



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN UTILISASI PELAYANAN KESEHATAN DI
PUSKESMAS KABUPATEN BOGOR DI ERA JKN
TAHUN 2014**

SKRIPSI

AINA URSILA

1106017502

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
DEPOK
JANUARI 2015**



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN UTILISASI PELAYANAN KESEHATAN DI
PUSKESMAS KABUPATEN BOGOR DI ERA JKN
TAHUN 2014**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan
Masyarakat**

**AINA URSILA
1106017502**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
DEPOK
JANUARI 2015**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Aina Ursila

NPM : 1106017502

Tanda Tangan :



Tanggal : 7 Januari 2015

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Aina Ursila

NPM : 1106017502

Mahasiswa Program : S1 Reguler Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Manajemen Pelayanan Kesehatan

Tahun Akademik : 2011

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

**GAMBARAN UTILISASI PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS
KABUPATEN BOGOR DI ERA JKN TAHUN 2014**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 7 Januari 2015



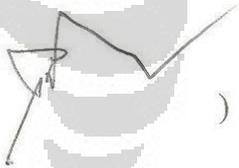
(Aina Ursila)

HALAMAN PENGESAHAN

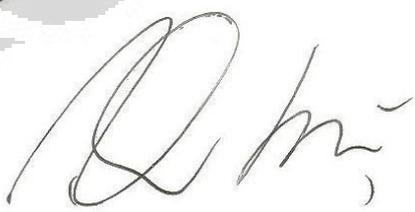
Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Aina Ursila
NPM : 1106017502
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Gambaran Utilisasi Pelayanan Kesehatan di
Puskesmas Kabupaten Bogor di Era JKN Tahun 2014

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr. Sandi Iljanto, MPH ()

Penguji : Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, Ph.D ()

Penguji : Muhtar Lintang, SKM, M.Kes ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 7 Januari 2015

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karuniaNya penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi dengan judul “Gambaran Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Bogor di Era JKN Tahun 2014”

Skripsi ini merupakan salah satu prasyarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Dalam penyelesaian laporan ini tentunya tidak terlepas dari bantuan, doa, dan dukungan beberapa pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan laporan ini. Pada kesempatan kali ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Dr. dr. Sandi Iljanto, MPH selaku pembimbing akademis yang selalu sabar membimbing, memberikan semangat untuk selalu optimis, memberikan pengarahan dan senantiasa meluangkan waktunya untuk membimbing penulis.
2. Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD atas kesediannya menjadi penguji dan memberikan saran dalam penulisan skripsi ini.
3. Bapak Muhtar Lintang, S.KM, M.Kes atas kesediannya waktunya untuk menjadi penguji dan memberikan semangat kepada penulis dalam penulisan skripsi ini.
4. Ibu Santy Parulian Panjaitan selaku Kepala Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer KCU BPJS Kesehatan Bogor yang membantu dan memberi masukan kepada penulis.
5. Bapak Dr. Pujiyanto, SKM, M.Kes selaku Ketua Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan.
6. Mas Pri, Mbak Nevi, Mbak Dian, yang membantu proses administrasi dalam penulisan skripsi ini.
7. Seluruh pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor yang dengan ramah membantu serta menyemangati penulis.
8. Seluruh pegawai KCU BPJS Kesehatan Bogor yang sangat membantu penulis.

9. Almarhumah mama saya Afiati Arifin, yang nasihatnya selalu terkenang hingga sekarang sehingga menjadi motivasi dan kekuatan untuk penulis.
10. Ayah, Bunda, Ade, Abang, Ka Serli, Nadhif, dan keluarga besar yang selalu memberikan dukungan, perhatian dan motivasi untuk penulis. Senyum kalian menjadi penyemangat untuk penulis
11. Pak Solihin dan Mbak Vini yang tidak bosannya memberikan informasi dan masukan untuk penulisan skripsi ini.
12. Semua teman-teman AKK 2011 dan MPK 2011 (Putreg, Euis, Zahrina, Yaya, Eva Mutia, Meiynana) terima kasih untuk 1,5 tahunnya.
13. SGD 18 (Asiyah, Meiynana, Eva Mutia, Zaza, Ka Nana, Florence, Zahrina, Nisita) keluarga pertama di kampus yang telah memberikan semangat cerita selama di kampus dan semangat kepada penulis
14. Ayu, Diana, Melati, Meidi, Febrina, Dini, Riris, Wiwin, Nisita, walaupun jarak memisahkan namun tak henti-hentinya memberikan semangat dan dukungan kepada penulis dengan mendengarkan keluh kesah penulis.
15. Arif Harsa, Intan, Isti, Cici, Putreg, Euis, Ayu Novi, Aul, yang dengan ikhlas, tulus membantu penulis, memberikan semangat, dan saran untuk penulisan ini. Maaf selalu merepotkan.
16. Asiyah, partner semenjak Maba hingga di titik terakhir kehidupan kampus yang tidak bosannya selalu ada di samping penulis dalam kondisi apapun. Terima kasih Asiyah.
17. Reformers (Ka Fitra, Ka Eri, Ka Arif, Ka Ipeh, Rafiq, Ibi, Jay, Zaza, Florence, Zahrina, Natal, Eva Mutia, Elva, Euis, Yaya, Windi) yang banyak memberikan pelajaran dan kenangan manis selama di kampus.
18. Pedjoeang (Zahrina, Zaza, Eva Mutia, Florence, Euis, Natal, Yaya, Rosi, Tahta, Fakhri, Akrima, Vella, Soffa, Evi, Vindhil, Diah) terima kasih kenangannya dan telah menjadi salah satu bagian dari cerita di kampus
19. Better Hapsa (Putreg, Cici, Icha, Meiynana, Fuzna, Asiyah, Euis, Eva O, Alfi, Ardian, Prilly, Eva Mutia) yang selalu memberikan semangat kepada penulis

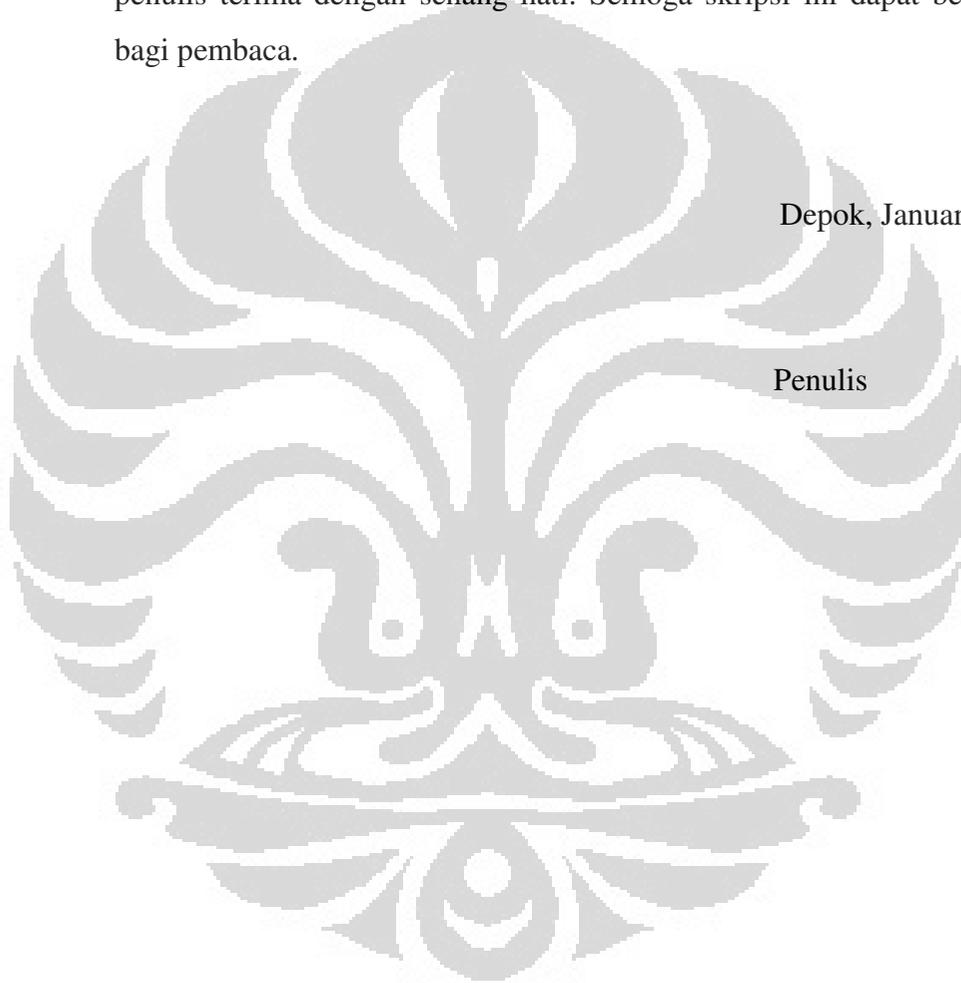
20. Quality Control HAPSA 2014 (Eva O, Isti, Aisyah, Ka Faried) atas satu tahunnya yang dapat memberikan ketenangan untuk penulis. Dan juga HAPSA 2014 terima kasih untuk ceritanya

21. Semua pihak yang telah membantu yang tidak dapat disebutkan satu per satu dalam penyusunan skripsi ini

Dalam penyusunan skripsi ini tentunya penulis banyak menemui keterbatasan dan kekurangan. Oleh sebab itu segala kritik dan saran akan penulis terima dengan senang hati. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Depok, Januari 2015

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aina Ursila
NPM : 1106017502
Program Studi : Manajemen Pelayanan Kesehatan
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Gambaran Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Bogor di Era JKN Tahun 2014”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 7 Januari 2015

Yang menyatakan,



Aina Ursila

ABSTRAK

Nama : Aina Ursila
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Judul : Gambaran Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas
Kabupaten Bogor di Era JKN Tahun 2014

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas Kabupaten Bogor di Era JKN tahun 2014 dengan melihat jumlah kunjungan dan jumlah rujukan. Penelitian ini menggunakan metode survei dengan desain penelitian kuantitatif. Hasil dari penelitian didapatkan angka kunjungan Puskesmas sebesar 1,12% masih kurang dari target 15%. Hal ini dapat disebabkan masih kurangnya sosialisasi dan adanya biaya tidak langsung dalam memanfaatkan Puskesmas. Sedangkan angka rujukan menunjukan sebesar 20,91% yang berarti Puskesmas belum menjadi *gatekeeper* dengan baik karena melebihi 15%. Kondisi tersebut dapat dikarenakan masyarakat memanfaatkan Puskesmas saat dalam kondisi yang tidak dapat ditangani oleh Puskesmas.

Kata kunci:
utilisasi, kunjungan, rujukan, Puskesmas, JKN

ABSTRACT

Name : Aina Ursila
Study Program : Public Health
Title : Utilization of Health Services at Primary Health Care
(Puskesmas) Bogor District in Universal Health Coverage
(JKN) era 2014

This study aims to learn the utilization of health services at primary health care (Puskesmas) located in Bogor District area in Universal Health Coverage (JKN) era 2014 by looking at the number of visits and the number of referrals. This study uses survey method with quantitative research design. This study find utilization rate is 1,12% which is less than the target 15%. It might be due to the lack of socialization and indirect costs. Referral rate is 20.91% indicates that Puskesmas has not become a good gatekeeper because the number exceeds the target of 15%. These conditions can be due to the continued use of health center to an extent which primary health care can no longer handle any more requests for services.

Key word:

utilization, utilization rate, referral rate, primary health

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
BAB 1	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Pertanyaan Penelitian	6
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Bagi Peneliti	6
1.5.2 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dan BPJS	6
1.5.3 Bagi FKM UI	7
1.6 Ruang Lingkup	7
BAB 2	8
2.1 Pelayanan Kesehatan	8
2.2 Upaya Kesehatan	11

2.3 Puskesmas	13
2.4 Teori Utilisasi Andersen	14
2.5 <i>Review</i> Utilisasi Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama	15
2.6 Jaminan Kesehatan Nasional.....	17
2.7 <i>Gatekeeper</i>	18
2.8 Sistem Rujukan	19
2.9 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)	20
2.10 Diagnosa Penyakit yang Dapat Ditangani Puskesmas	21
BAB 3	25
3.1 Kerangka Konsep.....	25
3.2 Definisi Operasional.....	26
BAB 4	28
4.1 Jenis Penelitian.....	28
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	28
4.3 Populasi Penelitian.....	28
4.4 Pengumpulan Data	28
4.5 Pengolahan Data.....	29
4.6 Analisis Data.....	29
BAB 5	30
5.1 Gambaran Wilayah.....	30
5.2 Kependudukan.....	31
5.2.1 Penduduk Menurut Umur.....	31
5.3 Pendidikan.....	32
5.4 Angka Harapan Hidup (AHH)	32
5.5 Puskesmas	33
5.5.1 Kunjungan Puskesmas	34
5.5.2 Sumber Daya Kesehatan di Puskesmas.....	34

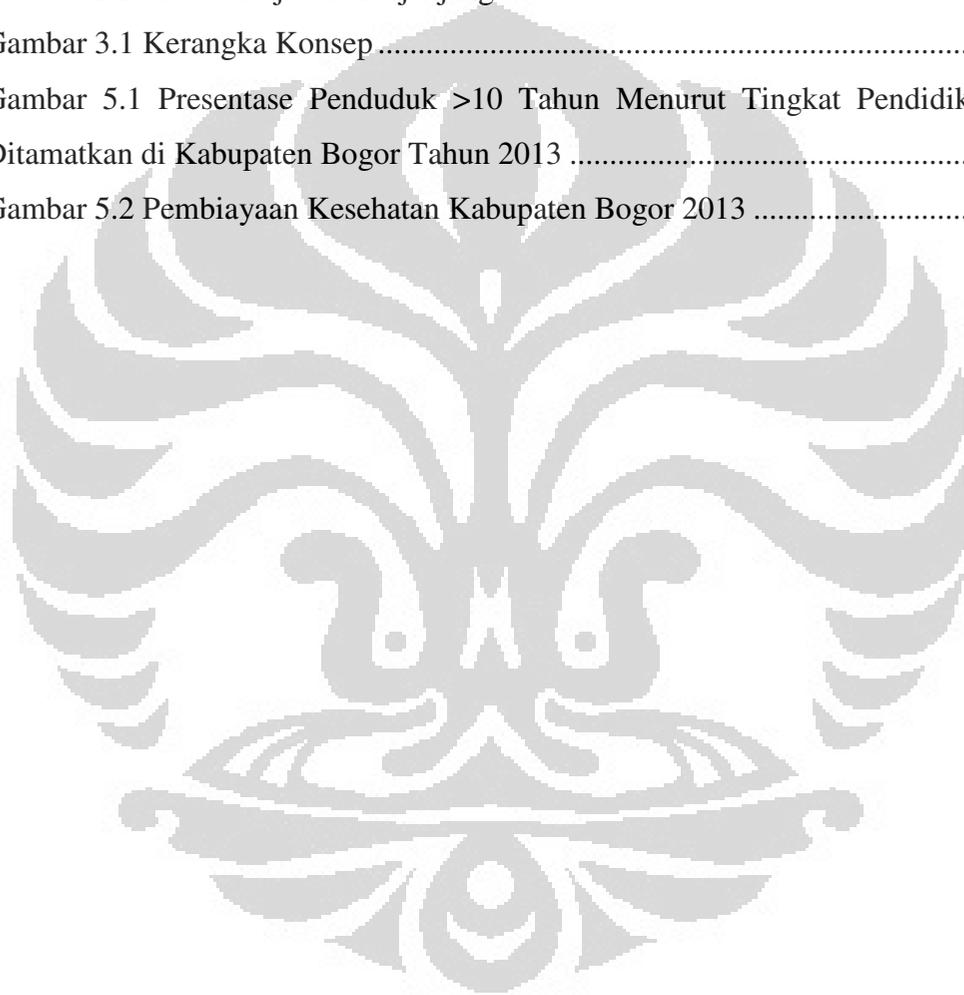
5.5.3 Pembiayaan Kesehatan	34
BAB 6	36
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	36
6.2 Jumlah Kunjungan Puskesmas Kabupaten Bogor.....	36
6.3 Jumlah Kunjungan Berdasarkan Umur	38
6.4 Jumlah Kunjungan Berdasarkan Jenis Kelamin.....	39
6.5 Jumlah Kunjungan Berdasarkan 10 Diagnosa Terbanyak	40
6.6 Jumlah Rujukan.....	42
6.7 Jumlah Rujukan Berdasarkan Umur	43
6.8 Rujukan Berdasarkan Jenis Kelamin	44
6.9 Diagnosa Penyakit Rujukan 10 Terbanyak	45
BAB 7	47
7.1 Kesimpulan	47
7.2 Saran.....	48
DAFTAR REFERENSI	49

