.
6. **Kepala Puskesmas Wonomulyo** dan **Kepala Puskesmas Kebunsari** atas bantuan dan kerjasama yang telah diberikan selama proses penelitian.
7. Ibu **Fatmawaty Alimin** beserta keluarga yang telah banyak memberikan dukungan serta nasehat dalam menyelesaikan penelitian ini
8. Ibu **Hasnawati Daud** dan Bapak **Yusuf** beserta keluarga di Kabupaten Polewali Mandar yang telah banyak memberi bantuan serta dukungan selama proses penelitian.

9. Keluargaku yang tercinta, **Tante Uci, Tante Ratih, Ummu shafiyah, Kakak Nunu, Putri, Febi Muhari, Tante Leli, dan Tante Lina, Tante Nia** atas dukungan dan nasehat - nasehatnya
10. Teman – teman penelitian di Polewali Mandar **kak Sofyan, Kak Dewi,** dan **Dek Indah** yang telah memberikan bantuan dukungan dan motivasi untuk menyelesaikan penelitian ini.
11. Teman – teman seperjuangan **KESEBELASAN MRS** atas kebersamaannya, motivasi dan support serta kerjasamanya selama ini.
12. Teman – Teman Pencari Ridha Allah, **Pupin Astuti, Uni Zulfiani, Nur Indah Sari, Adriana** dan **Andi Ainun Nururrahmi** atas kebersamaannya, dukungan, motivasi serta nasehat-nasehatnya selama ini.
13. Teman – teman **KKN Luwu 2** atas motivasi dan dukungannya selama menyelesaikan penelitian ini.
14. Teman – teman **PBL Desa Ko'mara Kabupaten Takalar** yang telah banyak memberikan banyak hal selama kebersamaan, hiburan dan motivasi
15. Teman – teman **DUBELPAS SMA NEGERI 1 BUA PONRANG** yang telah memberikan dukungan serta motivasi.
16. Semua pihak yang telah memberikan bantuan kepada penulis baik berupa materi dan non materi yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, terima kasih banyak atas doa, bantuan dan dukungannya.

Semoga Allah Subhanahu Wa Ta'ala membalas dengan hal yang baik
Sebagai manusia biasa yang tidak luput dari khilaf, penulis menyadari bahwa hasil penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis

memohon maaf, serta dengan kerendahan hati menerima kritik dan saran yang membangun dari pembaca. Demikianlah, semoga hasil penelitian ini bermanfaat bagi siapa pun yang membacanya dan khususnya teruntuk penulis.

Makassar, Agustus 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iv
RINGKASAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II.....	10
TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Tinjauan Umum tentang Sistem Rujukan	10
B. Tinjauan Umum tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).....	17
C. Tinjauan Umum tentang 10 Penyakit Non Spesialistik Terbesar	19
D. Tinjauan Umum tentang Faktor Penyebab Rujukan	31
E. Matriks Penelitian Terdahulu.....	38
F. Kerangka Teori	43
BAB III	44
KERANGKA KONSEP.....	44
A. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian	44
B. Kerangka Konsep.....	46
C. Definisi Konseptual	49
BAB IV	51
METODE PENELITIAN.....	51

A. Jenis Penelitian.....	51
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	51
C. Informan Penelitian.....	51
D. Instrumen Penelitian	51
E. Pengumpulan Data	52
F. Keabsahan Data	56
G. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	57
DAFTAR PUSTAKA	126
LAMPIRAN.....	132

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	10 Penyakit Non Spesialistik Tertinggi Di RSUD Polewali Mandar	6
Tabel 2.1	Daftar 155 penyakit non spesialistik yang harus tuntas di Puskesmas Tahun 2014	17
Tabel 2.2	Kondisi dan Tindakan Kehamilan Normal di Rujuk ke FKRTL..	23
Tabel 2.3	Matriks Penelitian Terdahulu	39
Tabel 3.1	Definisi Konseptual.....	49
Tabel 5.1	Gambaran kepadatan penduduk dalam Rumah Tangga Puskesmas Wonomulyo Kecamatan Wonomulyo Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2021	63
Tabel 5.2	Gambaran kepadatan penduduk dalam Rumah Tangga Puskesmas Kebunsari Kecamatan Wonomulyo Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2021	66
Tabel 5.3	Karakteristik Informan Faktor Penyebab Tingginya Rujukan 10 Besar Penyakit Non Spesialistik di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari Tahun 2021	68
Tabel 5.4	Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2021	84

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Teori	44
Gambar 3.1	Kerangka Konsep	48
Gambar 5.1	Skema Hasil Wawancara tentang pemahaman petugas terhadap fungsi dan Puskesmas sebagai Gatekeeper di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari	72
Gambar 5.2	Skema Hasil Wawancara tentang pengetahuan petugas di Puskesmas di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari mengetahui daftar penyakit yang wajib ditangani di Puskesmas ..	74
Gambar 5.3	Skema Hasil Wawancara tentang pengetahuan petugas terkait alur rujukan di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari	76
Gambar 5.4	Skema Hasil Wawancara tentang ketersediaan SOP rujukan di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari	78
Gambar 5.5	SOP rujukan di Puskesmas	79
Gambar 5.6	Skema Hasil Wawancara tentang sosialisaso SOP rujukan di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari	80
Gambar 5.7	Skema Hasil Wawancara tentang jumlah tenaga kesehatan telah sesuai standar di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari	83
Gambar 5.8	Skema Hasil Wawancara tentang kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari	86
Gambar 5.9	Skema Hasil Wawancara tentang dokter yang berhalangan hadir untuk memberikan pelayanan di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari	88

Gambar 5.10	Sarana dan Prasarana di UGD Puskesmas Kebunsari	89
Gambar 5.11	Sarana dan Prasarana di Poli Gigi Puskesmas Wonomulyo	89
Gambar 5.12	Skema hasil wawancara tentang ketersediaan sarana dan prasarana di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari	91
Gambar 5.13	Skema Hasil Wawancara tentang pasien yang segera dirujuk sebab alat tidak tersedia di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari	93
Gambar 5.14	Gudang Obat di Puskesmas	94
Gambar 5.15	Skema hasil wawancara ketersediaan obat sesuai dengan formularium Nasional di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari	96
Gambar 5.16	Skema hasil wawancara pasien rujukan atas permintaan sendiri di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari	98
Gambar 5.17	Skema hasil wawancara tentang pemberian edukasi dan pemahaman kepada pasien rujukan di Puskesmas Wonomulyo dan Puskesmas Kebunsari	100

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent	136
Lampiran 2 Pedoman Wawancara	137
Lampiran 3 Lembar Observasi	141
Lampiran 4 Matriks Analisis Hasil Wawancara	153
Lampiran 5 Dokumentasi Penelitian	231
Lampiran 6 Surat Izin Penelitian Provinsi Sulawesi Selatan	232
Lampiran 7 Surat Izin Penelitian Kabupaten Polewali Mandar	233
Lampiran 8 Surat Izin Penelitian Fakultas	234
Lampiran 9 Surat Keterangan Selesai Penelitian di Puskesmas Wonomulyo	235
Lampiran 10 Surat Keterangan Selesai Penelitian di Puskesmas Kebunsari	236
Lampiran 11 Biodata Peneliti	237

DAFTAR SINGKATAN

SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
SDM	: Sumber Daya Manusia
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
UHC	: <i>Universal Health Coverage</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WHA	: <i>World Health Association</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Derajat kesehatan masyarakat di Indonesia dapat dinilai dengan menggunakan beberapa indikator yang mencerminkan kondisi mortalitas (kematian), status gizi dan morbiditas (kesakitan). Salah satu upaya pemerintah untuk menurunkan kondisi tersebut yaitu jaminan berupa perlindungan sosial. Demi mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi *World Health Association* (WHA) ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) bagi seluruh penduduk, maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Indrianingrum, Woro and Handayani, 2018).

Program Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh Badan Pelaksana Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan, terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan anggota keluarganya dan mampu meningkatkan akses masyarakat ke pelayanan kesehatan. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menerapkan konsep *managed care* yaitu sistem rujukan yang terstruktur, berjenjang, efektif, dan efisien dengan menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya (Depkes RI, 2011)

Pelayanan kesehatan dalam program JKN dilakukan 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 diberikan atas rujukan dari pelayanan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis dan pertimbangan ketersediaan fasilitas (Permenkes, 2014b).

