

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

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

Pada tanggal satu Januari 2014 Sistem Jaminan Sosial Nasional mulai diberlakukan, dan ditargetkan pada tahun 2019 seluruh penduduk sudah menjadi peserta SJSN, hal ini menjadi tantangan tersendiri bagi dokter dimana dengan diberlakukannya SJSN akan membuat dokter yang memberikan layanan primer (termasuk dokter yang bekerja di Puskesmas) akan betugas sebagai "*gatekeeper*" dimana dari sisi layanan tingkat lanjut ( RS ) juga akan memberikan manfaat

berupa meningkatnya efisiensi layanan kesehatan, meningkatnya mutu layanan kesehatan, dan perbaikan akses layanan kesehatan di tingkat lanjut.<sup>2</sup>

Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis. Pada pelayanan kesehatan tingkat pertama, peserta BPJS kesehatan dapat berobat ke fasilitas kesehatan primer seperti puskesmas, klinik, atau dokter keluarga yang tercantum pada kartu peserta BPJS kesehatan.<sup>3</sup>

Apabila memerlukan pelayanan lanjutan oleh dokter spesialis, maka peserta BPJS kesehatan dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua atau fasilitas kesehatan sekunder. Rujukan ini hanya diberikan jika peserta BPJS kesehatan membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik, atau jika fasilitas kesehatan primer yang ditunjuk untuk melayani peserta tersebut, tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan karena keterbatasan fasilitas, pelayanan, dan atau tenaga medis. Jika peserta masih belum dapat tertangani di fasilitas kesehatan sekunder, maka dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tersier untuk ditangani oleh dokter sub-spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub-spesialistik.<sup>3</sup>

Sistem rujukan diselenggarakan dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan secara bermutu, efektif dan efisien, sehingga tujuan pelayanan kesehatan tercapai tanpa menggunakan biaya yang mahal. Sistem rujukan yang ditetapkan sejalan dengan sistem rujukan yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan. Masyarakat dapat melakukan rujukan ke FKTL atas persetujuan dari FKTP sehingga peran FKTP dapat berjalan sesuai dengan fungsinya secara optimal yaitu

sebagai pemberi pelayanan kesehatan tingkat dasar. Namun, banyak permasalahan yang terjadi di FKTP yaitu tingginya rasio rujukan dari FKTP ke FKTL.<sup>4</sup>

Kondisi saat ini, kasus rujukan ke pelayanan kesehatan sekunder untuk kasus kasus yang seharusnya dapat dituntaskan di pelayanan primer masih cukup tinggi. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 dan 2010, sebagian besar penyakit dengan kasus terbanyak di Indonesia termasuk dalam kriteria 4a (dokter mampu mendiagnosa penyakit dengan baik dan mampu melakukan penatalaksanaan secara baik dan benar) dengan menekankan pada tingkat kemampuan 4 (dokter mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan 144 diagnosa penyakit di puskesmas). Bila pada pasien telah terjadi komplikasi, tingkat keparahan (*severity of illness*), adanya penyakit kronis lain yang sulit dan pasien dengan daya tahan tubuh menurun, yang seluruhnya membutuhkan penanganan lebih lanjut, maka dokter layanan primer secara cepat dan tepat harus membuat pertimbangan dan memutuskan dilakukannya rujukan.<sup>5</sup>

Jika sistem rujukan di Indonesia tidak berjalan sesuai dengan peraturan yang ada akan memberikan dampak negatif bagi pemerintah, masyarakat dan penyelenggara pelayanan kesehatan yaitu bertambahnya beban biaya klaim di fasilitas pelayanan sekunder dan meningkatkan beban kerja petugas di fasilitas pelayanan kesehatan sekunder karena tugas dan tanggung jawab petugas di fasilitas kesehatan primer yang seharusnya dapat diselesaikan dibebankan pada petugas di fasilitas pelayanan sekunder.<sup>6</sup>

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka permasalahan yang hendak dikaji adalah: “bagaimakah gambaran pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama peserta BPJS di Puskesmas Pandanaran dan Puskesmas Gunungpati ?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum:**

Menganalisis pelaksanaan rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) pasien peserta BPJS di Puskesmas Pandanaran dan Puskesmas Gunungpati.