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Diagnosa Penyakit yang Dapat Ditangani Puskesmas	21
Tabel 3.1	Definisi Operasional	26
Tabel 5.1	Proporsi Penduduk menurut Umur	31
Tabel 5.2	Angka Harapan Hidup Berdasarkan Proyeksi di Kabupaten Bogor Tahun 2009-2013	33
Tabel 6.1	Jumlah Kunjungan Puskesmas Kabupaten Bogor Bulan Januari-Juni di Era JKN 2014	36
Tabel 6.2	Jumlah Kunjungan Puskesmas Kabupaten Bogor Berdasarkan Jenis Kelamin Bulan Januari-Juni di Era JKN 2014.....	38
Tabel 6.3	Jumlah Kunjungan Puskesmas Kabupaten Bogor Berdasarkan Jenis Kelamin Bulan Januari-Juni di Era JKN 2014.....	39
Tabel 6.4	Jumlah Kunjungan Puskesmas Kabupaten Bogor Berdasarkan 10 Diagnosa Terbanyak Bulan Januari-Juni di Era JKN 2014.....	40
Tabel 6.5	Jumlah Rujukan di Puskesmas Kabupaten Bogor di Era JKN Tahun 2014	42
Tabel 6.6	Jumlah Rujukan Berdasarkan Umur di Puskesmas Kabupaten Bogor di Era JKN	43
Tabel 6.7	Jumlah Rujukan Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN Bulan Januari-Juni 2014	44
Tabel 6.8	Jumlah Rujukan Berdasarkan 10 Diagnosa Penyakit Rujukan Terbanyak di Puskesmas Kabupaten Bogor di Era JKN Bulan Januari-Juni Tahun 2014.....	45

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Proporsi Penduduk Menurut Sumber Biaya Untuk Rawat Jalan Tahun 2013.....	3
Gambar 1.2 Proporsi Penduduk Menurut Sumber Biaya Untuk Rawat Jalan Tahun 2013.....	3
Gambar 2.1 <i>The Initial Behavioral Model</i>	14
Gambar 2.2 Sistem Rujukan Berjenjang.....	20
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	25
Gambar 5.1 Presentase Penduduk >10 Tahun Menurut Tingkat Pendidikan yang Ditamatkan di Kabupaten Bogor Tahun 2013	32
Gambar 5.2 Pembiayaan Kesehatan Kabupaten Bogor 2013	35



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan kesehatan mencakup semua layanan yang berhubungan dengan diagnosis, pengobatan penyakit, promosi kesehatan, pemeliharaan serta pemulihan kesehatan (WHO). Pelayanan kesehatan adalah salah satu determinan status kesehatan (HL Blum dalam Retnaningsih, 2013). Pelayanan kesehatan akan berguna jika pelayanan tersebut dapat dimanfaatkan oleh individu maupun kelompok. Proses pencarian pelayanan kesehatan seseorang ataupun kelompok disebut utilisasi pelayanan kesehatan (Ilyas, 2011).

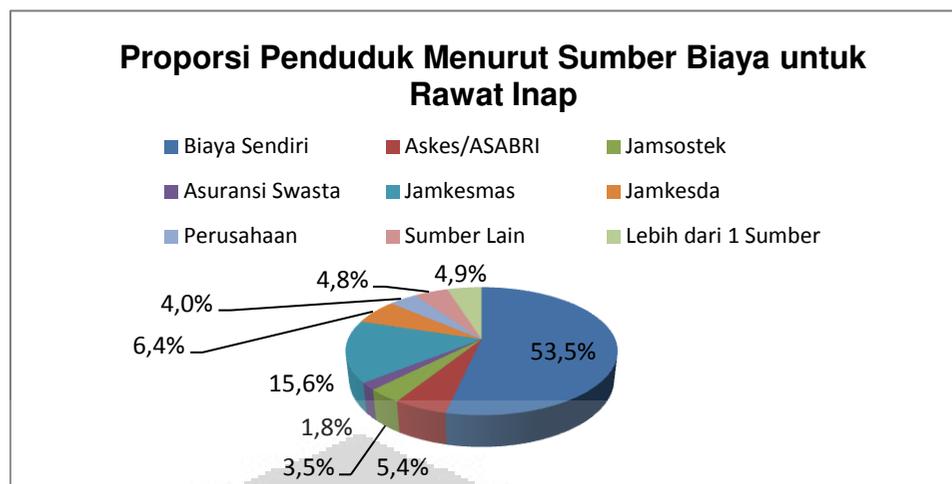
Setiap negara berkewajiban untuk memastikan semua penduduknya dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan. Salah satu cara negara menjamin kesehatan penduduknya adalah dengan menerapkan sistem pembiayaan kesehatan. Menurut WHO, pembiayaan kesehatan dapat membantu menuju cakupan kesehatan secara menyeluruh di tiga area yang saling berhubungan, yaitu mengumpulkan dana kesehatan, mengurangi hambatan keuangan dalam mengakses layanan, terutama biaya langsung dalam menjangkau pelayanan kesehatan, serta mengalokasikan dana dengan efisien dan merata. Kemampuan finansial individu maupun kelompok menjadi salah satu hambatan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Menurut hasil penelitian yang dilakukan di Amerika, kemampuan finansial merupakan salah satu faktor yang menyebabkan mereka tidak dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan (Mandal, 2014).

Inggris adalah salah satu negara yang berhasil mengatasi hambatan finansial dalam menjangkau pelayanan kesehatan. Inggris merupakan negara pertama yang menerapkan sistem pembiayaan yang bernama *National Health System* (NHS). Dengan sistem ini, seluruh masyarakat Inggris dapat mendapatkan jaminan kesehatan dengan memperoleh pelayanan kesehatan secara gratis karena dana NHS sebagian besar berasal dari pajak umum. Sistem ini kemudian diikuti oleh banyak negara di Eropa. Walaupun setiap negara memiliki tujuan yang sama

untuk menjamin semua penduduk mendapatkan pelayanan, setiap negara memiliki perbedaan dalam menjalankan sistem tersebut (Thabrany, 2014).

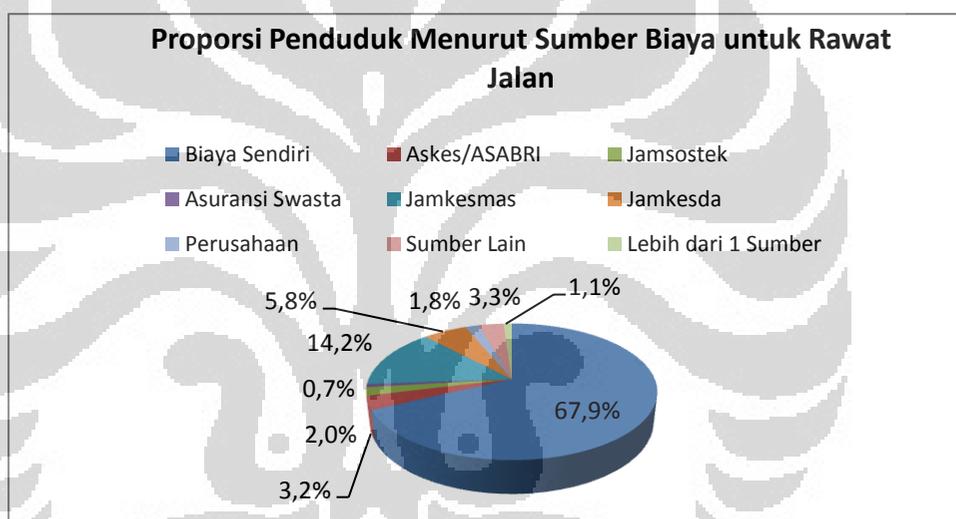
Dengan diterapkannya sistem pembiayaan dalam bentuk jaminan kesehatan di suatu negara, diharapkan utilisasi pelayanan kesehatan dapat meningkat karena masyarakat tidak lagi mengeluarkan biaya sendiri saat ke pelayanan kesehatan. Penelitian di Amerika menunjukkan hasil bahwa jaminan kesehatan meningkatkan akses pelayanan kesehatan (Fitzpatrick, dalam Retnaningsih 2013). Penelitian di Vietnam pun menunjukkan hal yang sama bahwa terjadi peningkatan utilisasi pelayanan kesehatan di tingkat nasional saat diterapkannya program jaminan kesehatan (Cai, 2007). Selain itu, di Indonesia, dengan adanya jamkesmas yang telah mencakup sekitar 47% rumah tangga miskin dan hampir miskin, terdapat peningkatan dalam penggunaan rawat inap dan rawat jalan, serta terjadi penurunan tingkat pembayaran katastrofik (Harimurti, et.al, 2013).

Tidak adanya jaminan kesehatan yang dimiliki dapat membuat individu kesulitan dalam membayar pelayanan kesehatan yang dibutuhkan (Thabrany, 2014). Gambar 1.1 dan 1.2 menggambarkan bahwa sebesar 53,5% dan 67,9% penduduk Indonesia masih menggunakan biaya sendiri untuk biaya rawat inap dan rawat jalan (Riskesdas 2013). Di sisi lain, setengah penduduk Indonesia sebesar 50,1% belum memiliki jaminan kesehatan (Riskesdas, 2013). Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan di Indonesia masih didapatkan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki bukan sesuai dengan yang dibutuhkan.



Gambar 1.1 Proporsi Penduduk Menurut Sumber Biaya Untuk Rawat Jalan Tahun 2013

Sumber: Laporan Riskesdas, 2013



Gambar 1.2 Proporsi Penduduk Menurut Sumber Biaya Untuk Rawat Jalan Tahun 2013

Sumber: Laporan Riskesdas, 2013

Oleh sebab itu, Indonesia melahirkan sistem pembiayaan seperti tertuang dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-Undang tersebut menetapkan bahwa setiap orang memiliki hak untuk menerima jaminan sosial untuk memenuhi kebutuhan dasar hidupnya dan meningkatkan martabat menuju terwujudnya masyarakat yang sejahtera, adil, dan makmur. Salah satu program jaminan sosial yang diatur dalam Undang-Undang tersebut adalah program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program yang telah dimulai sejak 1 Januari 2014 ini, membebaskan

penduduk dari beban biaya ketika sakit dengan cara membayar iuran rutin (Thabrany, 2014).

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah (Perpres Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan). Berbeda pada tahun sebelumnya, Indonesia memberikan jaminan kesehatan hanya untuk masyarakat miskin (Jamkesmas dan Jamkesda), Pegawai Negeri Sipil dan TNI/Polri (ASKES). Untuk dapat melaksanakan JKN Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Nasional ditetapkan. Sesuai pasal 57 Undang-Undang No. 24 Tahun 2011, PT. ASKES bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan yang memiliki fungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

JKN menerapkan sistem rujukan yang terintegrasi, terstruktur dan berjenjang sehingga menjadikan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Primer berfungsi sebagai *gatekeeper* yang harus mampu memberikan pelayanan kesehatan dasar dan harus mampu menangani 144 diagnosa penyakit (BPJS,2014). Puskesmas sebagai salah satu bentuk Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) Primer yang menjadi tanggung jawab pemerintah memiliki kewajiban menyelenggarakan UKP di wilayah kerjanya (Permenkes No. 75 tahun 2014 tentang Puskesmas). Di Indonesia telah tersebar sebanyak 9.655 Puskesmas. Oleh karena itu, Puskesmas merupakan pemberi pelayanan kesehatan primer yang yang paling banyak dimanfaatkan oleh penduduk Indonesia, yaitu dengan presentase sebesar 36,2% (Riskesdas, 2013). Dari uraian tersebut, terlihat bahwa Puskesmas memiliki peran penting dalam pelaksanaan JKN.

Melihat pentingnya peran Puskesmas sebagai pintu gerbang akses pelayanan kesehatan maka perlu diketahui gambaran utilisasi puskesmas di era JKN. Hal ini dilakukan supaya dapat melihat puskesmas telah menjalankan fungsinya dengan baik sebagai *gatekeeper* serta dapat menjamin mutu pelayanan dan mengendalikan biaya dengan cara meminimalisasi *unnecessary service* (Ilyas, 2011).

Jumlah kunjungan adalah salah bukti bahwa jaminan kesehatan berdampak pada utilisasi pelayanan kesehatan (Buchmueller dalam Retnaningsih 2011). Pada tahun 2013, di Indonesia terdapat 42,18% kunjungan Puskesmas dari jumlah peserta Jamkesmas (Profil Kesehatan Indonesia,2013). Berbeda di era JKN, yang mana jaminan kesehatan diperuntukan seluruh masyarakat Indonesia. Oleh karena itu, dengan melihat gambaran utilisasi dari jumlah kunjungan, dapat mengetahui sudah seberapa banyak masyarakat yang telah memanfaatkan Puskesmas di era JKN. Selain itu, utilisasi Puskesmas dapat dilihat dari jumlah rujukan karena dengan melihat jumlah rujukan, fungsi *gatekeeper* pada Puskesmas dapat terlihat. Hal ini dapat dilihat dari jumlah rujukan dan mampu tidaknya Puskesmas menangani 144 diagnosa yang wajib ditangani.

Jawa Barat merupakan Provinsi dengan penduduk terbanyak di Indonesia, yaitu dengan total penduduk 43.053.732 jiwa (*bps.go.id*). Sedangkan, Kabupaten Bogor adalah Kabupaten dengan jumlah Puskesmas terbanyak di Provinsi Jawa Barat. Berdasarkan hal tersebut maka perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai gambaran utilisasi pelayanan kesehatan di era JKN khususnya di Puskesmas Kabupaten Bogor.