Sistem rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik secara vertikal maupun horizontal, maupun struktural dan fungsional terhadap penyakit atau permasalahan kesehatan (Faulina, Khoiri & Herawati, 2016). Penyelenggaraan sistem rujukan pada dasarnya membuat pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Primer (FKTP) harus diperkuat, karena Fasilitas Kesehatan Primer (FKTP) berfungsi sebagai penjaga gerbang atau pintu masuk pasien dalam menggunakan layanan kesehatan (Sutrisno *et al.*, 2018). Jika Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tidak diperkuat maka, masyarakat akan menggunakan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sehingga akan terjadi kembali fenomena rumah sakit sebagai puskesmas raksasa (Rahma *et al.*, 2015).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 tentang Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer, pada Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) tahun

2012 diketahui dari 736 daftar penyakit terdapat 144 jenis penyakit yang harus tuntas di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Namun, pada tahun 2016 sudah meningkat menjadi 155 penyakit yang bisa ditangani dan di diagnosa di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Terdapat 261 penyakit yang harus dikuasai oleh lulusan program dokter untuk dapat mendiagnosisnya sebelum kemudian merujuknya, apakah merujuk dalam keadaan gawat darurat maupun bukan dalam keadaan gawat darurat (Permenkes, 2014a).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013 sampai 2018 sebagian besar penyakit dengan kasus terbanyak di Indonesia termasuk dalam kriteria 4a yaitu dokter mampu untuk melakukan diagnosa penyakit dengan baik dan mampu melakukan penatalaksanaan secara baik dan benar (Hasibuan, 2020). Namun, pada kenyataannya kasus rujukan ke pelayanan sekunder untuk jenis penyakit yang seharusnya dapat dituntaskan di pelayanan primer masih cukup tinggi. Hal ini merupakan permasalahan yang tidak saja merugikan secara finansial tetapi juga akan berdampak pada mutu pelayanan kesehatan serta akan berpengaruh terhadap pencapaian kinerja dibidang kesehatan secara keseluruhan.

Berdasarkan Riset Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tahun 2017 yang dilakukan di 13 provinsi yang mewakili setiap Divisi Regional dan setiap provinsi terdiri dari dua Kabupaten atau Kota yaitu 221 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan 42 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Total kasus pada poli pelayanan adalah 12.930 kunjungan. Dari total

kunjungan diperoleh total pasien JKN yang dirujuk sebanyak 1472 atau 11,1% dari total kunjungan. Angka kunjungan paling tinggi pada klinik yaitu 154 kunjungan per 1000 peserta JKN. Sedangkan, Angka kunjungan pada Puskesmas yaitu 73 kunjungan per 1000 peserta JKN. Puskesmas memiliki angka rujukan yaitu sekitar 15 rujukan per 100 kunjungan dibandingkan dengan klinik yaitu 12 rujukan per 100 kunjungan. Sebagian besar pasien dirujuk ke rumah sakit karena beberapa faktor yaitu permintaan kontrol yakni sebesar 42%, Permintaan pasien 10%, Keperluan Pemeriksaan penunjang sebesar 19% dan 29% untuk keperluan diagnostik lanjut (Thabrany *et al.*, 2017).

Kabupaten Polewali Mandar adalah salah satu dari enam kabupaten di provinsi Sulawesi Barat dengan jumlah penduduk terbanyak yaitu 432.692 jiwa. Pemerintah Kabupaten Polewali Mandar menaungi 16 Kecamatan dan terdapat 2 Kecamatan yang memiliki desa serta kelurahan terbanyak, salah satunya adalah Kecamatan Wonomulyo. Di Kecamatan Wonomulyo terdapat 2 puskesmas yakni Puskesmas Wonomulyo yang dikategorikan sebagai Puskesmas kawasan Perkotaan yang merupakan salah satu puskesmas dengan angka kunjungan dan rujukan yang tinggi serta Puskesmas Kebun Sari yang dikategorikan sebagai Puskesmas kawasan Pedesaan yang merupakan salah satu puskesmas dengan angka kunjungan dan rujukan yang rendah.

Rumah Sakit Umum Daerah Polewali Mandar merupakan rumah sakit yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Sulawesi Barat dan Kementerian Kesehatan sebagai Rumah Sakit rujukan selatan di wilayah provinsi Sulawesi

Barat yang menaungi rujukan dari Kabupaten Mamasa, Majene dan Polewali Mandar, hal ini berarti RSUD Polewali Mandar menjadi pusat rujukan dari 48 Puskesmas yang terdapat di 3 Kabupaten.

Berdasarkan data rujukan pasien dari puskesmas ke RSUD Polewali Mandar pada tahun 2018 yakni berjumlah 6.120 rujukan dan pada tahun 2019 berjumlah 3.950 rujukan. Adapun kasus rujukan yang mendominasi adalah kasus – kasus yang terdapat dalam 155 daftar penyakit non spesialisik yang seharusnya dapat diselesaikan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Berikut adalah 10 daftar rujukan penyakit non spesialisik terbesar di RSUD Polewali Mandar pada tahun 2018 dan 2019.

Tabel 1.1
10 Penyakit Non Spesialistik Tertinggi
Di RSUD Polewali Mandar Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2021

No.	Rujukan 10 Penyakit Non Spesialistik Tertinggi			
	Tahun 2018		Tahun 2019	
	Diagnosa Penyakit	Jumlah Rujukan	Diagnosa Penyakit	Jumlah Rujukan
1	Kelahiran Normal	1026	Kelahiran Normal	669
2	Abortus incomplete	168	Abortus incomplete	99
3	TB Paru	168	TB Paru	70
4	Ketuban Pecah Dini (KPD)	144	Tonsilitis kronis	68
5	Katarak	108	Stroke	63
6	Stroke	96	Gagal jantung kronik	60
7	Bronkitis	81	Demam dengue, DHF	53
8	Gagal jantung kronik	79	Bronkopneumonia	45
9	Anemia	74	Demam Tifoid	40
10	Bronkopneumonia	70	Anemia	39

Sumber : RSUD Polewali Mandar

Berdasarkan dari permasalahan di atas dapat disimpulkan bahwa kasus rujukan 10 besar dari 155 penyakit non spesialisik masih cukup tinggi di RSUD Polewali Mandar sebagai rumah sakit pusat rujukan di Kabupaten Polewali Mandar. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk meneliti faktor penyebab tingginya rujukan 10 besar penyakit non spesialisik dari puskesmas ke rumah sakit di Kabupaten Polewali Mandar.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan atas kajian yang telah dijelaskan pada latar belakang mengenai masalah tingginya rujukan 10 besar penyakit non spesialisik dari puskesmas ke rumah sakit, untuk itu rumusan masalah pada penelitian ini adalah apa saja faktor penyebab tingginya rujukan 10 besar penyakit non spesialisik dari puskesmas ke rumah sakit di Kabupaten Polewali Mandar.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor penyebab tingginya rujukan 10 besar penyakit non spesialisik dari puskesmas ke rumah sakit di Kabupaten Polewali Mandar.

2. Tujuan Khusus

a) Untuk mengetahui faktor pemahaman petugas tentang fungsi puskesmas sebagai *Gatekeeper* terhadap tingginya rujukan 10 besar penyakit non spesialisik dari puskesmas ke rumah sakit di Kabupaten Polewali Mandar.

- b) Untuk mengetahui faktor ketersediaan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap tingginya rujukan 10 besar penyakit non spesialisistik dari puskesmas ke rumah sakit di Kabupaten Polewali Mandar.
- c) Untuk mengetahui faktor ketersediaan sarana prasarana di puskesmas terhadap tingginya rujukan 10 besar penyakit non spesialisistik dari puskesmas ke rumah sakit di Kabupaten Polewali Mandar.
- d) Untuk mengetahui faktor ketersediaan obat di puskesmas terhadap tingginya rujukan 10 besar penyakit non spesialisistik dari puskesmas ke rumah sakit di Kabupaten Polewali Mandar.
- e) Untuk mengetahui faktor permintaan pasien JKN untuk dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) terhadap tingginya rujukan 10 besar penyakit non spesialisistik dari puskesmas ke rumah sakit di Kabupaten Polewali Mandar.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu sumber referensi sebagai bahan perbandingan bagi peneliti di bidang kesehatan masyarakat yang ingin mengembangkan penelitian tersebut lebih lanjut serta sebagai bentuk kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya tentang sistem rujukan dari puskesmas ke rumah sakit.

