

TESIS

**KAJIAN BASIS PELAKSANAAN RUJUKAN RAWAT JALAN PESERTA
BPJS KESEHATAN PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA
DI KOTA MAKASSAR**

BASIC STUDY ON THE IMPLEMENTATION OF OUTPATIENT REFERRAL
OF BPJS HEALTH MEMBERS IN THE FIRST HEALTH FACILITY AT
MAKASSAR

ERNI FEBRIANTI



PROGRAM MAGISTER ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS HASANUDDIN

2020



**KAJIAN BASIS PELAKSANAAN RUJUKAN RAWAT JALAN PESERTA
BPJS KESEHATAN PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA
DI KOTA MAKASSAR**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

ERNI FEBRIANTI

kepada

PROGRAM MAGISTER ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS HASANUDDIN

2020



TESIS**KAJIAN BASIS PELAKSANAAN RUJUKAN RAWAT JALAN PESERTA
BPJS KESEHATAN PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA DI
KOTA MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

ERNI FEBRIANTI
Nomor Pokok P1802216021Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 13 Agustus 2020
dan dinyatakan telah memenuhi syaratMenyetujui
Komisi Penasihat,
Prof. Dr. Amran Razak, SE., M.Sc
Ketua
Prof. Dr. Siti Haerani, M.Si
AnggotaKetua Program Studi
Kesehatan Masyarakat
Dr. Masni, Apt., MSPH

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Erni Febrianti
Nomor Mahasiswa : P1802216021
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Agustus 2020

Yang menyatakan



Erni Febrianti



PRAKATA

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul **“KAJIAN BASIS PELAKSANAAN RUJUKAN RAWAT JALAN PESERTA BPJS KESEHATAN PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA DI KOTA MAKASSAR”**.Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Tesis ini penulis jadikan hadiah kepada Ibunda **Hamsang Toro Daeng Mattiro** dan Ayahanda **Patahuddin Topaweli**, yang telah mendorong dan memberikan semangat serta kasih sayang yang tiada hentinya kepada penulis sejak kecil hingga saat ini. Juga kepada Ibunda kedua saya **Hj.Hasmawati** dan Ayahanda **H.Sunardi** yang sudah mendukung dan membantu segala kebutuhan saya dengan penuh cinta dan kasih sayangnya. Teruntuk suamiku tersayang **Permadi Prio Hutomo** serta anakku tercinta **Al Fatih Mubarak dan Adiba Malika (Almarhumah)** yang senantiasa memberikan doa, kasih sayang, semangat dan sebagai motivator dalam setiap langkah yang telah penulis tempuh serta untuk adik dan kakak serta semua keluarga saya terima kasih atas segala perhatian, pengorbanan,



, doa serta kasih sayang yang tercurah kepada penulis selama
uh pendidikan di Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Tesis ini tentunya dapat selesai tidak terlepas dari motivasi dan bantuan dari berbagai pihak selama proses penelitian hingga penyusunan tesis ini selesai. Oleh karena itu , penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada Bapak **Prof.Dr.H. Amran Razak,SE,M.Sc** yang tidak hanya bertindak sebagai pembimbing 1 namun sudah memberikan banyak arahan dan motivasi bagi penulis selama menjalani proses perkuliahan dan juga kepada Ibu **Prof.Dr.Hj. Siti Haerani,SE.M.Si** selaku pembimbing 2 atas segala bimbingan, arahan, nasihat, petunjuk serta waktu yang telah diberikan kepada penulis selama ini hingga selesainya tesis ini. Rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan pula kepada Bapak **Dr. Darwansyah SE.MS**, Bapak **Dr. H.Muhammad Alwy Arifin,M.Kes**, Bapak **Dr. Lalu Muh.Saleh, SKM,M.Kes** atas kesediaannya menjadi penguji yang memberikan banyak saran, arahan yang sangat berharga kepada penulis.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada :

1. Bapak **Prof.Dr.Ir.Jamaluddin, M.Sc**, Direktur Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar
2. Bapak **Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed** Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar
3. Ibu **Dr. Masni, Apt., MSPH** Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar



uh Bapak dan Ibu Dosen dan Staf bagian Administrasi Kebijakan hatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang

sudah mendidik penulis selama menempuh pendidikan di Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.

5. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sulawesi Selatan
6. Kepala Kesbangpol Pemerintah Kota Makassar
7. Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar
8. Kepala Puskesmas Kassi-Kassi, Kepala Puskesmas Tamalate, dan Puskesmas Batua Kota Makassar
9. *Business Clinic Manager* PT.Kimia Farma Cabang Makassar.
10. Teman teman di Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Angkatan 2016 dan juga teman teman Alumni Jalangkung'06 yang telah memberikan dukungan dan motivasi selama perkuliahan dan dalam penyelesaian tesis ini.
11. Semua pihak yang tidak sempat penulis sebutkan satu persatu namanya yang sudah banyak membantu penulis selama ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan karena berbagai hambatan dan keterbatasan penulis. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun senantiasa penulis harapkan dari berbagai pihak. Semoga karya yang sederhana ini dapat memberikan manfaat kepada semua pihak yang membutuhkannya dan semoga Allah SWT senantiasa mengijabah setiap niat baik serta senantiasa memberikan curahan rahmatNya kepada kita semua. Amin Ya Rabbal Alamin

Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Makassar, Agustus 2020



Erni Febrianti

ABSTRAK

ERNI FEBRIANTI. *Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Peserta BPJS Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kota Makassar* (dibimbing oleh **Amran Razak** dan **Sitti Haerani**).

Rujukan kesehatan merupakan salah satu program dalam subsistem upaya kesehatan yang didasarkan atas tanggung jawab bersama antara semua unit pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji komponen yang berpengaruh terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan peserta BPJS Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Penelitian ini menggunakan metode campuran (*mixed method*) yang menghubungkan metode penelitian kuantitatif dan kualitatif dengan jumlah sampel 60 responden yang dipilih secara *proportional stratified random sampling*. Pengumpulan data dilakukan oleh petugas yang sudah terlatih dengan menggunakan kuesioner dan melakukan wawancara mendalam kepada informan kunci. Analisis bivariat digunakan untuk melihat komponen yang berpengaruh terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan peserta BPJS Kesehatan dengan menggunakan uji *chi-square* dilanjutkan dengan analisis multivariat dengan menggunakan uji regresi logistik.

Hasil penelitian dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan bahwa yang berpengaruh terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan dimana variabel yang memiliki nilai $p < 0,05$ yaitu ketersediaan sumber daya manusia kesehatan ($p=0,028$), ketersediaan fasilitas alat ($p=0,018$), dan pemahaman tentang 155 kasus penyakit yang ditangani di FKTP ($p=0,001$). Kemudian dilakukan analisis regresi logistik dengan hasil urutan variabel yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan yaitu pemahaman tentang 155 kasus penyakit yang ditangani di FKTP ($p=0,001$; $\exp(B)=8,021$), ketersediaan sumber daya manusia kesehatan ($p=0,027$; $\exp(B)=4,319$), dan ketersediaan fasilitas alat ($p=0,018$; $\exp(B)= 4,250$). Diharapkan perbaikan pada komponen pelaksanaan rujukan rawat jalan peserta BPJS Kesehatan dapat menekan tingginya angka rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama untuk memaksimalkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Kata Kunci : sistem rujukan, fasilitas kesehatan tingkat pertama, BPJS an, SDM Kesehatan, fasilitas alat



ABSTRACT

ERNI FEBRIANTI. *Implementation of Outpatient Referral of BPJS Health Members in the First Level Health Facilities at Makassar* (supervised by **Amran Razak** and **Sitti Haerani**)

Health referral is one of the programs in the health effort subsystem that is based on shared responsibility between all health service units. This study aims to examine the components that affect the implementation of Social Insurance Administration Organization outpatient referrals in First Level Health Facilities.

This study uses a mixed method that links quantitative and qualitative research methods with a sample of 60 respondents selected by proportional stratified random sampling. Data collection is carried out by trained staff using questionnaires and conducting in-depth interviews with key informants. Bivariate analysis was used to see the components that influence the implementation outpatient referral of BPJS Health members using the chi-square test and followed by multivariate analysis using logistic regression tests.

The results of the study using the chi-square test showed that affects the implementation of outpatient referral where the variables that have a value of $p < 0.05$ are the availability of health human resources ($p = 0.028$), the availability of equipment facilities ($p = 0.018$), and understanding of 155 cases of disease handled in First Level Health Facilities ($p = 0.001$). Then a logistic regression analysis was performed with the results of the most influential variable influencing the implementation of outpatient referrals, namely an understanding of 155 cases of disease handled at FKTP ($p = 0.001$; $\exp(B) = 8.021$), the availability of health human resources ($p = 0.027$; $\exp(B) = 4,319$), and the availability of tool facilities ($p = 0.018$; $\exp(B) = 4,250$). It is expected that improvements in the outpatient referral component BPJS health members can reduce the high number of referrals from First Level Health Facilities to maximize health services to the community.

Keywords: referral system, first level health facilities, BPJS health members, human resources for health, equipment facilities



DAFTAR ISI

| | |
|---|------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PENGESAHAN | iii |
| PERNYATAAN KEASLIAN TESIS | iv |
| PRAKATA | v |
| ABSTRAK | viii |
| ABSTRACT | ix |
| DAFTAR ISI | x |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR GAMBAR | xiv |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 10 |
| C. Tujuan Penelitian | 11 |
| D. Manfaat Penelitian | 12 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Sistem Kesehatan Indonesia (SKN) | 13 |
| B. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) | 17 |
| C. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) | 22 |
| D. Sistem Rujukan Pasien BPJS | 30 |
| E. Kerangka Teori | 36 |
| F. Kerangka Konsep | 43 |
| G. Definisi Operasional Variabel | 44 |
| H. Hipotesa Penelitian | 51 |
| BAB III METODE PENELITIAN | |
| A. Pendekatan dan Desain Penelitian | 53 |
|  engelolaan Peran Peneliti | 55 |
| okasi Penelitian | 56 |
| opulasi dan Sampel | 56 |

| | |
|------------------------------------|-----|
| E. Teknik Pengumpulan Data | 62 |
| F. Sumber Data | 64 |
| G. Pengolahan dan Analisis Data | 66 |
| H. Penyajian Data | 72 |
| | |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | |
| | |
| A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian | 73 |
| B. Karakteristik Informan | 81 |
| C. Hasil Penelitian | 82 |
| D. Pembahasan | 101 |
| E. Keterbatasan Penelitian | 119 |
| | |
| BAB V PENUTUP | |
| | |
| A. Kesimpulan | 120 |
| B. Saran | 121 |
| | |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| | |
| LAMPIRAN | |



DAFTAR TABEL

| Nomor | Halaman |
|---|---------|
| 1. Data Rujukan FKTP di Kota Makassar Tahun 2018 | 03 |
| 2. Daftar Diagnosa Penyakit yang ditangani di Puskesmas | 34 |
| 3. Luas wilayah, Jumlah RW/RT Menurut Kelurahan di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Tahun 2018 | 74 |
| 4. Jumlah penduduk Menurut Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Tahun 2018 | 74 |
| 5. Luas wilayah, Jumlah kelurahan, Jumlah Penduduk diwilayah Kerja Puskesmas Tamalate Tahun 2018 | 76 |
| 6. Jumlah penduduk dan kepala keluarga diwilayah kerja Puskesmas Tamalate Tahun 2018 | 76 |
| 7. Karakteristik Informan | 82 |
| 8. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Petugas Kesehatan pada FKTP di Kota Makassar | 83 |
| 9. Distribusi Responden Berdasarkan Umur Petugas Kesehatan pada FKTP di Kota Makassar | 84 |
| 10. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Petugas Kesehatan pada FKTP di Kota Makassar | 84 |
| 11. Distribusi Responden Berdasarkan Status Pegawai Petugas Kesehatan pada FKTP di Kota Makassar | 85 |
| 12. Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja Petugas Kesehatan pada FKTP di Kota Makassar | 86 |
| 13. Persepsi Responden Tentang Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan pada FKTP di Kota Makassar | 87 |
| 14. Persepsi Responden Tentang Ketersediaan Fasilitas Alat | 88 |



pada FKTP di Kota Makassar

| | |
|--|----|
| 15. Persepsi Responden Tentang Ketersediaan Obat-Obatan pada FKTP di Kota Makassar | 89 |
| 16. Persepsi Responden Tentang Pemahaman Tentang Sistem Rujukan Berjenjang pada FKTP di Kota Makassar | 90 |
| 17. Persepsi Responden Tentang Pemahaman Tentang Sistem Rujukan Berjenjang pada FKTP di Kota Makassar | 91 |
| 18. Persepsi Responden Tentang Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan pada FKTP di Kota Makassar | 92 |
| 19. Pengaruh Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan terhadap Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan pada FKTP di Kota Makassar | 93 |
| 20. Pengaruh Ketersediaan Fasilitas Alat terhadap Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan pada FKTP di Kota Makassar | 94 |
| 21. Pengaruh Ketersediaan Obat-Obatan terhadap Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan pada FKTP di Kota Makassar | 95 |
| 22. Pengaruh Pemahaman Tentang Sistem Rujukan Berjenjang terhadap Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan pada FKTP di Kota Makassar | 96 |
| 23. Pengaruh Pemahaman Tentang 155 Kasus Penyakit yang ditangani di FKTP terhadap Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan pada FKTP di Kota Makassar | 97 |
| 24. Pengaruh Masing-Masing Variabel Independen Terhadap Variabel Dependen pada FKTP di Kota Makassar | 98 |
| 25. Hasil Analisis Multivariat dengan Regresi Logistik Pengaruh Variabel Responden Terhadap Variabel Dependen pada FKTP di Kota Makassar | 99 |



DAFTAR GAMBAR

| Nomor | Halaman |
|---|---------|
| 1. Penyelenggaraan Kesehatan dari Sistem Kesehatan | 40 |
| 2. Kerangka Konsep Penelitian | 43 |
| 3. Proses Penelitian dalam strategi Eksplanatoris Sekuensial <i>Mixed Method</i> | 54 |



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian terpadu dari pembangunan sumber daya manusia dalam mewujudkan bangsa yang maju dan mandiri serta sejahtera lahir dan batin (Adisasmito, 2014). Salah satu ukuran yang dapat kita lihat yang menjadikan bangsa itu masuk dalam kategori maju dengan derajat kesehatan yang tinggi. Indonesia sebenarnya telah mempunyai sistem kesehatan sejak tahun 1982 melalui Sistem Kesehatan Nasional.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) di Indonesia mendukung berjalannya program jaminan kesehatan secara optimal melalui penerapan sistem rujukan berjenjang dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) menuju Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) sesuai dengan kebutuhan medis, sehingga pasien dapat berobat ke fasilitas kesehatan primer seperti puskesmas, klinik atau dokter keluarga yang tercantum pada kartu peserta BPJS Kesehatan (Wahyuddin, 2017).

Hal ini bertujuan untuk menghindari peningkatan rujukan atau menumpuknya pasien dirumah sakit sebagai FKTL sehingga pembagian antara tenaga medis di FKTP dan FKTL tidak bersinergi dengan baik



karena ada penyakit yang seharusnya bisa diatasi di Puskesmas tanpa harus memberikan rujukan ke Rumah Sakit.

Gate Keeper atau penapis rujukan menurut (Abdullah dkk.,2014) merupakan suatu sistem pelayanan kesehatan dimana puskesmas berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar yang berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan medik dan mampu melayani 155 diagnosis secara baik dan tuntas.

Rujukan kesehatan merupakan salah satu program dalam subsistem upaya kesehatan. Sedangkan tujuan dilaksanakannya kebijakan rujukan karena untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat dengan didasarkan atas tanggung jawab bersama antara semua unit pelayanan kesehatan. Sehingga rujukan ini diharapkan dapat lebih memberikan pelayanan yang berkualitas dalam mengatasi dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Sehingga dengan adanya sistem rujukan yang dilaksanakan dengan baik diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan secara bermutu dimana tujuan pelayanan dapat dicapai tanpa harus menggunakan biaya yang mahal. Menurut Taher (2013), masih ada masyarakat yang belum tahu teknis mendapatkan pelayanan sesuai dengan aturan BPJS Kesehatan. Masyarakat yang akan berobat ke rumah sakit umum pemerintah dengan



BPJS harus mendapat rujukan dari dokter, klinik/puskesmas, atau rumah sakit umum daerah. Masyarakat yang datang ke rumah sakit

sekunder, akan dilayani jika sudah mendapatkan rujukan dari pelayanan kesehatan primer, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 001/2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. Aturan ini diterbitkan agar Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat berjalan baik.

Berdasarkan data BPJS Kesehatan per Triwulan III tahun 2015 di Indonesia tercatat 152.173.216 atau sekitar 33.33% pasien BPJS rujukan dari FKTP ke FKTL dari total angka kunjungan peserta BPJS Kesehatan ke FKTP sebanyak 3,5 juta kunjungan perbulan, sedangkan keadaan sampai dengan bulan Juli tahun 2016 tercatat 4.779.380 atau 14,17 % pasien BPJS rujukan dari FKTP ke FKTL dari total angka 33.721.051 kunjungan pasien peserta BPJS ke FKTP (Wahyuddin,2017). Sementara untuk di Kota Makassar, berdasarkan data BPJS Kesehatan Kantor Cabang Makassar tahun 2018 untuk rujukan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kota Makassar sebagai berikut :

Tabel 1. Data Rujukan FKTP di Kota Makassar Tahun 2018

| No. | Nama FKTP | Angka Sakit | Jumlah Rujukan | Persentase (%) |
|-----|-------------------|-------------|----------------|----------------|
| 1 | Barang Lompo | 206 | 42 | 20.38 |
| 2 | Pulau Kodingareng | 765 | 21 | 2.74 |
| 3 | Kapasa | 305 | 86 | 28.19 |
| 4 | Bulurokeng | 401 | 31 | 7.73 |
| 5 | Maccini Sombala | 917 | 146 | 15.92 |
| 6 | Paccerakang | 723 | 204 | 28.21 |
| 7 | Bangkala | 716 | 157 | 21.92 |
| 8 | Toddopuli | 338 | 39 | 11.53 |
| 9 | Tamalanrea Jaya | 304 | 46 | 15.13 |
| | laparang | 867 | 110 | 12.68 |
| | jalas | 486 | 136 | 27.98 |
| | akan | 637 | 152 | 23.86 |
| | tiwi | 922 | 73 | 7.91 |
| | alia | 836 | 131 | 15.66 |



| No. | Nama FKTP | Angka Sakit | Jumlah Rujukan | Persentase (%) |
|-----|-------------------------------|-------------|----------------|----------------|
| 15 | Panambungan | 590 | 101 | 17.11 |
| 16 | Makkasau | 986 | 119 | 12.06 |
| 17 | Malimongan Baru | 551 | 109 | 19.78 |
| 18 | Layang | 1276 | 308 | 24.13 |
| 19 | Batua | 1292 | 390 | 30.18 |
| 20 | Antang | 1458 | 326 | 22.35 |
| 21 | Karuwisi | 1061 | 118 | 11.12 |
| 22 | Antang II | 1073 | 246 | 22.92 |
| 23 | Pampang | 2547 | 260 | 10.20 |
| 24 | Tamangapa | 969 | 156 | 16.09 |
| 25 | Tamamaung | 1461 | 257 | 17.59 |
| 26 | Bara – Baraya | 1432 | 375 | 26.18 |
| 27 | Maccini Sawah | 1124 | 152 | 13.52 |
| 28 | Mardekaya | 797 | 157 | 19.69 |
| 29 | Jongaya | 1378 | 330 | 23.94 |
| 30 | Tamalate | 1027 | 588 | 57.25 |
| 31 | Kassi –Kassi | 1969 | 656 | 33.31 |
| 32 | Mangasa | 833 | 126 | 15.12 |
| 33 | Minasa Upa | 1131 | 318 | 28.11 |
| 34 | Barombong | 627 | 78 | 12.44 |
| 35 | Cendrawasih | 1318 | 284 | 21.54 |
| 36 | Mamajang | 2214 | 281 | 12.69 |
| 37 | Ujung Pandang Baru | 1166 | 254 | 21.78 |
| 38 | Kalukubodoa | 1643 | 354 | 21.54 |
| 39 | Rappokalling | 1206 | 177 | 14.67 |
| 40 | Patingalloang | 1173 | 173 | 14.74 |
| 41 | Tabaringan | 768 | 87 | 11.32 |
| 42 | Bira | 670 | 115 | 17.16 |
| 43 | Antara | 638 | 116 | 18.18 |
| 44 | Tamalanrea | 876 | 254 | 28.99 |
| 45 | Sudiang | 996 | 280 | 28.11 |
| 46 | Sudiang Raya | 982 | 288 | 29.32 |
| 47 | Klinik Madising Telkomas | 145 | 21 | 14.48 |
| 48 | BRIMedika | 37 | 3 | 8.10 |
| 49 | Klinik pratama RJ Al-Hikam | 365 | 51 | 13.97 |
| 50 | Klinik Azka Nadhifah | 3130 | 505 | 16.13 |
| 51 | Klinik Seroja | 849 | 110 | 12.95 |
| 52 | Klinik Farida Sehat | 1006 | 147 | 14.61 |
| 53 | Klinik GG | 21 | 3 | 14.28 |
| 54 | Klinik Fauziah | 541 | 28 | 5.17 |
| 55 | Family Medical Clinic | 222 | 21 | 9.45 |
| 56 | Klinik Goa Ria | 1818 | 250 | 13.75 |
| 57 | Klinik Dian | 345 | 51 | 14.78 |
| 58 | Klinik sikampotta | 38 | 3 | 7.89 |
| 59 | Klinik Navariah | 12 | 1 | 8.33 |
| 60 | Klinik Kirani | 388 | 10 | 2.57 |
| | Klinik HK Medical Center | 107 | 11 | 10.28 |
| | Klinik ST Khadijah | 21 | 2 | 9.52 |
| | Klinik Sandi Karsa | 1 | 0 | 0 |
| | Klinik Kimia Farma Kima | 86 | 12 | 13.95 |
| | Klinik kimia farma ahmad yani | 468 | 53 | 11.32 |



| No. | Nama FKTP | Angka Sakit | Jumlah Rujukan | Persentase (%) |
|-----|--------------------------------|-------------|----------------|----------------|
| 66 | Klinik kimia farma pettarani | 294 | 20 | 6.80 |
| 67 | Klinik Kes.Keluarga Malika | 67 | 7 | 10.44 |
| 68 | Klinik musafir utama | 25 | 3 | 12.00 |
| 69 | Klinik Unismuh Medical Center | 47 | 4 | 8.51 |
| 70 | Klinik Pada IDI Medical Center | 24 | 2 | 8.33 |
| 71 | Klinik Malengkeri | 14 | 0 | 0 |
| 72 | Klinik kimia farma alauddin | 360 | 48 | 13.33 |
| 73 | Klinik kimia farma daya | 98 | 12 | 12.24 |
| 74 | Klinik kimia farma sudiang | 212 | 12 | 5.66 |
| 75 | Klinik mutiara aroepala | 30 | 2 | 6.66 |
| 76 | Klinik telkomedika | 43 | 3 | 6.97 |
| 77 | Klinik kimia farma BTP | 142 | 22 | 15.49 |
| 78 | Klinik Bethesda | 7 | 0 | 0 |
| 79 | Klinik parakita medika | 7 | 0 | 0 |
| 80 | Klinik firara medika | 54 | 8 | 14.81 |
| 81 | Klinik shafia medika | 49 | 5 | 10.20 |
| 82 | Klinik multi sehat barombong | 167 | 27 | 16.16 |
| 83 | Klinik nur asy syifa | 161 | 21 | 13.04 |
| 84 | Klinik perintis tiga | 40 | 0 | 0 |
| 85 | Klinik firafi | 7 | 0 | 0 |
| 86 | Klinik assyifa pharmacon | 73 | 12 | 16.43 |
| 87 | Klinik kasih | 2 | 0 | 0 |
| 88 | Klinik anugrah | 5 | 0 | 0 |
| 89 | Klinik salsabila | 3 | 0 | 0 |
| 90 | Klinik zamrud medika | 14 | 0 | 0 |
| 91 | Klinik adfalif medika | 1 | 0 | 0 |
| 92 | Klinik pusat PKU Muhammadiyah | 2 | 0 | 0 |
| 93 | Klinik sakinah | 3 | 0 | 0 |
| 94 | Klinik AIS Medika | 65 | 5 | 7.69 |
| 95 | Klinik hilal medika | 63 | 9 | 14.28 |
| 96 | Klinik asahi | 446 | 51 | 11.43 |
| 97 | Klinik Prof.DR.Bachtiar | 881 | 102 | 11.57 |
| 98 | Klinik sophiara | 1038 | 100 | 9.63 |
| 99 | Klinik adaraen assyifa | 1067 | 61 | 5.71 |
| 100 | Klinik malliha | 189 | 23 | 12.16 |
| 101 | Klinik madising utama | 1746 | 128 | 7.33 |
| 102 | Klinik nur ichsan | 846 | 85 | 10.04 |
| 103 | Sana Klinik | 574 | 25 | 4.35 |
| 104 | Klinik lacasino | 2698 | 538 | 19.94 |
| 105 | Klinik waras | 19 | 3 | 15.78 |
| 106 | Klinik aliyya | 738 | 110 | 14.90 |
| 107 | Klinik 24 jam inggit medika | 1625 | 121 | 7.44 |
| 108 | Klinik baruga | 167 | 12 | 7.18 |
| 109 | Health and Nutrition Clinic | 295 | 20 | 6.77 |
| 110 | Klinik sehat | 891 | 81 | 9.09 |
| 111 | Klinik yakatekai barukang | 315 | 38 | 12.06 |
| | Klinik yakatekai pettarani | 155 | 21 | 13.54 |
| | Klinik lifiyura | 3248 | 520 | 16.00 |
| | Klinik mutiara medika | 1327 | 110 | 8.28 |
| | Klinik sumber hidup | 6 | 1 | 16.66 |
| | Klinik kimia farma hasanuddin | 1463 | 433 | 29.59 |



| No. | Nama FKTP | Angka Sakit | Jumlah Rujukan | Persentase (%) |
|-----|-------------------------------|-------------|----------------|----------------|
| 117 | Klinik kimia farma hertasning | 2463 | 420 | 17.05 |
| 118 | Klinik kimia farma ratulangi | 1284 | 121 | 9.42 |
| 119 | Klinik kimia farma dg.tata | 1153 | 189 | 16.39 |
| 120 | Klinik kimia farma erlina | 942 | 120 | 12.73 |
| 121 | Klinik pelabuhan | 275 | 28 | 10.18 |
| 122 | Klinik polrestabes Makassar | 197 | 15 | 7.61 |
| 123 | Klinik sat brimob Makassar | 306 | 39 | 12.74 |
| 124 | Klinik SPN Batua | 33 | 5 | 15.15 |
| 125 | Klinik Den A | 57 | 5 | 8.77 |
| 126 | Klinik BKKM | 300 | 41 | 13.66 |
| 127 | Klinik pajaiang | 630 | 89 | 14.12 |
| 128 | Klinik sasqia | 539 | 81 | 15.02 |
| 129 | Graniya | 122 | 20 | 16.39 |
| 130 | Klinik denkeslap | 543 | 85 | 15.65 |
| 131 | dr. Nurdin Densi.P,MM | 19 | 3 | 15.78 |
| 132 | dr. Robert Philips | 724 | 120 | 16.57 |
| 133 | dr.Gusti | 553 | 118 | 21.33 |
| 134 | dr.Trisnawaty Abbas | 526 | 101 | 19.20 |
| 135 | dr.Musbicha | 173 | 32 | 18.49 |
| 136 | dr.Anna Soeraidah Hamdany | 1016 | 205 | 20.17 |
| 137 | dr.Hj.Nurahmi,M.Kes | 131 | 26 | 19.84 |
| 138 | dr.Eny Murtiny,M.Kes | 211 | 38 | 18.01 |
| 139 | dr.Jani Tanumihardja,SP.S | 199 | 30 | 15.07 |
| 140 | dr.Sultan Buraena, MS | 93 | 8 | 8.60 |
| 141 | dr.Agnes Sentosa | 469 | 232 | 49.46 |
| 142 | dr.HM.Nadjib Sikong | 82 | 12 | 14.63 |
| 143 | dr.Bahrul Awamil | 327 | 62 | 18.96 |
| 144 | dr.Rachmat Latief | 95 | 11 | 11.57 |
| 145 | dr.H.Zainal Abidin | 361 | 52 | 14.40 |
| 146 | dr.Hj.Dahlia,M.Kes | 105 | 18 | 17.14 |
| 147 | dr.Siti Permana Gandasasmita | 69 | 8 | 11.59 |
| 148 | dr.Frida Hoesan | 171 | 19 | 11.11 |
| 149 | dr.Wawan Hendrawan | 296 | 41 | 13.85 |
| 150 | dr.Marie Lydia | 336 | 28 | 8.33 |
| 151 | dr.Nur Saidah | 41 | 5 | 12.19 |
| 152 | dr.Susana Sutjadi | 134 | 12 | 8.95 |
| 153 | dr.Frezzy Sanatha | 6 | 0 | 0 |
| 154 | dr.Muhamad Gisman | 8 | 1 | 12.50 |
| 155 | dr.Nurul Qamariah | 7 | 1 | 14.28 |
| 156 | dr.Dwi Setia Ningrum | 3 | 0 | 0 |
| 157 | dr.H.Anwar Umar,M.Kes | 1 | 0 | 0 |
| 158 | dr.Ulfa Mutmainna | 10 | 0 | 0 |
| 159 | dr.Dhiny Reskita Ayu | 2 | 0 | 0 |
| 160 | dr.Merry Ishak | 2 | 0 | 0 |
| 161 | dr.Lenny Kusumawati | 6 | 1 | 16.66 |
| 162 | dr. Aryanti Abd.Razak | 32 | 5 | 15.62 |

BPJS Kesehatan Makassar,2018



Berdasarkan data tersebut terlihat bahwa dari 162 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang ada di kota Makassar yang terdiri dari Puskesmas, Klinik, dan Dokter Perorangan peneliti melihat bahwa masih tingginya persentase rujukan pada beberapa FKTP tersebut. Dimana data tersebut menunjukkan ada 60 FKTP (37%) dengan persentase rujukan diatas 15%. Sedangkan standar persentase rujukan yang diberikan BPJS Kesehatan kepada FKTP yang bekerjasama bahwa untuk rujukan spesialisik dengan standar maksimal 15% dan untuk rujukan non-spesialistik dengan standar maksimal 5% (BPJS,2017).

Sehingga peneliti ingin mengetahui lebih jauh apa yang menjadi penyebab dari masih tingginya angka rujukan yang ada di Kota Makassar. Kondisi ini bersumber dari penyedia layanan atautkah bersumber dari faktor lain. Dimana untuk penyedia layanan dalam hal ini Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan komponen yang ada didalamnya yaitu Sumber Daya Manusia, Fasilitas Alat, Ketersediaan Obat-Obatan, dan upaya kesehatan memiliki andil dalam penyelenggaraan sistem kesehatan yang menghasilkan pelaksanaan rujukan yang tidak maksimal sehingga masih terlihat angka rujukan yang tinggi. Selain itu, komponen lain yang ada dalam pelaksanaan rujukan selain FKTP sebagai penyedia layanan juga terdapat komponen proses (regulasi) sebagai salah satu faktor penentu sehingga pelaksanaan rujukan itu terjadi. Sehingga peneliti ingin menganalisis hal-hal



menjadikan persentase rujukan di Kota Makassar ini masih tinggi dan

apakah komponen penyedia layanan atau komponen proses (regulasi) yang menjadi andil terbesar dalam pelaksanaan rujukan ini.

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya di Puskesmas Siko dan Puskesmas Kalumata Kota Ternate memperoleh hasil bahwa puskesmas belum menjalankan fungsinya sebagai *gate keeper* atau pintu masuk sehingga pelaksanaan rujukan belum berjalan dengan baik, ketersediaan obat-obatan yang terbatas bahkan terjadi kekosongan dan kelengkapan fasilitas penunjang alat kesehatan medis yang minim serta pemahaman petugas tentang penapis rujukan sudah baik namun dalam prakteknya tidak mengikuti aturan yang ditetapkan (Abdullah dkk., 2014).

Pada penelitian yang dilakukan di Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara dan Sulawesi Barat diperoleh hasil bahwa untuk sistem rujukan masyarakat mengeluhkan sistem rujukan tersebut karena kadang mereka dirujuk ke RS yang jauh padahal ada RS yang letaknya lebih dekat dari tempat tinggal mereka dan sebagian petugas di puskesmas belum memahami tentang sistem rujukan dengan 155 kasus penyakit dan sering pasien menjadikan puskesmas sebagai tempat meminta rujukan (Maidin&Palutturi,2014).

Selanjutnya pada penelitian yang dilakukan oleh (Mutia,2015) didapatkan hasil bahwa pelaksanaan sistem rujukan di puskesmas belum dapat dilaksanakan dengan baik, dilihat dari pengalaman tenaga pelaksana tentang kebijakan sistem rujukan tergolong kurang baik, ketersediaan alat dan

kesehatan masih minim, dan dalam proses pelaksanaan



penanganan 155 kasus penyakit di Puskesmas masih terdapat merujuk kasus yang masih dapat ditangani di Puskesmas.

Juga pada penelitian yang lainnya menyatakan bahwa belum efektifnya sistem rujukan di Indonesia berdampak pada penumpukan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan sehingga terjadi pemanfaatan tenaga terampil dan peralatan canggih secara tidak tepat guna dan menurunnya kualitas pelayanan kesehatan (Lony,2015). Dengan adanya penelitian sebelumnya dimana sistem rujukan yang belum berjalan dengan baik ditandai dengan tingginya rujukan dan belum berjalannya dengan baik SDM Kesehatan serta sarana dan prasarana yang mendukung pelaksanaan rujukan tersebut akan memunculkan berbagai persepsi yang salah di masyarakat tentang pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan diantaranya persepsi bahwa tingkat kesehatan masyarakat khususnya masyarakat yang tinggal di kota Makassar masih rendah karena banyak pasien Puskesmas ataupun Klinik yang harus dirujuk ke Rumah Sakit guna mendapat perawatan lebih lanjut.

Persepsi lainnya yang akan muncul bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas masih kurang memuaskan atau persepsi lainnya bahwa fasilitas kesehatan yang ada pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama tidak lengkap sehingga pasien banyak yang dirujuk ke Rumah Sakit. Guna mengetahui fakta sebenarnya dari tingginya rujukan rawat jalan



utama ini, maka haruslah diketahui penyebabnya untuk meluruskan yang terlanjur melekat di masyarakat, khususnya yang

berhubungan tentang pelayanan kesehatan bagi pasien peserta BPJS Kesehatan. Sehingga jika penyebabnya telah diketahui dengan jelas maka akan dapat dicari solusi yang tepat guna untuk menurunkan angka rujukan rawat jalan tingkat pertama ini.

Sehingga peneliti ingin mengetahui pelaksanaan rujukan yang ada pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Kota Makassar yaitu pada Puskesmas, Klinik dan Dokter Perorangan. Dalam hal ini peneliti melakukan pengambilan data awal pada BPJS Kesehatan Kota Makassar tahun 2018 yang menunjukkan rujukan tertinggi pada FKTP tersebut di Kota Makassar.

B. Rumusan Masalah

Dengan adanya fakta penelitian sebelumnya tentang peningkatan rujukan yang dari tahun ke tahun pada pasien BPJS Kesehatan rawat jalan dari FKTP ke FKTL dan data rujukan yang ada di kota Makassar menunjukkan beberapa FKTP dengan rujukan tertinggi, maka pertanyaan dalam penelitian ini yaitu :

1. Bagaimana pengaruh komponen Penyedia Layanan (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama pasien peserta BPJS Kesehatan ?
2. Bagaimana pengaruh komponen Proses (Regulasi) terhadap



pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama pasien peserta BPJS Kesehatan ?

3. Bagaimana pengaruh komponen Penyedia Layanan (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan Proses (Regulasi) secara bersama-sama terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama pasien peserta BPJS Kesehatan ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum penelitian ini adalah untuk mengkaji komponen yang berpengaruh terhadap pelaksanaan rujukan Rawat Jalan pasien BPJS Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kota Makassar.
2. Tujuan Khusus
 - a. Untuk mengkaji pengaruh aspek pada penyedia layanan kesehatan (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan pasien BPJS Kesehatan Kota Makassar.
 - b. Untuk mengkaji pengaruh aspek pada proses (regulasi) terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan pasien BPJS Kesehatan Kota Makassar.
 - c. Untuk mengkaji pengaruh aspek pada penyedia layanan kesehatan (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan pada proses (regulasi) secara bersama-sama terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan pasien BPJS Kesehatan Kota Makassar.



D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini yaitu sebagai berikut :

1. Manfaat Praktis

Hasi penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk memberikan informasi ilmiah terhadap pengembangan kebijakan JKN mengenai sistem rujukan pasien BPJS Kesehatan dari FKTP ke FKTL

2. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk :

- a. Pengembangan ilmu dalam kebijakan kesehatan masyarakat dengan kajian JKN yang berbasis pada pelaksanaan rujukan pasien BPJS Kesehatan dari FKTP ke FKTL
- b. Sebagai bahan kajian dan sumber informasi bagi peneliti lain yang berminat melakukan penelitian hal yang sama dalam aspek yang berbeda berkenaan dengan adanya pelaksanaan rujukan rawat jalan pasien peserta BPJS Kesehatan dari FKTP ke FKTL



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sistem Kesehatan Indonesia (SKN)

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Sumartono,2012).

1. Lingkungan penyelenggaraan SKN

Penyelenggaraan sistem kesehatan di Indonesia menerapkan pendekatan kesisteman, apabila melihat dari tinjauan perkembangan di Indonesia dan juga memperhatikan unsur-unsur pembangunan kesehatan di berbagai negara di dunia, maka unsur-unsur penyelenggara sistem kesehatan dapat meliputi bagian-bagian berikut :

a. Masukan (Input)

Input adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut. Unsur masukan dalam sistem kesehatan adalah subsistem sumber daya manusia, pembiayaan, obat dan perbekalan kesehatan, serta subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan (Adisasmito, 2014).



Pada penelitian sebelumnya dimana SDM Kesehatan, obat-obatan dan bahan medik habis pakai berpengaruh terhadap peningkatan rujukan pasien dari FKTP ke FKTL seperti yang telah dilakukan pada seluruh puskesmas di Kabupaten Jember dengan hasil penelitian bahwa terjadinya peningkatan masalah rujukan oleh karena keinginan pasien. Selain itu kurangnya obat-obatan dan bahan medis habis pakai di puskesmas, kurangnya peralatan medis di puskesmas, kurangnya SDM, tenaga dokter yang meloloskan rujukan yang tidak sesuai serta Rumah Sakit yang menerima rujukan atau tidak adanya rujukan balik dari Rumah Sakit ke Puskesmas dan tidak adanya penyeleksian penyakit yang ditangani di Puskesmas yang mana yang harus dirujuk (Purwati,2016).

Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di Jerman Substansi General Practitioners and Dutch Primary Care (GPs) sudah tidak memberikan rujukan atas permintaan atau intervensi pasien, rujukan pasien berdasarkan indikator yang telah ditetapkan dilakukan berdasarkan profesionalisme, objektif, sistematis dan screening pasien (Baouma,2016).

b. Proses (*Process*)

Proses adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan. Unsur proses dalam sistem kesehatan adalah



subsistem upaya kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat dan subsistem manajemen kesehatan meliputi perencanaan, administrasi, regulasi, dan legalitas (Adisasmito,2014).

Dalam hal ini pada bagian manajemen kesehatan akan lebih melihat kepada proses regulasi. Dimana demi berjalannya sebuah sistem membutuhkan suatu regulasi (standar pelaksanaan) dari tingkat yang lebih tinggi terutama regulasi pemerintah. Regulasi ini mengcover mengenai kondisi lingkungan secara fisik, *pharmaceuticals*, fasilitas dan kesehatan personal dan jasa pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian yang dilakukan pada FKTP Klinik Sat Brimob Polda Riau menemukan hasil bahwa jumlah ketenagaan kesehatan yang kurang sangat mempengaruhi peningkatan jumlah kunjungan dan rujukan dengan alasan infrastruktur, sarana dan prasarana serta penunjang laboratorium dan penegakan 155 diagnosis penyakit masih belum memadai (Maimun & Tobing,2016).

c. Keluaran (*Output*)

Output adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses suatu sistem kesehatan adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan yang berhasil guna, berdaya guna, bermutu, merata dan berkeadilan yang tampilannya



dapat dilihat dari derajat kesehatan masyarakat Indonesia (Adisasmito,2014).

Lingkungan (*Environment*)

Lingkungan adalah dunia diluar sistem yang tidak dikelola sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem. Unsur lingkungan dalam sistem kesehatan adalah berbagai keadaan yang menyangkut ideologi, politik, ekonomi, sosial, budaya, pertahanan dan keamanan baik nasional, regional, maupun global yang berdampak pada pembangunan kesehatan.

2. Lingkup Pelayanan Kesehatan

Tingkat pelayanan kesehatan menurut (Permenkes RI, 2012) terdiri dari sebagai berikut :

a. Tingkat pelayanan pertama/*primary health service*

Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi di puskesmas, puskesmas perawatan, tempat praktik perorangan, klinik pratama, klinik umum di balai/lembaga pelayanan kesehatan, dan rumah sakit pratama.

b. Tingkat pelayanan kedua/*secondary health service*

Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialisik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau



dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik.

c. Tingkat pelayanan ketiga/*tertiary health service*

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan sub spesialistik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi sub spesialistik.

B. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

Maka bisa disimpulkan bahwa perbedaan diantara keduanya ini adalah bahwa JKN merupakan nama programnya, sedangkan BPJS merupakan badan penyelenggaranya yang kinerjanya nanti diawasi oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional).



Prinsip-prinsip penyelenggaraan yang tertuang dalam (Permenkes RI,2014) tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional meliputi sebagai berikut :

1. Prinsip-prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Prinsip Prinsip Penyelenggaraan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) mengacu pada prinsip-prinsip sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yaitu:

a. Prinsip Kegotongroyongan

Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), prinsip gotong royong 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.

b. Prinsip 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.



- c. Prinsip Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.

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

- d. Prinsip 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.

- e. Prinsip 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.

- f. Prinsip 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.



Prinsip Hasil pengelolaan dana Jaminan Sosial

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

2. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional

Peserta dan Kepesertaan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional yang diatur dalam (Permenkes RI,2014) yaitu :

1. Peserta dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayar pemerintah. Peserta program JKN terdiri dari Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan yang merupakan fakir miskin dan orang tidak mampu dan peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan yaitu pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya serta bukan pekerja dan anggota keluarganya.
2. Peserta Jaminan Kesehatan Nasional diberikan nomor identitas tunggal oleh BPJS
3. Anak pertama sampai dengan anak ketiga dari peserta pekerja penerima upah sejak lahir secara otomatis dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)
4. Bayi baru lahir dari peserta pekerja bukan penerima upah, peserta bukan pekerja, peserta pekerja penerima upah untuk anak keempat dan seterusnya harus didaftarkan selambat-



lambatnya 3x24 jam hari kerja sejak yang bersangkutan dirawat kurang dari 3 hari. Jika sampai waktu yang telah ditentukan pasien tidak dapat menunjukkan nomor identitas peserta JKN maka pasien dinyatakan sebagai pasien umum.

5. Menteri sosial berwenang menetapkan data kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI). Selama seseorang ditetapkan sebagai PBI, maka yang bersangkutan berhak mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional.
6. Sampai ada pengaturan lebih lanjut oleh pemerintah tentang jaminan kesehatan bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) maka gelandangan, pengemis, orang terlantar dan lain-lain menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Demikian juga untuk penghuni panti-panti sosial serta penghuni rutan/lapas yang miskin dan tidak mampu.

3. BPJS Kesehatan

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menyatakan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Dimana BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya



kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 mengatur dimana BPJS bertugas untuk :

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah
4. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
6. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

C. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Upaya kesehatan primer adalah upaya kesehatan dimana terjadi kontak pertama secara perorangan atau masyarakat dengan pelayanan kesehatan melalui mekanisme rujukan timbal-balik, termasuk penanggulangan bencana dan pelayanan gawat darurat. Pelayanan

hatan perorangan primer diselenggarakan oleh tenaga kesehatan dibutuhkan dan mempunyai kompetensi seperti yang ditetapkan



sesuai ketentuan berlaku serta dapat dilaksanakan di rumah, tempat kerja, maupun fasilitas kesehatan perorangan primer baik puskesmas dan jaringannya, serta fasilitas kesehatan lainnya milik pemerintah, masyarakat, maupun swasta (Retnaningsih, 2013).

1. Pengertian puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes ,2014)

2. Tujuan Puskesmas

Menurut Permenkes No.75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang:

- a. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat;
- b. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
 - Hidup dalam lingkungan sehat;
 - Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.



3. Program Pokok Puskesmas

Secara umum kegiatan pelayanan di Puskesmas dapat dikelompokkan dalam dua kelompok menurut (Farich,2012) yaitu :

- a. Kegiatan dalam gedung Puskesmas yaitu semua pelayanan kesehatan yang dilaksanakan dalam gedung puskesmas dan puskesmas pembantu yang meliputi promosi kesehatan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, perbaikan gizi, kesehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular dan pengobatan dasar.
- b. Kegiatan diluar gedung Puskesmas yaitu semua pelayanan kesehatan yang dilaksanakan diluar gedung Puskesmas dan Puskesmas pembantu seperti misalnya :
 - 1) Promosi kesehatan, pelayanan Posyandu, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), Pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat, pembinaan kelompok-kelompok masyarakat dan di institusi dan sebagainya.
 - 2) Kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana yaitu pelayanan KIA dan KB di Posyandu, pondok bersalin desa, pos kesehatan desa dan sebagainya.
 - 3) Perbaikan gizi, melalui Pembinaan Gizi Keluarga (UPGK), Posyandu dan sebagainya.
 - 4) Kesehatan lingkungan, pembinaan kesehatan lingkungan baik di masyarakat, sekolah, dan tempat kerja.



- 5) Pemberantasan penyakit menular meliputi pencegahan (imunisasi, pemberantasan sarang nyamuk) dan pemberantasan penyakit menular (eliminasi rabies, pengawasan minum obat TB baru dan sebagainya).
- 6) Pengobatan yaitu pengobatan di puskesmas keliling, pos kesehatan desa dan sebagainya.

Sedangkan menurut (Sutisna,2011) standar pelayanan minimal bidang kesehatan di Puskesmas yaitu :

- a. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi
 - b. Pelayanan Kesehatan anak Prasekolah dan Usia Sekolah
 - c. Pelayanan Keluarga Berencana (Cakupan Peserta KB Aktif)
 - d. Pelayanan Imunisasi Desa/Kelurahan
 - e. Pelayanan Pengobatan/perawatan
 - f. Pelayanan Kesehatan Jiwa
 - g. Pemantauan Pertumbuhan Balita
 - h. Pelayanan Gizi
 - i. Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Penunjang Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar dan Komprehensif (PONED dan PONEK)
 - j. Pelayanan Gawat Darurat
- Penyelenggaraan Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa dan Gizi Buruk
- Pencegahan dan pemberantasan penyakit Polio



- m. Pencegahan dan pemberantasan penyakit TB Paru
- n. Pencegahan dan pemberantasan penyakit ISPA
- o. Pencegahan dan pemberantasan penyakit HIV/AIDS
- p. Pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD
- q. Pencegahan dan pemberantasan penyakit Diare
- r. Pelayanan kesehatan lingkungan di Institusi yang dibina
- s. Pelayanan pengendalian Vektor rumah/bangunan bebas jentik nyamuk aedes
- t. Pelayanan hygiene sanitasi di tempat umum yang memenuhi syarat
- u. Penyuluhan Perilaku Sehat
- v. Penyuluhan pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan Narkoba,Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA) berbasis masyarakat
- w. Pelayanan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan ketersediaan obat sesuai kebutuhan
- x. Pelayanan penggunaan Obat Generik
- y. Penyelenggaraan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan
- z. Penyelenggaraan pembiayaan untuk keluarga miskin dan masyarakat rentan.



4. Sarana dan Prasarana Puskesmas

a. Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2018 tentang pengawasan di bidang kesehatan menyebutkan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan, Tenaga Kesehatan dikelompokkan yaitu :

- 1) Tenaga Medis
- 2) Tenaga Psikologi Klinis
- 3) Tenaga Keperawatan
- 4) Tenaga Kebidanan
- 5) Tenaga Kefarmasian
- 6) Tenaga Kesehatan Masyarakat
- 7) Tenaga Kesehatan Lingkungan
- 8) Tenaga Gizi
- 9) Tenaga Keterampilan Fisik
- 0) Tenaga Keteknisian Medis
- 1) Tenaga Teknik Biomedika



12) Tenaga Kesehatan Tradisional

13) Tenaga Kesehatan Lain

b. Ketersediaan Obat di Puskesmas

Tahapan dalam pemenuhan obat dan perbekalan kesehatan yaitu mulai dari pembiayaan dalam pengadaan obat, penyediaan obat, ketersediaan obat untuk menjamin obat dapat diakses oleh semua masyarakat, seleksi obat, penggunaan obat yang rasional, perlindungan hukum dan regulasi dalam pengadaan obat, penelitian dan pengembangan sehingga kita mampu menyediakan sendiri obat-obatan lokal dan evaluasi serta pemantauan (Adisasmito,2014)

c. Ketersediaan Bahan Medik Habis Pakai

Menurut Sitanggang dalam (Wahyuddin,2017) kebutuhan obat, bahan medis habis pakai, vaksin dan logistik lainnya meliputi :

- 1) Obat Pelayanan Kesehatan Dasar (Obat PKD)
- 2) Alat dan Obat Kontrasepsi
- 3) Obat program
- 4) Vaksin
- 5) Reagen Laboratorium dan Bahan Penunjang
- 6) Logistik lainnya

d. Sarana Penunjang Diagnostik (Laboratorium)

Yang dimaksud dengan Laboratorium Kesehatan adalah sarana kesehatan yang melaksanakan pengukuran, penetapan dan pengujian terhadap bahan yang berasal dari manusia atau bahan



bukan berasal dari manusia untuk penentuan jenis penyakit, kondisi kesehatan atau factor yang dapat berpengaruh pada kesehatan perorangan dan masyarakat (Wahyuddin,2017).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Lubuk Buaya menunjukkan bahwa kebijakan yang digunakan puskesmas telah mengacu kepada kebijakan yang berlaku namun karena puskesmas tidak ditunjang oleh sarana dan pendukung yang diperlukan seperti laboratorium dan SDM yang belum mencukupi hal ini berdampak pada peningkatan rujukan pasien sehingga pelaksanaan kesehatan kurang maksimal (Hariadi,2016).

Permenkes No.75 Tahun 2014 Puskesmas harus memiliki prasarana yang berfungsi paling sedikit terdiri atas:

- a. Sistem penghawaan (ventilasi);
- b. Sistem pencahayaan;
- c. Sistem sanitasi;
- d. Sistem kelistrikan;
- e. Sistem komunikasi;
- f. Sistem gas medik;
- g. Sistem proteksi petir;
- h. Sistem proteksi kebakaran;
- i. Sistem pengendalian kebisingan;

Sistem transportasi vertikal untuk bangunan lebih dari 1 (satu)

ntai;



- k. Kendaraan Puskesmas keliling
- l. Kendaraan ambulans.

D. Sistem Rujukan Pasien BPJS

Rujukan upaya kesehatan adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab secara timbal balik baik horizontal dan vertikal maupun struktural dan fungsional terhadap penyakit atau masalah penyakit atau permasalahan kesehatan. Rujukan dibagi dalam rujukan medik yang berkaitan dengan pengobatan dan pemulihan berupa pengiriman pasien (dengan spesimen), dan pengetahuan tentang penyakit. Sedangkan rujukan kesehatan dikaitkan dengan upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan berupa sarana, teknologi dan operasional (Retnaningsih, 2013).

Sedangkan menurut (Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan, 2006) upaya kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas dibagi dalam dua macam rujukan yaitu :

a) Rujukan Upaya Kesehatan Perorangan

Rujukan upaya kesehatan perorangan seperti : rujukan kasus untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan medik. Kemudian rujukan bahan pemeriksaan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap. Serta rujukan ilmu pengetahuan antara lain mendatangkan tenaga yang lebih kompeten untuk melakukan



bimbingan tenaga puskesmas dan ataupun menyelenggarakan pelayanan medik di puskesmas.

b) Rujukan Upaya Kesehatan Masyarakat

Rujukan upaya kesehatan masyarakat seperti : rujukan sarana logistik, rujukan tenaga dan rujukan operasional. Dimana rujukan operasional dilakukan apabila puskesmas tidak mampu.

1) Sistem rujukan nasional

Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertical maupun horizontal (Permenkes,2012).

Sederhananya, sistem rujukan ini mengatur darimana dan akan kemana pasien tersebut dengan gangguan kesehatan yang dideritanya untuk memeriksakan keadaan sakitnya tersebut.

Pada sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pelayanan akan lebih difokuskan pada pelayanan kesehatan tingkat pertama. Dengan tujuan untuk menekan tingginya pasien yang berkunjung kerumah sakit sehingga rumah sakit kewalahan dengan membludaknya pasien yang berkunjung. Sehingga dalam hal ini, pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang ada untuk mewujudkannya perlu



adanya peran organisasi profesi tenaga kesehatan yang memiliki peran menjaga kompetensi anggotanya (BPJS,2014).

2) Sistem rujukan berjenjang pasien BPJS

Pelayanan kesehatan dilakukan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Kemudian pelayanan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Serta pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama. Namun dikecualikan pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, dan pertimbangan geografis (Permenkes ,2012).

3) Tata cara pelaksanaan sistem rujukan berjenjang

Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis sebagai berikut :

a. Rujukan Vertikal

Rujukan vertikal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan dapat dilakukan dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya. Dilakukan apabila pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau sub spesialisik dan perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehata sesuai dengan kebutuhan



pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan (Permenkes ,2012)

b. Rujukan Horizontal

Rujukan horizontal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan dan dilakukan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap (Permenkes ,2012)

c. Rujuk Balik

Rujuk Balik adalah sejenis layanan rawat jalan yang diperuntukkan bagi pasien yang memiliki penyakit kronis yang membutuhkan perawatan dari dokter spesialis di rumah sakit. Dengan adanya rujuk balik maka pasien yang memiliki penyakit kronis tidak harus selalu datang berobat jalan ke rumah sakit untuk mendapatkan resep dari dokter spesialis, melainkan mereka cukup datang ke faskes tingkat satu dengan membawa berkas rujuk balik untuk dibuatkan salinan resep dari dokter spesialis untuk dapat ditebus di apotek yan sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan guna mendapatkan obat fornas (formulasi nasional) yang sudah dijamin oleh BPJS Kesehatan (Mboi,2014).



4) Daftar 155 diagnosa penyakit yang ditangani di puskesmas

Tabel 2. Daftar Diagnosa Penyakit yang ditangani di Puskesmas

| No. | Diagnosa | No. | Diagnosa | No. | Diagnosa |
|-----|--|-----|--|-----|---------------------------------------|
| 1 | Abortus spontan komplit | 53 | Gagal jantung kronik | 105 | Morbili tanpa komplikasi |
| 2 | Abortus insipiens | 54 | Anxietas dan depresi | 106 | Napkin eczema |
| 3 | Abortus spontan inkomplit | 55 | Gangguan psikotik | 107 | Obesitas |
| 4 | Alergi makanan | 56 | Gastritis | 108 | Otitis eksterna |
| 5 | Anemia defisiensi besi | 57 | Gastroenteritis akut | 109 | Otitis media akut |
| 6 | Anemia defisiensi besi pada kehamilan | 58 | Kolera, giardiasis | 110 | Parotitis |
| 7 | Angina pectoris | 59 | Glaukoma akut | 111 | Pedikulosis kapitis |
| 8 | Apendisitis akut | 60 | Gonore | 112 | Penyakit cacing tambang |
| 9 | Artritis Osteoartritis | 61 | Hemoroid grade 1-2 | 113 | Pendarahan saluran cerna bagian atas |
| 10 | Artritis rheumatoid | 62 | Hepatitis A | 114 | Perdarahan saluran cerna bagian bawah |
| 11 | Askariasis | 63 | Hepatitis B | 115 | Perdarahan post partum |
| 12 | Asma bronkial | 64 | Herpes simpleks tanpa komplikasi | 116 | Perdarahan subkonjungtiva |
| 13 | Astigmatism ringan | 65 | Herpes zoster tanpa komplikasi | 117 | Peritonitis |
| 14 | Bell's Palsy | 66 | Hyperemesis gravidarum | 118 | Pertussis |
| 15 | Benda asing di hidung | 67 | Hiperglikemia hyperosmolar non ketotik | 119 | Persalinaan lama |
| 16 | Benda asing di konjungtiva | 68 | Hipermatropia ringan | 120 | Pitiriasis rosea |
| 17 | Blefaritis | 69 | Hipertensi esensial | 121 | Pioderma |
| 18 | Bronchitis akut | 70 | Hiperuricemia | 122 | Pitiriasis versikolor |
| 19 | Buta senja | 71 | Hipoglikemia ringan | 123 | Pneumonia aspirasi |
| 20 | Cardiorespiratory arrest | 72 | HIV AIDS tanpa komplikasi | 124 | Pneumonia bronkopneumonia |
| 21 | Cutaneus larva migrant | 73 | Hordeolum | 125 | Polimialgia reumatik |
| 22 | Delirium yang diinduksi dan tidak diinduksi oleh alcohol atau zat psikoaktif lainnya | 74 | Infark miokard | 126 | Pre eklampsia |
| 23 | Demam dengue, DHF demam tifoid | 75 | Infark serebral/stroke | 127 | Presbiopia |
| 24 | Demensia | 76 | Infeksi pada umbiliku | 128 | Rabies |



| No. | Diagnosa | No. | Diagnosa | No. | Diagnosa |
|-----|---|-----|----------------------------|-----|---|
| 25 | Dermatitis atopic (kecuali recalcitrant) | 77 | Infeksi saluran kemih | 129 | Reaksi anafilaktik |
| 26 | Dermatitis kontak alergi | 78 | Influenza | 130 | Reaksi gigitan serangga |
| 27 | Dermatitis kontak iritan | 79 | Insomnia | 131 | Refluks gastroesofageal |
| 28 | Dermatitis numularis | 80 | Intoleransi makanan | 132 | Rhinitis akut |
| 29 | Dermatitis seboroik | 81 | Kandidiasis mulut | 133 | Rhinitis alergika |
| 30 | Tinea kapitis | 82 | Katarak | 134 | Rhinitis vasomotor |
| 31 | Tinea barbae | 83 | Kehamilan normal | 135 | Rupture perineum tingkat1-2 |
| 32 | Tinea facialis | 84 | Kejang demam | 136 | Serumen prop |
| 33 | Tinea korporis | 85 | Keracunan makanan | 137 | Sifilis stadium 1 dan 2 |
| 34 | Tinea manum | 86 | Ketuban pecah dini | 138 | Scabies |
| 35 | Tinea unguium | 87 | Kolestitis | 139 | Skistosomiasis |
| 36 | Tinea kruris | 88 | Konjungtivitis | 140 | Status epileptikus |
| 37 | Tinea pedis | 89 | Laryngitis | 141 | Strongiloidiasis |
| 38 | Diabetes mellitus tipe 1 | 90 | Lepra | 142 | Syok,hipovolemik,kardiogenik,neurogenik |
| 39 | Diabetes mellitus tipe 2 | 91 | Leptospirosis | 143 | Taeniasis |
| 40 | Disentri basiler dan amuba | 92 | Liken simpleks kronis | 144 | Takikardi |
| 41 | Dyslipidemia | 93 | Limfadenitis | 145 | Tensionheadache |
| 42 | Eklampsia | 94 | Lipoma | 146 | Tetanus |
| 43 | Epilepsy | 95 | Luka bakar derajat 1 dan 2 | 147 | Tirotoksikosis |
| 44 | Epistaksis | 96 | Malabsorpsi makanan | 148 | Tonsillitis |
| 45 | Exanthematous drug eruption | 97 | Malaria | 149 | Tuberculosis paru tanpa komplikasi |
| 46 | Fixed drug eruption | 98 | Malnutrisi energy-protein | 150 | Urtikaria |
| 47 | Faringitis | 99 | Mastitis | 151 | Vaginitis |
| 48 | Filariasis | 100 | Mata kering | 152 | Varisela tanpa komplikasi |
| 49 | Fluor albus/vaginal discharge non gonorrhea | 101 | Miliaria | 153 | Vertigo |
| 50 | Fraktur terbuka,tertutup | 102 | Migren | 154 | Veruka vulgaris |
| 51 | Furunkel pada hidung | 103 | Myopia ringan | 155 | Vulvitis |
| 52 | Gagal jantung akut | 104 | Moluskum contagiosum | | |

Sumber : BPJS (2014)



E. Kerangka Teori

Model sistem kesehatan (*health system model*) yang berupa model kepercayaan kesehatan dengan tiga kategori utama dijelaskan dalam (Retnaningsih,2013) sebagai berikut :

1. Faktor Predisposisi yaitu faktor yang mendahului terjadinya perilaku yang memberikan alasan dan motivasi untuk berperilaku. Faktor tersebut adalah faktor demografi (seperti umur dan jenis kelamin), faktor sosial (pendidikan,pekerjaan,atau suku/ras), manfaat kesehatan (kepercayaan atau keyakinan terhadap layanan kesehatan), dan pengetahuan.
2. Faktor pemungkin yaitu faktor yang mendahului perilaku yang menunjang motivasi atau aspirasi dapat terwujud. Faktor tersebut adalah tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana layanan kesehatan yang merupakan sumber daya untuk menunjang perilaku kesehatan termasuk biaya pengobatan (sumber daya keluarga).
3. Faktor kebutuhan yaitu faktor yang mendorong perilaku kesehatan karena adanya kebutuhan yang disebabkan oleh antara lain penyakit.

Penyelenggaraan sistem kesehatan akan dihadapkan pada tiga langkah yaitu :

1. Input



Menyediakan (Input) merupakan kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut (asmito,2014). Input dalam hal ini yaitu ketersediaan Sumber Daya

Manusia Kesehatan, ketersediaan obat-obatan, Ketersediaan bahan medik habis pakai, dan ketersediaan penunjang diagnostik (laboratorium).

2. Proses

Seperti yang dijelaskan oleh (Koentjoro,2011) bahwa proses pelayanan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan berulang kali yang secara bersamaan mengubah asupan yang disediakan oleh rekanan menjadi luaran pelayanan yang diterima oleh pelanggan. Variasi proses terjadi karena 5 penyebab yaitu :

- a. Proses yang tidak diukur dengan baik. Indikator kinerja telah ditetapkan tetapi kegiatan pengukuran tidak dilakukan secara periodik dan berkesinambungan sehingga kesenjangan antara target kinerja dengan kenyataan tidak diketahui oleh penyelenggara pelayanan.
- b. Proses yang tidak dimonitor dengan baik. Banyak sarana kesehatan yang telah menyusun indikator mutu dan kinerja dan telah melakukan pengukuran tetapi hasil pengukuran tidak digunakan sebagai sarana monitoring.
- c. Proses yang tidak dikendalikan dengan baik. Prosedur kerja dan pedoman kerja/intruksi kerja merupakan instrumen untuk mengendalikan proses
- d. Proses tidak dipelihara dengan baik. Hasil kerja dan proses kerja perlu



ihara dengan baik, demikian juga sarana untuk bekerja baik potensi dan komitmen sumber daya manusia, pemeliharaan mesin peralatan.

- e. Proses tidak disempurnakan secara berkesinambungan. Kadang-kadang sarana kesehatan berhenti pada keberhasilan pencapaian kinerja, permasalahan mutu dan kinerja telah diatasi tetapi tidak melakukan penyempurnaan proses berkesinambungan sehingga tidak terjadi penyempurnaan produk dan penyempurnaan proses pelayanan yang berakibat pada puasnya pelanggan.

Selanjutnya unsur proses juga dikatakan bahwa didalamnya terdapat manajemen seperti perencanaan, sistem administrasi, regulasi, dan legislatif yang berperan banyak dalam mengatur organisasi dan program yang terlibat dalam sistem (Adisasmito,2014).

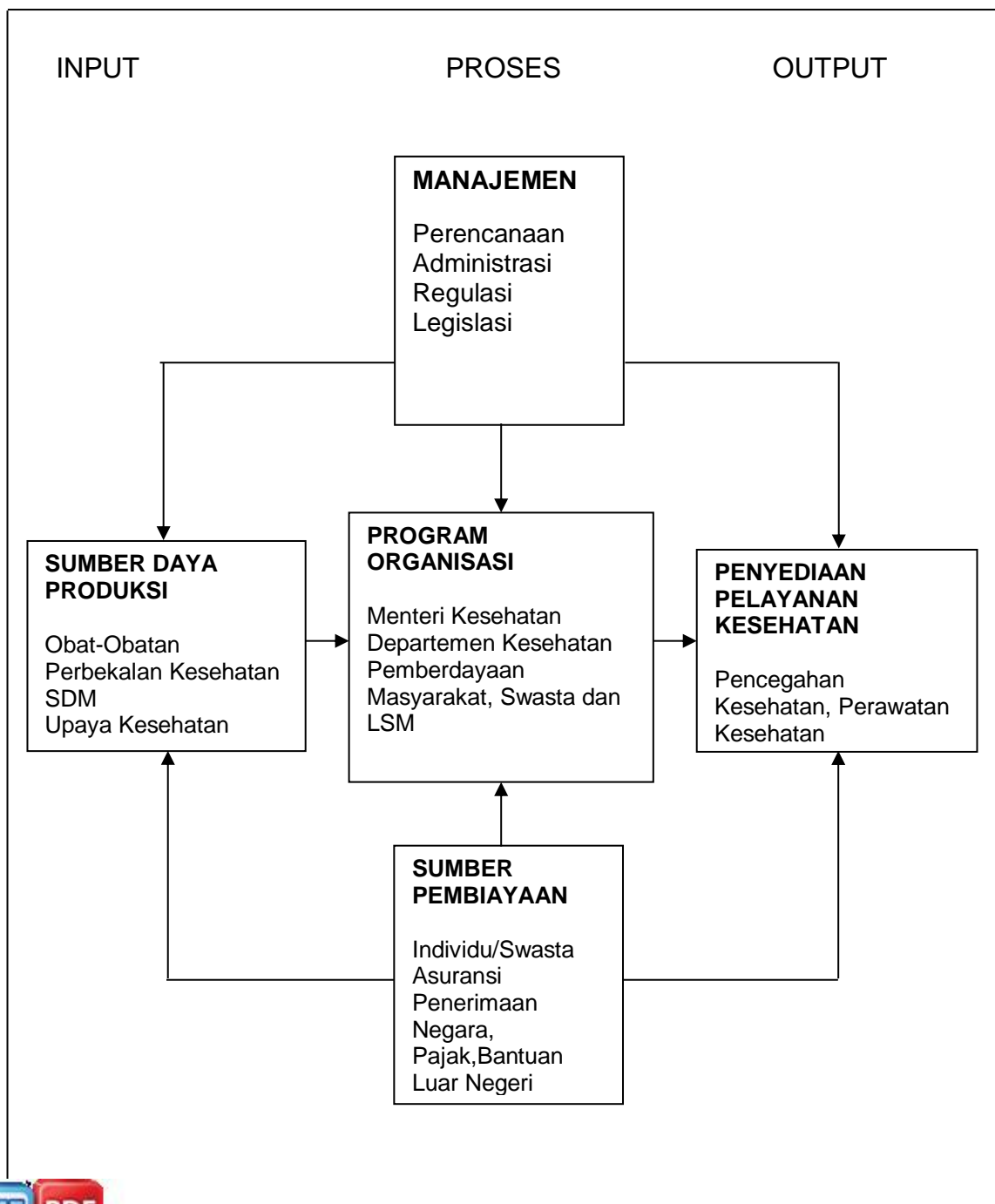
3. Output

Output (hasil antara) yaitu hasil langsung dari proses transformasi konversi berupa pencapaian cakupan indikator hasil antara (Sutisna,2011). Untuk hasil keluaran (output) dalam hal ini berupa pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh pasien.



Gambar 1 : Penyelenggaraan Kesehatan dari Sistem Kesehatan

SISTEM KESEHATAN



: Adisasmitho (2014)



Berdasarkan gambar diatas dapat dilihat bahwa penyedia layanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien terdiri dari komponen Input dan Proses sebagai suatu sistem. Untuk masing-masing komponen sebagai berikut :

- 1) Input : komponen input terdiri dari Sumber Daya Produksi (obat-obatan, perbekalan kesehatan, SDM dan upaya kesehatan) dan Sumber Pembiayaan (Individu/Swasta, Asuransi, Penerimaan Negara, Pajak, dan Bantuan Luar Negeri).
- 2) Proses : komponen proses terdiri dari Manajemen (Perencanaan, Administrasi, Regulasi, dan Legislasi) dan Program Organisasi (Menteri Kesehatan, Departemen Kesehatan, Pemberdayaan Masyarakat, Swasta, dan LSM).

Sehingga pemberian layanan kesehatan didapatkan pasien mulai dari komponen input dan komponen proses yang diterima dan dirasakan oleh pasien yang pada akhirnya akan melahirkan penyedia layanan kesehatan sebagai hasil/output.

Kemudian untuk model perilaku konsumen dalam hal ini pada Model Howard Sneth (Sunyoto, 2014). Model ini dipakai untuk membantu menerangkan dan memahami perilaku konsumen meskipun tidak dapat meramalkannya secara tepat. Agar suatu input tertentu bisa menghasilkan output tertentu pula, maka diperlukan adanya informasi dan proses

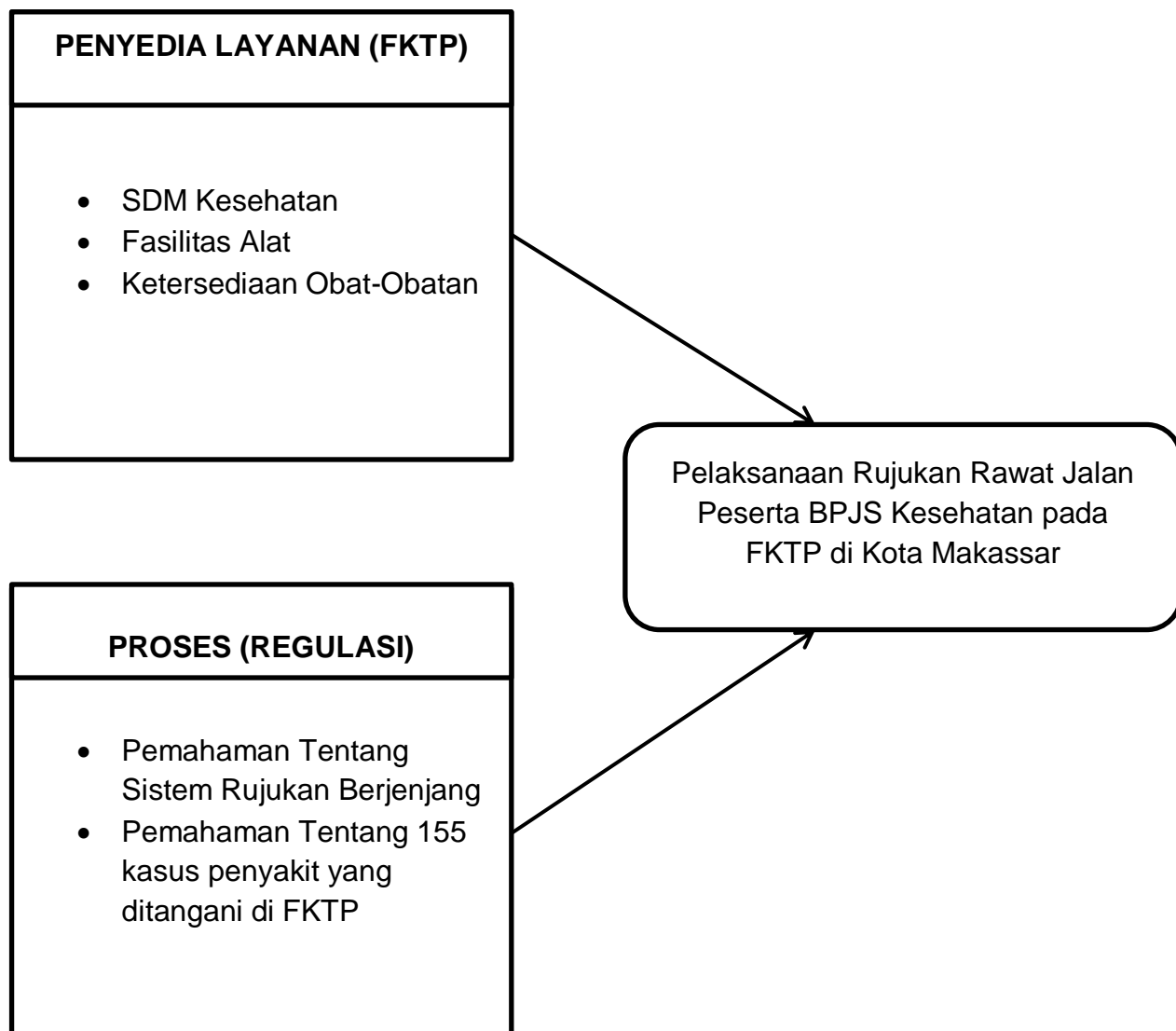


pengambilan keputusan yang melibatkan motivasi, persepsi dan proses belajar seseorang. Model ini berisi empat elemen produk yaitu :

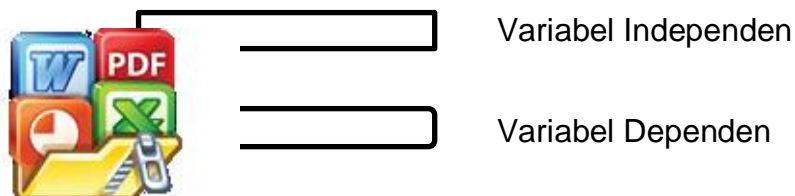
- 1) Input : variabel input ini berupa dorongan yang ada dalam lingkungan konsumen. Dorongan ini meliputi dorongan komersial yaitu dorongan signifikansi yang berupa merek dan dorongan simbolik yang meliputi hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan periklanan perusahaan.
- 2) Susunan hipotesis : merupakan proses intern dari konsumen yang menggambarkan proses hubungan antara input dan output pembelian. Susunan hipotesis ini terdiri dari dua bagian yaitu susunan pengamatan dan susunan belajar.
- 3) Output : adalah variabel tanggapan yang berupa keputusan untuk membeli. Tujuannya adalah kecenderungan konsumen untuk membeli merek yang paling disukai.
- 4) Variabel - variabel eksogen : variabel-variabel eksogen ini meliputi pentingnya pembelian, sifat kepribadian, status keuangan, batasan waktu, faktor sosial dan organisasi, kelas sosial dan kebudayaan.



F. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :



G. Defenisi Operasional Variabel dan Kriteria Objektif

Variabel penelitian terdiri variabel bebas (independen), variabel terikat (dependen) sebagai berikut:

a. Variabel Independen

1. Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)

Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) merupakan pengakuan responden mengenai ketersediaan petugas kesehatan pada masing-masing bagian apakah sudah cukup memadai atau tidak memadai selama proses pemberian layanan kesehatan kepada pasien. Kriteria Objektif Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yaitu:

1. Scoring:

- a. Jumlah pertanyaan seluruh adalah 5 nomor
- b. Pertanyaan yang diskoring mempunyai 4 pilihan jawaban
- c. Kriteria penilaian dengan menggunakan skala *likert* yaitu:

Sangat Setuju = 4 Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat Tidak Setuju =

1

2. Skor tertinggi dari seluruh jawaban = jumlah pertanyaan x skor jawaban tertinggi, yaitu $5 \times 4 = 20$ (100%)

3. Skor terendah dari seluruh jawaban = jumlah pertanyaan x skor jawaban terendah yaitu $5 \times 1 = 5$ (25%)

4. Range = $100\% - 25\% = 75\%$

al $75\% / 2 = 37.5\%$

standar = $100\% - 37.5\% = 62.5\%$



Kriteria objektif:

Memadai = jika presentasi nilai jawaban responden $\geq 62.5 \%$

Kurang Memadai = jika presentasi jawaban responden $< 62.5 \%$

2. Ketersediaan Fasilitas Alat

Ketersediaan Fasilitas Alat berhubungan dengan pernyataan informan mengenai pengakuan responden terkait sarana dan prasarana serta alat alat laboratorium yang merupakan alat alat dasar yang harus lengkap di FKTP ketika bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yang digunakan dalam memberikan pelayanan kepada pasien khususnya pasien rujukan. Kriteria Objektif Ketersediaan Fasilitas Alat yaitu:

1. Scoring:

- a. Jumlah pertanyaan seluruh adalah 5 nomor
- b. Pertanyaan yang diskoring mempunyai 4 pilihan jawaban
- c. Kriteria penilaian dengan menggunakan skala likert yaitu:
Sangat Setuju = 4 Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat Tidak Setuju = 1

2. Skor tertinggi dari seluruh jawaban = jumlah pertanyaan x skor jawaban tertinggi, yaitu $5 \times 4 = 20$ (100%)

3. Skor terendah dari seluruh jawaban = jumlah pertanyaan x skor jawaban terendah yaitu $5 \times 1 = 5$ (25%)



$$\geq = 100\% - 25\% = 75 \%$$

$$\text{al } 75\% / 2 = 37.5 \%$$

6. Skor standar = $100\% - 37.5\% = 62.5\%$

Kriteria objektif:

Memadai = jika presentasi nilai jawaban responden $\geq 62.5\%$

Kurang Memadai = jika presentasi jawaban responden $< 62.5\%$

3. Ketersediaan Obat-Obatan

Ketersediaan Obat-obatan merupakan pengakuan responden terkait kelengkapan dan kecukupan persediaan obat paada FKTP sesuai dengan Formularium Nasional dimana terdapat obat-obatan yang wajib tersedia di FKTP. Kriteria Objektif Ketersediaan Obat-Obatan yaitu:

1. Scoring:

- a. Jumlah pertanyaan seluruh adalah 5 nomor
- b. Pertanyaan yang diskroring mempunyai 4 pilihan jawaban
- c. Kriteria penilaian dengan menggunakan skala likert yaitu:

Sangat Setuju = 4 Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat Tidak Setuju = 1

2. Skor tertinggi dari seluruh jawaban = jumlah pertanyaan x skor jawaban tertinggi, yaitu $5 \times 4 = 20$ (100%)

3. Skor terendah dari seluruh jawaban = jumlah pertanyaan x skor jawaban terendah yaitu $5 \times 1 = 5$ (25%)

4. Range = $100\% - 25\% = 75\%$



al $75\% / 2 = 37.5\%$

standar = $100\% - 37.5\% = 62.5\%$

Kriteria objektif:

Memadai = jika presentasi nilai jawaban responden $\geq 62.5 \%$

Kurang Memadai = jika presentasi jawaban responden $< 62.5 \%$

4. Pemahaman Petugas Kesehatan Tentang Sistem Rujukan Berjenjang (SIRUBER)

Pemahaman petugas kesehatan tentang sistem rujukan berjenjang merupakan pengakuan responden terkait pemahaman akan alur pelaksanaan rujukan, rujukan vertikal, rujukan horizontal, dan rujukan balik.

Kriteria Objektif Pemahaman tentang sistem rujukan berjenjang yaitu:

1. Scoring:

- a. Jumlah pertanyaan seluruh adalah 5 nomor
- b. Pertanyaan yang diskoring mempunyai 4 pilihan jawaban
- c. Kriteria penilaian dengan menggunakan skala *likert*, yaitu:

Sangat Setuju = 4 Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat Tidak Setuju = 1

2. Skor tertinggi dari seluruh jawaban = jumlah pertanyaan x skor jawaban tertinggi, yaitu $5 \times 4 = 20$ (100%)

3. Skor terendah dari seluruh jawaban = jumlah pertanyaan x skor jawaban terendah yaitu $5 \times 1 = 5$ (25%)

4. Range = $100\% - 25\% = 75 \%$



al $75\% / 2 = 37.5 \%$

standar = $100\% - 37.5\% = 62.5\%$

Kriteria objektif:

Cukup = jika presentasi nilai jawaban responden $\geq 62.5\%$

Kurang = jika presentasi jawaban responden $< 62.5\%$

5. Pemahaman Tentang 155 Kasus Penyakit yang ditangani di FKTP

Pemahaman Tentang 155 kasus penyakit yang ditangani di FKTP merupakan pemahaman petugas kesehatan tentang penyakit jenis apa saja yang masih bisa ditangani di FKTP tanpa harus melakukan rujukan ke FKTL. Kriteria Objektif pemahaman tentang 155 kasus penyakit yang ditangani di FKTP yaitu:

1. Scoring:

a. Jumlah pertanyaan seluruh adalah 3 nomor

b. Pertanyaan yang diskroring mempunyai 4 pilihan jawaban

c. Kriteria penilaian dengan menggunakan skala *likert* yaitu:

Sangat Setuju = 4 Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat Tidak Setuju = 1

2. Skor tertinggi dari seluruh jawaban = jumlah pertanyaan x skor jawaban tertinggi, yaitu $3 \times 4 = 12$ (100%)

3. Skor terendah dari seluruh jawaban = jumlah pertanyaan x skor jawaban terendah yaitu $3 \times 1 = 3$ (75%)

4. Range = $100\% - 25\% = 75\%$



al $75\% / 2 = 37.5\%$

standar = $100\% - 37.5\% = 62.5\%$

Kriteria objektif:

Cukup = jika presentasi nilai jawaban responden $\geq 62.5\%$

Kurang = jika presentasi jawaban responden $< 62.5\%$

6. Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

Pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama merupakan pengakuan responden terkait pemahaman akan pelaksanaan rujukan, syarat rujukan, dan prosedur rujukan. Kriteria Objektif pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama yaitu:

1. Scoring:

- a. Jumlah pertanyaan seluruh adalah 5 nomor
- b. Pertanyaan yang diskroring mempunyai 4 pilihan jawaban
- c. Kriteria penilaian dengan menggunakan skala *likert*, yaitu:

Sangat Setuju = 4 Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat Tidak Setuju = 1

2. Skor tertinggi dari seluruh jawaban = jumlah pertanyaan x skor jawaban tertinggi, yaitu $5 \times 4 = 20$ (100%)

3. Skor terendah dari seluruh jawaban = jumlah pertanyaan x skor jawaban terendah yaitu $5 \times 1 = 5$ (25%)

4. Range = $100\% - 25\% = 75\%$

5. Interval $75\% / 2 = 37.5\%$

standar = $100\% - 37.5\% = 62.5\%$



Kriteria objektif: Baik = jika presentasi nilai jawaban responden $\geq 62.5\%$

Kurang Baik = jika presentasi jawaban responden $< 62.5\%$.

Adapun konsep dan defenisi yang akan diteliti dalam penulisan ini yaitu :

- 1) SDM Kesehatan yaitu mencakup tentang ketersediaan SDM Kesehatan untuk masing-masing bagian seperti dokter, apoteker, laboran, petugas BPJS, Latar Belakang pendidikan SDM Kesehatan, Lama Kerja, dan Kesesuaian tempat tugas dengan latar belakang pendidikan.
- 2) Fasilitas Alat yaitu mencakup ketersediaan alat-alat yang digunakan untuk menunjang pemberian pelayanan kepada pasien berupa ketersediaan penunjang diagostik (laboratorium) dan bahan medik habis pakai.
- 3) Ketersediaan obat-obatan yaitu mencakup tersedianya obat-obatan yang ada pada FKTP tersebut dengan melihat gudang obat, bagaimana persediaan obat, dan bagaimana pengawasan mutu obat.
- 4) Pemahaman petugas kesehatan tentang sistem rujukan berjenjang yaitu mencakup pemahaman petugas kesehatan terhadap rujukan vertikal,rujukan horizontal,dan rujukan balik.
- 5) Pemahaman petugas kesehatan tentang 155 kasus penyakit yang ditangani di FKTP yaitu petugas kesehatan yang berhubungan dengan pemberian rujukan kepada pasien memahami 155 kasus



penyakit yang tidak seharusnya dirujuk ke FKTL karena masih bisa ditangani di FKTP.

- 6) Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama yaitu petugas kesehatan memahami alur dalam melakukan rujukan, syarat rujukan, dan prosedur rujukan sesuai dengan Pedoman Standar Rujukan Nasional.

H. Hipotesa Penelitian

Berdasarkan uraian pustaka di atas, maka hipotesis penelitian adalah:

1. Hipotesis Null (Ho)

- 1) Tidak ada pengaruh penyedia layanan kesehatan (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama pasien peserta BPJS Kesehatan.
- 2) Tidak ada pengaruh proses (Regulasi) terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama pasien peserta BPJS Kesehatan.
- 3) Tidak ada pengaruh penyedia layanan kesehatan (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan proses (Regulasi) secara bersama-sama terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama pasien peserta BPJS Kesehatan

2. Hipotesis Alternatif (Ha)



- 1) Ada pengaruh penyedia layanan kesehatan (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama pasien peserta BPJS Kesehatan.

- 2) Ada pengaruh proses (Regulasi) terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama pasien peserta BPJS Kesehatan.
- 3) Ada pengaruh penyedia layanan kesehatan (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan proses (Regulasi) secara bersama-sama terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama pasien peserta BPJS Kesehatan