1.2 Rumusan Masalah

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu determinan status kesehatan. Pelayanan kesehatan akan bermanfaat jika individu dapat memanfaatkannya. Salah satu cara untuk dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah dengan adanya jaminan kesehatan. Sayangnya, sebesar 50,1% (Riskesdas, 2013) penduduk Indonesia belum mempunyai jaminan kesehatan. Oleh sebab itu program JKN yang baru diberlakukan sejak 1 Januari 2014 merupakan upaya pemerintah supaya masyarakat dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan. Di era JKN, salah satu pelayanan kesehatan yang berfungsi menjadi *gatekeeper* adalah Puskesmas. Sehingga penting untuk melihat gambaran utilisasi Puskesmas di era JKN dengan melihat jumlah kunjungan dan jumlah rujukan.

Jawa Barat merupakan Provinsi dengan penduduk terbanyak di Indonesia, yaitu dengan total penduduk 43.053.732 jiwa (BPS, 2010). Jumlah Puskesmas terbanyak terdapat di Kabupaten Bogor. Oleh karena itu, penelitian ini akan

melihat gambaran utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN?
2. Bagaimana gambaran kunjungan menurut umur, jenis kelamin, dan diagnosa di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN 2014?
3. Bagaimana gambaran rujukan menurut umur, jenis kelamin, dan diagnosa rujukan di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN 2014?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diketuinya gambaran utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas Kabupaten Bogor di Era JKN tahun 2014.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuinya gambaran kunjungan menurut umur, jenis kelamin, dan diagnosa di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN 2014
2. Diketuinya gambaran rujukan menurut umur, jenis kelamin, dan diagnosa rujukan di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN 2014

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan peneliti tentang utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas terutama di era JKN

1.5.2 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dan BPJS

Dapat menjadi bahan untuk mengambil keputusan yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN.

1.5.3 Bagi FKM UI

Dapat mengembangkan pengetahuan tentang utilisasi Puskesmas di era JKN.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas Kabupaten Bogor di Era JKN tahun 2014 dengan menggunakan desain survei pada data sekunder dari sistem informasi *pcare*. Pengambilan data dilakukan di Bulan November-Desember 2014. Jenis yang digunakan pada penelitian ini adalah kuantitatif dengan metode penelitian deskriptif.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan menurut Levey dan Loomba (1973, dalam Ilyas 2011) adalah upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan perorangan maupun masyarakat yang dilakukan sendiri atau bersama dalam organisasi. Sedangkan fasilitas pelayanan kesehatan menurut Permenkes No, 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.

- **Karakteristik Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan Kesehatan memiliki beberapa sifat (Retnaningsih, 2011), yaitu:

a. **Hak Asasi Manusia**

Kesehatan merupakan hak asasi manusia. Oleh karena itu, setiap orang mendapatkan pelayanan kesehatan atas dasar kebutuhan bukan kemampuan membayar. Semua orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa melihat status ekonomi.

b. *Uncertainty*

Setiap orang tidak dapat memprediksi waktu sakit. Sifat ketidakpastian ini menyebabkan setiap orang tidak mengetahui penyakit apa dan kapan penyakit itu muncul. Hal ini mengakibatkan kesulitan untuk menganggarkan biaya kesehatan yang sesuai dengan kemampuan.

c. *Consumer Ignorance*

Dalam pelayanan kesehatan, konsumen tidak mengerti tentang jenis dan jumlah layanan kesehatan yang harus dibeli serta tempat layanan kesehatan. Segala keputusan medis berada di *provider*. Konsumen akan membayar sesuai yang diberikan *provider* tanpa mengetahui kebutuhan yang sebenarnya. Oleh karena itu, dalam pelayanan kesehatan dapat menimbulkan

moral hazard provider jika dalam pelaksanaannya tidak dilaksanakan kendali mutu dan kendali biaya.

d. Eksternalitas

Eksternalitas merupakan dampak yang dapat dirasakan oleh orang lain walaupun orang lain tidak ikut membeli. Misalnya, seseorang melakukan pengobatan *tuberculosis*. Dengan orang tersebut melakukan pengobatan, maka akan memutus rantai penularan ke orang sekitar sehingga orang-orang sekitar tidak akan tertular penyakit tersebut.

e. Padat karya dan Padat Modal

Pelayanan kesehatan dalam penyelenggarannya membutuhkan sumber daya manusia sehingga bersifat padat karya. Selain sumber daya manusia, pelayanan kesehatan semakin berkembang seperti alat-alat kesehatan yang canggih sehingga mengakibatkan pelayanan kesehatan menjadi padat modal. Keadaan ini mengakibatkan biaya pelayanan kesehatan menjadi semakin tinggi.

f. *Mix Output*

Dalam pelayanan kesehatan, satu jenis penyakit dapat membutuhkan berbagai macam layanan kesehatan, seperti pemeriksaan diagnosis, perawatan, pengobatan, hingga konseling. Jenis penyakit dan *provider* merupakan faktor yang mempengaruhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan.

g. Barang Konsumsi atau Investasi

Kesehatan sering kali disebutkan sebagai investasi, namun saat ini masih terlihat bahwa pelayanan kesehatan hanyalah barang konsumsi. *United Nations Development Programme* (UNDP) mensosialisasikan bahwa indikator indeks pembangunan manusia terdiri dari kesehatan, pendidikan, dan ekonomi. Dengan masuknya kesehatan sebagai salah satu indikator dapat memperjelas bahwa kesehatan adalah investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

h. Restriksi Kompetisi

Pelayanan kesehatan memiliki keterbatasan yaitu tidak dapat berkompetisi. Promosi diperbolehkan namun tidak boleh melanggar kode etik. Oleh karena

itu, pasar pelayanan kesehatan tidak dapat mengikuti mekanisme pasar secara umum.

- Syarat Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan memiliki beberapa syarat (Azwar,1996), yaitu:

a. *Available* (ketersediaan pelayanan kesehatan)

Pelayanan kesehatan harus tersedia di tengah-tengah masyarakat untuk dimanfaatkan. Ketersediaan pelayanan sangat penting, karena jika tidak tersedianya pelayanan kesehatan, masyarakat tidak dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya.

b. *Appropriate* (kewajaran)

Pelayanan kesehatan harus bersifat wajar, yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis.

c. *Continue* (kesinambungan pelayanan)

Pelayanan kesehatan harus berkesinambungan dalam memberikan pelayanan, yaitu pelayanan kesehatan ada di setiap waktu dan setiap kebutuhan.

d. *Acceptable* (penerimaan pelayanan)

Pelayanan kesehatan harus dapat diterima oleh masyarakat dengan cara menghormati etika dan budaya yang ada di masyarakat.

e. *Accessible* (ketercapaian pelayanan)

Pelayanan kesehatan harus dapat dicapai oleh masyarakat. Letak pelayanan kesehatan harus strategis supaya masyarakat mampu mencapainya.

f. *Affordable* (keterjangkauan pelayanan)

Pelayanan kesehatan harus dapat dijangkau oleh masyarakat. Biaya pelayanan kesehatan harus diperhatikan supaya masyarakat dapat menjangkau pelayanan kesehatan dengan biaya yang ditetapkan.

g. *Efficient* (efisiensi pelayanan)

Pelayanan kesehatan harus efisien dalam melaksanakan fungsinya.

h. *Effectivity* (efektifitas pelayanan)

Pelayanan kesehatan harus efektif dalam menjalankan fungsinya.

2.2 Upaya Kesehatan

Upaya kesehatan dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan. Dalam melaksanakan upaya kesehatan, terdapat tiga tingkatan upaya kesehatan (Perpres No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional) yaitu:

a. Upaya Kesehatan Primer

Pelayanan kesehatan primer dibedakan menjadi dua, yaitu Pelayanan Kesehatan Perorangan Primer (PKPP) dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Primer (PKMP). Pelayanan kesehatan perorangan primer adalah pelayanan kesehatan yang mengobati, memulihkan tanpa melupakan upaya promotif dan preventif yang diberikan secara perorangan. Fasilitas yang memberikan PKPP (Retnaningsih, 2013), misalnya:

- puskesmas
- posyandu
- pos obat desa
- praktik dokter
- praktik bidan
- poliklinik
- rumah bersalin
- balai pengobatan

Sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat primer adalah bentuk pelayanan kesehatan dengan meningkatkan dan mencegah penyakit tanpa melupakan pengobatan dan pemulihan yang diberikan pada keluarga, kelompok, dan masyarakat. Contoh fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan PKPM adalah Puskesmas.

b. Upaya Kesehatan Sekunder

Upaya kesehatan sekunder adalah upaya kesehatan rujukan lanjutan yang terdapat pelayanan kesehatan perorangan sekunder (PKPS) dan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder (PKMS). Pelayanan kesehatan perorangan sekunder adalah pelayanan yang menangani kasus rujukan medis dari pelayanan kesehatan

perorangan primer. Fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakannya (Retnaningsih, 2013), yaitu:

- Poli dokter spesialis
- Poli dokter gigi spesialis
- Praktik dokter spesialis
- Praktik dokter gigi spesialis
- Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4)
- Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKJM)
- Rumah Sakit Tipe C dan B
- Rumah Sakit swasta

Pelayanan kesehatan masyarakat sekunder adalah pelayanan kesehatan yang menerima rujukan dari pelayanan masyarakat primer dengan menggunakan ilmu pengetahuan dan teknologi spesialisik yang mencakup masyarakat. Dalam hal ini, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/Provinsi memiliki tanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder yang tidak dapat dilakukan oleh pelayanan kesehatan masyarakat primer. Fasilitas yang menyelenggarakannya, yaitu:

- Laboratorium kesehatan
- Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL)
- Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)

c. Upaya Kesehatan Tersier

Upaya kesehatan tersier adalah upaya kesehatan rujukan unggulan yang dibedakan menjadi pelayanan kesehatan perorangan tersier (PKPT) dan pelayanan kesehatan masyarakat tersier (PKMT). Pelayanan kesehatan perorangan tersier menangani rujukan subspecialistik. Fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakannya (Retnaningsih, 2013), yaitu:

- Praktik dokter spesialis konsultan
- Praktik dokter gigi spesialis konsultan
- Klinik spesialis konsultan
- Rumah Sakit Kelas B pendidikan
- Rumah Sakit Kelas A milik pemerintah
- Rumah Sakit Khusus

- Rumah Sakit Swasta

Pelayanan kesehatan masyarakat tersier adalah pelayanan kesehatan yang menerima rujukan dari pelayanan masyarakat sekunder dengan menggunakan ilmu pengetahuan subspecialistik dalam pengembangan teknologi dan kesehatan masyarakat. Dinas Kesehatan Provinsi, Kementerian Kesehatan, dan sektor terkait bertanggung jawab dalam pelaksanaannya.

2.3 Puskesmas

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes No. 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas). Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menjadi penanggung jawab dalam pelaksanaan Puskesmas. Dalam pelaksanaannya, Puskesmas melaksanakan dua fungsi, yaitu:

a. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

Kegiatan Puskesmas yang sarannya pada keluarga, kelompok, maupun masyarakat untuk memelihara kesehatan, meningkatkan kesehatan, mencegah masalah kesehatan, dan menanggulangi masalah kesehatan. Adapun kegiatan UKM, yaitu:

- promosi kesehatan
- kesehatan lingkungan
- kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana
- gizi
- pencegahan dan pengendalian penyakit

b. Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

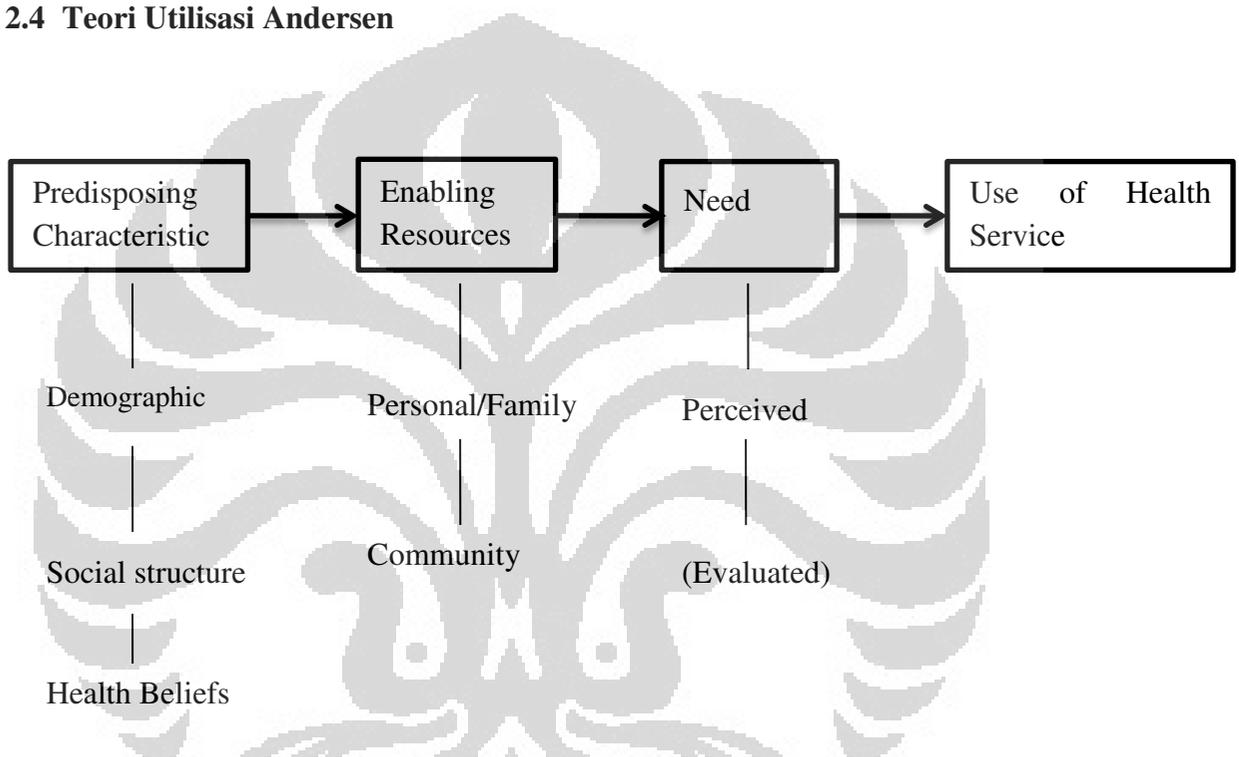
Kegiatan yang dilakukan oleh Puskesmas yang sarannya adalah perorangan untuk meningkatkan, mencegah penyakit, menyembuhkan penyakit, mengurangi kesakitan, dan memulihkan kesehatan. Adapun pelayanan yang termasuk UKP di Puskesmas adalah:

- rawat jalan

- gawat darurat
- pelayanan satu hari
- *homecare*
- rawat inap

Dalam melakukan pelayanan upaya kesehatan, puskesmas diperkenankan untuk melakukan rujukan jika pasien dinilai membutuhkannya.