2. Manfaat Praktis

a. Manfaat bagi Puskesmas

Penelitian ini diharapkan menjadi sumber informasi dan masukan bagi Puskesmas di Kabupaten Polewali Mandar serta dapat digunakan sebagai bahan evaluasi untuk meningkatkan pelayanan secara optimal agar pelayanan yang diberikan dapat terlaksana sesuai fungsi puskesmas sebagai penapis rujukan.

b. Manfaat bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan mampu menjadi sumber informasi dan masukan khususnya bagi Rumah Sakit di Kabupaten Polewali Mandar sebagai fasilitas rujukan terkait dengan faktor – faktor penyebab tingginya rujukan 10 besar penyakit non spesialisik dari puskesmas.

c. Manfaat bagi Program Studi Manajemen Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu referensi terkait faktor – faktor penyebab tingginya rujukan 10 besar penyakit non spesialisik dari puskesmas ke rumah sakit.

d. Manfaat bagi Peneliti

- 1) Penelitian ini merupakan persyaratan untuk memperoleh gelar sarjana di bidang Manajemen Rumah Sakit.
- 2) Penelitian ini menjadi pengalaman yang paling berharga dalam memperkaya wawasan dan ilmu pengetahuan penulis.

- 3) Penelitian ini menjadi salah satu sarana pembelajaran untuk mengaplikasikan ilmu dan teori manajemen rumah sakit yang telah dipelajari selama mengikuti perkuliahan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Sistem Rujukan

1. Definisi Sistem Rujukan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012, sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik vertikal maupun horizontal (Permenkes, 2012). Rujukan dilakukan dalam bidang upaya kesehatan perorangan ataupun upaya kesehatan masyarakat. Rujukan dalam bidang upaya kesehatan perorangan dalam bentuk pengiriman pasien, spesimen dan pengetahuan tentang penyakit dengan memperhatikan kendali mutu dan kendali biaya. Rujukan di bidang upaya kesehatan masyarakat dilaksanakan secara bertanggung jawab oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan berwenang serta sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan – undangan yang berlaku (Bramantoro, 2017).

2. Tujuan Sistem Rujukan

Tujuan sistem rujukan , yaitu (Setyawan, 2019) :

- a. Pemerataan upaya kesehatan dalam rangka penyelesaian masalah kesehatan secara berdaya dan berhasil guna.
- b. Meningkatnya mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan kesehatan secara terpadu.

- c. Pasien mendapatkan penanganan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu sehingga masalah kesehatan yang dialami dapat tertangani dan pada akhirnya jiwa pasien dapat terselematkan.

3. Jenis – Jenis Sistem Rujukan

Jenis - jenis sistem rujukan, yaitu (Rahmadani dkk, 2019) :

- a. Rujukan berdasarkan konseptual terbagi menjadi dua, yaitu:

1. Rujukan Medis

Rujukan medis yaitu pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbul baik secara vertical maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan dapat menangani pasien. karakteristik dari rujukan medis adalah terdapat kerja sama antara fasilitas kesehatan , kepatuhan terhadap standar operasional (SOP) rujukan, kelengkapan sumber daya pendukung termasuk transportasi dan komunikasi, kelengkapan formulir rujukan, komunikasi antar fasilitas kesehatan perujuk dan yang menerima rujukan serta pelaksanaan rujukan balik.

Rujukan medis merupakan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab untuk masalah kedokteran sebagai respon terhadap ketidakmampuan fasilitas kesehatan untuk memenuhi kebutuhan para pasien dengan tujuan untuk memulihkan dan menyembuhkan status kesehatan pasien. Rujukan medis pada dasarnya menyangkut masalah pelayanan medik meliputi (Sari, 2015) :

1. *Transfer of patient*, konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif dan lain – lain.
2. *Transfer of specimen*, pengiriman bahan (*specimen*) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
3. *Transfer of knowledge*, pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk melakukan tindakan, memberi pelayanan dan meningkatkan mutu pelayanan.

Adapun jalur rujukan pelayanan medis yaitu :

- a) Antara masyarakat dengan puskesmas.
 - b) Antara puskesmas pembantu atau bidan desa dengan puskesmas.
 - c) Intern antara petugas puskesmas atau puskesmas rawat inap.
 - d) Antara puskesmas dengan rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Rujukan Kesehatan

Rujukan kesehatan yaitu hubungan dalam pengiriman hasil bahan pemeriksaan atau spesimen ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu dan memiliki sarana dan prasarana lengkap. Rujukan kesehatan merupakan rujukan yang menyangkut tentang masalah kesehatan yang bersifat promotif dan preventif. Rujukan kesehatan meliputi :

1. Rujukan sarana berupa laboratorium kesehatan atau teknologi kesehatan.

2. Rujukan operasional berupa bantuan obat, pangan pada saat terjadi bencana, pemeriksaan spesimen jika terjadi keracunan massal, vaksin, pemeriksaan air minum penduduk.
3. Rujukan tenaga dalam bentuk dukungan dari tenaga ahli untuk menyelidiki sebab dan asal usul penularan penyakit serta penanggulangannya pada bencana alam.

Adapun jalur rujukan kesehatan yaitu :

- a) Dari puskesmas ke dinas kesehatan kabupaten atau kota.
 - b) Dari puskesmas ke instansi lain yang lebih kompeten baik intrasektoral maupun lintas sektoral
 - c) Jika rujukan di kabupaten atau kota belum mampu menanggulangi, dapat diteruskan ke tingkat provinsi atau pusat.
- b. Rujukan berdasarkan jalur rujukan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, rujukan berdasarkan jalur rujukan terbagi menjadi dua, yaitu :

1. Rujukan Horizontal

Rujukan Horizontal merupakan rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, alat kesehatan dan tenaga yang bersifat menetap atau sementara.

2. Rujukan Vertikal

Rujukan vertikal adalah rujukan yang dilakukan antara pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, serta dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.

Rujukan vertikal dari tingkat pelayanan rendah ke pelayanan kesehatan yang lebih tinggi dilakukan apabila :

- a) Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau subspecialistik.
- b) Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, alat kesehatan atau ketenagaan.

Adapun rujukan vertikal dari tingkat pelayanan yang tinggi ke tingkat pelayanan yang lebih rendah dapat dilakukan apabila :

- a) Permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.
- b) Kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien.
- c) Pasien membutuhkan pemeriksaan lanjutan yang dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan yang lebih rendah untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang.

- d) Perujuk belum mampu untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana dan prasarana dan ketenagaan.

4. Tata Cara Pelaksanaan Sistem Rujukan

Berdasarkan panduan praktis Sistem Rujukan Berjenjang BPJS Kesehatan, tata cara pelaksanaan sistem rujukan yaitu:

1. Sistem rujukan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis, yaitu :
 - a. Dimulai dari pelayanan kesehatan primer oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).
 - b. Jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh spesialis, maka pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua.
 - c. Pelayanan kesehatan tingkat sekunder di fasilitas kesehatan kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari fasilitas kesehatan pertama.
 - d. Pelayanan kesehatan tingkat tersier di fasilitas kesehatan ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari fasilitas kesehatan pertama dan kedua.
2. Pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang dapat di rujuk langsung di fasilitas kesehatan ketiga hanya untuk kasus yang sudah ditegakkan diagnosis dan rencana terapinya.
3. Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi :

- a. Terjadi gawat darurat, Kondisi kegawatdaruratan mengikuti ketentuan yang berlaku.
 - b. Bencana, Kriteria bencana ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan atau Pemerintah Daerah.
 - c. kekhususan permasalahan kesehatan pasien; untuk kasus yang sudah ditegakkan rencana terapinya dan terapi tersebut hanya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan.
 - d. Pertimbangan geografis.
 - e. pertimbangan ketersediaan fasilitas
4. Pelayanan oleh bidan dan perawat
- a. Dalam keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - b. Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama kecuali dalam kondisi gawat darurat dan kekhususan permasalahan kesehatan pasien, yaitu kondisi di luar kompetensi dokter atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama
5. Rujukan Parsial
- a. Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau spesimen ke pemberi pelayanan kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian perawatan pasien di Faskes tersebut.
 - b. Rujukan parsial dapat berupa :

- 1) Pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang atau tindakan.
 - 2) Pengiriman spesimen untuk pemeriksaan penunjang.
- c. Apabila pasien tersebut adalah pasien rujukan parsial, maka penjaminan pasien dilakukan oleh fasilitas kesehatan perujuk.
(BPJS Kesehatan, 2015)

B. Tinjauan Umum tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

1. Definisi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya telah dibayarkan oleh pemerintah. Jaminan kesehatan berlaku untuk warga negara asing (WNA) yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia dan telah melakukan pembayaran iuran. Kebersertaan jaminan kesehatan bersifat wajib dan dilakukan secara bertahap, sehingga mencakup seluruh penduduk (Yustisia, 2014).

2. Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Prinsip penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional yaitu (Depkes RI, 2004) :

1. Kegotongroyongan

Prinsip gotong royong dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang

mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaannya bersifat wajib untuk seluruh penduduk.

2. Nirlaba

Dana yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah dana amanah yang dikumpulkan dari masyarakat secara nirlaba bukan untuk mencari laba (for profit oriented). Tujuan utamanya adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

3. Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas

Prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

4. Portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

5. Kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah, serta kelayakan penyelenggaraan program.

6. Dana Amanah

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

7. Hasil pengelolaan dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

3. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Setiap peserta berhak untuk memperoleh manfaat dari Jaminan Kesehatan Nasional yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Manfaat jaminan kesehatan nasional dibedakan menjadi dua yaitu manfaat medis dan manfaat non medis. Manfaat medis diberikan sesuai dengan indikasi medis dan standar pelayanan serta tidak dibedakan berdasarkan besaran iuran peserta yakni pelayanan kesehatan. Sedangkan, manfaat non medis diberikan berdasarkan besaran iuran peserta yakni meliputi *ambulance* dan akomodasi (Perpres, 2018).

C. Tinjauan Umum tentang 10 Penyakit Non Spesialistik Terbesar

Penyakit adalah gangguan kesehatan yang disebabkan oleh bakteri virus atau kelaianan sistem pada makhluk hidup. Penyakit merupakan kegagalan mekanisme adaptasi suatu organisme untuk bereaksi secara tepat terhadap rangsangan atau tekanan sehingga timbul gangguan fungsi atau struktur organ atau sistem tubuh. Penyakit Non spesialistik adalah 155 penyakit yang harus

terlesaikan di Puskesmas sebagai kontak pertama dan penapis rujukan. Pemilihan penyakit ini berdasarkan prevalensi yang cukup tinggi, berisiko tinggi, dan membutuhkan pembiayaan yang besar. Berikut adalah daftar penyakit non spesialisik yang harus tuntas di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 tentang panduan praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer, yakni:

Tabel 2.1
Daftar 155 penyakit Non Spesialistik yang harus tuntas di Puskesmas Tahun 2014

Diagnosa Penyakit	Diagnosa Penyakit
1. Abortus spontan komplit	78. Influenza
2. Abortus mengancam / insipiens	79. Insomnia
3. Abortus spontan inkomplit	80. Intoleransi makanan
4. Alergi makanan	81. Kandidiasis mulut
5. Anemia defisiensi besi	82. Katarak
6. Anemia defisiensi besi pada kehamilan	83. Kehamilan normal
7. Angina pectoris	84. Kejang demam
8. Apenditis akut	85. keracunan makanan
9. Arthritis osteoarthritis	86. Ketuban pecah dini (KPD)
10. Arthritis reumatoid	87. Kolesistitis
11. Askariasis	88. Kongjungtivitis
12. Asma bronkial	89. Laringitis
13. Astigmatism ringan	90. Lepra
14. Bell's palsy	91. Leptosprosis (tanpa komplikasi)
15. Benda asing di hidung	92. Liken simpleks kronis/ neurodermatitis
16. Benda asing di kongjungtiva	93. Limfadenitis
17. Blefaritis	94. Lipoma
18. Bronkitis akut	95. Luka bakar derajat 1 dan 2
19. Buta senja	96. Malabsorpsi makanan
20. Cardiorespiratory arrest	97. Malaria
21. Cutaneus larva migran	98. Malnutrisi energy-protein
22. Delirium yang diinduksi dan tidak diinduksi oleh alkohol atau zat psikoaktif lainnya	99. Mastitis
23. Demam dengue, DHF	100. Mata kering
24. Demam tifoid	101. Migren

Sambungan Tabel 2.1

Diagnosa Penyakit	Diagnosa Penyakit
25. Demensia	102. Miliaria
26. Dermatitis atopik (kecuali recalcitrant)	103. Miopia ringan
27. Dermatitis kontak alergika	104. Moluskum contagiosum
28. Dermatitis kontak iritan	105. Morbili tanpa komplikasi
29. Dermatitis numularis	106. Napkin eczema
30. Dermatitis seboroik	107. Obesitas
31. Tinea kapitis	108. Otitis eksterna
32. Tinea barbae	109. Otitis media akut
33. Tinea fasialis	110. Protitis
34. Tinea korporis	111. Pedikulosis kapitis
35. Tinea manum	112. Penyakit cacing tambang
36. Tinea unguium	113. Perdarahan saluran cerna bagian atas
37. Tinea kruris	114. Perdarahan saluran cerna bagian bawah
38. Tinea pedis	115. Perdarahan post partum
39. Diabetes melitus tipe 1	116. Perdarahan subkongjungtiva
40. Diabetes melitus tipe 2	117. Peritonitis
41. Disentri basiler dan amuba	118. Pertusis
42. Dislipidemia	119. Persalinan lama
43. Eklampsia	120. Pitiriasis rosea
44. Epilepsi	121. Pioderma
45. Epistaksis	122. Pitiriasis versikolor
46. Exanthematous drug eruption	123. Pneumonia aspirasi
47. Fixed drug eruption	124. Pneumonia, bronkopneumonia
48. Faringitis	125. Polimialgia reumatik
49. Filariasis	126. Pre-eklampsia
50. Fluor albus/vaginal discharge non gonorrhea	127. Presbiopia
51. Fraktur terbuka, tertutup	128. Rabies
52. Furunkel pada hidung	129. Reaksi anafilaktik
53. Gagal jantung akut	130. Reaksi gigitan serangga
54. Gagal jantung kronik	131. Refluks gastroesofageal
55. Gangguan campuran anxietas dan depresi	132. Rhinitis akut
56. Gangguan psikotik	133. Rhinitis alergika
57. Gastritis	134. Rhinitis vasomotor
58. Gastroenteritis (termasuk kolera, giardiasis)	135. Ruptur perineum tingkat 1-2
59. Glaukoma akut	136. Serumen prop
60. Gonera	137. Sifilis stadium 1 dan 2
61. Hemoroid grade 1-2	138. Skabies
62. Hepatitis A	139. Skistimiasis
63. Hepatitis B	140. Status epileptikus
64. Herpes simpleks tanpa komplikasi	141. Strongiloidiasis

Bersambung..

Sambungan Tabel 2.1

Diagnosa Penyakit	Diagnosa Penyakit
65. Herpes zoster tanpa komplikasi	142. Syok (septik) hipovolemik, kardiogenik, neurogenic
66. Hipermesis gravidarum	143. Taeniasis
67. Hiperglikemi hyperosmolar non ketotik	144. Takikardi
68. Hipermetropia ringan	145. Tension headache
69. Hipertensi esensial	146. Tetanus
70. Hiperuricemia (Gout)	147. Tirotoksikosis
71. Hipoglikemia ringan	148. Tonsilitis
72. HIV AIDS tanpa komplikasi	149. Tuberkulosis paru tanpa komplikasi
73. Hordeolum	150. Urtikaria (akut dan kronis)
74. Infark miokard	151. Vaginitis
75. Infark serebral/Stroke	152. Varisela tanpa komplikasi
76. Infeksi pada umbilicus	153. Vertigo (Benign paroxysmal positional vertigo)
77. Infeksi saluran kemih	154. Veruka vulgaris
	155. Vulvitis

Sumber: *BPJS*

Menurut Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan tahun 2011 menyatakan bahwa Formulir daftar 10 besar penyakit rawat jalan adalah formulir untuk data 10 besar penyakit rawat jalan rekapitulasi dari jumlah banyaknya kasus baru pada unit rawat jalan untuk satu tahun. Sedangkan, Formulir daftar 10 besar penyakit rawat inap adalah formulir untuk data 10 besar penyakit rawat inap rekapitulasi dari jumlah pasien keluar Rumah Sakit (hidup dan mati) untuk satu tahun (Kemenkes, 2011). Dengan demikian dapat disimpulkan 10 besar penyakit non spesialisik adalah rekapitulasi rujukan penyakit paling banyak dari data kesakitan yang mencakup data di wilayah pelayanan kesehatan untuk periode tertentu. Berikut ini adalah penjelasan hasil rekapitulasi rujukan 10 besar penyakit non spesialisik di RSUD Polewali Mandar pada tahun 2019 berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 :

1. Kelahiran Normal

Kelahiran normal yaitu masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahir. Lama kehamilan normal 40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT).

