

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sistem rujukan

Rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik, baik secara vertikal dalam arti satu strata sarana pelayanan kesehatan ke strata sarana pelayanan kesehatan lainnya, maupun secara horisontal dalam arti antar sarana pelayanan kesehatan yang sama.⁶

2.1.1 Jenis rujukan

Sistem Kesehatan Nasional membedakannya menjadi dua macam yakni :

1) Rujukan Kesehatan

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan. Dengan demikian rujukan kesehatan pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kesehatan masyarakat (public health service). Rujukan kesehatan dibedakan atas tiga macam yakni rujukan teknologi, sarana, dan operasional. Rujukan kesehatan yaitu hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau specimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Ini adalah rujukan yang menyangkut masalah kesehatan yang sifatnya pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Rujukan ini mencakup rujukan teknologi, sarana dan operasional.⁸

2) Rujukan Medik

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan. Dengan demikian rujukan medik pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kedokteran (medical service). Sama halnya dengan rujukan kesehatan, rujukan medik ini dibedakan atas tiga macam yakni rujukan penderita, pengetahuan dan bahan bahan pemeriksaan. Menurut Syafrudin (2009), rujukan medik yaitu pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbul baik secara vertikal maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menangani secara rasional. Jenis rujukan medik antara lain:

1) *Transfer of patient*

Konsultasi penderita untuk keperluan diagnosis, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.

2) *Transfer of specimen*

Pengiriman bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.

3) *Transfer of knowledge / personal.*

Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan setempat.⁸

2.1.2 Manfaat rujukan

Dikutip dari Lestari (2013), Menurut Azwar (1996), beberapa manfaat yang akan diperoleh ditinjau dari unsur pembentuk pelayanan kesehatan terlihat sebagai berikut:

1) Sudut pandang pemerintah sebagai penentu kebijakan

Jika ditinjau dari sudut pemerintah sebagai penentu kebijakan kesehatan (*policy maker*), manfaat yang akan diperoleh antara lain membantu penghematan dana, karena tidak perlu menyediakan berbagai macam peralatan kedokteran pada setiap sarana kesehatan; memperjelas sistem pelayanan kesehatan, karena terdapat hubungan kerja antara berbagai sarana kesehatan yang tersedia; dan memudahkan pekerjaan administrasi, terutama pada aspek perencanaan.

2) Sudut pandang masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan

Jika ditinjau dari sudut masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan (*health consumer*), manfaat yang akan diperoleh antara lain meringankan biaya pengobatan, karena dapat dihindari pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang dan mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan, karena diketahui dengan jelas fungsi dan wewenang sarana pelayanan kesehatan.

3) Sudut pandang kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan.

Jika ditinjau dari sudut kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*), manfaat yang diperoleh antara lain memperjelas jenjang karir tenaga kesehatan dengan berbagai akibat positif lainnya seperti semangat kerja, ketekunan, dan dedikasi; membantu peningkatan pengetahuan dan keterampilan yakni melalui kerjasama yang

terjalin; memudahkan dan atau meringankan beban tugas, karena setiap sarana kesehatan mempunyai tugas dan kewajiban tertentu.⁹

2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan rujukan pelayanan kesehatan

Andersen mendeskripsikan model sistem kesehatan merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (behavioral model of health service utilization). Andersen mengelompokkan faktor determinan dalam pelayanan kesehatan ke dalam 3 kategori utama, yaitu: 1) karakteristik predisposisi, 2) karakteristik kemampuan, dan 3) karakteristik kebutuhan.

1) Karakteristik Predisposisi (*Predisposing Characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan dalam 3 kelompok, yaitu :

- a. Ciri-ciri demografi, seperti: jenis kelamin, umur, dan status perkawinan
- b. Struktur sosial, seperti: tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama, dan sebagainya.
- c. Kepercayaan kesehatan (health belief), seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit.

2) Karakteristik Kemampuan (*Enabling Characteristics*)

Karakteristik kemampuan (*enabling characteristics*) adalah sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan. Andersen (1975) membaginya ke dalam 2 golongan, yaitu:

a. Sumber daya keluarga

Yang termasuk sumber daya keluarga adalah penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan, dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

b. Sumber daya masyarakat

Yang termasuk sumber daya masyarakat adalah jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan lokasi pemukiman penduduk. Asumsi Andersen adalah semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat akan semakin bertambah

3) Karakteristik Kebutuhan (*Need characteristics*)

Karakteristik kebutuhan, dalam hal ini merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Andersen

(1975) menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari faktor kebutuhan. Penilaian kebutuhan ini dapat dinilai dari dua sumber yaitu:

a. Penilaian individu (*perceived Need*)

Merupakan penilaian keadaan kesehatan yang dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita.

b. Penilaian klinik (*evaluated Need*)

Merupakan penilaian beratnya penyakit oleh dokter yang merwatnya. Hal ini tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter.¹⁰

Dikurip dari Ilyas (2006), Zschock menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang menggunakan pelayanan kesehatan, yaitu :