2.4 Teori Utilisasi Andersen



Gambar 2.1 *The Initial Behavioral Model*

Sumber: Andersen, Ronald. *Journal of Health and Social Behaviour* 1995, Vol. 36

Menurut Teori *Initial Behavioral Model* dalam Andersen (1995) menjelaskan bahwa seseorang memanfaatkan pelayanan kesehatan karena adanya kecenderungan individu dalam menggunakan pelayanan kesehatannya tersebut. Terdapat faktor penentu dalam utilisasi pelayanan kesehatan, yaitu faktor predisposisi, faktor kemampuan, dan faktor kebutuhan.

Faktor predisposisi terdiri dari demografis, struktur sosial, dan keyakinan. Demografis seperti umur dan jenis kelamin akan menggambarkan kecenderungan seseorang dalam membutuhkan pelayanan kesehatan. Dalam melihat umur, dapat dikelompokkan berdasarkan angka tanggungan beban (bps.go.id), dapat

dikelompokkan menjadi kelompok umur muda (0-14 tahun), kelompok umur produktif (15-64 tahun), dan kelompok umur tua (≥ 65 tahun). Selain demografis, terdapat struktur sosial yang dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan, yang dapat dilihat dari pendidikan, pekerjaan, dan etnis. Sedangkan kepercayaan dapat dilihat dari nilai, pengetahuan yang dimiliki individu tentang kesehatan dan pelayanan kesehatan yang dapat mempengaruhi persepsi masing-masing individu.

Faktor yang kedua adalah faktor kemampuan terdiri dari sumber daya individu atau keluarga dan juga masyarakat. Sumber daya individu atau keluarga dapat diukur dari penghasilan, cakupan asuransi kesehatan, lama perjalanan dan waktu tunggu di pelayanan kesehatan. Sedangkan sumber daya masyarakat dapat diukur dari sarana kesehatan yang ada di masyarakat dan di lingkungan kerja.

Terakhir adalah faktor kebutuhan yang dapat dilihat dari kebutuhan yang dapat dirasakan oleh individu dan kebutuhan yang dinilai dari pelayanan yang diberikan oleh pelayanan kesehatan. Faktor kebutuhan individu dapat diukur dari gejala penyakit, kesakitan, dan kekhawatiran terhadap penyakit. Sedangkan faktor kebutuhan menurut pelayanan kesehatan dapat diukur dengan diagnosa dan perawatan medis yang diberikan.

2.5 Review Utilisasi Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama

Review utilisasi adalah kegiatan yang dilakukan untuk melindungi terhadap perawatan medis yang tidak perlu dan tidak pantas (Spector, 2004). *Review* utilisasi dilakukan untuk meminimalisasi “*unnecessary service*” supaya mutu pelayanan tetap terjaga dan adanya pengendalian biaya (Ilyas, 2011). *Review* utilisasi adalah bagian manajemen pemeliharaan kesehatan yang memiliki tujuan peningkatan derajat kesehatan peserta yang dapat dilakukan retrospektif yaitu setelah pelayanan diberikan (Depkes, 2007). Dalam pelaksanaannya, *review* utilisasi dilakukan oleh Badan penyelenggara (Bapel), Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), dan pemerintah. *Review* Utilisasi dilakukan untuk menghindari tiga keadaan berikut (Depkes, 2007):

a. Overuse/Over utilization

Over utilization adalah keadaan saat jenis pelayanan kesehatan diberikan kepada pasien padahal pasien tersebut tidak memerlukan pelayanan tersebut.

b. Underuse/Under utilization

Under utilization adalah keadaan saat jenis pelayanan kesehatan tidak diberikan padahal diperlukan dalam proses pengobatan.

c. Misuse/ Mis-Utilization

Mis-Utilization adalah saat jenis pelayanan kesehatan yang diberikan tidak tepat dan sesuai.

Dalam melakukan *review* utilisasi, dikelompokan menjadi tiga berdasarkan waktu pelaksanaannya (Ilyas, 2011), yaitu:

a. Prospective Review

Pada kajian utilisasi ini dilakukan saat sebelum pelayanan kesehatan diberikan kepada peserta dengan cara menentukan kebutuhan pelayanan kesehatan. Dalam kajian dilakukan beberapa cara, yaitu *case management*, *preadmission certification*, *outpatient precertification*, dan *second opinion*.

b. Concurrent Review

Concurrent review adalah kajian utilisasi yang dilakukan saat peserta diberikan pelayanan kesehatan. Dalam kajian ini ditentukan suatu pengobatan dan perawatan inap masih perlu dilanjutkan atau tidak dengan melakukan beberapa teknik yaitu *Maximum Length of Stay (MaxLOS)*, *Discharge Planning*, dan *Continued Stay Review*.

c. Retrospective Review adalah kajian utilisasi yang dilakukan setelah peserta menerima pelayanan kesehatan. Dalam *retrospective review* biasanya dilakukan *claims review* dan *pattern review*. *Claims review* dilakukan pengkajian terhadap klaim-klaim. Sedangkan *pattern review* dilakukan pengkajian pola utilisasi pada pelayanan kesehatan yang nantinya akan menghasilkan gambaran tentang pola utilisasi peserta terhadap pelayanan kesehatan, pola pemberian pelayanan kesehatan oleh provider pelayanan kesehatan, dan pembiayaan pelayanan kesehatan pada provider pelayanan kesehatan.

Review utilisasi pelayanan kesehatan dilakukan pada pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu Puskesmas, Balai Pengobatan, Klinik Pratama, Dokter Praktik, dll. Adapun indikator yang digunakan dalam melakukan *review* utilisasi rawat jalan tingkat pertama Depkes (2007) adalah:

a. Angka kunjungan

$$\frac{\text{jumlah kunjungan}}{\text{jumlah peserta}} \times 100\%$$

b. Angka rujukan

$$\frac{\text{jumlah rujukan}}{\text{jumlah kunjungan}} \times 100\%$$

c. Biaya rata-rata pelayanan

$$\frac{\text{biaya pelayanan}}{\text{jumlah kunjungan}}$$

d. 10 penyakit terbanyak

Pola penyakit terbanyak yang dilihat dari kunjungan pasien

2.6 Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah (Perpres Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan).

Jaminan Kesehatan Nasional memiliki prinsip:

- a. Kegotong-royongan
- b. Nirlaba
- c. Keterbukaan
- d. Kehati-hatian
- e. Akuntabilitas
- f. Portabilitas
- g. Wajib
- h. Dana amanat

- i. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosisal digunakan seluruhnya untuk mengembangkan program dan kepentingan peserta

Dalam kepesertaannya, terdapat dua jenis tipe peserta JKN, yaitu Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Non PBI. PBI adalah peserta yang digolongkan sebagai fakir miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah. Sedangkan peserta Non PBI adalah peserta membayar iuran sendiri.

2.7 Gatekeeper

Gatekeeper adalah konsep pelayanan kesehatan yang mana pemberi pelayanan tingkat pertama memiliki peran untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar yang optimal sesuai dengan standar kompetensi dan standar pelayanan medik (BPJS, 2014). *Gatekeeper* dilaksanakan oleh pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama seperti Puskesmas atau setara, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau setara, dan Rumah Sakit tipe D Pratama atau setara.

Tujuan, ruang lingkup, tugas, dan fungsi yang terdapat dalam Panduan Praktis *Gate Keeper Concept* Faskes BPJS Kesehatan, sebagai berikut:

Tujuan *gatekeeper* di era JKN bertujuan untuk:

- a. mengoptimalkan peran pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama
- b. mengoptimalkan pemberian pelayanan kesehatan sesuai dengan standar kompetensi
- c. meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan lanjutan dengan melakukan penapisan pelayanan yang perlu dirujuk
- d. menata sistem rujukan
- e. meningkatkan kepuasan peserta dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas

Ruang lingkup pelayanan *gatekeeper* tidak hanya upaya kuratif, melainkan juga termasuk:

- a. promosi kesehatan (*promotif*)
- b. pencegahan penyakit dan proteksi khusus (*preventive and specific protection*)
- c. pengobatan (*curative*)
- d. pembatasan kecacatan (*disability limitation*)

- e. pemulihan kesehatan (*rehabilitative*)

Tugas *gatekeeper* antara lain:

- a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar
- b. mengatur akses pelayanan kesehatan lanjutan dengan sistem rujukan
- c. menjadi penasehat, konselor, dan pendidik guna menciptakan keluarga sehat
- d. manajer sumber daya

Fungsi *gatekeeper*, yaitu:

- a. kontak pertama pasien
- b. penapis rujukan
- c. kendali mutu dan biaya

2.8 Sistem Rujukan

Sistem Rujukan di era JKN diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. Menurut peraturan tersebut, sistem rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik secara vertikal maupun secara horizontal. Adapun yang dimaksud dengan rujukan horizontal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan tingkatan yang sama. Sedangkan rujukan vertikal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan yang memiliki tingkatan yang berbeda, dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat yang lebih tinggi, atau sebaliknya. Rujukan vertikal ke pelayanan kesehatan yang lebih ditinggi dilakukan jika (BPJS, 2014):

- a. membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau subspecialistik
- b. pelayanan kesehatan tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan pasien karena adanya keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan

Dalam Permenkes No. 5 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer, seorang dokter dapat memberikan rujukan jika

pasien memenuhi salah satu dari kriteria “TACC” (*Time-Age-Complication-Comorbidity*) sebagai berikut:

- *Time* : Jika pasien mengalami penyakit yang tergolong kronis atau melewati *Golden Time Standard*
- *Age* : Jika umur pasien termasuk pada kategori yang menyebabkan risiko komplikasi meningkat dan dapat memperberat pasien
- *Complication* : Jika terdapat komplikasi yang membuat kondisi pasien lebih berat
- *Comorbidity* : Jika ada gejala penyakit lain yang membuat penyakit pasien menjadi lebih berat

Selain kondisi tersebut, fasilitas juga merupakan salah satu dasar dalam memberikan rujukan. Dalam memberikan rujukan, harus sesuai pada sistem rujukan berjenjang, yang terdapat dalam gambar di bawah ini (BPJS, 2014)



Gambar 2.2 Sistem Rujukan Berjenjang
Sumber: Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang BPJS Kesehatan

2.9 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah Badan yang diamanatkan untuk melaksanakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan adalah hasil transformasi dari PT ASKES. BPJS Kesehatan memiliki

fungsi, tugas, wewenang, hak, dan kewajiban yang tercantum dalam Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Adapun tugas dari BPJS Kesehatan adalah:

- b. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta
- c. Mengumpulkan dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
- d. Menerima bantuan iuran dari pemerintah
- e. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta
- f. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
- g. Membayarkan manfaat dan membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan
- h. Memberikan informasi tentang penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat

2.10 Diagnosa Penyakit yang Dapat Ditangani Puskesmas

Berikut adalah 144 daftar diagnosa penyakit yang dapat ditangani oleh Puskesmas:

Tabel 2.1 Diagnosa Penyakit yang Dapat Ditangani Puskesmas

No	NAMA PENYAKIT	LEVEL Kompetensi
1	Kejang demam	4A
2	Tetanus	4A
3	HIV AIDS tanpa komplikasi	4A
4	Tension headache	4A
5	Migren	4A
6	<i>Bells' palsy</i>	4A
7	<i>Vertigo (Benign paroxysmal positional vertigo)</i>	4A
8	Gangguan somatoform	4A
9	Insomnia	4A
10	Benda asing di konjungtiva	4A
11	Konjungtivitis	4A
12	Perdarahan subkonjungtiva	4A
13	Mata kering	4A
14	Blefaritis	4A
15	Hordeolum	4A
16	Trikiasis	4A
17	Episkleritis	4A
18	Hipermetropia ringan	4A
19	Miopia ringan	4A

No	NAMA PENYAKIT	LEVEL Kompetensi
20	Astigmatism ringan	4A
21	Presbiopia	4A
22	Buta senja	4A
23	Otitis eksterna	4A
24	Otitis media akut	4A
25	Serumen prop	4A
26	Mabuk perjalanan	4A
27	Furunkel pada hidung	4A
28	Rhinitis akut	4A
29	Rhinitis vasomotor	4A
30	Rhinitis alergika	4A
31	Benda asing	4A
32	Epistaksis	4A
33	Influenza	4A
34	Pertusis	4A
35	Faringitis	4A
36	Tonsilitis	4A
37	Laringitis	4A
38	Asma bronkial	4A
39	Bronkitis akut	4A
40	Pneumonia, bronkopneumonia	4A
41	Tuberkulosis paru tanpa komplikasi	4A
42	Hipertensi esensial	4A
43	Kandidiasis mulut	4A
44	Ulkus mulut (aptosa, herpes)	4A
45	Parotitis	4A
46	Infeksi pada umbilikus	4A
47	Gastritis	4A
48	Gastroenteritis (termasuk kolera, giardiasis)	4A
49	Refluks gastroesofagus	4A
50	Demam tifoid	4A
51	Intoleransi makanan	4A
52	Alergi makanan	4A
53	Keracunan makanan	4A
54	Penyakit cacing tambang	4A
55	Strongiloidiasis	4A
56	Askariasis	4A
57	Skistosomiasis	4A
58	Taeniasis	4A
59	Hepatitis A	4A
60	Disentri basiler, disentri amuba	4A
61	Hemoroid grade 1/2	4A
62	Infeksi saluran kemih	4A

No	NAMA PENYAKIT	LEVEL Kompetensi
63	Gonore	4A
64	Pielonefritis tanpa komplikasi	4A
65	Fimosis	4A
66	Parafimosis	4A
67	Sindrom duh (discharge) genital (gonore dan nongonore)	4A
68	Infeksi saluran kemih bagian bawah	4A
69	Vulvitis	4A
70	Vaginitis	4A
71	Vaginosis bakterialis	4A
72	Salpingitis	4A
73	Kehamilan normal	4A
74	Aborsi spontan komplit	4A
75	Anemia defisiensi besi pada kehamilan	4A
76	Ruptur perineum tingkat 1/2	4A
77	Abses folikel rambut atau kelenjar sebacea	4A
78	Mastitis	4A
79	Cracked nipple	4A
80	Inverted nipple	4A
81	Diabetes melitus tipe 1	4A
82	Diabetes melitus tipe 2	4A
83	Hipoglikemia ringan	4A
84	Malnutrisi energi-protein	4A
85	Defisiensi vitamin	4A
86	Defisiensi mineral	4A
87	Dislipidemia	4A
88	Hiperurisemia	4A
89	Obesitas	4A
90	Anemia defisiensi besi	4A
91	Limfadenitis	4A
92	Demam dengue, DHF	4A
93	Malaria	4A
94	Leptospirosis (tanpa komplikasi)	4A
95	Reaksi anafilaktik	4A
96	Ulkus pada tungkai	4A
97	Lipoma	4A
98	Veruka vulgaris	4A
99	Moluskum contagiosum	4A
100	Herpes zoster tanpa komplikasi	4A
101	Morbili tanpa komplikasi	4A
102	Varisela tanpa komplikasi	4A
103	Herpes simpleks tanpa komplikasi	4A
104	Impetigo	4A