Kehamilan normal apabila memenuhi kriteria di bawah ini :

1. Keadaan umum baik
2. Tekanan darah < 140/90 mmHg
3. Pertambahan berat badan sesuai minimal 8 kg selama kehamilan (1 kg perbulan) atau sesuai Indeks Masa Tubuh (IMT) ibu
4. Edema hanya pada ekstremitas
5. BJJ = 120 – 160 x/menit
6. Gerakan janin dapat dirasakan setelah usia 18 – 20 minggu hingga melahirkan
7. Ukuran uterus sesuai kehamilan
8. Pemeriksaan fisik dan laboratorium dalam batas normal
9. Tidak ada riwayat kelainan obstetrik.

Gejala yang terjadi pada ibu hamil yaitu berhenti menstruasi dengan disertai tanda-tanda tidak pasti kehamilan seperti Mual dan muntah pada pagi hari serta pengerasan dan pembesaran mammae. Sarana dan prasarana pemeriksaan kehamilan normal yaitu Alat ukur tinggi badan, berat badan, lingkar perut, stetoskop, Laennec atau Doppler, pemeriksaan laboratorium sederhana, tes carik celup urin, tempat tidur periksa, buku catatan pemeriksaan, buku pegangan ibu hamil. Terdapat

beberapa kondisi yang mengharuskan seseorang dengan kehamilan normal harus dirujuk, antara lain sebagai berikut :

Tabel 2.2
Kondisi dan Tindakan Kehamilan Normal di Rujuk ke FKRTL
Di RSUD Polewali Tahun 2019

Kondisi	Tindakan
Diabetes melitus	Rujuk untuk memperoleh pelayanan sekunder
Penyakit jantung	Konsultasikan dan rawat atas pengawasan dokter ahli di tingkat sekunder
Penyakit ginjal	Konsultasikan dan rawat atas pengawasan dokter ahli
Epilepsi	Nasehati untuk meneruskan pengobatan
Pengguna narkoba, obat terlarang dan bahan adiksi lainnya	Rujuk untuk perawatan khusus
Tanda anemia berat dan Hb <70 g/l	Naikkan dosis besi dan rujuk bila ibu hamil sesak nafas
Primigravida	Nasehati untuk mel;ahirkan di tempat pelayanan kesehatan
Riwayat still birth/ lahir mati	Konsultasikan dan rawat pengawasan dokter ahli di tingkat sekunder
Riwayat (<i>validated</i> IUGR= <i>intra uterin growth retardation</i>)	Konsultasikan dan rawat pengawasan dokter ahli di tingkat sekunder
Riwayat dirawat untuk eklampsia or pre-eklampsia	Konsultasikan dan rawat atas pengawasan dokter ahli di tingkat sekunder
Riwayat seksio sesaria	Tekankan untuk melahirkan di rumah sakit
Tekanan darah tinggi (>140/90 mm Hg)	Rujuk untuk di evaluasi
MUAC (lingkar perut bagian tengah)	Rujuk untuk evaluasi(<i>pertimbangkan standar ukuran yang sesuai untuk kondisi setempat</i>)

Sumber : Panduan Praktik klinik bagi dokter di FKTP

2. Abortus Inkomplit

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, sebagai batasan digunakan kehamilan

kurang dari 20 minggu atau berat anak kurang dari 500 gram. Abortus inkomplit adalah sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri namun masih ada yang tertinggal.

Gejala yang terdapat pada pasien aborus inkomplit antara lain :

1. Perdarahan inkomplit
2. Nyeri perut hebat seperti kontraksi saat persalinan
3. Pengeluaran sebagian hasil konsepsi
4. Mulut rahim terbuka dengan sebagian sisa konsepsi tertinggal
5. Terkadang pasien datang dalam keadaan syok

Pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan pada pasien abortus incomplit yaitu pemeriksaan USG, pemeriksaan tes kehamilan biasanya masih positif sampai 7 – 10 hari setelah abortus serta pemeriksaan darah perifer lengkap. Adapun sarana dan prasarana yang digunakan dalam pemeriksaan pasien abortus inkomplit antara lain :

- a. Inspekulo
- b. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan tes kehamilan
- c. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan darah rutin
- d. Alat kontrasepsi
- e. USG.

3. TB Paru

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB yaitu *Mycrobacterium Tuberculosisi*. sebagian besar kuman TB menyerang paru, namun dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Indonesia merupakan negara yang termasuk sebagai 5 besar dari 22

negara di dunia dengan beban TB . Kontribusi TB di Indonesia sebesar 5,8%. Saat ini timbul kedaruratan baru dalam penanggulangan TB, yaitu TB resisten Obat (*Multi Drug Resistance/ MDR*). Gejala pasien dengan penyakit Tuberkulosis yaitu batuk berdahak ≥ 2 minggu. Batuk disertai dahak, dapat disertai sesak nafas, nyeri dada atau *pleuritic chest pain* (bila disertai peradangan pleura), badan lemah, nafsu makan menurun.

4. Tonsilitis Kronis

Tonsilitis adalah peradangan tonsil palatina yang merupakan bagian dari cincin Waldeyer. Cincin Waldeyer terdiri atas susunan kelenjar limfa yang terdapat di dalam rongga mulut yaitu: tonsil faringeal (*adenoid*), tonsil palatina (*tonsil faucial*), tonsil lingual (*tonsil pangkal lidah*), tonsil tuba Eustachius (lateral band dinding faring atau *Gerlach's tonsil*). Gejala yang terdapat pada pasien tonsilitis kronis adalah nyeri pada tenggorokan dan seperti terdapat penghalang atau mengganjal pada tenggorokan, tenggorokan terasa kering serta pernafasan berbau (*halitosis*). Pasien dengan tonsilitis kronis segera dirujuk jika terjadi komplikasi tonsillitis akut: abses peritonsiler, septikemia, meningitis, glomerulonephritis, demam rematik akut dan adanya indikasi tonsilektomi.

Sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam pemeriksaan penyakit tonsilitis kronis yaitu :

1. Lampu kepala
2. Spatula lidah
3. Lidi kapas
4. Pemeriksaan laboratorium sederhana

5. Larutan KOH
6. Pewarnaan gram
7. Thermometer
8. Obat – obatan : antiviral, antibiotic, obat kumur antiseptic.

5. Stroke

Stroke adalah defisit neurologis fokal yang terjadi mendadak, lebih dari 24 jam dan disebabkan oleh faktor vaskuler. stroke merupakan penyebab kematian yang utama di Indonesia. Terdapat beberapa gejala mendadak yang terjadi pada pasien stroke yaitu : Kelumpuhan anggota gerak satu sisi (hemiparesis), gangguan sensorik satu sisi tubuh, Hemianopia (biuta mendadak), Diplopia, Vertigo, Afasia, Disfagia, Disarthria, ataksia dan kejang atau penurunan kesadaran. Setelah ditegakkan diagnosis semua pasien stroke dan diberikan penanganan awal selanjutnya dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder yang memiliki dokter spesialis saraf.

6. Gagal Jantung Kronik

Gagal jantung kronik merupakan masalah kesehatan yang menyebabkan penurunan kualitas hidup, tingginya rehospitalisasi karena kekambuhan yang tinggi dan peningkatan angka kematian. Angka morbiditas penyakit dengan prevalensi kasus gagal jantung di komunitas meningkat seiring dengan meningkatnya usia : 0,7 % (40 – 45 tahun), 1,3 % (55 – 64 tahun), dan 8,4 % (75 tahun ke atas). Lebih dari 40 % pasien kasus gagal jantung sekitar 21 % untuk lelaki dan 20,3 % pada perempuan.

Gejala penyakit gagal jantung kronik yaitu sesak pada saat beraktifitas, gangguan napas pada perubahan posisi, sesak napas pada malam hari dan gejala tambahan seperti lemas atau mual. sarana dan prasarana yang digunakan dalam pemeriksaan penyakit gagal jantung kronik yaitu oksigen, digitalis, inhibitor, dan diuretik. Pasien dengan gagal jantung harus dirujuk apabila ke fasilitas peayanan kesehatan sekunder yang memiliki dokter spesialis jantung atau spesialis penyakit dalam untuk perawatan maupun pemeriksaan lanjutan seperti ekokardiografi. Pada kondisi akut, dimana kondisi klinis mengalami perburukan dalam waktu cepat harus segera dirujuk Layanan Sekunder (Spesialis Jantung atau Spesialis Penyakit Dalam) untuk dilakukan penanganan lebih lanjut.