1) Status Kesehatan, Pendapatan, Pendidikan

Faktor status kesehatan mempunyai hubungan yang erat dengan penggunaan pelayanan kesehatan meskipun tidak selalu demikian fenomenanya. Artinya, makin tinggi status kesehatan, maka ada kecenderungan orang tersebut banyak menggunakan pelayanan kesehatan. Tingkat pendapatan seseorang yang tidak memiliki pendapatan dan biaya yang cukup akan sangat sulit mendapatkan pelayanan kesehatan meskipun dia sangat membutuhkan pelayanan tersebut. Akibatnya adalah tidak terdapatnya

kesesuaian antara kebutuhan dan permintaan (*demand*) terhadap pelayanan kesehatan. Disamping itu, tingkat pendidikan seseorang juga akan mempengaruhi tingkat utilisasi pelayanan kesehatan. Biasanya orang dengan tingkat pendidikan formal yang lebih tinggi akan mempunyai tingkat pengetahuan akan informasi tentang layanan kesehatan yang lebih baik dan pada akhirnya akan mempengaruhi status kesehatan seseorang.

2) Faktor Konsumen dan Pemberi Pelayanan Kesehatan

Provider sebagai pemberi jasa pelayanan kesehatan mempunyai peranan yang lebih besar dalam menentukan tingkat dan jenis pelayanan yang akan dikonsumsi bila dibandingkan dengan konsumen sebagai pembeli jasa pelayanan. Hal ini sangat menguntungkan provider melakukan pemeriksaan dan tindakan yang sebenarnya tidak diperlukan bagi pasien. Pada beberapa daerah yang sudah maju dan sarana pelayanan kesehatan yang banyak, masyarakat dapat menentukan pilihan terhadap provider yang sesuai dengan keinginan konsumen/pasien. Tetapi bagi masyarakat dengan sarana dan fasilitas kesehatan yang terbatas maka tidak ada pilihan lain kecuali menyerahkan semua keputusan tersebut kepada provider yang ada.

3) Kemampuan dan Penerimaan Pelayanan Kesehatan

Kemampuan membayar pelayanan kesehatan berhubungan erat dengan tingkat pelayanan kesehatan. Pihak ketiga (perusahaan asuransi) pada umumnya cenderung membayar pembiayaan kesehatan tertanggung lebih besar dibanding dengan perorangan. Sebab itu, pada Negara dimana

asuransi kesehatan sosial lebih dominan atas komersial atau sistem asuransi kesehatan nasional, peranan asuradur sangat penting dalam menentukan penggunaan pelayanan kesehatan.

4) Resiko Sakit dan Lingkungan

Faktor resiko dan lingkungan juga mempengaruhi tingkat utilisasi pelayanan kesehatan seseorang. Resiko sakit tidak akan pernah sama pada setiap individu dan datangnya penyakit tidak terduga pada masing-masing individu. Disamping itu, faktor lingkungan sangat mempengaruhi status kesehatan individu maupun masyarakat. Lingkungan hidup yang memenuhi persyaratan kesehatan memberikan resiko sakit yang lebih rendah kepada individu dan masyarakat.¹¹

Model Andersen dan Anderson (1979), menggolongkan model yang dilakukan dalam penelitian utilisasi pelayanan kesehatan dalam 7 kategori berdasarkan tipe variabel yang digunakan sebagai faktor yang menentukan dalam utilisasi pelayanan kesehatan yaitu :

1) Model Demografi (*Demographic Model*)

Pada model ini, variabel-variabel yang dipakai adalah umur, seks, status perkawinan, dan besarnya keluarga. Variabel ini digunakan sebagai ukuran atau indikator yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.

2) Model Struktur Sosial (*Social Structural Model*)

Di dalam model ini, variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan, dan etnis. Variabel ini mencerminkan status social dari individu atau keluarga dalam masyarakat, yang juga dapat menggambarkan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat itu sendiri.

3) Model Sosial Psikologis (*Social Psychological Model*)

Dalam model ini, variabel yang dipakai adalah pengetahuan, sikap, dan keyakinan individu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Variabel psikologi ini mempengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak dalam menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia.

4) Model Sumber Keluarga (*Family Resource Model*)

Dalam model ini variabel yang dipakai adalah pendapatan keluarga dan cakupan asuransi kesehatan. Variabel ini dapat mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Makin komprehensif paket asuransi yang sanggup individu beli, makin menjamin pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dapat dikonsumsi oleh individu.

5) Model Sumber daya Masyarakat (*Community Resource Model*)

Pada model ini variabel yang digunakan adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat. Pada dasarnya model sumber daya masyarakat ini adalah suplai ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber kesehatan pada masyarakat. Artinya, makin banyak

PPK yang tersedia, makin tinggi aksesibilitas masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

6) Model Organisasi (*Organization Model*)

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayan kesehatan. Biasanya variabel yang digunakan adalah :

- a. Gaya (*style*) praktek pengobatan (sendiri, rekanan, atau kelompok)
- b. Sifat alamiah (*nature*) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak)
- c. Lokasi pelayanan kesehatan (pribadi, rumah sakit, atau klinik)
- d. Petugas dari pelayanan kesehatan yang pertama kali dikontak oleh pasien (dokter, perawat, atau yang lainnya)

7) Model Sistem Kesehatan

Model ini mengintegrasikan keenam model diatas ke dalam suatu model yang lebih sempurna, sehingga apabila dilakukan analisa terhadap penyediaan dan utilisasi pelayanan kesehatan harus dipertimbangkan semua faktor yang berpengaruh didalamnya.

Dever mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai berikut:

- 1) Sosio budaya mencakup teknologi dan norma-norma yang berlaku.
 - a) Kemajuan teknologi

Kemajuan teknologi di bidang kesehatan dapat mempengaruhi seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Kemajuan teknologi dapat menurunkan angka kesakitan atau kebutuhan untuk perawatan, seperti penemuan vaksin untuk mencegah penyakit difteri, pertusis, dan lain-lain. Di sisi lain, kemajuan teknologi juga dapat meningkatkan utilisasi pelayanan kesehatan, seperti transplantasi jantung, ginjal, dan kemajuan di bidang radiologi dapat meningkatkan utilisasi pelayanan kesehatan di masyarakat.

b) Norma-norma yang berlaku

Norma dan nilai-nilai sosial yang terdapat dalam masyarakat akan mempengaruhi seseorang dalam bertindak termasuk dalam perilaku utilisasi pelayanan kesehatan.

2) Organisasi meliputi ada tidaknya fasilitas pelayanan kesehatan, keterjangkauan secara geografis, keterjangkauan sosial, dan karakteristik struktur pelayanan kesehatan.

a) Ketersediaan pelayanan kesehatan

Ketersediaan pelayanan kesehatan mempengaruhi seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, karena suatu pelayanan digunakan jika tersedia. Suatu sumber daya dikatakan tersedia jika terdapat dan diperoleh tanpa mempertimbangkan mudah atau sulitnya digunakan.

b) Keterjangkauan secara geografis

Keterjangkauan geografi (aksesibilitas) adalah faktor-faktor geografi yang memudahkan atau menghambat individu dalam memanfaatkan pelayanan

kesehatan, berkaitan dengan jarak tempuh, waktu tempuh, dan kemudahan dalam memperoleh alat transportasi. Hubungan antara akses geografi dan penggunaan pelayanan tergantung dari sumber daya yang ada. Peningkatan akses yang disebabkan oleh berkurangnya jarak, waktu tempuh, dan kemudahan transportasi dapat mengakibatkan peningkatan pelayanan yang berhubungan dengan keluhan-keluhan ringan atau pemakaian pelayanan preventif akan lebih tinggi daripada pelayanan kuratif.

c) Keterjangkauan sosial

Keterjangkauan sosial terdiri atas dua dimensi, yaitu dapat diterima dan dapat dijangkau oleh masyarakat. Dalam aspek keterjangkauan sosial, konsumen dalam memanfaatkan pelayanan memperhitungkan dari segi ekonomi yaitu biaya pelayanan dan ada atau tidaknya penanggung biaya pelayanan.

d) Karakteristik struktur pelayanan

Cara pelayanan terhadap petugas kesehatan dapat mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan. Sistem pemberian upah merupakan salah satu faktor yang membentuk insentif tenaga kesehatan. Contoh dalam sistem asuransi, dimana biaya pelayanan dokter dibayarkan kembali, struktur pembayaran tersebut mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan. Para dokter cenderung membentuk pelayanan yang bisa memberikan keuntungan untuk memaksimalkan pendapatan mereka. Selain itu, struktur organisasi pelayanan kesehatan juga mempengaruhi

utilisasi seseorang terhadap pelayanan kesehatan. Bentuk pelayanan, seperti praktik dokter tunggal, praktik dokter bersama, klinik, rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya membuat pola utilisasi pelayanan kesehatan yang berbeda.

- 3) Faktor yang berhubungan dengan konsumen, meliputi derajat sakit, mobilitas penderita, cacat yang dialami, sosio demografi (umur, jenis kelamin, status perkawinan), sosio psikologi (persepsi sakit, kepercayaan, dsb), sosio ekonomi (pendidikan, pendapatan, pekerjaan, jarak tempat tinggal dengan pusat pelayanan kesehatan).
- 4) Faktor yang berhubungan dengan provider, meliputi kemampuan petugas dalam menciptakan kebutuhan masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan melalui karakteristik provider (pelayanan dokter, pelayanan paramedik, jumlah dan jenis dokter, peralatan yang tersedia, serta penggunaan teknologi canggih).¹²

2.3 Puskesmas

Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Dengan kata lain Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya.¹³

2.3.1 Wilayah kerja puskesmas

Wilayah kerja Puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja Puskesmas. Puskesmas merupakan perangkat Pemerintah Daerah Tingkat II, sehingga pembagian wilayah kerja puskesmas ditetapkan oleh Bupati atau Walikota, dengan saran teknis dari kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota. Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk setiap Puskesmas. Untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan maka Puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yang disebut Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling. Khusus untuk kota besar dengan jumlah penduduk satu juta atau lebih, wilayah kerja Puskesmas bisa meliputi 1 Kelurahan. Puskesmas di ibukota Kecamatan dengan jumlah penduduk 150.000 jiwa atau lebih, merupakan “ Puskesmas Pembina “ yang berfungsi sebagai pusat rujukan bagi Puskesmas kelurahan dan juga mempunyai fungsi koordinasi.¹³

2.3.2 Pelayanan kesehatan menyeluruh

Pelayanan Kesehatan yang diberikan Puskesmas adalah pelayanan kesehatan menyeluruh yang meliputi pelayanan: - Kuratif (pengobatan) - Preventif (upaya pencegahan) - Promotif (peningkatan kesehatan) - Rehabilitatif (pemulihan kesehatan) Pelayanan tersebut ditujukan kepada semua penduduk, tidak

membedakan jenis kelamin dan golongan umur, sejak pembuahan dalam kandungan sampai tutup usia.¹³

2.3.3 Pelayanan kesehatan integratif

Sebelum ada Puskesmas, pelayanan kesehatan di Kecamatan meliputi Balai Pengobatan, Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak, Usaha Hygiene Sanitasi Lingkungan, Pemberantasan Penyakit Menular, dan lain-lain. Usaha-usaha tersebut masih bekerja sendiri-sendiri dan langsung melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Dati II. Petugas Balai Pengobatan tidak tahu menahu apa yang terjadi di BKIA, begitu juga petugas BKIA tidak mengetahui apa yang dilakukan oleh petugas Hygiene Sanitasi dan sebaliknya. Dengan adanya sistem pelayanan kesehatan melalui Pusat Kesehatan Masyarakat yakni Puskesmas, maka berbagai kegiatan pokok Puskesmas dilaksanakan bersama di bawah satu koordinasi dan satu pimpinan.¹³

2.3.4 Fungsi dan peran puskesmas

Fungsi Puskesmas:

- 1) Sebagai Pusat Pembangunan Kesehatan Masyarakat di wilayah kerjanya.
- 2) Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat
- 3) Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Proses dalam melaksanakan fungsinya, dilaksanakan dengan cara:

- 1) Merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri.
- 2) Memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumberdaya yang ada secara efektif dan efisien.
- 3) Memberikan bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan.
- 4) Memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat.
- 5) Bekerja sama dengan sektor-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program Puskesmas.

Peran Puskesmas:

Dalam konteks Otonomi Daerah saat ini, Puskesmas mempunyai peran yang sangat vital sebagai institusi pelaksana teknis, dituntut memiliki kemampuan manajerial dan wawasan jauh ke depan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Peran tersebut ditunjukkan dalam bentuk ikut serta menentukan kebijakan daerah melalui sistem perencanaan yang matang dan realisize, tatalaksana kegiatan yang tersusun rapi, serta sistem evaluasi dan pemantauan yang akurat. Rangkaian manajerial di atas bermanfaat dalam penentuan skala prioritas daerah dan sebagai bahan kesesuaian dalam menentukan RAPBD yang berorientasi kepada kepentingan masyarakat. Adapun ke depan, Puskesmas juga dituntut berperan dalam pemanfaatan teknologi informasi terkait upaya peningkatan pelayanan kesehatan secara komprehensif dan terpadu.¹³

2.4 Kedudukan & Peran Puskesmas Di Era Jkn

Berdasarkan Perpres Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional, sistim pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.¹⁴

Di era JKN, yang termasuk dalam jenis faskes tingkat pertama adalah:

- 1) Puskesmas atau yang setara
- 2) Praktek dokter
- 3) Praktek dokter gigi
- 4) Klinik pratama atau yang setara
- 5) Rs kelas d pratama atau yang setara¹⁴

Sebagai salah satu faskes tingkat pertama di era JKN, puskesmas memiliki fungsi:

- 1) Penyelenggara UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) primer/tingkat pertama di wilayah kerjanya

- 2) Pusat penyedia data dan informasi kesehatan di wilayah kerjanya sekaligus dikaitkan dengan perannya sebagai penggerak pembangunan berwawasan kesehatan di wilayahnya
- 3) Penyelenggaraan UKP (Upaya Kesehatan Perseorangan) primer/tingkat pertama, yang berkualitas dan berorientasi pada pengguna layanannya.¹⁵

2.4.1 Kedudukan/Posisi & Peran Faskes Tingkat Pertama Di Era Jkn

Kedudukan/posisi & peran faskes tingkat pertama di era jkn adalah pemberi pelayanan kesehatan (gatekeeper) yang merupakan penyelenggara pelayanan kesehatan dasar yang berperan sebagai kontak pertama dan penapis rujukan sesuai dengan standar pelayanan medik. Kecuali gawat darurat, semua peserta harus melalui faskes tingkat pertama baru dapat memperoleh pelayanan di tingkat lanjut.¹⁴

2.4.2 Tugas Dan Fungsi Faskes Tingkat Pertama

2.4.2.1 Tugas faskes tingkat pertama

- 1) Menyelenggarakan kesehatan dasar masyarakat melalui pelayanan kesehatan dasar bersarkan kompetensi & kewenangannya.
- 2) Mengatur pelayanan kesehatan lanjutan melalui sistem rujukan.
- 3) Penasehat, konselor, dan pendidik untuk mewujudkan keluarga sehat.
- 4) Manajer sumber daya

2.4.2.2 Fungsi faskes tingkat pertama

- 1) Kontak pertama pasien

- 2) Penapis rujukan
- 3) Kendali mutu dan biaya

2.4.3 Kebijakan Dokter Layanan Primer Di Era Jkn

2.4.3.1 Tugas Dokter Layanan Primer

- 1) Menyelenggarakan kesehatan dasar masyarakat melalui pelayanan kesehatan dasar bersarkan kompetensi & kewenangannya.
- 2) Mengatur pelayanan kesehatan lanjutan melalui sistem rujukan.
- 3) Penasehat, konselor, dan pendidik untuk mewujudkan keluarga sehat.
- 4) Manajer sumber daya

2.4.2.2 Fungsi Dokter Layanan Primer

- 1) Kontak pertama pasien
- 2) Penapis rujukan
- 3) Kendali mutu dan biaya

Tugas dan fungsi faskes tingkat pertama dilakukan sesuai dengan standar pelayanan di faskes tingkat pertama yakni Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Pelayanan Primer yang didalamnya memuat standar pelayanan di faskes tingkat pertama dalam menangani 155 jenis penyakit dengan tingkat kemampuan dokter 4A, 3B dan 3A.¹

2.5 Unsur-Unsur Manajemen Pelayanan Kesehatan

Manajemen selalu dikaitkan dengan usaha bersama sekelompok manusia, yang mana merupakan suatu proses aktifitas guna mencapai sasaran atau suatu telaah yang direncanakan terlebih dahulu, untuk mencapai sasaran itu, diperlukan sejumlah sarana, fasilitas atau alat yang disebut juga sebagai unsur-unsur manajemen.¹⁶

Dikutip dari buku Ibrahim Lubis, George R.Terry mengemukakan lima unsur manajemen (5M) lebih luas dan terperinci daripada O.F. Petersen, yaitu: *Man, Materials, Machines, Methods, Money*.¹⁷

Selain teori 5M di atas, dalam dunia perdagangan dikenal unsur dagang yang keenam daripada manajemen yaitu "*Market*" (pasar).¹⁸ Adapun unsur-unsur tersebut terdiri dari 6 macam: *Man, Materials, Machines, Methods, Money, dan Market* (manusia, uang, barang, mesin, metode, dan pasar) yang dirumuskan menjadi 6M.¹⁶

Untuk lebih jelasnya dari unsur-unsur tersebut yaitu sebagai berikut:

1) *Man* (Tenaga Kerja manusia)

Man merujuk pada sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi. Dalam manajemen, faktor manusia adalah yang paling menentukan. Manusia yang membuat tujuan dan manusia pula yang melakukan proses untuk mencapai tujuan. Tanpa ada manusia tidak ada proses kerja, sebab pada dasarnya manusia adalah makhluk kerja. Oleh karena itu, manajemen timbul karena adanya orang-orang yang berkerja sama untuk mencapai tujuan.

2) *Money* (Uang Yang Diperlukan Untuk mencapai tujuan)

Money atau Uang merupakan salah satu unsur yang tidak dapat diabaikan. Uang merupakan alat tukar dan alat pengukur nilai. Besar-kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari jumlah uang yang beredar dalam perusahaan. Oleh karena itu uang merupakan alat (tools) yang penting untuk mencapai tujuan karena segala sesuatu harus diperhitungkan secara rasional. Hal ini akan berhubungan dengan berapa uang yang harus disediakan untuk membiayai gaji tenaga kerja, alat-alat yang dibutuhkan dan harus dibeli serta berapa hasil yang akan dicapai dari suatu organisasi.

3) *Methods* (sistem atau cara untuk mencapai tujuan)

Cara melakukan suatu pekerjaan guna mencapai kerja (metode) yang tepat sangat menentukan kelancaran roda jalannya manajemen dalam suatu organisasi. Sebab, dengan cara atau metode yang ditata dengan baik, akan menghasilkan produk yang baik pula. Sehingga tujuan tercapai dengan efektif dan efisien.

4) *Materials* (bahan-bahan atau peralatan yang diperlukan)

Material terdiri dari bahan setengah jadi (raw material) dan bahan jadi. Dalam dunia usaha untuk mencapai hasil yang lebih baik, selain manusia yang ahli dalam bidangnya juga harus dapat menggunakan bahan/materi-materi sebagai salah satu sarana. Sebab materi dan manusia tidak dapat dipisahkan, tanpa materi tidak akan tercapai hasil yang dikehendaki.

5) *Machines* (mesin-mesin yang diperlukan)

Peranan mesin dalam zaman modern ini, tidak dapat diragukan lagi, mesin dapat membantu manusia dalam pekerjaannya. Mesin digunakan untuk memberi kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja

6) *Market* (pasar)

Market atau pasar adalah tempat di mana organisasi menyebarluaskan (memasarkan) produknya. Memasarkan produk sudah barang tentu sangat penting sebab bila barang yang diproduksi tidak laku, maka proses produksi barang akan berhenti. Artinya, proses kerja tidak akan berlangsung. Oleh sebab itu, penguasaan pasar dalam arti menyebarkan hasil produksi merupakan faktor menentukan dalam perusahaan. Agar pasar dapat dikuasai maka kualitas dan harga barang harus sesuai dengan selera konsumen dan daya beli (kemampuan) konsumen.¹⁹

Dalam sistem rujukan berjenjang, faktor yang paling mempengaruhi pelaksanaannya adalah *man* (kemampuan dokter, ketersediaan dokter, pemahaman mengenai kapitasi, pemahaman mengenai fungsi puskesmas sebagai *gatekeeper*), *money* (kapitasi puskesmas), dan *materials* (fasilitas alat kesehatan, kelengkapan obat-obatan).

2.6 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang bertanggungjawab kepada presiden dan berfungsi menyelenggarakan

program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia. (UU No.24 tahun 2011 tentang BPJS).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. (UU No.40 tahun 2004 tentang SJSN).

Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai pada 1 Januari 2014. Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, antara lain: Peraturan Pemerintah No.101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI); Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan; dan Peta Jalan JKN (Roadmap Jaminan Kesehatan Nasional) (UU No.24 tahun 2011 tentang BPJS).

2.6.1 Fungsi, Tugas, Wewenang, Hak, Dan Kewajiban BPJS

Mengingat pentingnya peranan BPJS dalam menyelenggarakan program jaminan sosial dengan cakupan seluruh penduduk Indonesia, maka UU BPJS memberikan batasan fungsi, tugas dan wewenang yang jelas kepada BPJS.

Dengan demikian dapat diketahui secara pasti batas-batas tanggung jawabnya dan sekaligus dapat dijadikan sarana untuk mengukur kinerja kedua BPJS tersebut secara transparan. Berdasarkan PMK NOMOR 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Fungsi, Tugas, Wewenang, Hak, Dan Kewajiban BPJS Adalah:

1) Fungsi

BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dalam melaksanakan fungsinya BPJS bertugas untuk:

2) Tugas

Dalam melaksanakan fungsinya BPJS Kesehatan bertugas untuk:

- a. melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
- b. memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
- c. menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah;
- d. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
- e. mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
- f. membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
- g. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

3) Wewenang

Dalam melaksanakan tugasnya, BPJS Kesehatan berwenang untuk:

- a. menagih pembayaran Iuran;
- b. menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- c. melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- d. membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- e. membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- f. mengenakan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- g. melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar Iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- h. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

4) Hak

Dalam melaksanakan kewenangannya, BPJS Kesehatan berhak untuk:

- a. memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- b. memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

5) Kewajiban

Dalam melaksanakan tugasnya, BPJS Kesehatan berkewajiban untuk:

- a. memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta;.
- b. mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta;
- c. memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya;
- d. memberikan Manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- e. memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku;
- f. memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya;

- g. membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan berlaku umum;
- h. melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial; dan
- i. melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

2.6.2 Peserta dan Kepesertaan

2.6.2.1 Peserta

Berdasarkan PMK NOMOR 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang dilaksanakan oleh BPJS adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi:

- 1) Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI): fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 2) Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI), terdiri dari :
 - A. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya
 - a. Pegawai Negeri Sipil;
 - b. Anggota TNI;
 - c. Anggota Polri;

- d. Pejabat Negara;
- e. Pegawai Pemerintah non Pegawai Negeri;
- f. Pegawai Swasta; dan
- g. Pekerja yang tidak termasuk huruf a sd f yang menerima Upah.

Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

B. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya

- a. Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri; dan
- b. Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima upah.

Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

C. Bukan pekerja dan anggota keluarganya

- a. Investor;
- b. Pemberi Kerja;
- c. Penerima Pensiun, terdiri dari :
 - Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
 - Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun;
 - Penerima pensiun lain; dan
 - Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun.
- d. Veteran;

- e. Perintis Kemerdekaan;
- f. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; dan
- g. Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan e yang mampu membayar iuran.

2.6.2.2 Hak dan Kewajiban Peserta

Berdasarkan PMK NOMOR 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, hak dan kewajiban peserta JKN yang dilaksanakan oleh BPJS adalah:

Setiap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berhak:

- 1) Mendapatkan nomor identitas tunggal peserta.
- 2) Memperoleh manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).
- 3) Memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) sesuai yang diinginkan. Perpindahan fasilitas kesehatan tingkat pertama selanjutnya dapat dilakukan setelah 3 (tiga) bulan. Khusus bagi peserta: Askes sosial dari PT. Askes (Persero), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) dari PT. (Persero) Jamsostek, program Jamkesmas dan TNI/POLRI, 3 (tiga) bulan pertama penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Fasilitas Kesehatan

Tingkat Pertama (FKTP) ditetapkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).

- 4) Mendapatkan informasi dan menyampaikan keluhan terkait dengan pelayanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Setiap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berkewajiban untuk :

- 1) Mendaftarkan diri dan membayar iuran, kecuali Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan pendaftaran dan pembayaran iurannya dilakukan oleh Pemerintah.
- 2) Mentaati prosedur dan ketentuan yang telah ditetapkan.
- 3) Melaporkan perubahan data kepesertaan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili, pindah kerja, menikah, perceraian, kematian, kelahiran dan lain-lain.

2.6.3 Iuran

Berdasarkan PMK NOMOR 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, ditetapkan bahwa:

- 1) Bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan iuran dibayar oleh Pemerintah.
- 2) Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja pada Lembaga Pemerintahan terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, dan pegawai pemerintah non pegawai negeri sebesar 5% (lima

persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan : 3% (tiga persen) dibayar oleh pemberi kerja dan 2% (dua persen) dibayar oleh peserta.

- 3) Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja di BUMN, BUMD dan Swasta sebesar 4,5% (empat koma lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan : 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja dan 0,5% (nol koma lima persen) dibayar oleh Peserta.
- 4) Iuran untuk keluarga tambahan Pekerja Penerima Upah yang terdiri dari anak ke 4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua, besaran iuran sebesar sebesar 1% (satu persen) dari dari gaji atau upah per orang per bulan, dibayar oleh pekerja penerima upah.
- 5) Iuran bagi kerabat lain dari pekerja penerima upah (seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll); peserta pekerja bukan penerima upah serta iuran peserta bukan pekerja adalah sebesar:
 - a. Sebesar Rp.25.500,- (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
 - b. Sebesar Rp.42.500 (empat puluh dua ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
 - c. Sebesar Rp.59.500,- (lima puluh sembilan ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
- 6) Iuran Jaminan Kesehatan bagi Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, iurannya ditetapkan sebesar 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) gaji

pokok Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan, dibayar oleh Pemerintah.

- 7) Pembayaran iuran paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.

2.6.4 Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta JKN

Berdasarkan PMK NOMOR 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, ditetapkan bahwa:

- 1) Setiap peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan meliputi:
 - a. pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP),
 - b. pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL);
 - c. pelayanan gawat darurat; dan
 - d. pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri.
- 2) Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medis yang diperlukan.
- 3) Pelayanan kesehatan diberikan di fasilitas kesehatan yang telah melakukan perjanjian kerjasama dengan BPJS Kesehatan atau pada keadaan tertentu (kegawatdaruratan medik atau darurat medik) dapat dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- 4) Pelayanan kesehatan dalam program JKN diberikan secara berjenjang, efektif dan efisien dengan menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya.

- 5) Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.
- 6) Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) penerima rujukan wajib merujuk kembali peserta JKN disertai jawaban dan tindak lanjut yang harus dilakukan jika secara medis peserta sudah dapat dilayani di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang merujuk.
- 7) Program Rujuk Balik (PRB) pada penyakit-penyakit kronis (diabetes mellitus, hipertensi, jantung, asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), epilepsy, skizofren, stroke, dan Sindroma Lupus Eritematosus) wajib dilakukan bila kondisi pasien sudah dalam keadaan stabil, disertai dengan surat keterangan rujuk balik yang dibuat dokter spesialis/sub spesialis.
- 8) Rujukan partial dapat dilakukan antar fasilitas kesehatan dan biayanya ditanggung oleh fasilitas kesehatan yang merujuk
- 9) Kasus medis yang menjadi kompetensi FKTP harus diselesaikan secara tuntas di FKTP, kecuali terdapat keterbatasan SDM, sarana dan prasarana di fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- 10) Status kepesertaan pasien harus dipastikan sejak awal masuk Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Bila pasien berkeinginan

menjadi peserta JKN dapat diberi kesempatan untuk melakukan pendaftaran dan pembayaran iuran peserta JKN dan selanjutnya menunjukkan nomor identitas peserta JKN selambat-lambatnya 3 x 24 jam hari kerja sejak yang bersangkutan dirawat atau sebelum pasien pulang (bila pasien 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.

- 11) Pada daerah yang tidak terdapat fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat (ditetapkan oleh Dinas Kesehatan setempat dengan pertimbangan BPJS Kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan) dan peserta memerlukan pelayanan kesehatan, maka peserta diberikan kompensasi oleh BPJS Kesehatan. Pemberian kompensasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- 12) Dalam hal tidak terdapat dokter spesialis pada suatu daerah dimungkinkan untuk mendatangkan dokter spesialis di FKRTL dengan persyaratan teknis dan administratif yaitu :
 - a. Diketahui oleh Dinas Kesehatan dan BPJS setempat.
 - b. Transportasi tidak bisa ditagihkan.
 - c. Menggunakan pola pembayaran INA-CBGs sesuai dengan kelas FKRTL dokter. Pelayanan kesehatan bagi peserta penderita penyakit HIV dan AIDS, Tuberculosis (TB), malaria serta kusta dan korban narkoba yang memerlukan rehabilitasi medis, pelayanannya dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang merupakan bagian dari pembayaran kapitasi dan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan tetap dapat diklaimkan

sesuai tarif INA-CBGs, sedangkan obatnya menggunakan obat program. Obat program disediakan oleh pemerintah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Jenis obat, fasilitas kesehatan yang melayani program tersebut, mekanisme distribusi obat, diatur sesuai dengan ketentuan masing-masing program.⁵

2.7 Sistem Rujukan Berjenjang BPJS Kesehatan

2.7.1 Definisi

Sistem Rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan.²⁰

2.7.2 Ketentuan Umum

Berdasarkan panduan praktis Sistem Rujukan Berjenjang BPJS Kesehatan, ketentuan umum dari sistem rujukan berjenjang adalah:

- 1) Pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari 3 (tiga) tingkatan yaitu:
 - a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama;
 - b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua; dan
 - c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga.

- 2) Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- 3) Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialisik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik.
- 4) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan sub spesialisik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik.
- 5) Dalam menjalankan pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan wajib melakukan sistem rujukan dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- 6) Peserta yang ingin mendapatkan pelayanan yang tidak sesuai dengan sistem rujukan dapat dimasukkan dalam kategori pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur sehingga tidak dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.
- 7) Fasilitas Kesehatan yang tidak menerapkan sistem rujukan maka BPJS Kesehatan akan melakukan recredentialing terhadap kinerja fasilitas kesehatan tersebut dan dapat berdampak pada kelanjutan kerjasama
- 8) Pelayanan rujukan dapat dilakukan secara horizontal maupun vertikal.
- 9) Rujukan horizontal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap.

- 10) Rujukan vertikal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.
- 11) Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi dilakukan apabila:
 - a. pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik atau subspesialistik;
 - b. perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan.
- 12) Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan pelayanan yang lebih rendah dilakukan apabila :
 - a. permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya;
 - b. kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut;
 - c. pasien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang; dan/atau
 - d. perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan.

2.7.3 Tata Cara Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang

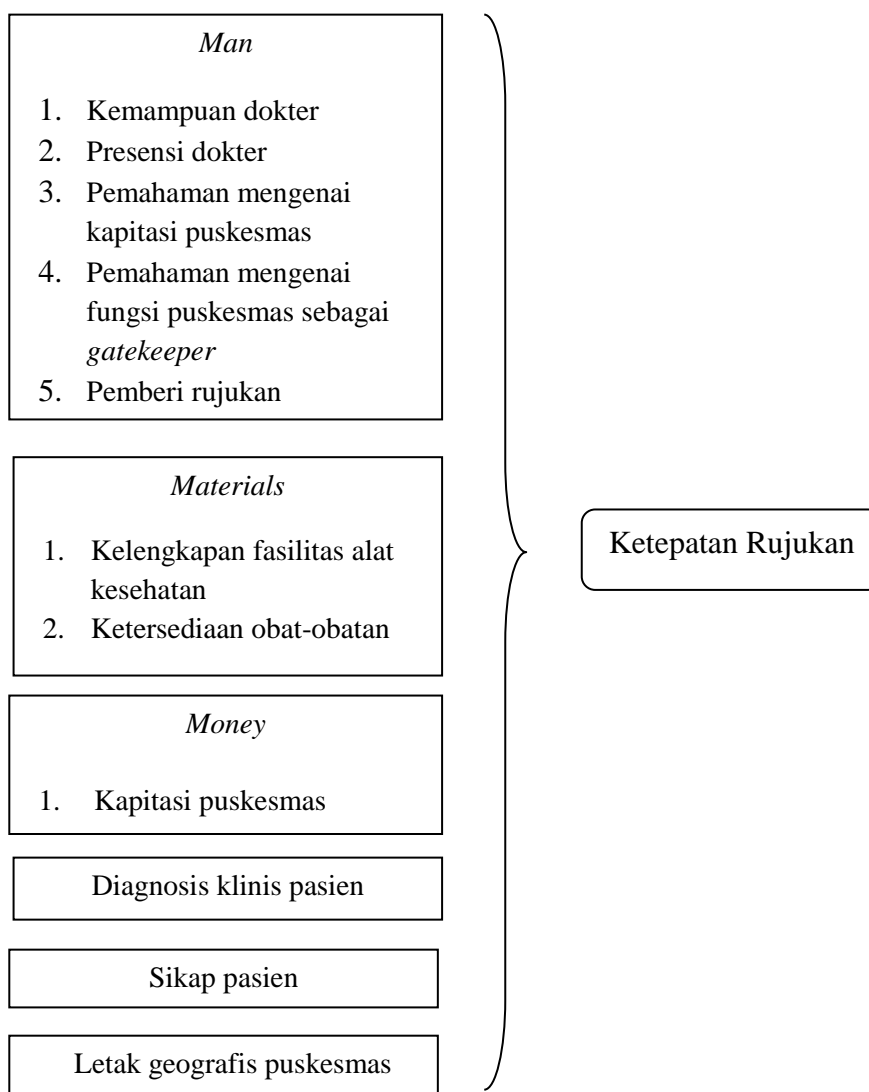
Berdasarkan panduan praktis Sistem Rujukan Berjenjang BPJS Kesehatan, tata cara pelaksanaan sistem rujukan berjenjang adalah:

- 1) Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis, yaitu:
 - a. Dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama
 - b. Jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh spesialis, maka pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua
 - c. Pelayanan kesehatan tingkat kedua di faskes sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes primer.
 - d. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga di faskes tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes sekunder dan faskes primer.
- 2) Pelayanan kesehatan di faskes primer yang dapat dirujuk langsung ke faskes tersier hanya untuk kasus yang sudah ditegakkan diagnosis dan rencana terapinya, merupakan pelayanan berulang dan hanya tersedia di faskes tersier.
- 3) Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi:
 - a. terjadi keadaan 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; dan
 - 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/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama kecuali dalam kondisi gawat darurat dan kekhususan permasalahan kesehatan pasien, yaitu kondisi di luar kompetensi dokter dan/atau dokter gigi pemberipelayanan 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.

2.8 Kerangka Teori



2.9 Kerangka Konsep