No	NAMA PENYAKIT	LEVEL Kompetensi
105	Impetigo ulseratif (ektima)	4A
106	Folikulitis superfisialis	4A
107	Furunkel, karbunkel	4A
108	Eritrasma	4A
109	Erisipelas	4A
110	Skrofuloderma	4A
111	Lepra	4A
112	Sifilis stadium 1 dan 2	4A
113	Tinea kapitis	4A
114	Tinea barbe	4A
115	Tinea fasialis	4A
116	Tinea korporis	4A
117	Tinea manus	4A
118	Tinea unguium	4A
119	Tinea kruris	4A
120	Tinea pedis	4A
121	Pitiriasis vesikolor	4A
122	Kandidosis mukokutan ringan	4A
123	Cutaneus larva migran	4A
124	Filariasis	4A
125	Pedikulosis kapitis	4A
126	Pedikulosis pubis	4A
127	Skabies	4A
128	Reaksi gigitan serangga	4A
129	Dermatitis kontak iritan	4A
130	Dermatitis atopik (kecuali recalcitrant)	4A
131	Dermatitis numularis	4A
132	Napkin eczema	4A
133	Dermatitis seboroik	4A
134	Pitiriasis rosea	4A
135	Akne vulgaris ringan	4A
136	Hidradenitis supuratif	4A
137	Dermatitis perioral	4A
138	Miliaria	4A
139	Urtikaria akut	4A
140	Exanthematous drug eruption, fixed drug eruption	4A
141	Vulnus laseratum, punctum	4A
142	Luka bakar derajat 1 dan 2	4A
143	Kekerasan tumpul	4A
144	Kekerasan tajam	4A

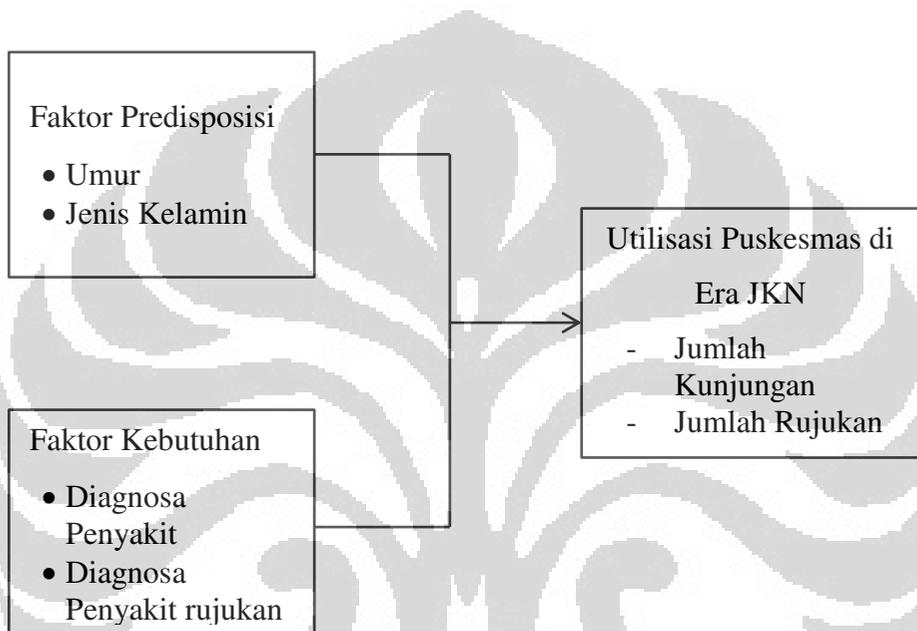
Sumber: *dinkes.bogorkab.go.id*

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka, penelitian ini menggunakan kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Penelitian ini menggunakan kerangka konsep tersebut untuk dapat menggambarkan utilisasi Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN. Penelitian ini membatasi variabel untuk diteliti. Variabel yang digunakan dari faktor predisposisi adalah variabel umur dan jenis kelamin. Kedua variabel ini dipilih karena merupakan penentu individu dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Kemudian pada faktor kebutuhan yang diteliti adalah diagnosa penyakit dan diagnosa penyakit rujukan terbanyak. Namun, variabel tersebut dibatasi dengan melihat 10 diagnosa penyakit dan 10 diagnosa penyakit rujukan untuk dapat melihat penyakit paling banyak yang diderita oleh pasien yang memanfaatkan Puskesmas di era JKN.

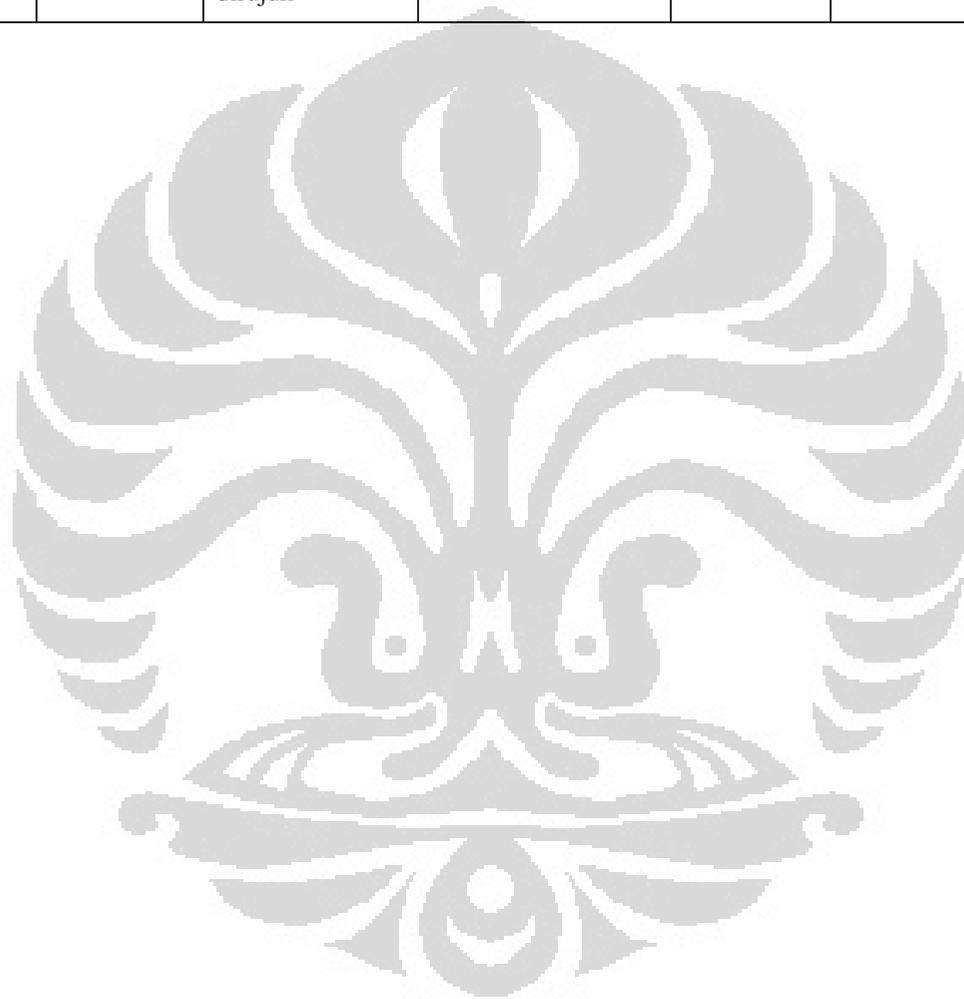
3.2 Definisi Operasional

Definisi operasional yang digunakan dalam penelitian ini, adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	Utilisasi Puskesmas	Jumlah peserta BPJS yang memanfaatkan pelayanan di Puskesmas Kab. Bogor	Melihat data sekunder	Ratio	- Jumlah kunjungan peserta BPJS di Puskesmas Kab. Bogor - Jumlah rujukan pasien
2	Umur	Waktu lahir dikurangi dengan ulang tahun terakhir yang dihitung saat berkunjung ke Puskesmas yang tertulis di sistem informasi <i>Primary Care</i>	Melihat data sekunder	Interval	1. 0-14 tahun 2. 15-64 tahun 3. ≥ 65 tahun
3	Jenis Kelamin	Jenis seksual yang dimiliki yang tertulis di sistem informasi <i>Primary Care</i>	Melihat data sekunder	Nominal	1. Laki-laki 2. perempuan
4	Diagnosis Penyakit	Hasil diagnosis Dokter terhadap penyakit yang diderita oleh pasien	Melihat Data Sekunder	Nominal	10 jenis Diagnosa penyakit terbanyak

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
5	Diagnosis Penyakit Rujukan	Hasil diagnosis Dokter terhadap penyakit yang diderita oleh pasien yang memiliki status dirujuk	Melihat data sekunder	Nominal	10 Jenis Penyakit terbanyak yang dirujuk



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dengan metode deskriptif untuk menggambarkan utilisasi Puskesmas. Desain penelitian yang digunakan adalah survei dengan cara mengkaji data sekunder tersedia.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Bogor. Lokasi ini dipilih karena Kabupaten Bogor memiliki Puskesmas dengan jumlah terbanyak di Provinsi Jawa Barat. Pengambilan data dilakukan pada bulan November-Desember 2014.

4.3 Populasi Penelitian

Populasi penelitian ini adalah semua peserta BPJS Kesehatan yang tercatat sebagai peserta BPJS Kesehatan Kabupaten Bogor yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Kabupaten Bogor pada bulan Januari-Juni 2014 yang tercatat di sistem informasi *pcare*.

4.4 Pengumpulan Data

Pengumpulan data diambil di Kantor Cabang Utama (KCU) BPJS Kesehatan Bogor dan Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor sebagai pusat pelaporan pelayanan kesehatan sehingga memenuhi informasi yang diinginkan peneliti sesuai dengan tujuan penelitian. Data sekunder yang didapatkan dari sistem informasi *pcare* yang dimiliki oleh Puskesmas. Sistem informasi *pcare* adalah sistem informasi yang digunakan untuk mencatat pasien BPJS Kesehatan yang memanfaatkan pelayanan kesehatan primer. Adapun data yang diambil adalah data jumlah kunjungan pasien, diagnosis penyakit, dan status rujukan. Data sekunder yang diambil hanya bulan Januari-Juni 2014 karena cukup dapat mewakili gambaran utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN tahun 2014.

4.5 Pengolahan Data

Setelah data dikumpulkan, langkah selanjutnya adalah mengolah data dengan menggunakan komputer. Dalam mengolah data, memiliki tahapan-tahapan, antara lain:

a. Editing

Dalam tahap ini dilakukan pengecekan kelengkapan serta keakuratan data sekunder yang didapatkan yang telah didapatkan. Data yang didapatkan adalah data jumlah kunjungan pasien, diagnosa penyakit, dan diagnosa penyakit rujukan.

b. Processing

Pada tahapan ini, data yang telah diperoleh sesuai dengan yang ingin didapatkan penelitian, yaitu utilisasi pelayanan kesehatan di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN berdasarkan umur, jenis kelamin, diagnosa penyakit, dan diagnosa penyakit rujukan

c. Cleaning

Tahap ini melakukan pengecekan kembali data yang telah dimasukan. Jika terdapat data yang salah atau kurang lengkap, maka data tersebut tidak akan digunakan.

4.6 Analisis Data

Pada tahap analisis data, data dinalisis sesuai dengan data yang diperoleh dan telah diolah. Kemudian, hasil analisis tersebut disajikan secara deskriptif sehingga dapat dipahami dengan mudah.

BAB 5 GAMBARAN UMUM

5.1 Gambaran Wilayah

Kabupaten Bogor berada di dalam wilayah administratif Provinsi Jawa Barat. Kabupaten Bogor memiliki luas wilayah sekitar 299.019,06 Ha yang terdiri dari 40 Kecamatan, 417 desa, 17 Kelurahan, 3.8882 RW, dan 15.561 RT. Secara geografis, Kabupaten Bogor terletak antara 6,19°- 6,47° LS dan 106,21° -107,13° BT. Batas wilayah Kabupaten Bogor adalah sebagai berikut:

Sebelah Utara : DKI Jakarta, Kabupaten Tangerang, dan Kabupaten Bekasi
Sebelah Selatan : Kabupaten Sukabumi
Sebelah Timur : Kabupaten Cianjur, Purwakarta dan Karawang
Sebelah Barat : Kabupaten Lebak, Pandeglang dan Serang

Kabupaten Bogor dibagi atas tiga wilayah pembangunan, yaitu:

- a. Wilayah Pembangunan Barat (13 Kecamatan): Kecamatan Jasinga, Parung Panjang, Tenjo, Cigudeg, Sukajaya, Nanggung, Leuwiliang, Cibungbulang, Ciampea, Pamijahan, Rumpin, Tenjolaya, dan Leuwisadeng.
- b. Wilayah Pembangunan Tengah (20 Kecamatan): Kecamatan Gunung Sindur, Parung, Ciseeng, Kemasng, Rancabungur, Cibinong, Sukaraja, Bojog Gede, Dramaga, Cijeruk, Caringin, Ciawi, Megamendung, Cisarua, Citeureup, Babakan Madangm Ciomas, Tamansari, Tajurhalang, dan Kecamatan Cigombong.
- c. Wilayah Pembangunan Timur (7 Kecamatan): Kecamatan Gunung Putri, Cileungsi, Klapanunggal, Jonggol, Sukamakmur, Cariu, dan Kecamatan Tanjung Sari.

5.2 Kependudukan

Jumlah penduduk di Kabupaten Bogor Tahun 2013 berdasarkan data Publikasi Daerah Hasil Sensus 2010-BPS yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) adalah 5.077.210 jiwa. Rata-rata laju pertumbuhan penduduk Kabupaten Bogor berdasarkan sensus tahun 1990 dan Tahun 2000 adalah 3,37%. Sedangkan pada tahun 2013, laju pertumbuhan penduduk Kabupaten Bogor sebesar 2,44% (LKPI,2013).

5.2.1 Penduduk Menurut Umur

Kabupaten Bogor memiliki 5.077.210 jiwa penduduk, dengan 2.604.873 penduduk laki-laki dan 2.472.337 penduduk perempuan. Adapun gambaran persebaran proporsi penduduk menurut umur di Kabupaten Bogor adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1 Proporsi Penduduk menurut Umur

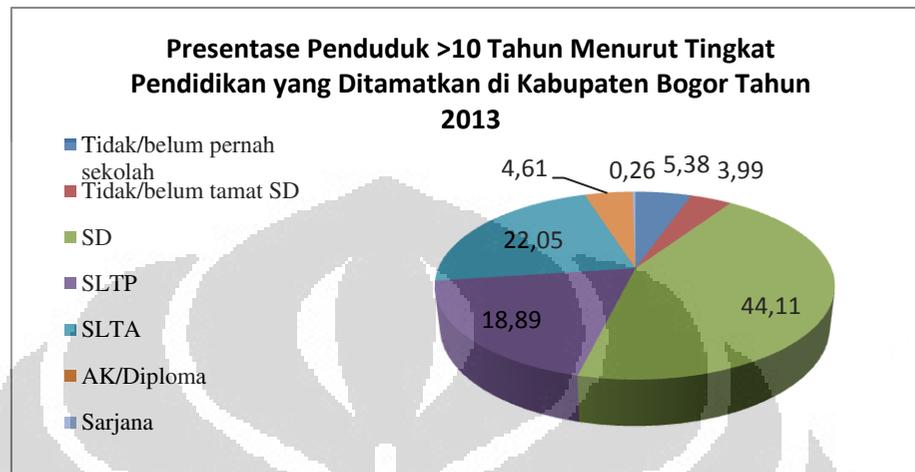
No	Golongan Umur	Proporsi Penduduk				
		2009	2010	2011	2012	2013
1	0-4	17,99	17,99	12,50	10,45	10,45
2	5-14	17,07	17,04	17,96	21,35	21,35
3	15-44	50,95	51,04	53,87	51,91	51,91
4	45-64	11,16	11,12	13,16	13,13	13,13
5	≥65	2,82	2,81	2,49	3,16	3,16

Sumber: Profil Kesehatan Kab. Bogor 2013

Jika dilihat dari tabel di atas, dapat dilihat bahwa proporsi penduduk tertinggi pada tahun 2013 adalah golongan umur 15-44 sebesar 51,91%, sedangkan proporsi penduduk terkecil terdapat pada golongan umur ≥65 adalah 3,16%.

5.3 Pendidikan

Tingkat pendidikan Kabupaten Bogor tahun 2013 dapat dilihat melalui gambar 5.1 sebagai berikut:



Gambar 5.1 Presentase Penduduk >10 Tahun Menurut Tingkat Pendidikan yang Ditamatkan di Kabupaten Bogor Tahun 2013

Sumber: Profil Kesehatan Kab. Bogor 2013

Jika dilihat dari gambar di atas, diketahui bahwa presentase terbanyak penduduk >10 tahun yang tidak/belum tamat SD yaitu sebesar 44,11%. Sedangkan presentase terkecil adalah sarjana yang hanya sebesar 0,26%.

5.4 Angka Harapan Hidup (AHH)

Menghitung Angka Harapan Hidup (AHH) umur x adalah dengan membuat rata-rata tahun hidup yang masih akan dijalani oleh seseorang yang telah berhasil mencapai umur x pada suatu tahun tertentu. Angka Harapan Hidup adalah salah satu alat untuk melihat kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk dan derajat kesehatan. Angka Harapan Hidup di Kabupaten Bogor selama periode 2008-2013 mengalami peningkatan yang dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 5.2 Angka Harapan Hidup Berdasarkan Proyeksi di Kabupaten Bogor Tahun 2009-2013

Tahun	Angka Harapan Hidup	Sumber
2009	67,78	BPS
2010	68,48	BPS
2011	69,15	BPS
2012	69,49	BPS
2013	70,00	BPS

Sumber: Profil Kesehatan Kab. Bogor 2013

Dari tabel 5.2 di atas dapat dilihat bahwa Kabupaten Bogor memiliki AHH lebih besar dari AHH Provinsi Jawa Barat yang sebesar 68,4, yang berarti AHH Kabupaten Bogor juga melebihi AHH Indonesia, sebesar 69,00.

5.5 Puskesmas

Kabupaten Bogor pada Tahun 2013 memiliki 101 Puskesmas yang terdiri dari Unit Pelaksana Teknis (UPT) sebanyak 40 dan Unit Pelaksana Fungsional (UPF) sebanyak 61. Sebanyak 20 dari 40 Puskesmas UPT adalah Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP).

Pada tahun 2013, Kabupaten Bogor memiliki Ratio Puskesmas terhadap jumlah penduduk sebesar 1:50.269. Hal itu berarti bahwa setiap 1 Puskesmas melayani 50.269 penduduk. Sedangkan ratio yang ideal adalah 1 Puskesmas melayani 30.000 penduduk. Terlihat masih kurangnya jumlah Puskesmas di Kabupaten Bogor.

Selain itu, Kabupaten Bogor memiliki 115 Puskesmas Pembantu dengan ratio 2 puskesmas untuk 100.000 penduduk. Sedangkan, idealnya adalah 4 puskesmas untuk 100.000 penduduk. Untuk menunjang kegiatan pelayanan kesehatan, Kabupaten Bogor memiliki kendaraan operasional puskesmas yaitu Puskesmas Keliling (Pusling) sebanyak 30 buah, yang mana hanya terdapat di 23 UPT Puskesmas dari 40 UPT (57,5%)

5.5.1 Kunjungan Puskesmas

Jumlah kunjungan Puskesmas pada tahun 2013 adalah sebesar 3.312.239 kunjungan yang terdiri dari kunjungan rawat jalan (3.299.529 kunjungan) dan kunjungan rawat inap (12.710 kunjungan). Presentase pemanfaatan Puskesmas pada tahun 2013 adalah sebesar 65,24%. Sedangkan pada tahun tersebut mengalami peningkatan pemanfaatan Puskesmas dari 64,43% pada tahun 2012.

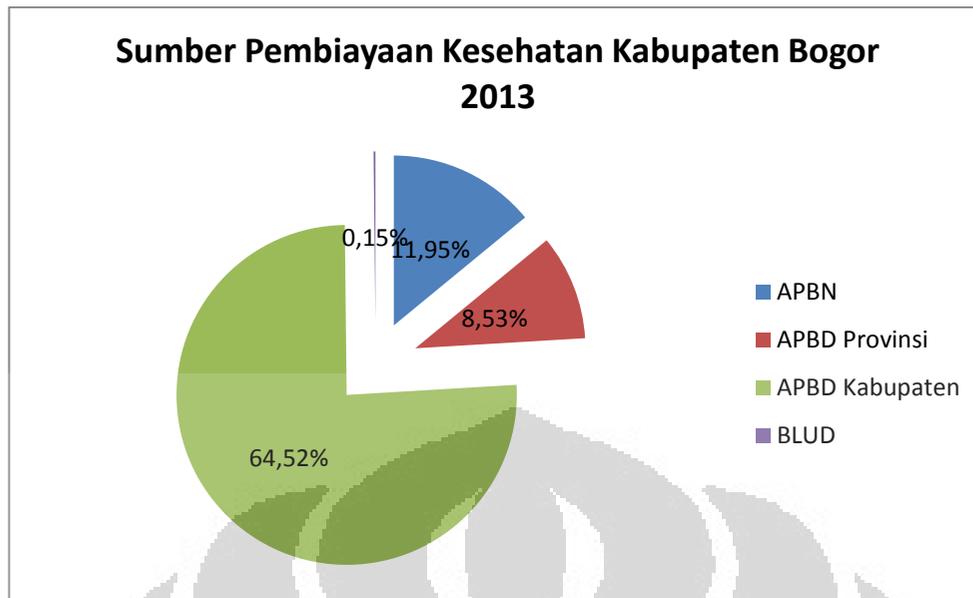
5.5.2 Sumber Daya Kesehatan di Puskesmas

Kabupaten Bogor memiliki SDM di Puskesmas sebanyak 1.938 orang yang terdiri dari 1.837 tenaga kesehatan dan 101 tenaga non kesehatan. Tenaga kesehatan terdiri dari 198 dokter umum & spesialis (10,78%), 70 dokter gigi (3,81%), 847 bidan (46,11%), 446 perawat (24,28%), 47 perawat gigi (2,56), dan 229 tenaga kesehatan lainnya (12,46%).

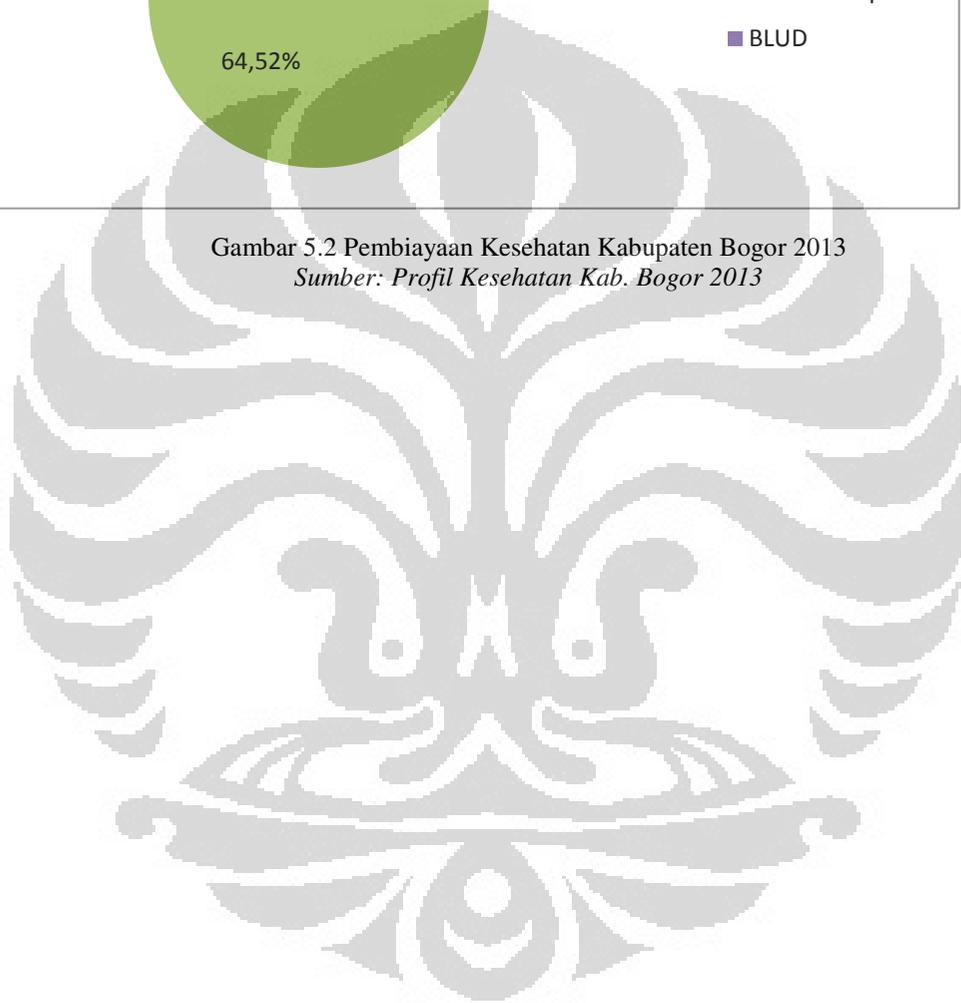
5.5.3 Pembiayaan Kesehatan

Sumber anggaran pembangunan kesehatan Kabupaten Bogor adalah dari Anggaran Pembangunan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pembangunan dan Belanja Daerah Provinsi (APBD Provinsi), Anggaran Pembangunan dan Belanja Daerah Kabupaten (APBD Kabupaten), Bantuan Luar Negeri (BLN)/Pinjaman Luar Negeri (PLN) serta sumber dana dari BLUD RSUD Ciawi dan Cibinong.

Pada tahun 2013, Kabupaten Bogor memiliki anggaran kesehatan sebesar Rp 944.230.644.562,-. Anggaran tersebut terdiri dari APBN sebesar Rp 111.828.870.562,- (11,95%), APBD Provinsi sebesar Rp 80.549.070.000,- (8,53%), APBD Kabupaten sebesar Rp 609.2445.467.000,- (64,52%), BLUD (RSUD Ciawi) sebesar Rp 66.299.018.000,- dan RSUD Cibinong sebesar Rp. 75.308.219.000,- (0,15%).



Gambar 5.2 Pembiayaan Kesehatan Kabupaten Bogor 2013
Sumber: Profil Kesehatan Kab. Bogor 2013



BAB 6

HASIL DAN PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Kabupaten Bogor memiliki 101 Puskesmas, namun hanya 75 Puskesmas yang telah menggunakan pencatatan dan pelaporan menggunakan sistem *pcare* dari periode Januari-Juni 2014. Dalam pelaksanaannya, beberapa Puskesmas tersebut masih belum melakukan pencatatan dan pelaporan secara aktif di sistem informasi *pcare*. Kinerja *pcare* dapat dilihat dari jumlah data yang tidak terinput. Semakin banyak data yang tidak diinput berarti semakin buruk pencatatan yang dilakukan oleh *pcare* tersebut. Dari 75 Puskesmas tersebut, sebanyak 16 Puskesmas tidak dapat diteliti karena sistem *pcare* karena telah dilakukan pergantian password *pcare* dari yang sebelumnya diberikan oleh BPJS Kesehatan. Sehingga penelitian ini hanya meneliti dari sistem *pcare* yang dapat diakses yaitu sebanyak 59 Puskesmas. Sistem *pcare* masih baru berjalan sehingga beberapa Puskesmas belum melakukan pencatatan dan pelaporan secara aktif.

6.2 Jumlah Kunjungan Puskesmas Kabupaten Bogor

Tabel 6.1 Jumlah Kunjungan Puskesmas Kabupaten Bogor Bulan Januari-Juni di Era JKN 2014

Bulan	Jumlah Kunjungan	%
Januari	4164	5.93%
Februari	9421	13.41%
Maret	14136	20.12%
April	14098	20.07%
Mei	15248	21.70%
Juni	13193	18.78%
Total	70260	100.00%

Sumber: *Pcare*Puskesmas Kabupaten Bogor bulan Januari-Juni 2014 (diolah kembali)

Berdasarkan tabel 6.1, didapatkan bahwa jumlah kunjungan pasien BPJS di Puskesmas Kabupaten Bogor dari bulan Januari-Juni 2014 sebesar 70.260 kunjungan. Jumlah kunjungan terbanyak terdapat pada Bulan Mei yaitu sebesar 15.248 kunjungan (21,70%). Sedangkan bulan Januari memiliki kunjungan terendah, yaitu hanya sebesar 4.164 kunjungan (5,93%). Pada bulan Februari dan Maret terjadi peningkatan kunjungan dari bulan Januari, yaitu sebesar 9.421 kunjungan (13,41%) dan 14.136 (20,12%). Namun pada Bulan April terjadi sedikit penurunan kunjungan sebesar 0,05% yaitu menjadi 14.098 (20,07%). Kemudian terjadi peningkatan di bulan Mei, dan terjadi penurunan kembali di bulan Juni sebesar 13.193 (18,78%). Secara keseluruhan kunjungan di Puskesmas Kabupaten Bogor mengalami peningkatan jika dibandingkan bulan Januari 2014.

Jika dilihat dari jumlah kunjungan Puskesmas Kabupaten Bogor dari bulan Januari-Juni, terjadi peningkatan kunjungan di bulan dari bulan Januari sampai bulan Maret. Rendahnya pemanfaatan pada bulan Januari dapat disebabkan program JKN yang baru saja dijalankan. Namun, jika dilihat dengan rata-rata jumlah peserta dari 59 Puskesmas yang diteliti sampai bulan Juni sebanyak 1.040.952 peserta. Jumlah tersebut adalah jumlah dari peserta yang terintegrasi dari program Jamkesmas, Jamkesda, Askes, Jamsostek, maupun peserta mandiri. Angka kunjungan didapatkan dari rata-rata kunjungan dan rata-rata peserta selama enam bulan. Kemudian didapatkan angka kunjungan sebesar 1,12% di Kabupaten Bogor dari bulan Januari-Juni 2014 di era JKN. Angka tersebut masih sangat rendah jika dibandingkan target pada program jamkesmas yang memiliki target rata-rata utilisasi Puskesmas selama satu bulan sebesar 15% (Depkes, 2009). Hal ini dapat disebabkan sistem JKN yang baru berjalan 6 bulan dan masih kurang sosialisasi sehingga peserta BPJS tidak mengetahui manfaat dari program JKN. Oleh karena itu, peserta tidak memanfaatkan Puskesmas ataupun tidak menggunakan kartu BPJS saat berobat.

Jumlah kunjungan adalah salah satu indikator untuk melihat utilisasi Puskesmas. Jika kunjungan rendah, menunjukkan bahwa Puskesmas kurang dimanfaatkan oleh Masyarakat (Wahyuni, 2012). Salah satu syarat pelayanan kesehatan adalah *affordable* (keterjangkauan pelayanan) (Azwar, 1996). Keterjangkauan pelayanan yang dimaksud adalah masyarakat dapat menjangkau pelayanan dengan ketersediaan biaya yang terdiri dari biaya langsung dan biaya

tidak langsung. Biaya langsung adalah biaya yang harus dibayar pasien ke pelayanan kesehatan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan. Sedangkan biaya tidak langsung adalah biaya yang pasien keluarkan namun tidak memiliki hubungan secara langsung pada proses pemberian pelayanan (As'ad, et.al, 2012). Contoh biaya tidak langsung adalah biaya transportasi, dan biaya konsumsi.

Hasil penelitian ini menunjukkan masih rendahnya pemanfaatan Puskesmas di Kabupaten Bogor dapat disebabkan ketidakmampuan masyarakat dalam hal biaya tidak langsung, seperti biaya transportasi untuk dapat mencapai Puskesmas. Walaupun di era JKN, biaya langsung tidak lagi dibayarkan pasien saat sakit, namun pasien tetap mengeluarkan biaya tidak langsung untuk mencapai pelayanan kesehatan.

6.3 Jumlah Kunjungan Berdasarkan Umur

Tabel 6.2 Jumlah Kunjungan Puskesmas Kabupaten Bogor Berdasarkan Jenis Kelamin Bulan Januari-Juni di Era JKN 2014

Kelompok Umur	Jumlah	Presentase
0-14	13907	19,78%
15-64	48954	69,63%
≥65	7447	10,59%
Total	70308	100,00%

Sumber: *Pcare* Puskesmas Kabupaten Bogor bulan Januari-Juni 2014 (diolah kembali)

Berdasarkan dari tabel 6.2 di atas dapat dilihat bahwa kelompok umur 15-64 paling banyak memanfaatkan Puskesmas pada bulan Januari-Juni 2014 di era JKN adalah kelompok umur 15-64 tahun dengan jumlah kunjungan 48.954 (69,63%). Sedangkan kelompok umur ≥65 tahun memiliki jumlah kunjungan terendah yaitu 7.447 kunjungan (10,59%). Hal tersebut menunjukkan bahwa pada kelompok umur 15-64 tahun paling aktif untuk memanfaatkan Puskesmas. Hal ini dapat dikarenakan

jumlah penduduk umur 15-64 tahun di Kabupaten Bogor lebih banyak dari kelompok umur lainnya sehingga mengakibatkan jumlah kunjungan yang lebih banyak.

Umur adalah salah satu faktor predisposisi yang dapat mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan karena masing-masing kelompok umur memiliki risiko penyakit yang berbeda-beda. Misalnya, penyakit degeneratif akan lebih berisiko pada kelompok umur tua karena menurunnya fungsi fisiologis (Depkes, 2013). Sedangkan penyakit infeksi berisiko pada umur muda (Hidayati 2006 dalam Nugroho, 2009). Sehingga dalam memanfaatkan Puskesmas tergantung pada risiko penyakit yang dimiliki oleh masing-masing kelompok umur.

6.4 Jumlah Kunjungan Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 6.3 Jumlah Kunjungan Puskesmas Kabupaten Bogor Berdasarkan Jenis Kelamin Bulan Januari-Juni di Era JKN 2014

Bulan	Laki-Laki	%	Perempuan	%
Januari	1471	2.09%	2693	3.83%
Februari	3375	4.80%	6046	8.61%
Maret	5124	7.29%	9012	12.83%
April	5230	7.44%	8868	12.62%
Mei	5578	7.94%	9670	13.76%
Juni	4725	6.73%	8468	12.05%
Total	25503	36.30%	44757	63.70%

Sumber: *Pcare*Puskesmas Kabupaten Bogor bulan Januari-Juni 2014 (diolah kembali)

Tabel 6.2 menunjukkan bahwa jumlah pemanfaatan Puskesmas pada perempuan sebesar 44.757 kunjungan (63,70%), sedangkan laki-laki hanya sebesar 25.503 kunjungan (36,30%). Hal tersebut menunjukkan bahwa perempuan lebih memanfaatkan Puskesmas dibanding laki-laki.

Penelitian ini menunjukkan bahwa perempuan lebih banyak memanfaatkan Puskesmas di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN. Hal tersebut dapat dikarenakan perempuan lebih memiliki sikap yang positif dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dibanding laki-laki (Aten et. al 1996 dalam Wilkonson-Lee 2008). Selain itu perbedaan kondisi biologis perempuan dan laki-laki sehingga

memiliki risiko sakit yang berbeda pula. Seperti perempuan yang memiliki angka kesakitan yang lebih tinggi karena kondisi biologis, seperti menyusui, sterilisasi, proses kehamilan, persalinan, dan lain-lain (HIAA 1997 dalam Siagian 2010).

Penelitian ini sesuai dengan Andersen (1995) yang menjelaskan bahwa jenis kelamin akan menggambarkan kecenderungan individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Dalam penelitian Atella (2004) dalam Retnaningsih (2011) juga menyebutkan bahwa di Italia, perempuan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan laki-laki. Penelitian ini juga sesuai dengan Penelitian Wahono (2011) yang menjelaskan bahwa perempuan memiliki peluang dalam memanfaatkan jamkesda lebih besar 2,902 kali dari laki-laki.

6.5 Jumlah Kunjungan Berdasarkan 10 Diagnosa Terbanyak

Tabel 6.4 Jumlah Kunjungan Puskesmas Kabupaten Bogor Berdasarkan 10 Diagnosa Terbanyak Bulan Januari-Juni di Era JKN 2014

No	Diagnosis	Jumlah	Presentase
1	Acute nasopharyngitis [common cold]	5973	21.09%
2	Acute laryngopharyngitis	4172	14.73%
3	Myalgia	3596	12.70%
4	Acute upper respiratory infection, unspecified	3391	11.98%
5	Essential (primary) hypertension	3206	11.32%
6	Dermatitis, unspecified	2076	7.33%
7	Dyspepsia	1970	6.96%
8	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	1327	4.69%
9	Tb lung confirm sputum microscopy with or without culture	1311	4.63%
10	Hypertension, stage I	1294	4.57%
Total		28316	100.00%

Sumber: *Pcare* Puskesmas Kabupaten Bogor bulan Januari-Juni 2014 (diolah kembali)

Tabel 6.4 menunjukkan bahwa Jumlah kunjungan di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN pada bulan Januari-Juni adalah 70.240 kunjungan dengan 2237 jenis diagnosa. Pada penelitian ini melihat 10 diagnosa penyakit terbanyak yang dilihat dari kunjungan Puskesmas di Kabupaten Bogor. *Acute nasopharyngitis [common cold]* adalah diagnosa terbanyak di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN. Sedangkan Hipertension, stage I merupakan diagnosa dengan urutan ke sepuluh terbanyak.

Salah satu faktor yang mempengaruhi individu memanfaatkan Puskesmas adalah kebutuhan yang dirasakan oleh masing-masing individu. Individu akan memanfaatkan pelayanan kesehatan jika memiliki persepsi sakit dan dirasa membutuhkan pelayanan kesehatan (Ilyas, 2011).

Jika dilihat pada tahun sebelumnya, Puskesmas Kabupaten Bogor memiliki 10 diagnosa penyakit terbanyak pada tahun 2013, yaitu:

1. Nasofaringitis Akuta (Common Cold)
2. Penyakit Infeksi Usus
3. Hipertensi Primer (Esensial)
4. Diare dan Gastroenteritis
5. Influenza Dan Pneumonia
6. Demam Yang Tidak Diketahui Sebabnya
7. Myalgia
8. Gastroduodenitis Tidak Spesifik
9. Influenza
10. Dermatitis Lain, Tidak Spesifik (Eksema)

Jika dilihat dari tahun 2013, terdapat persamaan jenis penyakit yang masuk ke dalam 10 penyakit terbanyak, yaitu *acute nasopharyngitis [common cold]*, *essential (primary) hypertension*, *myalgia*, *Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin*, dan *Dermatitis, unspecified*. Lima diagnosa penyakit yang meningkat menjadi 10 penyakit terbanyak di bulan Januari-Juni 2014, yaitu *Acute laryngopharyngitis*, *Acute upper respiratory infection unspecified*, *dyspepsia*, *hypertension stage I*, dan *Tb lung confirm sputum microscopy with or without culture*.

6.6 Jumlah Rujukan

Tabel 6.5 Jumlah Rujukan di Puskesmas Kabupaten Bogor di Era JKN Tahun 2014

Bulan	Jumlah Rujukan	Jumlah Kunjungan	%
Januari	607	4164	14.58%
Februari	1549	9421	16.44%
Maret	2667	14136	18.87%
April	3099	14098	21.98%
Mei	3686	15248	24.17%
Juni	3085	13193	23.38%
Total	14693	70260	20.91%

Sumber: *Pcare* Puskesmas Kabupaten Bogor bulan Januari-Juni 2014 (diolah kembali)

Berdasarkan Tabel 6.5, didapatkan bahwa total rujukan di Puskesmas Kabupaten Bogor pada bulan Januari-Juni di Era JKN sebesar 14.698 rujukan, dengan jumlah rujukan tertinggi pada bulan Mei. Jika jumlah rujukan dibandingkan dengan jumlah kunjungan, maka didapatkan bahwa angka rujukan dari bulan Januari-Juni di era JKN 2014 sebesar 20,91%. Angka rujukan ini termasuk tinggi karena melebihi standar maksimal rujukan yang telah ditetapkan, yaitu sebesar 15% (<http://perdesaansehat.or.id/index.php/artikel/berita/46>).

Di era JKN, Puskesmas adalah salah satu pelaksana *gatekeeper* yang memiliki tugas mengatur akses kepada pelayanan kesehatan lanjutan melalui sistem rujukan (BPJS Kesehatan, 2014). Dalam menjalankan tugasnya, Puskesmas memiliki fungsi *gatekeeper* sebagai penapis rujukan. Ruang lingkup pelayanan *gatekeeper* tidak hanya berfokus pada kuratif saja, melainkan termasuk promosi kesehatan, pencegahan dan proteksi khusus, pengobatan, pembatasan kecacatan, dan pemulihan.

Sistem rujukan, diatur di dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. Dalam Peraturan tersebut dijelaskan bahwa sistem rujukan adalah pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Puskesmas wajib merujuk pasien jika dinilai tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan pasien karena adanya keterbatasan.

Dengan melihat tingginya angka rujukan yang melebihi standar, menunjukkan bahwa Puskesmas di Kabupaten Bogor belum menjadi *gatekeeper* dengan baik. Di era JKN, pelayanan kesehatan dilakukan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis yang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama (PMK No. 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan). Puskesmas adalah pelayanan kesehatan tingkat pertama yang berfungsi sebagai *gatekeeper* untuk merujuk pasien ke pelayanan kesehatan ke tingkat selanjutnya. Selain itu juga dapat disebabkan karena faktor individu yang baru memanfaatkan Puskesmas dalam kondisi kronis atau diluar kemampuan dari pelayanan tingkat pertama sehingga mengharuskan untuk dilakukan rujukan.

6.7 Jumlah Rujukan Berdasarkan Umur

Tabel 6.6 menunjukkan jika dilihat dari jumlah rujukan, rujukan berdasarkan umur paling banyak adalah pada kelompok umur 15-64 yaitu sebesar 10.949. Namun, secara proporsional, didapatkan bahwa kelompok umur ≥ 65 tahun memiliki rata-rata angka rujukan terbesar, yaitu sebesar 32,90%. Sedangkan kelompok umur 0-14 tahun memiliki rata-rata angka rujukan terkecil, yaitu 9,34%.

Tabel 6.6 Jumlah Rujukan Berdasarkan Umur di Puskesmas Kabupaten Bogor di Era JKN

Kelompok Umur	Jumlah Rujukan	Jumlah Kunjungan	%
0-14	1294	13859	9.34%
15-64	10949	48954	22.37%
≥ 65	2450	7447	32.90%
Total	14693	70260	20.91%

Sumber: *Pcare* Puskesmas Kabupaten Bogor bulan Januari-Juni 2014 (diolah kembali)

Umur adalah salah satu faktor yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan. Kelompok umur yang berbeda mengakibatkan jenis penyakit yang berbeda pula. Oleh karena itu, melihat umur dalam utilisasi Puskesmas penting untuk dilihat. Semakin meningkatnya umur, risiko untuk terjadi ke kondisi kronis akan semakin besar (Sutton, 2013). Penelitian ini secara proporsional menunjukkan bahwa kelompok umur ≥ 65 tahun lebih banyak dirujuk dibanding kelompok umur lainnya.

Hal tersebut dapat dikarenakan penyakit yang diderita oleh kelompok umur ≥ 65 tahun bersifat kronis sehingga Puskesmas tidak dapat menanganinya dan mengharuskan dirujuk untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai yang dibutuhkan. Sejalan dengan penelitian Siagian (2010) yang menjelaskan bahwa semakin tua umur akan semakin muncul penyakit yang dikarenakan penurunan kesehatan karena faktor umur.

6.8 Rujukan Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 6.7 menggambarkan bahwa pada penelitian ini, jika dilihat dari jumlah rujukan, perempuan memiliki jumlah rujukan terbesar dibanding laki-laki yaitu sebesar 44.757 rujukan. Namun, jika dilihat secara proporsional, laki-laki memiliki proporsi rujukan lebih besar dibanding perempuan. yaitu sebesar 24,89%.

Tabel 6.7 Jumlah Rujukan Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN Bulan Januari-Juni 2014

Jenis Kelamin	Kunjungan	Rujukan	%
Laki-Laki	25503	6348	24.89%
Perempuan	44757	8345	18.65%
Total	70260	14693	20.91%

Sumber: *Pcare* Puskesmas Kabupaten Bogor bulan Januari-Juni 2014 (diolah kembali)

Seperti yang dijelaskan Andersen (1995), bahwa jenis kelamin menyebabkan risiko sakit yang berbeda sehingga dapat mempengaruhi utilisasi Pelayanan Kesehatan. Hal ini dapat disebabkan laki-laki memanfaatkan pelayanan kesehatan jika sudah dalam kondisi parah. Berbeda dengan perempuan yang lebih sering memeriksakan kesehatannya. Kondisi tersebut dapat dikarenakan laki-laki sulit meluangkan waktu untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan karena harus bekerja (Fuchs (1998), Dunlop dan Zubkoff (1981) dalam Trisnantoro 2006).

6.9 Diagnosa Penyakit Rujukan 10 Terbanyak

Tabel 6.8 menunjukkan jumlah rujukan berdasarkan 10 diagnosa rujukan terbanyak. Dapat dilihat bahwa Hipertensive heart disease with (congestive) heart failure adalah diagnosa yang memiliki jumlah rujukan terbanyak yaitu sebesar 337 (12,61%).

Di era JKN diterapkan sistem rujukan berjenjang. Sistem rujukan adalah pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal (Peraturan Menteri Kesehatan No. 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan). Salah satu langkah yang dilakukan untuk menjalankan sistem rujukan berjenjang, yaitu dengan menetapkan 144 diagnosa penyakit yang harus dapat ditangani oleh Puskesmas (BPJS, 2014).

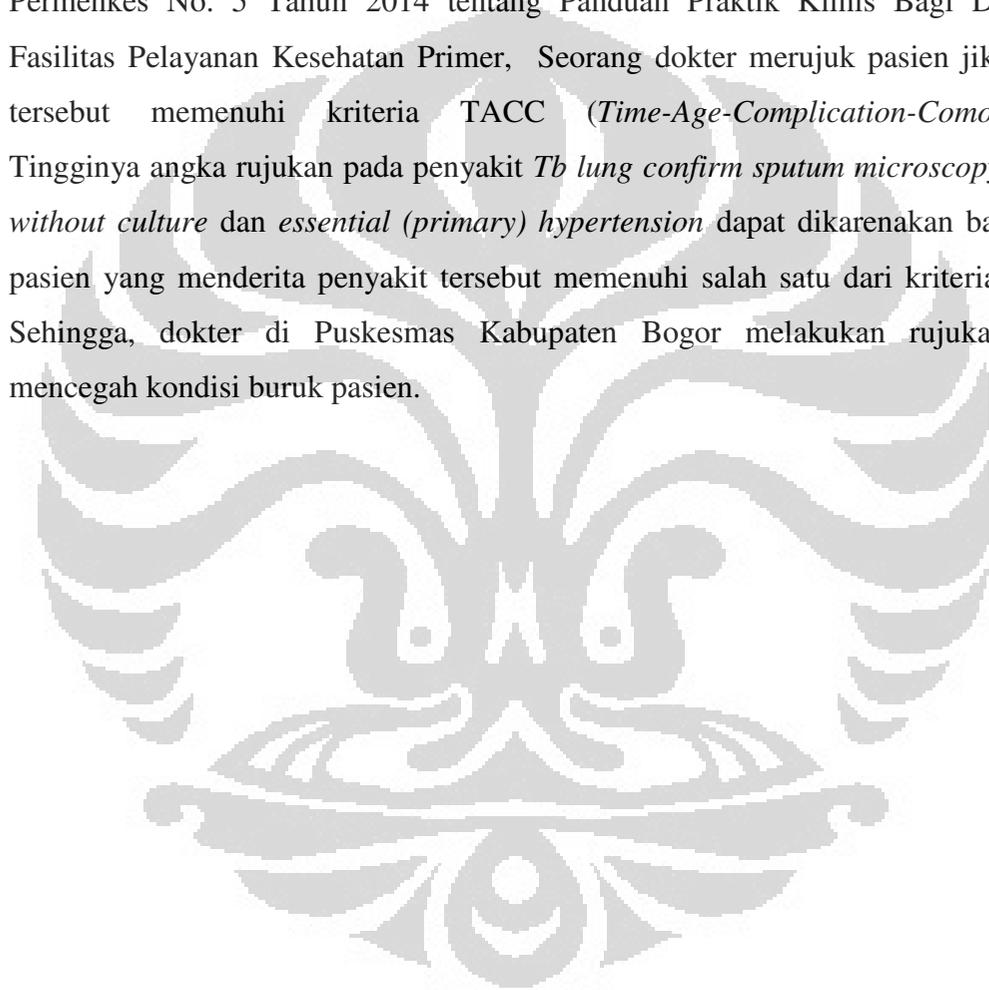
Tabel 6.8 Jumlah Rujukan Berdasarkan 10 Diagnosa Penyakit Rujukan Terbanyak di Puskesmas Kabupaten Bogor di Era JKN Bulan Januari-Juni Tahun 2014

No	Diagnosa Rujukan	Jumlah	%
1	Hypertensive heart disease with (congestive) heart failure	337	12.61%
2	Tuberculosis of lung, bacteriologically & histolog'y neg	315	11.78%
3	Tb lung confirm sputum microscopy with or without culture	307	11.49%
4	Essential (primary) hypertension	305	11.41%
5	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	286	10.70%
6	Congestive heart failure	262	9.80%
7	Hypertension, stage I	223	8.34%
8	Non-insulin-dependent diabetes mellitus with coma	215	8.04%
9	Schizophrenia, unspecified	215	8.04%
10	Non-insulin-depend diabetes mellitus without complication	208	7.78%
Total		2673	100.00%

Sumber: *Pcare* Puskesmas Kabupaten Bogor bulan Januari-Juni 2014 (diolah kembali)

Jika dilihat dari 10 diagnosa rujukan terbanyak, terdapat 8 diagnosa penyakit yang tidak tercantum dalam 144 diagnosa. Hal tersebut berarti bahwa 8 penyakit tersebut adalah memang diagnosa yang harus dirujuk supaya pasien mendapatkan penanganan lebih lanjut sesuai kebutuhannya.

Terdapat dua penyakit yang seharusnya masuk ke dalam diagnosa yang dapat ditangani dan tidak perlu dirujuk oleh Puskesmas, yaitu *Tb lung confirm sputum microscopy with or without culture* dan *essential (primary) hypertension*. Menurut Permenkes No. 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer, Seorang dokter merujuk pasien jika pasien tersebut memenuhi kriteria TACC (*Time-Age-Complication-Comorbidity*). Tingginya angka rujukan pada penyakit *Tb lung confirm sputum microscopy with or without culture* dan *essential (primary) hypertension* dapat dikarenakan banyaknya pasien yang menderita penyakit tersebut memenuhi salah satu dari kriteria TACC. Sehingga, dokter di Puskesmas Kabupaten Bogor melakukan rujukan untuk mencegah kondisi buruk pasien.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

- a. Jumlah kunjungan Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN dari bulan Januari-Juni 2014 sebesar 70.260 kunjungan dengan kunjungan terbesar pada bulan Mei sebesar 15.248 (21,70%). Jika dilihat dari angka kunjungan dari bulan Januari-Juni 2014, hanya sekitar 1,12% peserta yang memanfaatkan Puskesmas di Kabupaten Bogor. Hal ini menunjukkan masih rendahnya utilisasi Puskesmas di Kabupaten Bogor di era JKN 2014.
- b. Berdasarkan jumlah pemanfaatan Puskesmas di Kabupaten Bogor di era JKN 2014 menurut kelompok umur, umur 15-64 tahun memiliki jumlah kunjungan terbesar, yaitu 48.954 kunjungan (69,63%) di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN 2014. Hal ini menunjukkan kelompok umur 15-64 tahun adalah kelompok paling aktif untuk memanfaatkan Puskesmas di Kabupaten Bogor di era JKN 2014.
- c. Berdasarkan jumlah pemanfaatan Puskesmas di Kabupaten Bogor di era JKN 2014 menurut jenis kelamin, perempuan memiliki jumlah kunjungan lebih banyak dari laki-laki yaitu sebesar 44.757 kunjungan (63,605). Hal tersebut dapat dikarenakan perempuan yang memiliki risiko sakit yang lebih tinggi dari laki-laki karena kondisi biologis yang berbeda dari laki-laki.
- d. Berdasarkan 10 diagnosa terbanyak di Kabupaten Bogor di era JKN 2014, *Acute nasopharyngitis [common cold]* adalah diagnosa penyakit terbanyak dengan jumlah 5.973 kasus (21,09%). Terdapat persamaan dengan tahun 2013, yang menunjukkan *Acute nasopharyngitis [common cold]* adalah penyakit dengan jumlah kasus terbanyak.
- e. Jumlah rujukan di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN 2014 dari bulan Januari-Juni adalah sebesar 14.693, dengan jumlah rujukan tertinggi pada bulan Mei, yaitu sebesar 3.686 rujukan. Jika dilihat dari proporsi jumlah rujukan dengan jumlah kunjungan dari bulan Januari-Juni 2014, didapatkan rata-rata angka rujukan sebesar 20,91%. Hal ini menunjukkan Puskesmas di Kabupaten Bogor belum menjadi gatekeeper yang baik.

- f. Berdasarkan jumlah rujukan di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN 2014 menurut umur, kelompok umur ≥ 65 tahun memiliki proporsi rujukan terbesar, yaitu sebesar 32,90%. Hal tersebut dapat dikarenakan penyakit yang diderita oleh kelompok umur ≥ 65 tahun kronis sehingga Puskesmas tidak dapat menanganinya dan mengharuskan untuk dilakukan rujukan.
- g. Berdasarkan jumlah rujukan di Puskesmas Kabupaten Bogor di era JKN 2014 menurut jenis kelamin, laki-laki memiliki proporsi rujukan terbesar dari perempuan, yaitu sebesar 24,89%. Hal ini dapat disebabkan laki-laki saat memanfaatkan pelayanan kesehatan jika sudah dalam kondisi yang tidak dapat ditangani oleh Puskesmas.
- h. Berdasarkan 10 diagnosa rujukan terbanyak di Kabupaten Bogor di era JKN 2014 menurut diagnosa, *Hipertensive heart disease with (congestive) heart failure* adalah diagnosa rujukan terbanyak dengan jumlah 337 kasus (12,61%). Terdapat dua diagnosa rujukan yang seharusnya masuk ke dalam diagnosa yang dapat ditangani dan tidak perlu dirujuk oleh Puskesmas, yaitu *Tb lung confirm sputum microscopy with or without culture* dan *essential (primary) hypertension* dengan jumlah 307 kasus (11,49%) dan 305 kasus (11,41%).

7.2 Saran

- a. Salah satu penguatan fungsi *gatekeeper* adalah dengan adanya data riwayat penyakit dan kunjungan dari sistem *primary care*. Oleh karena itu, perlu adanya kontrol oleh BPJS dan Dinkes Kabupaten Bogor dalam mengoptimalkan penggunaan *primary care*. Sehingga dapat mengontrol pelaksanaan JKN dan fungsi Puskesmas sebagai *gatekeeper*.
- b. Puskesmas dapat lebih memaksimalkan peran *gatekeeper* yang tidak hanya sebagai kuratif, melainkan melakukan upaya preventif dan promotif. Untuk dapat memotivasi, dapat diberikan *award* kepada Puskesmas dengan proporsi rujukan terkecil setiap 6 bulan sekali.

DAFTAR REFERENSI

- Andersen, R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behaviour Vol. 36*, 1-10.
- Artikel. (n.d.). Retrieved Desember 27, 2014, from Perdesaan Sehat: <http://perdesaansehat.or.id/index.php/artikel/berita/46>
- As'ad, H., Asiah, H., & Haerani. (2012). Kerugian Ekonomi (Economic Loss) Pasien Rawat Inap Usia Produktif Pada Lima Penyakit di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju. *Jurnal AKK Vol 1 No 1*, 1-55.
- Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- BPJS Kesehatan. *Panduan Praktis Gate Keeper Concept Faskes BPJS Kesehatan*. BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. *Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang*. BPJS Kesehatan.
- BPS. (2014, Desember). *Sosial dan Kependudukan*. Retrieved from Badan Pusat Statistik: <http://www.bps.go.id/>
- Cai, X. (2007). *Impact of Health Insurance on Health Care Utilization in Vietnam*. Maryland: Dissertation John Hopkins University .
- Depkes. (2007). *Modul Pelatihan Teknis Telaah Utilisasi Penyelenggaraan Askeskin*. Jakarta: Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Depkes. (2009). *Petunjuk Teknis Program Jamkesmas di Puskesmas*. Departemen Kesehatan RI
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor. 2014. *Profil Kesehatan Kabupaten Bogor 2013*. Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor
- Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia*. (2013). Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Grytten, J., & Sorensen, R. (2000). Type of Contract and Supplier-Induced Demand for Primary Physicians in Norway. *Journal of Health Economic*, 379-393.
- Hastono, S. P. (2006). *Modul Analisa Data*. Depok: FKM UI.
- Ilyas, Y. (2011). *Mengenal Asuransi Kesehatan, Review Utilisasi, Manajemen Klaim, dan Fraud*. Depok: FKM UI .

- Kesumawati, I. N. (2012). *Analisis Pelaksanaan Rujukan RJTP Peserta ASKES Sosial PT ASKES (PERSERO) Kantor Cabang Sukabumi Di Puskesmas Nanggaleng dan Gedong Panjang Tahun 2012*. Depok: FKM UI. Skripsi.
- Mandal, A. (2014, August). *Disparities in Access to Health Care*. Retrieved from News Medical: <http://www.news-medical.net/health/Disparities-in-Access-to-Health-Care.aspx>
- Nanik Sri, W. (2012). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2012*. DEPOK: FKM UI. Skripsi.
- Nugroho, I. P. (2009). *Gambaran Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Pasien KLB RSUD Budhi Asih*. Depok: FKM UI. Skripsi.
- Pandu, Harimurti, et.al. (2013). *The Nuts & Bolts of Jamkesmas, Indonesia's Government-Financed Health Coverage Program for the Poor and Near Poor*. Washington DC: The World Bank. Retrieved from The World Bank: <http://www.worldbank.org/>
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 001 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional
- Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer,
- Retnaningsih, E. (2013). *Akses Layanan Kesehatan*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Riskesdas 2013 Dalam Angka. (n.d.). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Riskesdas. (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI .

- Siagian, S. (2010). *Analisis Utilisasi dan Pola Pembiayaan pada Pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan OOP*. Depok: FKM UI. Skripsi.
- Solihin, M. (2014). *Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Oleh Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor Bulan Januari-Mei 2014*. Depok: FKM UI. Skripsi.
- Sophia. (2012). *Gambaran Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak Peserta Askes Sosial di RSAL Dr. Mintohardjo Tahun 2011*. Depok: FKM UI.
- Spector, R. A. (2004). *News&Perspective*. Retrieved from Medscape Multispecialty: <http://www.medscape.com/viewarticle/472608>
- Sutton, K. L. (2013). *Socioeconomic, Behavioral, and Health Determinants of Functional Status Decline and Institutionalization*. University of Texas At Dalas. Disertation.
- Thabrany, H. (2014). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Rajagrafindo Persada.
- Trisnantoro, L. (2006). *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Undang-Undang No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional
- Wahono, I. S. (2011). *Hubungan Determinan Individu Terhadap Utilisasi Pelayanan Kesehatan Jamkesda Puskesmas Tumbang Talaken, Kecamatan Manuhing, Kabupaten Gunung Mas Tahun 2011*. Depok: FKM UI. Skripsi.
- WHO. (n.d.). *WHO*. Retrieved from Health system financing: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/en/>
- Wilkinson-Lee, A. M. (2008). *Health Care Utilization Among Mexican, Cuban, and Puerto Rican- America Adolescents:Examining Andersen's Behavioral Model of Health Service Use*. The University of Arizona. Disertation.