7. **Demam Dengue, DHF (*Dengue Haemorrhagic Fever*)**

Demam Dengue dan Demam Berdarah Dengue adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus Dengue. Virus Dengue memiliki 4 jenis serotype: DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. Infeksi salah satu serotype akan menimbulkan antibody terhadap serotype yang bersangkutan, namun tidak untuk serotype lainnya, sehingga seseorang dapat terinfeksi demam Dengue 4 kali selama hidupnya. Indonesia merupakan Negara yang endemis untuk Demam Dengue maupun Demam Berdarah Dengue. Gejala yang terjadi pada pasien Demam dengue (dengan atau tanpa perdarahan): demam bifasik akut 2-7 hari, nyeri kepala, nyeri retroorbital, myalgia atau atralgia, ruam, gusi berdarah, mimisan, nyeri perut, mual atau muntah, hematemesis dan dapat juga melena. Sarana dan prasarana yang digunakan dalam pemeriksaan pasien demam berdarah dengue yaitu, laboratorium untuk

pemeriksaan darah rutin. Pasien segera dirujuk apabila terjadi perdarahan masif (hematemesis, melena), dengan pemberian cairan kristaloid sampai dosis 15 ml/kg jam kondisi belum membaik dan terjadi komplikasi atau keadaan klinis yang tidak lazim, seperti kejang, penurunan kesadaran dan lainnya.

8. Pneumonia (Bronkopneumonia)

Pneumonia adalah suatu peradangan atau inflamasi parenkim paru, distal dari bronkiolus terminalis yang mencakup bronkiolus respiratorius dan alveoli, serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru dan gangguan pertukaran gas setempat. Pneumonia disebabkan oleh mikroorganisme (bakteri, virus, jamur, parasit). Pneumonia yang dimaksud di sini tidak termasuk dengan pneumonia yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Gejala yang terdapat pada pasien Bronkopneumonia yaitu batuk dengan dahak mucoid atau purulen kadang – kadang disertai darah, sesak nafas, demam tinggi, dan nyeri dada. Pemeriksaan penunjang pada penyakit bronkopneumonia, yaitu :

- a. Thorax foto terlihat perselubungan pada daerah yang terkena.
- b. Laboratorium
 1. Leukositosis ($10.000 - 15.000/\text{mm}^3$) dengan hitung jenis pergeseran ke kiri (neutrophil batang tinggi). Leukosit $<3.000/\text{mm}^3$, prognosisnya buruk.
 2. Analisa sputum adanya jumlah leukosit bermakna
 3. Gram sputum.

Sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam pemeriksaan pasien dengan bronkopneumonia yaitu Laboratorium untuk pemeriksaan sputum, darah rutin dan radiologi. Pasien bronkopneumonia dirujuk apabila kriteria CURB (*Consciousness*, kadar *Ureum*, *Respiratory rate* >30 x/m, *Blood pressure*: Sistolik <90 mmHg dan diastolik <60 mmHg; masing masing bila ada kelainan bernilai 1 dan dirujuk bila total nilai 2.

9. Demam Tifoid

Demam tifoid banyak ditemukan di masyarakat perkotaan maupun di pedesaan. Penyakit ini erat kaitannya dengan kualitas higiene pribadi dan sanitasi lingkungan yang kurang baik. Di Indonesia bersifat endemik dan merupakan masalah kesehatan masyarakat. Gejala yang terjadi pada pasien demam tifoid adalah Demam turun naik terutama sore dan malam hari (demam intermiten) disertai dengan sakit kepala (pusing-pusing) yang sering dirasakan di area frontal, nyeri otot, pegal-pegal, insomnia, anoreksia dan mual muntah. Selain itu, keluhan dapat pula disertai gangguan gastrointestinal berupa konstipasi dan meteorismus atau diare, nyeri abdomen dan BAB berdarah. Pada anak dapat terjadi kejang demam. Demam tinggi dapat terjadi terus menerus (demam kontinu) hingga minggu kedua. Sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam pemeriksaan demam tifoid adalah Laboratorium untuk melakukan pemeriksaan darah rutin dan serologi Widal. Apabila pasien telah mendapat terapi selama 5 hari namun belum sembuh serta terdapat tanda – tanda komplikasi serta fasilitas di

pelayanan primer tidak mencukupi maka pasien segera dirujuk ke fasilitas pelayanan sekunder.

10. Anemia

Penurunan kadar Hemoglobin yang menyebabkan penurunan kadar oksigen yang didistribusikan ke seluruh tubuh sehingga menimbulkan berbagai keluhan (sindrom anemia). Gejala yang ditimbulkan oleh penyakit anemia adalah lemah, lesu, letih, lelah, penglihatan berkunang-kunang, pusing, telinga berdenging dan penurunan konsentrasi. Pemeriksaan penunjang pada anemia adalah pemeriksaan darah: Hemoglobin (Hb), Hematokrit (Ht), leukosit, trombosit, jumlah eritrosit, morfologi darah tepi (apusan darah tepi), MCV (Mean Corpuscular Volume), MCH (Mean Corpuscular Hemoglobin), MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration), retikulosit. Pasien segera dirujuk ke fasilitas pelayanan sekunder jika terjadi anemia berat dengan indikasi transfuse ($Hb < 6 \text{ mg\%}$) dan anemia karena penyebab yang tidak termasuk kompetensi dokter layanan primer, dirujuk ke dokter penyakit dalam.

D. Tinjauan Umum tentang Faktor Penyebab Rujukan

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berperan sebagai pemberi layanan kesehatan dasar berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan medik. Puskesmas juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), melakukan penapisan pelayanan yang perlu dirujuk, menata sistem rujukan dan meningkatkan kepuasan peserta dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas

(Alawi dkk, 2017). Namun, kenyataannya masih banyak kasus – kasus yang semestinya dapat ditangani dan tuntas di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Adapun faktor – faktor penyebab rujukan yaitu :

1. Pemahaman petugas tentang fungsi puskesmas sebagai *Gatekeeper*

Menurut Panduan Praktis *Gatekeeper Concept* Fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan, *Gatekeeper Concept* merupakan konsep sistem pelayanan kesehatan dimana fasilitas kesehatan tingkat pertama pemberi pelayanan kesehatan dasar dan berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan medik. Puskesmas sebagai *gatekeeper* berfungsi sebagai kontak pertama pasien, penapis rujukan dan kendali mutu dan biaya.

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dapat berfungsi secara optimal biasanya akan memberikan iuran kualitas kesehatan yang lebih baik kepada peserta dan akan mengurangi beban negara dalam pembiayaan kesehatan karena mampu menurunkan angka kesakitan dan dapat mengurangi kunjungan ke fasilitas lanjutan.

Terdapat empat fungsi pokok Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebagai *Gatekeeper*, yaitu :

1. Kontak pertama pelayanan (*First Contact*)

Fasilitas kesehatan tingkat pertama merupakan tempat pertama yang dikunjungi peserta setiap kali mendapat masalah kesehatan.

2. Pelayanan berkelanjutan (*Continuity*)

Hubungan fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan peserta dapat berlangsung secara berkelanjutan/kontinyu sehingga penanganan penyakit dapat berjalan optimal.

3. Pelayanan paripurna (*Comprehensiveness*)

Fasilitas kesehatan tingkat pertama memberikan pelayanan yang komprehensif terutama untuk pelayanan promotif dan preventif.

4. Koordinasi pelayanan (*Coordination*)

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) menyelenggarakan koordinasi pelayanan dengan penyelenggara kesehatan lainnya untuk memberikan pelayanan kepada pasien sesuai dengan kebutuhannya (BPJS Kesehatan, 2012).

Berdasarkan penelitian (Firdiah, 2017), menyatakan bahwa Pemahaman dokter sebagai *gatekeeper* secara umum sudah baik mengenai fungsi dokter sebagai *gatekeeper*. Jika terdapat pasien yang meminta dirujuk atas keinginan sendiri, dokter akan memberikan penjelasan terlebih dahulu kepada pasien. Jika pasien tetap berkeinginan untuk dirujuk, maka akan diberikan keterangan “Atas Permintaan Sendiri”. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Ali, 2015) menyatakan bahwa pemahaman petugas tentang fungsi Puskesmas sebagai pintu masuk/penapis rujukan (*gatekeeper*) di Kota Ternate cukup baik.