### **1.3.2 Tujuan Khusus:**

1. Menggambarkan jenis kasus dan klasifikasi diagnosis pasien peserta BPJS yang dirujuk ke penyedia pelayanan kesehatan tingkat lanjut (FKTL) di Puskesmas Pandanaran dan Puskesmas Gunungpati.
2. Mengetahui ketepatan rujukan RJTP dan faktor penyebab ketidaktepatan pelaksanaan rujukan RJTP dari FKTP ke FKTL berdasarkan panduan praktik klinis dokter faskes tingkat I di Puskesmas Pandanaran dan Puskesmas Gunungpati.
3. Mengetahui pemberi rujukan di Puskesmas Pandanaran dan Puskesmas Gunungpati dalam menangani pasien peserta BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan pelaksanaan rujukan RJTP

4. Mengetahui kelengkapan fasilitas alat kesehatan dan ketersediaan obat-obatan di Puskesmas Pandanaran dan Puskesmas Gunungpati dalam pelaksanaan rujukan RJTP pasien peserta BPJS Kesehatan.

#### 1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat antara lain:

1. Menjadi bahan referensi kepada pihak-pihak yang terkait program BPJS dalam membenahan manajemen dan kebijakan mengenai rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP).
2. Memberikan masukan untuk FKTP sehingga tercapai pelayanan kesehatan di FKTP yang lebih baik.
3. Memberi informasi dan bahan referensi bagi penelitian selanjutnya.

#### 1.5 Orisinalitas

No.	Peneliti	Judul & tahun penelitian	Metode	Hasil
1.	Ima Nur Kesumawati	Analisis Pelaksanaan Rujukan RJTP Peserta Askes Sosial PT. Askes (Persero) Di Pukesmas Nanggaleng Dan Gedong Panjang Tahun 2012  Tahun: 2012	Studi kasus menggunakan pendekatan kualitatif	1. Puskesmas Nanggaleng memiliki rasio angka rujukan di atas standar PT. Askes 15% sedangkan Puskesmas Gedong Panjang di bawah 15%. 2. Ketersediaan dokter, aspek

---

				kebijakan, obat-obatan, pemahaman dokter terhadap Puskesmas sebagai <i>gatekeeper</i> mempengaruhi angka rujukan.
				3. Diagnosa penyakit yang banyak dirujuk di kedua Puskesmas adalah Diabetes Mellitus dan Hipertensi, hal tersebut berhubungan dengan ketersediaan obat-obatan yang terbatas.
2.	Dede Suhartati	Analisis pelaksanaan sistem rujukan rawat jalan tingkat pertama (RJTP) pada peserta BPJS Kesehatan di puskesmas 5 ilir dan puskesmas merdeka  Tahun: 2015	Deskriptif	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemahaman kapitasi kedua Puskesmas belum baik.</li> <li>2. Pemahaman Puskesmas sebagai <i>gatekeeper</i> sudah baik.</li> <li>3. Ketersediaan dokter kedua Puskesmas sudah baik.</li> <li>4. Ketersediaan fasilitas alat kesehatan kedua puskesmas belum lengkap.</li> <li>5. Ketersediaan obat-obatan di Puskesmas 5 Ilir belum</li> </ol>

---

- 
- lengkap dan Puskesmas Merdeka lengkap.
  6. Implementasi aspek kebijakan di Puskesmas 5 Ilir belum baik.
  7. Diagnosis terbanyak di Puskesmas 5 Ilir adalah hipertensi dan diabetes mellitus dan Puskesmas Merdeka adalah HHD.
  8. Alasan terbanyak pasien meminta rujukan adalah atas dasar keinginan sendiri.
- 

Penelitian ini berbeda dengan penelitian terdahulu dalam hal subyek dan variabel penelitian di mana penelitian sebelumnya bersubyek pada pasien peserta PT. Askes (persero). Selain itu, penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya dalam hal tempat penelitian, yaitu di Kota Semarang.