2. Ketersediaan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan

Pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN seperti saat ini puskesmas merupakan salah satu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

(FKTP) yang harus didatangi peserta JKN untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar. Jika terdapat masalah peserta yang tidak dapat ditangani di puskesmas maka peserta akan di rujuk di fasilitas kesehatan tingkat lanjut (rumah sakit). Akibat dari kebijakan ini maka otomatis jumlah kunjungan pasien ke puskesmas akan meningkat dan dapat dipastikan beban kerja para petugas kesehatan di puskesmas akan meningkat. Namun, kebijakan tersebut tidak diterapkan dengan memenuhi ketersediaan tenaga kesehatan di puskesmas. Padahal ketersediaan tenaga kesehatan sangat berperan penting dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan. Dalam peran tersebut diharapkan ketersediaan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan. sehingga tugas dan fungsi pokok tenaga kesehatan dapat dilaksanakan sesuai dengan pendidikan dan keterampilan yang dimiliki karena dalam subsistem SDM, tenaga kesehatan menjadi unsur utama bagi subsistem lainnya. Sehingga kualitas tenaga kesehatan yang ada di puskesmas merupakan manifestasi dari profesionalisme tenaga kesehatan dalam melaksanakan peran dan fungsi puskesmas (Lestari, 2017).

Jenis tenaga kesehatan di Puskesmas paling sedikit terdiri dari (Permenkes, 2014c) :

1. Dokter atau dokter layanan primer
2. Dokter Gigi
3. Perawat
4. Bidan
5. Tenaga Kesehatan Masyarakat
6. Tenaga Kesehatan Lingkungan

7. Ahli Teknologi Laboratorium medik
8. Tenaga Gizi
9. Tenaga Kefarmasian.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di 8 kabupaten atau kota terkhusus untuk tenaga kesehatan sesuai dengan Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014 sudah tersedia di setiap puskesmas meskipun dengan jumlah yang masih kurang (Mujiati & Yuniar, 2017).

3. Ketersediaan sarana dan prasarana

Sarana dan prasarana merupakan salah satu faktor penting yang mendukung berlangsungnya sistem pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi masyarakat. Peralatan kesehatan di puskesmas harus sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 118 Tahun 2014 tentang Kompedium Alat Kesehatan, serta memenuhi persyaratan standar mutu, keamanan, keselamatan, memiliki izin edar sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dan diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh institusi penguji dan pengkalibrasi yang berwenang (Primasari, 2015).

4. Ketersediaan obat

Pengadaan obat – obatan terutama bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tidak berpisah dengan obat – obat lain. Menurut petunjuk teknis Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ketersediaan obat di puskesmas harus selalu tersedia, karena dana kapitasi yang dibayarkan ke puskesmas 20% di dalamnya sudah termasuk biaya pembelian obat-obatan sehingga pasien atau peserta program JKN tidak bisa dibebankan lagi untuk membeli

obat. Pelayanan obat untuk peserta JKN di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dilakukan oleh apoteker.

Penyelenggaraan kegiatan pengelolaan obat yang meliputi perencanaan, kebtuhan, permintaan, penerimaan, penyimpanan, hingga pemantauan dan evaluasi diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di Puskesmas. Berdasarkan penelitian Rahmah, 2018 menyatakan bahwa pelaksanaan pengadaan obat di Puskesmas X sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2016. Namun, terdapat beberapa kendala kegiatan pengadaan yang membutuhkan waktu lama, Puskesmas tidak bisa melakukan pengadaan di luar periode pengadaan obat dan kurangnya pemantauan Dinas Kesehatan Kota terhadap distributor obat.

Pelayanan obat untuk peserta JKN pada fasilitas kesehatan mengacu pada daftar obat sesuai dengan standar Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 328/SK//VIII tahun 2013 yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sedikitnya ada 923 bentuk sediaan obat baik generik dan obat merek yang ditetapkan dan tercantum dalam e-katalog obat. Obat-obatan tersebut diajukan oleh tiap Puskesmas ke Dinas Kesehatan berdasarkan pola konsumsi di masing-masing Puskesmas. Penggunaan obat di luar dari Formularium nasional di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dapat digunakan apabila sesuai dengan indikasi medis dan sesuai dengan standar pelayanan kedokteran (Raharni dkk, 2018).

5. Permintaan pasien JKN untuk di rujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL)

Setiap peserta JKN memiliki hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan diberikan secara berjenjang, efektif dan efisien dengan menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya berdasarkan indikasi medis. Oleh karena itu, untuk memperoleh pelayanan kesehatan tersebut, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) wajib menerapkan sistem rujukan. Tingginya rasio rujukan yang diakibatkan oleh pelaksanaan rujukan yang tidak sesuai dengan alur jenjangnya akan menyebabkan penumpukan pasien di salah satu fasilitas kesehatan (Faulina dkk, 2016). Hal ini dapat berdampak pada kualitas pelayanan dan dapat merugikan secara finansial dan berpengaruh terhadap pencapaian kinerja di bidang kesehatan (Puspitaningtyas dkk, 2014)

Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi keputusan dokter dalam mengambil keputusan rujukan adalah permintaan pasien dalam meminta rujukan. Berdasarkan hasil penelitian Purwati, 2017 di 29 puskesmas di Kabupaten Jember menyatakan bahwa penyebab masalah rujukan yang tidak sesuai dikarenakan keinginan pasien dalam meminta rujukan alasan pasien yang meminta rujukan diantaranya karena keterbatasan ketersediaan obat di puskesmas, keterbatasan fasilitas hingga alasan ingin mendapatkan perawatan atau pelayanan kesehatan dari dokter spesialis serta kurangnya kepercayaan dengan pelayanan di puskesmas (Purwati dkk, 2017).

E. Matriks Penelitian Terdahulu

Adapun matriks penelitian terdahulu adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3 Matriks Penelitian Terdahulu

No	Penulis/Jurnal	Judul	Metode	Kesimpulan
1.	Diana Sinulingga, Linda Silalahi. Deli Serdang (2019) <i>Jurnal Penelitian Kesmas</i>	Faktor yang Memengaruhi Pasien Pengguna JKN-PBI ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut di Puskesmas Pancur Batu Kabupaten Deli Serdang Tahun 2019	Jenis penelitian kuantitatif dengan metode survei, dengan pendekatan potong lintang (<i>Cross Sectional</i>). Tujuan penelitian ini yaitu untuk menganalisis faktor yang memengaruhi peningkatan jumlah rujukan pasien JKN-PBI di fasilitas kesehatan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh peserta JKN PBI.	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel sarana dan prasarana, informasi tentang rujukan, dan pengetahuan berpengaruh terhadap rujukan pengguna JKN-PBI ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL). Variabel yang paling besar pengaruhnya dalam penelitian ini adalah variabel ketersediaan sarana dan prasarana. Sedangkan, variabel jarak, motivasi dan sikap tenaga kesehatan di puskesmas tidak memengaruhi keputusan pasien untuk meminta rujukan.
2.	Fauziah Abdullah Ali, G.D Kandou, J. M.L, Umboh Ternate (2015) <i>JIKMU</i>	Analisis Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Siko dan Puskesmas Kalumata	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif yang bertujuan untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam tentang bagaimana pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat	Pemahaman petugas tentang kebijakan sistem rujukan rawat jalan tingkat pertama kurang baik hal ini sama dengan 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 cukup baik meskipun

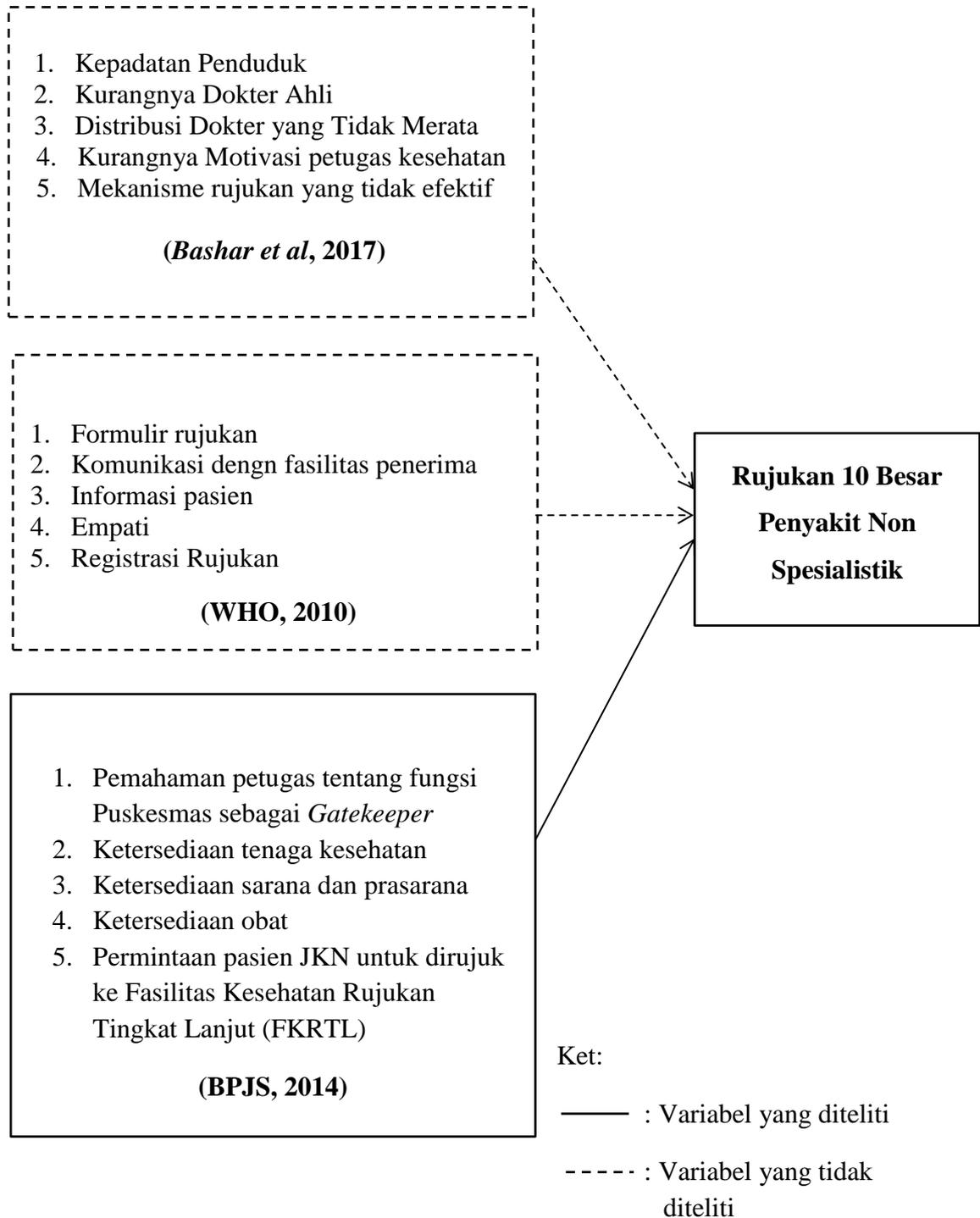
		Kota Ternate Tahun 2014	pertama program Jaminan Kesehatan Nasional Kota Ternate. Informan antara lain Kepala Puskesmas, Dokter Poliklinik, Staf Puskesmas, Staf BPJS, Staf Pengelola JKN Dinas Kesehatan Kota Ternate.	dalam prakteknya sering tidak mengikuti aturan yang ditetapkan. Ketersediaan obat-obatan dan bahan habis pakai yang digunakan dokter dalam memberikan terapi kepada pasien dalam kategori cukup baik namun masih ada kendala keterlambatan serta sering terjadi kekosongan stok obat. Sedangkan, Ketersediaan fasilitas dan alat kesehatan medis masih minim dibandingkan menurut Pedoman Sistem Rujukan Nasional
3.	Hermiyanty, Bertin Ayu Wandira, Fitri Nelianti Palu (2019) <i>Jurnal Kesehatan Tadulako</i>	Implementasi Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Puskesmas Singgani Kecamatan Palu Timur Kota Palu.	Jenis Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif, dengan <i>Indepth Interview</i> , Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui Implementasi Rujukan Pasien JKN BPJS di Puskesmas Singgani Kecamatan Palu Timur Kota Palu dengan menggunakan teori Edward III. Penentuan informan dilakukan melalui teknik purposive sampling yaitu informan kunci adalah Kepala	Hasil menunjukkan bahwa variabel komunikasi meliputi transmisi, konsistensi dan kejelasan sudah baik. Variabel sumber daya manusia yaitu dokter sudah memadai, sarana prasarana masih kurang untuk menunjang pelayanan kesehatan serta kewenangan dalam pemberian rujukan sudah sesuai. Variabel disposisi dimana komitmen dokter dalam melaksanakan rujukan sudah baik. Variabel struktur birokrasi Puskesmas Singgani sudah memiliki dokumen tertulis terkait SOP rujukan.

			<p>Puskesmas dan BPJS Kesehatan Cabang Palu. Informan biasa, yaitu dokter umum dan kepala instansi farmasi yang ada di Puskesmas. Informan tambahan yaitu pasien yang dirujuk.</p>	
4.	<p>Masykur Alawi, Purnawan Junadi, Siti Nur Latifa Sukabumi (2015)</p> <p><i>Jurnal Ekonomi Kesehatan Dunia</i></p>	<p>Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingginya Rujukan Kasus Non Spesialistik Pasien Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas di Kabupaten Sukabumi Tahun 2015</p>	<p>Desain penelitian ini menggunakan pendekatan <i>cross sectional</i> dengan sumber data penelitian menggunakan data primer dan sekunder, hal ini bertujuan untuk saling melengkapi dan memperkuat data penelitian. Pelaksanaan penelitian dilakukan dengan cara penyebaran kuesioner pada 58 Puskesmas dengan satu orang dokter dari setiap Puskesmas dengan menggunakan whole sampling dan dengan penelusuran dokumen terkait.</p>	<p>Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingginya rujukan kasus non spesialistik pasien jaminan kesehatan nasional di puskesmas kabupaten Sukabumi tahun 2015 adalah kategori puskesmas berdasarkan wilayah, kecukupan obat dan kecukupan alat kesehatan di puskesmas serta jarak puskesmas ke fasilitas rujukan.</p>

5.	<p>Parman, Ruslan Majid, Lisnawaty Kendari (2017)</p> <p><i>Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat</i></p>	<p>Studi Pelaksanaan Sistem Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Perumnas Kota Kendari Tahun 2016</p>	<p>Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif menggunakan pendekatan fenomenologis. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui gambaran umum pelaksanaan sistem rujukan rawat jalan tingkat pertama peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Perumnas Kendari tahun 2016. Informan ialah 6 (enam) orang yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam pelaksanaan rujukan, antara lain Kepala Puskesmas Perumnas, dokter poliklinik Puskesmas Perumnas (2 orang), kepala instalasi farmasi, dan pasien yang dirujuk (2 orang).</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi aspek kebijakan system rujukan belum berjalan dengan baik dilihat dari tingginya rasio rujukan yang mencapai 16% melebihi dari standar ketetapan BPJS Kesehatan yaitu 15%, ketersediaan dokter telah memenuhi standar SDM, ketersediaan obat-obatan belum lengkap, ketersediaan fasilitas dan alat kesehatan medis fasilitas pelayanan kesehatan belum lengkap dan masih ada beberapa Pasien yang meminta rujukan namun apabila masih dapat ditangani di Puskesmas Perumnas maka tidak akan diberi rujukan.</p>
6.	<p>Andita Cindy Faulina, Abu Khoiri, Yennike Tri Herawati. Jember (2016)</p>	<p>Kajian Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional</p>	<p>Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian ini</p>	<p>Kesimpulan dari penelitian ini adalah ketersediaan dokter kurang mencukupi, ketersediaan obat dan alat kesehatan juga belum mencukupi, diagnosis penyakit yang dirujuk masih banyak yang merupakan</p>

	<i>Jurnal IKESMA</i>	(JKN) di UPT. Pelayanan Kesehatan Universitas Jember	dilaksanakan di UPT. Pelayanan Kesehatan Universitas Jember pada bulan Agustus-September 2016. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang dalam Program JKN di UPT. Informan kunci dalam penelitian ini yaitu Kepala UPT.	kompetensi FKTP, pasien peserta JKN yang dirujuk tidak semuanya membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik/subspesialisik serta masih banyak pasien peserta JKN yang meminta dirujuk dan dirujuk atas permintaan sendiri.
7.	Fany Putri Ayuandira, Ambo Sakka, Jumakil Kendari (2018) <i>JIMKESMAS</i>	Implementasi Sistem Rujukan di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Kendari Tahun 2018	Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologis. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Kendari.	Kesimpulan dari penelitian ini yaitu kelengkapan syarat administrasi, serta kesesuaian diagnose, kepatuhan petugas terhadap SOP, dan ketersediaan obat belum berjalan secara optimal di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Kendari.

F. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori