



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN PELAKSANAAN RUJUKAN JPK JAMSOSTEK DI
PUSKESMAS SELAKU PPK 1 PT JAMSOSTEK (PERSERO)
KANTOR CABANG CILANDAK TAHUN 2011**

SKRIPSI

EKARIA HARA SIHOMBING

0906618311

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN ASURANSI KESEHATAN**

DEPOK

JANUARI 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN PELAKSANAAN RUJUKAN JPK JAMSOSTEK DI
PUSKESMAS SELAKU PPK 1 PT JAMSOSTEK (PERSERO)
KANTOR CABANG CILANDAK TAHUN 2011**

SKRIPSI

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

EKARIA HARA SIHOMBING

NPM: 0906618311

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN ASURANSI KESEHATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK

JANUARI 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Ekaria Hara Sihombing
NPM : 0906618311
Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2011

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

Gambaran Pelaksanaan rujukan JPK Jamsostek Di Puskesmas Selaku PPK I PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2011

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, 24 Januari 2012


(Ekaria Hara Sihombing)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Ekaria Hara Sihombing

NPM : 0906618311

Tanda Tangan : 

Tanggal : Januari 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Ekaria Hara Sihombing
NPM : 0906618311
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Gambaran Pelaksanaan Rujukan di Puskesmas selaku PPK
I PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun
2011

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Dumilah Ayuningtyas, dra. MARS (.....)

Penguji I : Kurnia Sari, SKM, M.SE (.....)

Penguji II : Ary Imelda, SKM (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 24 Januari 2012

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Ekaria Hara Sihombing
Tanggal Kelahiran : Depok, 21 Januari 1988
Alamat : Jl. Rambang 7 No.364 RT. 05 RW. 04, Depok
Nomor Telepon : 085717594656
Email : triar_rianro21@yahoo.co.id
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan

Riwayat Pendidikan :

2009 – 2012 Fakultas Kesehatan Masyarakat – Universitas Indonesia
2006 – 2009 Fakultas FISIP – Universitas Indonesia
2003 – 2006 SMAN 98 Jakarta
2000 – 2003 SMPN 91 Jakarta
1994 – 2000 SDN 07 Pagi Kalisari, Jakarta

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang selalu memberkati dan memberikan rahmat yang sangat luar biasa sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini sebagai syarat memperoleh gelar kesarjanaan jenjang Strata-1 dengan judul **“Gambaran Pelaksanaan Rujukan JPK Jamsostek di Puskesmas selaku PPK 1 PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2011”**.

Skripsi ini merupakan salah satu syarat kelulusan untuk menyelesaikan tingkat sarjana (S1) Peminatan Manajemen Asuransi Kesehatan Jurusan Administrasi Kebijakan dan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa di dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran dari berbagai pihak dan dalam kesempatan ini dengan rasa hormat dan kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Drs.Bambang Wispriyono, Apt, PHD selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
2. dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc, selaku ketua Departemen Adiministrasi Kebijakan Kesehatan FKM UI.
3. Dr. Pujiyanto, SKM, M.Kes selaku ketua program peminatan Manajemen Asuransi Kesehatan FKM UI yang juga telah turut bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran dalam membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi ini.
4. DR. Dumilah Ayuningtyas, dra, MARS, selaku pebimbing akademik yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran dalam membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi ini.
5. Ary Imelda, SKM, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran dalam membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi ini

- serta memberikan kesempatan menjalani prakesmas dan penelitian di PT. Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak
6. Kepada kedua orang tuaku tercinta, terima kasih yang tak terhingga atas dorongan motivasi, doa yang tiada hentinya, dan curahan kasih sayangnya yang telah diberikan, serta semua dukungan materi yang selalu dipenuhi demi keberhasilan pendidikan penulis selama ini.
 7. Kepada seluruh karyawan PT. Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak
 8. Kepada seluruh petugas di Puskesmas Kecamatan Pasar minggu dan Puskesmas Kecamatan Cilandak atas ketersediaannya membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
 9. Seluruh dosen pengajar program sarjana peminatan Manajemen Asuransi Kesehatan FKM UI, atas semua ilmu yang telah diberikan.
 10. Mas Pri dan seluruh staf sekretariat Departemen AKK FKM UI
 11. Kepada seluruh saudara ku, Butet, Lena, Bang Milton, Feber dan Ius yang sudah memberikan dukungan serta mendoakan saya selama penulisan skripsi ini.
 12. Seluruh teman-teman Maskes Ext '09 (Bu Sophia, Mas Diko, Rangga, Astri, Dinda, Hurin, Rangga, Rara, Dimas, Gita), dan semua teman-teman Maskes lainnya atas kerjasama dan bantuan selama penulis menjalani perkuliahan
 13. Untuk Taufik Apriansyah, Sri Herlinda, Jui, Kak Dona, Laola, Aris dan Esti atas bantuan dan dukungannya selama ini kepada penulis.
 14. Seluruh teman-teman FKM UI atas dukungan dan bantuan kepada penulis.
 15. Serta berbagai pihak tidak dapat disebutkan satu persatu sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.

Depok, 21 Januari 2012

Ekaria Hara Sihombing

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Ekaria Hara Sihombing
NPM : 0906618311
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

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

Gambaran Pelaksanaan Rujukan di Puskesmas selaku PPK I PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2011

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

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : Januari 2012

Yang menyatakan



(Ekaria Hara Sihombing)

ABSTRAK

Nama : Ekaria Hara Sihombing
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Gambaran Pelaksanaan Rujukan JPK Jamsostek di Puskesmas selaku PPK-I PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2011

Skripsi ini membahas tentang gambaran rujukan JPK Jamsostek di Puskesmas selaku PPK-1 PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2011. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif deskriptif dengan metode wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum pelaksanaan rujukan di PKM sudah berjalan dengan cukup baik, namun terdapat beberapa hal yang mesti diperhatikan, antara lain perlunya meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan di PKM dengan mengadakan pertemuan secara rutin serta mengadakan penyuluhan kepada pasien mengenai penyakit yang sering dirujuk dan prosedur rujukan.

Kata kunci:
JPK Jamsostek, rujukan, PKM

ABSTRACT

Name : Ekaria Hara Sihombing
Program of Study : Bachelor of Public Health
Title of Thesis : Overview about Implementation of JPK Jamsostek 's Referral In Primary Care of PT.Jamsostek (Persero) Cilandak Branch in 2011

This study aims to overview the referral JPK Jamsostek in primary care, of PT.Jamsostek (Persero) in Cilandak at 2011. This study isa descriptive qualitative in dept-interview, observation dan document review methode. The result show that overall implementation of the referral in PKM has been good, but there are several things that must be considered, among other, improve knowledge of medical worker in the PKM with regular meeting and conducting to patient about most disease and referral procedure.

Key Word
JPK Jamsostek, rujukan, PKM

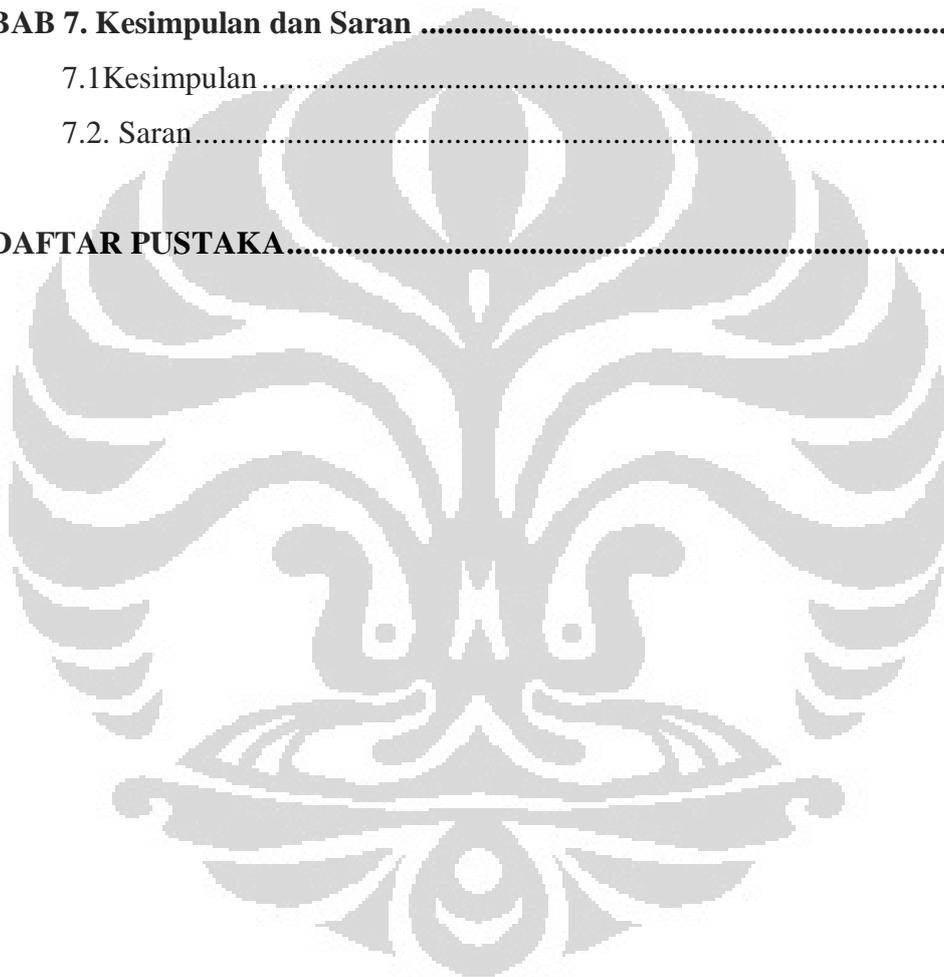
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	ix
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	8
1.3. Pertanyaan Penelitian	8
1.4. Tujuan Penelitian	8
1.4.1. Tujuan Umum	8
1.4.2. Tujuan Khusus	9
1.5. Manfaat Penelitian	9
1.5.1. Bagi PT. Jamsostek (Persero).....	9
1.5.2. Bagi Peneliti	9
1.5.3. Bagi PPK I	9
1.6. Ruang Lingkup	10
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1. Pelayanan Kesehatan.....	11
2.2. Penyedia Pelayanan Kesehatan.....	12
2.2.1 Penyedia Pelayanan Kesehatan tingkat satu.....	12

2.2.2 Penyedia Pelayanan Kesehatan tingkat dua	12
2.2.3 Penyedia Pelayanan Kesehatan tingkat tiga	12
2.3. Puskesmas.....	13
2.4. Definisi Asuransi.....	15
2.5. Asuransi Kesehatan	17
2.6. Managed Care	18
2.7. Sistem rujukan	21
2.8. <i>Gatekeeper</i>	22
2.9. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Sistem Rujukan	22
2.10 Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan rujukan pelayanan kesehatan.....	23
2.11 Pengetahuan	29
2.12 Cakupan Pelayanan Peserta JPK PT.Jamsostek di Puskesmas ...	29
2.13 Prosedur Rujukan PT. Jamsostek (Persero)	31
2.14 Umur	32
BAB 3. Gambaran Umum PT. Jamsostek (Persero)	
Kantor Cabang Cilandak.....	33
3.1. Gambaran Umum PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak.....	33
3.2. Sejarah PT.Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak	33
3.3. Visi, Misi dan Tujuan.....	34
3.3.1 Visi	34
3.3.2 Misi	34
3.3.3 Tujuan	34
3.4 Komposisi Jumlah Pegawai dan Uraian Tugas	36
3.4.1 Komposisi Jumlah Pegawai	36
3.4.2 Uraian Tugas	36
3.5 Kepesertaan Jaminan Sosial PT Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak.....	45
3.6. Gambaran Umum Bagian dan Program JPK PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak	46
3.7 Sasaran Program JPK PT.Jamsostek(Persero) Cabang Cilandak	48

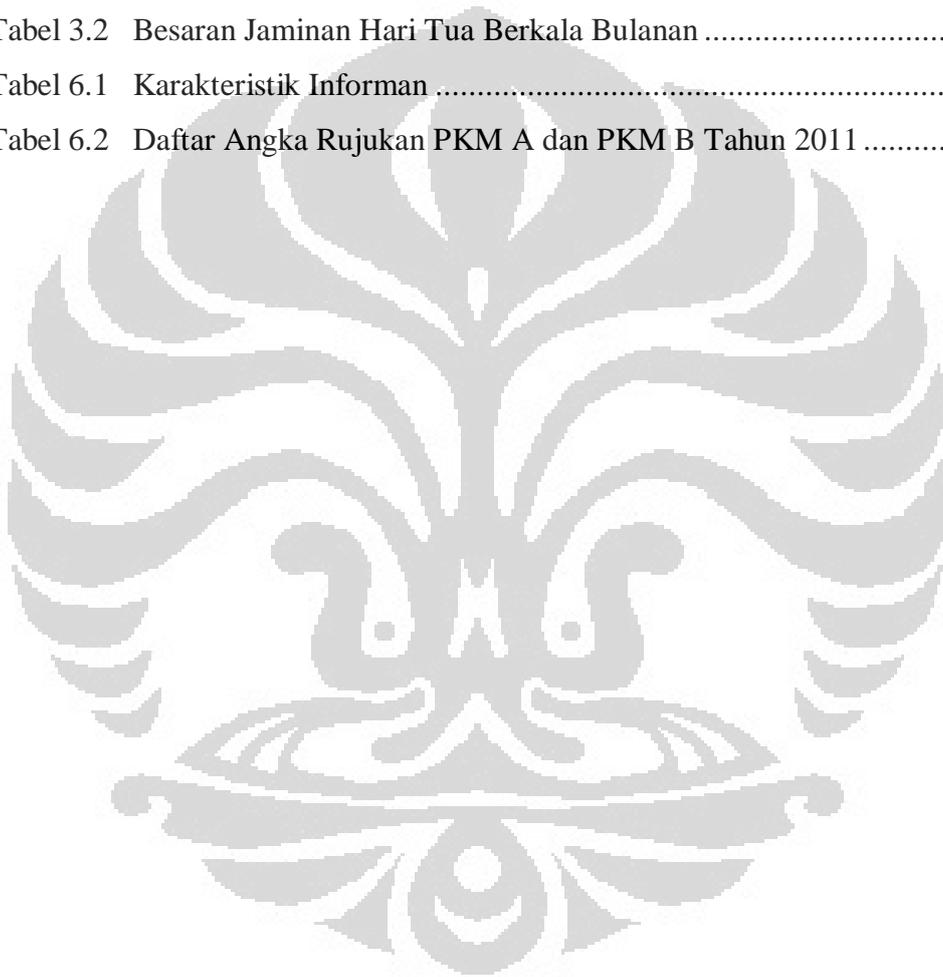
3.8 Ketenagakerjaan Bagian JPK PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak.....	48
3.9 Deskripsi Pekerjaan Bagian JPK	49
3.10 Hubungan kerja JPK PT.Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak dengan bagian Lain	50
3.11 Produk Jaminan Pemeliharaan Kesehatan	51
3.12 Prosedur Penggunaan Benefit dan Pengajuan Klaim	56
BAB 4. Kerangka Konsep.....	60
4.1 Kerangka Konsep	61
4.2. Definisi Operasional.....	61
BAB 5. Metodologi Penelitian	63
5.1. Rancangan Penelitian	63
5.2. Waktu dan Lokasi Penelitian	63
5.3. Informan Penelitian	63
5.4. Instrumen Penelitian.....	64
5.5 Pengumpulan Data	64
5.5.1 Data Primer	64
5.5.2 Data Sekunder	65
5.6 Pengolahan dan Analisis Data	65
5.7 Validitas Data	65
BAB 6. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	67
6.1 Keterbatasan Penelitian	67
6.2. Karakteristik Informan	68
6.3 Rujukan JPK Jamsostek di Puskesmas tahun 2011	68
6.3.1. Hasil	69
6.3.2 Pembahasan	71
6.4. Pengetahuan Petugas Kesehatan.....	72
6.4.1 Hasil	71
6.4.2 Pembahasan	74

6.5 Fasilitas dan Sarana Penunjang Pelayanan Kesehatan	77
6.5.1 Hasil.....	77
6.5.2 Pembahasan	78
6.6 Diagnosa	79
6.6.1 Hasil.....	79
6.6.2 Pembahasan	80
BAB 7. Kesimpulan dan Saran	82
7.1 Kesimpulan.....	82
7.2. Saran.....	83
DAFTAR PUSTAKA.....	84



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Angka Rujukan dan Angka Kunjungan PPK I PT.Jamsostek (Persero) Januari-Maret 2011	7
Tabel 3.1	Data Pekerja	35
Tabel 3.2	Besaran Jaminan Hari Tua Berkala Bulanan	45
Tabel 6.1	Karakteristik Informan	66
Tabel 6.2	Daftar Angka Rujukan PKM A dan PKM B Tahun 2011	67



DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Tahap Kepesertaan Program Jaminan PT.Jamsostek (Persero)	47
Gambar 3.2 Struktur Bagian JPK PT.Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak	49
Gambar 3.3 Prosedur Pelayanan PPK I	57
Gambar 3.4 Prosedur Pelayanan Persalinan.....	58
Gambar 3.5 Prosedur Pelayanan Rawat Jalan di Rs	58
Gambar 3.6 Prosedur Pelayanan Rawat Inap	58
Gambar 3.7 Prosedur Pelayanan Penunjang Diagnostik.....	59
Gambar 3.8 Prosedur Pelayanan Obat di Apotik	59
Gambar 3.9 Prosedur Pelayanan Khusus	59
Gambar 4.1 Kerangka Konsep	61

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan bangsa memerlukan aset pokok yang disebut dengan sumber daya (*resources*), baik sumber daya alam maupun sumber daya manusia. Kedua sumber daya tersebut sangat penting dalam menentukan keberhasilan suatu pembangunan, terutama pembangunan sumber daya manusia. Untuk membangun sumber daya manusia diperlukan peningkatan kualitas sumber daya manusia.

Pembangunan pada sektor kesehatan merupakan bagian upaya untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia, yang merupakan satu bagian yang tidak terpisahkan dengan pembangunan nasional. Salah satu upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia yaitu dengan meningkatkan derajat kesehatan. Hal ini karena kesehatan merupakan suatu investasi bagi pembangunan suatu Negara. Dengan meningkatnya derajat kesehatan, menyebabkan adanya peningkatan produksi yang akan berdampak secara tidak langsung pada peningkatan perekonomian suatu Negara.

Peningkatan derajat kesehatan dapat dilakukan melalui penyehatan lingkungan, pencegahan penyakit dan pemberantasan penyakit, pendidikan kesehatan bagi masyarakat, pengorganisasian pelayanan kesehatan dan pengembangan organisasi sosial. Dalam mencapai suatu tujuan yaitu meningkatkan derajat kesehatan, Indonesia mengalami beberapa masalah. Salah satu masalah yang terjadi yaitu dari sisi karakteristik pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan memiliki tiga karakteristik menurut Levey dan Loomba (1973) seperti yang dikutip oleh Ilyas (2006) yaitu *uncertainty*, *asymmetry of information* dan *externality*. *Uncertainty* mengandung pengertian bahwa pelayanan kesehatan bersifat tidak dapat dipastikan baik waktu, tempat besarnya biaya maupun tingkat urgensi dari pelayanan tersebut. Sedangkan *asymmetry of information* mengandung pengertian ketidakseimbangan pengetahuan yang terjadi antara pemberi pelayanan kesehatan (PPK) dengan pengguna jasa pelayanan kesehatan. Ketidaktahuan ini terkait dengan informasi mengenai butuh tidaknya seseorang akan suatu pelayanan kesehatan. Pasien, selaku pengguna jasa pelayanan kurang mengetahui informasi tentang penyakit yang dideritanya serta pelayanan apa saja yang seharusnya diterima. Oleh karena itu, biasanya pasien percaya dan menyerahkan sepenuhnya segala tindakan medis kepada pihak dokter selaku pemberi pelayanan kesehatan.

Externality mengandung pengertian bahwa baik pengguna jasa maupun bukan pengguna jasa pelayanan kesehatan dapat bersama-sama menikmati hasilnya. Selain itu, risiko kebutuhan pelayanan kesehatan tidak saja menimpa diri pembeli tetapi juga pihak lain mungkin akan terpapar oleh faktor risiko yang menimbulkan penyakit. Contohnya adalah konsumsi rokok yang akan menyebabkan orang yang tidak merokok terpapar asap rokok dan terkena risiko yang lebih besar dari yang merokok.

Masalah-masalah di atas, bila tidak segera diatasi akan menyebabkan terjadinya peningkatan drastis pada biaya pelayanan kesehatan. Untuk itu, perlu dicari solusi agar pelayanan kesehatan tetap bisa dirasakan oleh seluruh masyarakat dengan harga yang terjangkau dan sesuai dengan keperluan. *Managed care* merupakan salah satu solusi untuk mengatasi permasalahan tersebut. *Managed care* merupakan sistem yang mengintegrasikan pembiayaan dan penyediaan perawatan kesehatan dalam suatu sistem yang mengelola biaya dan kemudahan dalam mengakses pelayanan bagi pesertanya.

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek merupakan jaminan kesehatan yang diberikan oleh PT. Jamsostek (Persero) kepada para tenaga kerja. Jaminan yang diberikan oleh JPK tersebut berupa pelayanan kesehatan. Pelayanan diberikan melalui jaringan *provider* (PPK) yang tersebar hampir di seluruh wilayah Indonesia. Penyelenggaraan program JPK Jamsostek dilaksanakan secara berjenjang, terstruktur, berkesinambungan dan komprehensif. Pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi rawat jalan tingkat pertama berupa pemeriksaan dan pengobatan dokter umum dan dokter gigi, rawat jalan tingkat lanjutan oleh dokter spesialis, rawat inap, pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan, penunjang diagnostik, pelayanan khusus serta pelayanan gawat darurat.

Pelayanan kesehatan yang diberikan PT. Jamsostek (Persero) terhadap peserta dilakukan dengan menggunakan teknik-teknik *managed care*. Dengan teknik yang terkandung dalam *managed care*, pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan yang dibutuhkan oleh peserta. Hal ini agar tidak terdapat pembengkakan biaya yang disebabkan adanya pemberian pelayanan kesehatan yang tidak perlu kepada peserta.

Sebelum terjadinya pembengkakan biaya, diperlukan adanya pengendalian biaya dengan mengontrol biaya penggunaan pelayanan kesehatan. Pengendalian biaya dan utilisasi dalam organisasi *managed care* dalam hal ini perusahaan asuransi sangat ditentukan oleh peranan *gatekeeper* (Pamjaki, 2008). Biasanya untuk mencapai efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan, perusahaan asuransi memberlakukan sistem pelayanan kesehatan berjenjang dimana saat peserta membutuhkan pelayanan kesehatan, peserta tersebut diwajibkan untuk datang ke pelayanan primer terlebih dahulu sebelum mereka mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan. Di pelayanan primer inilah, fungsi *gatekeeper* berperan penting dalam pengendalian biaya tersebut.

Gatekeeper akan mengarahkan, mengelola, menyelia, mengkoordinasikan dan melaksanakan pelayanan dasar bagi peserta asuransi saat mereka datang ke pelayanan primer untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Dalam hal ini *gatekeeper* diberikan otoritas

sepenuhnya untuk melakukan semua pelayanan yang dasar dan tidak darurat/*emergency*. Setelah peserta datang ke pelayanan primer, jika *gatekeeper* merasa peserta tidak membutuhkan pelayanan tingkat lanjutan, maka peserta diperbolehkan untuk langsung pulang. Namun, saat *gatekeeper* menemukan indikasi medis yang dirasa perlu untuk pelayanan kesehatan tingkat lanjut, *gatekeeper* akan mengirim peserta tersebut ke pelayanan kesehatan tingkat lanjutan dengan memberikan surat rujukan.

Yang termasuk kategori *gatekeeper* pelayanan primer adalah dokter umum, dokter keluarga, spesialis penyakit dalam dan spesialis penyakit anak. Pada JPK Jamsostek, berlaku juga sistem pelayanan kesehatan berjenjang dimana bila peserta mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan di dokter spesialis, peserta diharuskan untuk membawa surat rujukan dari puskesmas ataupun klinik yang dipercayakan PT.Jamsostek (Persero) sebagai fungsi pelayanan primer kecuali dalam keadaan darurat/*emergency*. Puskesmas dan klinik ini selanjutnya disebut sebagai penyedia pelayanan kesehatan tingkat pertama (PPK 1) dan pelayanan kesehatan lanjutan di dokter spesialis disebut penyedia pelayanan kesehatan tingkat lanjut (PPK II).

PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak memiliki 11 penyedia pelayanan kesehatan tingkat pertama (PPK 1) pada tahun 2011. Kesebelas PPK 1 tersebut terletak di wilayah kerja PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak yaitu Jakarta Selatan. Tenaga kesehatan yaitu dokter yang bekerja di kesebelas PPK 1 inilah yang dipercayakan sebagai penyedia pelayanan primer sekaligus *gatekeeper* yang akan memberikan surat rujukan kepada peserta untuk ke pelayanan kesehatan tingkat lanjut (PPK II) dan menyaring peserta agar peserta tidak selalu dirujuk ke pelayanan kesehatan tingkat lanjut (PPK II) dengan berusaha menyembuhkan peserta di Penyedia pelayanan kesehatan tingkat pertama (PPK 1).

Namun dalam pelaksanaannya rumah sakit selaku PPK II, masih menerima pasien dengan penyakit yang masih bisa ditangani di PPK 1. Hal ini dapat menyebabkan rasio rujukan menjadi meningkat dan bila tidak segera diatasi akan menyebabkan tidak efektif dan efisien nya pelayanan kesehatan yang diberikan. Hal ini dapat menyebabkan perusahaan asuransi mengalami peningkatan biaya yang sangat tinggi.

Di kota Yogyakarta menurut Kisworini Yulia dan Hendartini (2004) rata-rata rasio kunjungan peserta ke Puskesmas sebesar 11,68% dengan rasio rujukan ke Rumah sakit sebesar 20,83%. Angka ini lebih tinggi dari rata-rata rujukan di provinsi Yogyakarta (15,3%). Tingginya rasio rujukan ini disebabkan karena banyaknya kasus penyakit kronis yang dirujuk ke Rumah sakit, dimana setiap bulannya rata-rata 35% dari total rujukan. (2004).

Tingginya rasio rujukan juga terjadi di kota lain seperti di Kota Banda Aceh. Diketahui bahwa rasio rujukan rawat jalan tingkat pertama peserta wajib PT.Askes (Persero) di Kota Banda Aceh adalah 20,5% dari jumlah kunjungan peserta Askes seluruhnya yaitu 85.040 kunjungan di empat puskesmas yang ada di sana. Di puskesmas Kuta Alam terdapat rujukan sebesar 39,9% dari jumlah kunjungan 18.939 orang yaitu sekitar 7.561 orang. Selain puskesmas Kuta Alam, Puskesmas Kopelma juga mengalami rasio kunjungan yang besar yaitu 1030 orang yang dirujuk dari jumlah kunjungan 4.706 orang atau sekitar 21.9%. selanjutnya Puskesmas Syiah Kuala dengan jumlah kunjungan 10.222 orang terdapat 2.181 orang yang dirujuk (21.3%), sedangkan untuk Puskesmas Baiturrahman dengan jumlah kunjungan 15.919 orang, yang dirujuk sekitar 2.314 orang atau sekitar 14,5%. (Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh, 2004)

Di PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak sendiri secara keseluruhan PPK1, rasio angka rujukan tidak setinggi rasio angka rujukan yang telah disebutkan di atas. Tiga bulan pertama tahun 2011, rasio angka rujukan PT. Jamsostek (Persero) yaitu 12% pada bulan Januari, 12% pada bulan febuari 2011 dan 10% pada bulan maret dari seluruh kunjungan. Namun bila melihat masing-masing PPK1, dapat dilihat bahwa tingginya angka rasio rujukan juga terjadi di PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak hingga mencapai angka 33.3% pada bulan febuari dan 21% di bulan maret yaitu di PKM Kec Pasar Minggu.



**Tabel 1.1 Tabel Angka Rujukan dan Angka Kunjungan PPK1 PT.Jamsostek
Januari-Maret 2011**

Nama PPK1	Januari			Febuari			Maret		
	Kunjungan	Rujukan	Rasio	Kunjungan	Rujukan	Rasio	Kunjungan	Rujukan	Rasio
PKM Cilandak	281	1	0.4	272	19	7.0	225	25	11.1
PKM Pasar Minggu	228	56	24.5	177	59	33.3	272	57	21
PKM Pesangrahan	341	12	3.5	280	19	6.8	350	34	9.7
PKM Jagakarsa	286	1	0.4	302	57	18.9	459	3	0.6
Klinik Pangkalan Jati	226	25	11.1	233	27	11.6	195	25	12.8
Klinik Kostrad	156	1	0.6	140	13	9.3	184	22	12
Klinik Rawa Bambu	90	13	14.4	131	13	9.9	113	9	8
Klinik Cireunde	549	52	9.5	536	33	6.2	585	57	9.7
Klinik Puri Mutiara	107	6	5.5	83	11	13.2	112	13	11.6
Klinik Cahaya Murni	546	63	11.6	599	46	7.7	729	67	9.2
Klinik Cahaya Kebagusan	2	1	50	13	1	7.7	24	1	4.2
Total (Σ)	2812	231	-	2766	298	-	3248	313	-
Rata-rata	256	21	12	252	27	12	295	29	10

Sumber : Berkas kunjungan dan rujukan PPK 1 bulan Januari-Maret 2011 PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan tabel 1.1 pada pendahuluan diketahui bahwa rata-rata rasio rujukan pada tri semester awal tahun 2011 yaitu 11.3% dari total kunjungan. Angka rasio tersebut berada di bawah acuan rujukan yang ada pada PT. Jamsostek (Persero) yaitu berkisar antara 12 - 17% dari total kunjungan. Namun jika melihat rasio rujukan dari masing-masing PPK1, maka masih terdapat rasio rujukan yang berada di atas 17%, yaitu terjadi pada Puskesmas Jagakarsa dengan rasio 18.9% di bulan Februari dan Puskesmas Pasar Minggu yang mencapai angka 24.5% di bulan Januari, 33.3% di bulan Februari dan 21% di bulan Maret. Fakta tersebut menunjukkan bahwa fungsi *gatekeeper* di puskesmas kemungkinan belum terlaksana dengan optimal.

Berangkat dari masalah tersebut serta melihat akan pentingnya peranan *gatekeeper* dalam efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan terhadap perusahaan asuransi, maka penulis berkeinginan untuk mengetahui tentang **gambaran pelaksanaan rujukan JPK Jamsostek di Puskesmas selaku PPK1 PT. Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2011.**

1.3 Pertanyaan Penelitian

Bagaimana gambaran pelaksanaan rujukan JPK Jamsostek di Puskesmas yang menjadi PPK1 PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak pada tahun 2011?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mendeskripsikan gambaran pelaksanaan rujukan JPK Jamsostek di Puskesmas yang menjadi PPK1 di PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2011

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya gambaran pengetahuan petugas kesehatan yang merujuk peserta JPK Jamsostek di Puskesmas ke penyedia pelayanan kesehatan tingkat lanjut (PPK II) PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2011
2. Diketuainya gambaran fasilitas dan sarana penunjang pelayanan kesehatan di Puskesmas yang menjadi PPK1 PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2011
3. Diketuainya gambaran diagnosa peserta JPK Jamsostek yang dirujuk ke penyedia pelayanan kesehatan tingkat lanjut (PPK II) PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2011

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 PT.Jamsostek (Persero)

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dalam membenahan manajemen pelayanan kesehatan peserta Jamsostek khususnya di Kantor Cabang Cilandak.

1.5.2 Peneliti

Bagi penulis, penelitian ini sebagai wadah dan sarana dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama kuliah serta menambah pengetahuan dan pengalaman di lapangan.

1.5.3 PPK 1

Bagi PPK 1, penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk peningkatan pelayanan kepada pasien agar pelayanan yang diberikan dapat terlaksana sesuai dengan tujuan dan prosedur yang dicantumkan dalam SOP.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan dibatasi hanya pada 2 Puskesmas yang merupakan puskesmas dengan angka rujukan tertinggi dan terendah dari seluruh Puskesmas yang menjadi PPK 1 PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak pada tahun 2011 yaitu Puskesmas Kecamatan Pasar minggu dan Puskesmas Kecamatan Cilandak.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pelayanan Kesehatan

Menurut Levey dan Loomba (1973) yang dikutip oleh Ilyas (2006), yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah:

“ Setiap usaha yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan pnyakit serta memulihkan kesehatan seseorang, keluarga, kelompok dan masyarakat. ”

Pelayanan kesehatan merupakan suatu produk jasa yang unik jika dibandingkan dgn produk jasa lainnya. Hal ini disebabkan karena pelayanan kesehatan memiliki tiga ciri utama yaitu :

a. *Uncertainty*

Merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat tidak dapat dipastikan baik waktunya, tempatnya, besarnya biaya yang dibutuhkan maupun tingkat urgensi dari pelayanan tersebut.

b. *Asymmetry of information*

Merupakan suatu keadaan tidak seimbang antara pengetahuan pemberi pelayanan kesehatan (PPK: dokter, perawat dsb) dengan pengguna atau pembeli jasa pelayanan kesehatan. Ketidakseimbangan informasi ini meliputi informasi tentang butuh tidaknya seseorang akan suatu pelayanan, tentang kualitas suatu pelayanan, harga dan manfaat dari suatu pelayanan.

c. *Externality*

Merupakan pengguna jasa dan bukan pengguna jasa pelayanan kesehatan dapat bersama-sama menikmati hasilnya. Demikian juga risiko

kebutuhan pelayanan kesehatan tidak saja menimpa diri pembeli tetapi juga pihak lain mungkin terpapar oleh faktor risiko yg menimbulkan penyakit. contohnya adalah konsumsi rokok yang mempunyai resiko lebih besar bukanlah perokok melainkan mereka yang bukan perokok. Mereka yang tidak membeli rokok dan tidak menghisap rokok dapat terkena risiko sakit akibat asap rokok.

2.2 Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK)

2.2.1 Penyedia pelayanan kesehatan tingkat pertama (*Primary Health Care*)

Penyedia kesehatan jenis ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Pelayanan yang diperlukan oleh kelompok ini bersifat pelayanan kesehatan dasar (*basic health service*) atau juga merupakan pelayanan kesehatan primer atau utama (*primary health care*). Bentuk pelayanan ini di Indonesia adalah Puskesmas, Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling dan Balkesmas. (Notoadmodjo, 2007).

2.2.2 Penyedia pelayanan kesehatan tingkat dua (*Secondary Health Care*)

Pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Bentuk pelayanan ini misalnya Rumah Sakit tipe C dan D dan memerlukan tersedianya tenaga-tenaga spesialis. (Notoatmodjo, 2007).

2.2.3 Penyedia pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*Tertiary Health Care*)

Pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Pelayanan sudah kompleks dan memerlukan

tenaga-tenaga super spesialis. Contoh penyedia pelayanan kesehatan tingkat ketiga di Indonesia yaitu Rumah Sakit tipe A dan B. (Notoadmodjo, 2007).

2.3 Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) adalah organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan (Depkes,2005).

Puskesmas memiliki kewenangan antara lain:

- a. Menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pembangunan kesehatan sesuai dengan situasi, kondisi, kultur budaya dan potensi setempat.
- b. Mencari, menggali dan mengelola sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah, masyarakat, swasta dan sumber lain dengan sepengetahuan Dinas kesehatan Kabupaten/Kota yang kemudian dipertanggung jawabkan untuk pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
- c. Mengangkat, memindahkan dan pendayagunaan tenaga kesehatan di wilayah kerjanya dengan sepengetahuan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- d. Melengkapi sarana dan prasarana termasuk peralatan medis dan non medis yang dibutuhkan.

Disamping kewenangan, Puskesmas juga memiliki azas yaitu:

- a. Azas pertanggungjawaban wilayah, yaitu Puskesmas harus bertanggung jawab atas pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, artinya bila terjadi masalah kesehatan di wilayah kerjanya, puskesmas yang harus bertanggung jawab untuk mengatasinya.
- b. Azas peran serta masyarakat, maksudnya puskesmas dalam melaksanakan kegiatannya harus memandang masyarakat sebagai subyek pembangunan kesehatan
- c. Azas keterpaduan, yaitu puskesmas dalam melaksanakan kegiatan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya harus melakukan kerjasama dengan berbagai pihak, bermitra dan berkoordinasi dengan lintas sektor, lintas program dan lintas unit agar terjadi perpaduan kegiatan di lapangan
- d. Azas rujukan, yaitu Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bila tidak mampu mengatasi masalah karena berbagai masalah karena berbagai keterbatasan, bisa melakukan rujukan baik secara vertikal maupun horizontal ke puskesmas lainnya.

Fungsi puskesmas ada 3 yaitu :

- a. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya.

- b. Pusat pemberdayaan masyarakat

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya serta ikut

menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

c. Pusat kesehatan strata pertama

Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas meliputi:

1. Pelayanan kesehatan perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.

2. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat public (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain adalah promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya.

2.4 Definisi Asuransi

Undang-Undang Republik Indonesia No.2/1992 tentang asuransi memberikan definisi asuransi seperti dikutip Ilyas (2006) sebagai berikut:

“... Asuransi adalah perjanjian antara kedua belah pihak atau lebih dengan mana penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, kehilangan keuntungan yang diharapkan atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggalnya atau hidupnya seseorang yang dipertanggungjawabkan.

Selain Undang-undang di atas, definisi asuransi juga dikemukakan oleh beberapa ahli. Salah satunya adalah Dickerson. Menurut Dickerson (1963) yang dikutip oleh Ilyas (2003), asuransi sebagai suatu mekanisme untuk mengalihkan risiko (ekonomi) perorangan menjadi risiko kelompok karena datangnya suatu risiko, termasuk risiko sakit, sering tidak diperhitungkan sehingga apabila risiko tersebut ditanggung masing-masing orang yang terkena risiko, beban risiko (ekonomi) adalah berat.

Sedangkan menurut Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (HIAA) yang dikutip Ilyas (2006) dalam Mengenal Asuransi Kesehatan-Review Utilisasi, Manajemen Klaim dan Fraud, asuransi didefinisikan sebagai:

“...Plan of risk management that, for a price, offers the insured an opportunity to share the cost of possible economic loss through an entity called an insurer. An insurer is a party to the insurance contract that promises to pay losses or benefits. Also, any corporation engaged in the business of furnishing insurance to the public”

Berdasarkan ketiga definisi di atas, maka dapat disimpulkan bahwa asuransi adalah sebuah mekanisme dalam mengalihkan risiko (ekonomi) perorangan menjadi risiko kelompok melalui sebuah perjanjian (kontrak kerjasama) antara penanggung sebagai pihak pertama dengan tertanggung (pihak kedua), dimana pihak kedua membayarkan sejumlah premi dan pihak pertama berkewajiban untuk memberikan penggantian kepada pihak kedua terhadap risiko yang dihadapi oleh pihak kedua.

2.5 Asuransi Kesehatan

Asuransi Kesehatan menurut Ilyas, 2003 yang dikutip dari HIAA adalah manajemen risiko yang mengandung unsur transfer risiko dengan membayar premi atau iuran untuk berbagai risiko dan pembayaran risiko kerugian atau paket pelayanan asuradur. Menurut Sulastomo (2003) yang dikutip dari Bank Dunia mengelompokkan asuransi kesehatan ke dalam tiga kelompok yaitu :

1. *Sosial Health Insurance, yang memiliki beberapa prinsip :*
 - a. *Kepesertaan bersifat wajib*
 - b. *Iuran atau premi berdasar prosentase pendapatan atau gaji*
 - c. *Iuran atau premi ditanggung bersama oleh perusahaan tenaga kerja*
 - d. *Tenaga kerja dan keluarganya memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan secara komprehensif*
 - e. *Peserta memperoleh kompensasi sebelum sakit*
 - f. *Peranan pemerintah besar*

2. *Private Voluntary Health Insurance, dengan prinsip:*
 - a. *Kepesertaan bersifat sukarela*
 - b. *Premi berdasar angka absolut sesuai kontrak*
 - c. *Peserta dan keluarganya memperoleh santunan biaya pelayanan kesehatan sesuai kontrak (tidak komprehensif)*
 - d. *Peranan pemerintah relatif kecil*

3. *Regulated Private Voluntary Health Insurance*, dengan prinsip:
 - a. *Kepesertaan bersifat sukarela*
 - b. *Premi berdasarkan angka absolut (nilai nominal)*
 - c. *Peserta memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai kontrak*
 - d. *Peranan pemerintah relatif besar*

2.6 *Managed Care*

Managed care adalah sistem pelayanan terkendali yang mengkoordinasikan pembiayaan dan kelengkapan pelayanan kesehatan agar terwujud pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dengan biaya serendah mungkin (Saefuddin dan Ilyas, 2001). Prinsip yang mendasari *managed care* adalah adanya tanggung jawab atas pengendalian dan integrasi keseluruhan pelayanan yang dibutuhkan pasien.

Managed Care memiliki beberapa ciri umum yang membedakan dengan produk asuransi tradisional yaitu (Saefuddin dan Ilyas, 2001):

- a. *Kajian pemanfaatan yang menyeluruh,*
- b. *Memantau dan menganalisa pola-pola praktek dokter,*
- c. *Menggunakan tenaga dokter pelayanan primer dan provider lainnya untuk melayani pasien,*
- d. *Mengiring pasien kepada provider yang efisien dan bermutu tinggi ,*
- e. *Program perbaikan mutu,*
- f. *Sistem pembayaran yang membuat para dokter, rumah sakit dan provider lainnya akuntabel baik biaya maupun kualitas pelayanan kesehatan.*

Selain ciri di atas, perbedaan lain *managed care* dengan asuransi tradisional adalah *managed care* memiliki alat pengendalian biaya. Pengendalian biaya dilaksanakan terutama melalui tempat dimana peserta mendapatkan pelayanan kesehatan serta akan mendapatkan insentif *financial*. insentif *financial* tersebut berupa tanggungan seluruh biaya

pelayanan atau tingkat iuran yang rendah jika menggunakan fasilitas pelayanan yang ditentukan, organisasi pelayanan kesehatan tidak menanggung biaya pelayanan atau dikenakan iuran biaya yang tinggi jika mendapatkan pelayanan di luar pelayanan yang ditetapkan. (Kongsvelt, 1997)

Menurut HIAA (2000) kompensasi penyelenggaraan pelayanan (provider) merupakan alat yang penting untuk mengontrol biaya dalam program pelayanan terkendali. Kompensasi meliputi hal-hal seperti menanggung risiko (*risk sharing*) dan insentif yang akhirnya mempengaruhi perilaku penyelenggara pelayanan kesehatan (*provider*). Perjanjian menanggung risiko bersama dan gaji yang berlandaskan pemanfaatan (*utilization*) dan produktifitas merupakan upaya agar penyelenggara pelayanan lebih menyadari masalah biaya.

Pengendalian biaya dan utilisasi dalam *managed care* sangat ditentukan oleh peran *gatekeeper*. Seorang *gatekeeper* akan mengarahkan, mengelola, mengkoordinasikan dan melaksanakan pelayanan dasar bagi peserta. Dalam hal ini, seluruh pelayanan yang tidak darurat (*emergency*) hanya dapat diberikan oleh *gatekeeper* tersebut. Peran *gatekeeper* merupakan basis pengaturan lain risiko *financial* pada kapitasi dan rujukan.

Managed care memiliki berbagai model antara lain:

1. HMO (*Health Maintenance Organization*)

Sistem HMO sangat bervariasi namun HMO menyediakan paket komprehensif yang jelas dengan pembayaran pra upaya kepada sejumlah penduduk yang menjadi peserta secara sukarela. Pembayaran pra upaya ditetapkan di muka dan tergantung kepada jumlah peserta terdaftar. HMO sering menggunakan *primary care physician* (dokter primer/keluarga) sebagai *gatekeeper* atau manajer untuk mengkoordinasikan pelayanan kepada peserta dan untuk mengkoordinasikan pelayanan kepada peserta dan untuk memaksimalkan efisiensi dan efektifitas pelayanan. HMO memiliki

empat bentuk dasar (model) yaitu model staf, model grup, *Independent Practice Association (IPA)* dan model *network*

2. *Preferred Provider Organization (PPO)*

PPO adalah sebuah sistem pembiayaan dan penyediaan pelayanan kesehatan yang mengkombinasikan gambaran dan standard pembayaran *fee for service* pada asuransi indemnititas (tradisional) dengan HMO. PPO memberikan kebebasan lebih besar dalam memilih provider PPK namun PPO juga mencoba menurunkan biaya dengan menggiring pasien ke PPK yang bersedia memberikan pelayanan yang *cost efektif*.

3. *Exlusive Provider Organization (EPO)*

EPO adalah bentuk PPO yang paling kaku (*strict*). Pelayanan yang diberikan oleh PPK yang tidak dikontrak, tidak dijamin oleh EPO sehingga peserta EPO hanya boleh mendapat pelayanan pada jaringan PPK yang telah dikontrak. Bila peserta EPO berobat di luar PPK yang dikontrak, maka peserta membayar sendiri biaya berobatnya. PPK yang telah dikontrak tersebut biasanya dibayar dengan system per pelayanan (FFS) berdasarkan tarif kesepakatan atau diskon.

4. *Point of Service (POS)*

POS merupakan kombinasi antara HMO dengan PPO. PPO kadang disebut dengan *hibrida* HMO-PPO atau HMO terbuka (*Open ended*). POS menggunakan jaringan PPK dengan suatu kontrak. Peserta memilih seorang dokter keluarga (*primary care physician*) yang merupakan *gatekeeper* dan mengontrol rujukan ke pelayanan spesialis. Jika peserta menerima pelayanan dari sebuah PPK yang dikontrak POS, peserta tersebut membayar sedikit *copayment* atau tidak membayar sama sekali seperti halnya pada HMO dan tidak perlu mengajukan klaim. Tetapi jika peserta meminta pelayanan dari luar

jaingan PPK yang telah dikontrak, maka peserta dapat melakukan *reimburse*, namun peserta tersebut harus membayar *co-insurance* yang cukup besar. PPK yang telah dikontrak POS dapat dibayar dengan cara FFS atau kapitasi. Akan tetapi biasanya ada insentif yang diberikan kepada PPK untuk tidak menimbulkan *over* utilisasi.

2.7 Sistem Rujukan

Sistem rujukan merupakan suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal (dari unit yang kurang mampu kepada unit yang lebih mampu menangani). Pelayanan kesehatan rujukan diberikan melalui sarana pelayanan kesehatan seperti Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Balai Pengobatan Ibu dan Anak (BKIA), rumah Bersalin dan Rumah Sakit. (Thabrany, 2001).

Menurut tata hubungannya, sistem rujukan terdiri dari :

1. *Rujukan Internal yaitu rujukan horizontal yang terjadi antar unit pelayanan di dalam institusi tersebut. Misalnya dari jejaring puskesmas (puskesmas pembantu) ke puskesmas induk*
2. *Rujukan Eksternal yaitu rujukan yang terjadi antar unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas rawat inap) maupun vertikal (dari puskesmas ke rumah sakit umum daerah).*

Menurut lingkup pelayanannya, sistem rujukan terdiri dari:

1. *Rujukan Medik adalah rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif). Misalnya, merujuk pasien puskesmas dengan penyakit kronis (jantung koroner, hipertensi, diabetes mellitus) ke rumah sakit umum daerah.*

2. *Rujukan Kesehatan Masyarakat* adalah rujukan pelayanan yang umumnya berkaitan dengan upaya peningkatan promosi kesehatan (*promotif*) dan pencegahan (*preventif*). Contohnya, merujuk pasien dengan masalah gizi ke klinik konsultasi gizi (*Pojok Gizi Puskesmas*), atau pasien dengan masalah kesehatan kerja ke klinik sanitasi puskesmas (*Pos Unit Kesehatan Kerja*).

2.8 Gatekeeper

Gatekeeper (penjaga pintu akses) merupakan dokter pelayanan primer dalam organisasi *managed care* yang bekerja untuk mengkoordinasikan pelayanan kepada peserta dan untuk memaksimalkan efisiensi dan efektifitas pelayanan. mengendalikan penggunaan dan rujukan peserta program. *Gatekeeper* berperan mengendalikan penggunaan pelayanan kesehatan dan rujukan peserta peserta program. Pengendalian biaya dan utilisasi dalam *managed care* sangat ditentukan oleh peran *gatekeeper*. (Pamjaki, 2008)

Seorang *gatekeeper* yang umumnya adalah dokter pelayanan primer (PCP) akan mengarahkan, mengelola, mengkoordinasikan dan melaksanakan pelayanan dasar bagi peserta. Dalam hal ini, seluruh pelayanan yang tidak darurat (*emergency*) hanya dapat diberikan oleh *gatekeeper* tersebut. Yang termasuk kategori *gatekeeper* pelayanan primer adalah para dokter umum, dokter keluarga, spesialis penyakit dalam dan spesialis anak. (Pamjaki, 2008)

Saat pelayanan primer tidak dapat melakukan tindakan medis tingkat primer, maka ia menyerahkan tanggung jawab tersebut ke tingkat pelayanan di atasnya. Penyerahan tanggung jawab inilah yang kemudian disebut sebagai rujukan.

2.9 Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Sistem Rujukan

Berdasarkan pedoman kerja Puskesmas seperti yang diutarakan oleh Depkes (2005), Puskesmas memiliki beberapa azas dimana salah satu azas yang dimiliki oleh puskesmas adalah azas rujukan. Azas rujukan, yaitu

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bila tidak mampu mengatasi masalah karena berbagai masalah karena berbagai keterbatasan, bisa melakukan rujukan baik secara vertikal maupun horizontal ke puskesmas lainnya.

PT. Jamsostek (Persero) menggunakan teknik-teknik managed care yaitu pelayanan kesehatan yang terstruktur, berkesinambungan dan komprehensif. Menurut PP 14/93 dan Permenaker 05/93, yang dikutip dalam modul Asuransi Kesehatan (2005), pelayanan rujukan merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh PT. Jamsostek (Persero). Pelayanan rujukan meliputi pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter spesialis, pemeriksaan penunjang diagnostik, Obat Doen Plus atau generik serta tindakan kusus lainnya. Palayanan rujukan diberikan apabila pasien perlu untuk dirujuk. Yang bertanggung jawab untuk memberikan rujukan adalah PPK I dimana puskesmas merupakan salah satu PPK I PT.Jamsostek (Persero).

2.10 Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan rujukan pelayanan kesehatan

Andersen (1975) yang dikutip Ilyas (2006) menyatakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan (*behavioural model of health service*) oleh masyarakat tergantung pada tiga faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing*), faktor pendukung (*enabling*) dan faktor kebutuhan (*need*).

1. Faktor Predisposisi (Predisposing)

Merupakan kumpulan faktor - faktor yang menggambarkan karakteristik individu yang mempunyai kecenderungan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan adanya ciri-ciri individu yang dapat digolongkan ke dalam tiga 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. *Faktor Kemampuan (Enabling)*

Faktor kemampuan adalah sebagai kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan yang terdiri dari:

a. *Sumber daya keluarga*

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

b. *Sumber daya masyarakat*

Yang termasuk dalam sumber daya masyarakat adalah jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan dan lokasi pemukiman penduduk.

3. *Faktor Kebutuhan (need)*

Faktor ini menunjukkan kebutuhan individu akan pelayanan kesehatan. Untuk mewakili kebutuhan pelayanan kesehatan, Andersen (1975) menggunakan istilah kesakitan. Merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Penilaian kebutuhan ini dapat diperoleh 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 dari dokter yang merawatnya. Hal ini tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter.

Green (1980) dalam Notoadmojo (2003) menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempunyai pengaruh pada perilaku kesehatan. Faktor-faktor tersebut diantaranya adalah:

1. Faktor Predisposisi (Predisposing Factor)

Mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya.

2. Faktor Pemungkin (Enabling Factor)

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat., misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi dan sebagainya. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung terwujudnya perilaku kesehatan seperti Puskesmas, Polindes, Bidan Praktek ataupun Rumah Sakit.

3. Faktor Penguat (Reinforcing Factor)

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Termasuk juga di sini undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

Dever mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai berikut (Santoso, 2004):

1. *Sosio budaya mencakup teknologi dan norma-norma yang berlaku*
2. *Organisasi meliputi ada tidaknya fasilitas pelayanan kesehatan, kemudahan secara geografis, acceptability, affordability, struktur organisasi dan proses pelayanan kesehatan.*
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 kebutuhan).*
4. *Faktor yang berhubungan dengan provider, meliputi kemampuan petugas dalam menciptakan kebutuhan masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, karakteristik provider (perilaku dokter, paramedic, jumlah dan jenis dokter, peralatan yang tersedia, serta penggunaan teknologi canggih).*

Penelitian yang dilakukan oleh Dini Handayani Nasution (2001) menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan rujukan dokter antara lain penghasilan (timbang balik), pengalaman merujuk, informasi, pelayanan rumah sakit, fasilitas dan biaya.

Faktor yang menyebabkan adanya variasi dalam rujukan ada 4 seperti yang dikutip oleh O'Donnell dalam jurnal *Family Practice* yaitu *patient characteristic, practice characteristic, GP Characteristic* dan *access to specialist care*. (2000)

2.11 Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil “tahu” dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat

penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*) (Notoadmodjo, 2007).

Penelitian Rogers (1974) yang dikutip dari Notoadmodjo (2007) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni:

1. *Awareness (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek)*
2. *Interest (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Di sini sikap subjek sudah mulai timbul*
3. *Trial, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus*
4. *Adoption, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.*

Pengetahuan menurut Roger (1974) mempunyai 6 tingkatan (Notoadmodjo, 2007) sebagai berikut:

1. *Tahu (Know)*

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan ini adalah mengingat kembali (recall) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu "tahu" ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2. *Memahami (Comprehension)*

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat

menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (Application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

4. Analisis (Analysis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5. Sintesis (Synthesis)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6. Evaluasi (evaluation)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Notoatmodjo (2007) yaitu:

1. *Sosial ekonomi*

Lingkungan sosial akan mendukung tingginya pengetahuan seseorang, sedang ekonomi dikaitkan dengan pendidikan, ekonomi baik tingkat pendidikan akan tinggi sehingga tingkat pengetahuan akan tinggi juga.

2. *Kultur (budaya, agama)*

Budaya sangat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang, karena informasi yang baru akan disaring kira-kira sesuai tidak dengan budaya yang ada dan agama yang dianut.

3. *Pendidikan*

Semakin tinggi pendidikan maka ia akan mudah menerima hal-hal baru dan mudah menyesuaikan dengan hal yang baru tersebut.

4. *Pengalaman*

Berkaitan dengan umur dan pendidikan individu, bahwa pendidikan yang tinggi maka pengalaman akan luas, sedangkan semakin tua umur seseorang maka pengalaman akan semakin banyak.

2.12 Cakupan Pelayanan Peserta JPK PT Jamsostek Di Puskesmas

1. Pelayanan di Poli Umum (Rawat Jalan dokter umum)

- a. Konsultasi kesehatan
- b. Pemeriksaan dokter
- c. Pemberian obat-obatan sesuai Buku Obat Standar JPK JAMSOSTEK, DOEN dan obat generic
- d. Pemeriksaan ante dan *post natal care*
- e. KB (pil, suntik, IUD/Spiral jenis Cooper T) & KIA (imunisasi dasar bayi seperti : BCG, Polio, Combo I,II,III, Campak dan Hepatitis) di semua Puskesmas

- f. Tindakan medis umum (insisi abses simple/ sederhana, exterpasi, ekstraksi kuku, pembersihan luka, hecting < 5 jahitan, ganti Verband post op) dan tindakan sederhana lainnya yang biasa dilakukan di PPK Tingkat I
- g. Pelayanan emergensi 24 jam.

2. Pelayanan Persalinan /Biaya Diklaim Ke PT. Jamsostek (Persero)

- a. Puskesmas dapat melayani persalinan dan pemberian rujukan bagi persalinan dengan penyulit (indikasi medis) bagi peserta JPK Jamsostek baik yang pilihan PPK 1nya Puskesmas yang tertera di kartu atau pun bukan (Puskesmas lain atau klinik lain)
- b. Pasien hamil yang rutin ANC di Klinik, setelah bulan ke 8 akan diberikan resume ANC dan dapat dirujuk ke puskesmas Cilandak, Pesanggrahan, Jagakarsa dan Pasar Minggu untuk melahirkan normal di puskesmas atau silahkan pasien memilih sendiri Rumah Bersalin dan biaya persalinan normal di klaim ke PT Jamsostek
- c. Apabila persalinan dengan indikasi penyulit (tidak dapat ditangani di puskesmas), pasien dapat di rujuk ke RS yang bekerja sama dengan PT Jamsostek, rujukan dilakukan setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter/bidan di puskesmas.

3. Pelayanan Penunjang Diagnostik

- a. Pelayanan Laboratorium sederhana (Pemeriksaan darah rutin, urine rutin, feces rutin dan test kehamilan)
- b. Pemeriksaan Kimia Darah terbatas GD, Asam Urat dan Widal
- c. Pelayanan Rontgen, terdiri dari photo Torax, foto gigi.

4. Pelayanan Poli Gigi (Rawat Jalan Dokter Gigi)

- a. Konsultasi kesehatan gigi
- b. Pemeriksaan dokter gigi
- c. Pemberian obat-obatan sesuai Buku Obat Standard JPK JAMSOSTEK, DOEN dan obat generic

- d. Perawatan saluran akar
- e. Tambal sementara
- f. Tambal tetap dengan amalgam dan composit
- g. Light curing
- h. Pembersihan karang gigi rahang atas dan bawah 1 (satu) kali setahun
- i. Ekstraksi gigi susu
- j. Ekstraksi gigi dewasa
- k. Tindakan medis dokter gigi
 - a) Alveolektomi
 - b) Cabut M 3 miring
 - c) Insisi Abses
 - d) Odontektomi dan Ekstraksi gigi dewasa dengan penyulit

Dengan keadaan :

- 1) Jarak antara ramus mandibula ke distal molar kedua tidak lebih kecil dari lebar mesio-distal mahkota molar ketiga
- 2) Posisi axis molar ketiga: vertical atau mesioangular
- 3) Titik tertinggi dari mahkota molar ketiga berada di atas bidang oklusal molar kedua atau berada di antara bidang oklusal dan cervical molar kedua

2.13 Prosedur Rujukan PT.Jamsostek (Persero)

Dalam hal merujuk pasien, didasarkan pada ketentuan sebagai berikut:

- 1) Merujuk ke RS Rujukan PPK II Jamsostek
- 2) Merujuk pasien dengan Indikasi Medis, diagnose harus jelas, tidak Kontrol
- 3) Rawat Inap ke Rumah Sakit rujukan PPK II Jamsostek (untuk Rumah Sakit Swasta kelas III atau untuk Rumah Sakit Pemerintah kelas II)
- 4) Merujuk pasien untuk Persalinan ke Rumah Sakit rujukan PPK II Jamsostek dengan Indikasi medis penyulit yang jelas (sesuai kriteria dalam petunjuk teknis Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta)

- 5) Pasien dengan penyakit, kronis (TB Paru, Diabetes, Hipertensi, Jantung) dan Epilepsi setelah mendapat jawaban rujukan dr spesialis, selanjutnya resep dapat diteruskan oleh dr umum untuk diambil di Apotik yang bekerja sama dengan jamsostek
- 6) ke spesialis mata di Rumah Sakit Rujukan PPK II Jamsostek (Kacamata hanya untuk tenaga kerja).

2.14 Umur

Menurut WHO, yang dikutip oleh Notoadmodjo (2007) pembagian umur dikategorikan sebagai berikut:

1. *Menurut tingkat kedewasaan , yaitu:*

- 0-14 tahun : bayi dan anak-anak*
- 15-49 tahun : orang muda dan dewasa*
- 50 tahun ke atas : orang tua*

2. *Interval 5 tahun:*

- 1-4 tahun*
- 5-9 tahun*
- 10-14 tahun*

3. *Untuk mempelajari penyakit anak:*

- 0-4 bulan*
- 5-10 bulan*
- 11-23 bulan*
- 2-4 tahun*
- 5-9 tahun*
- 9-14 tahun*

BAB 3

Gambaran Umum PT.Jamsostek (Persero)

Kantor Cabang Cilandak

1.1 Gambaran Umum PT Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak

PT Jamsostek (Persero) terbentuk dengan proses yang panjang, mulai dari UU No.33/1947 jo UU No.2/1951 tentang kecelakaan kerja, Peraturan Menteri Perburuhan (PMP) No. 48/1952 jo PMP No.8/1956 tentang pengaturan bantuan untuk usaha penyelenggaraan kesehatan buruh, PMP No.15/1957 tentang pembentukan Yayasan Sosial Buruh, PMP No.5/1964 tentang pembentukan Yayasan Dana Jaminan Sosial (YDJS), diberlakukannya UU No.14/1969 tentang Pokok-pokok Tenaga Kerja, secara kronologis proses lahirnya asuransi sosial tenaga kerja semakin transparan.

Kemudian, pada tahun 1977 pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah (PP) No.33 Tahun 1977 tentang pelaksanaan program asuransi sosial tenaga kerja (ASTEK), yang mewajibkan setiap pemberi kerja/pengusaha swasta dan BUMN untuk mengikuti program ASTEK. Setelah itu menyusul dikeluarkannya PP No. 34/1977 tentang pembentukan wadah penyelenggara ASTEK yaitu Perum Astek.

Setelah itu, beberapa tahun berikutnya lahir UU No.3 tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek), dan dari PP No.26/1955 ditetapkannya PT. Jamsostek (Persero) sebagai badan penyelenggara Jaminan Sosial Tenaga Kerja. PT Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak adalah salah satu cabang dari PT Jamsostek (Persero).

1.2 Sejarah PT Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak

Kantor Cabang Cilandak resmi menjalankan tugasnya pada Oktober 1990 dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan program Jamsostek kepada peserta Jamsostek di wilayah Jakarta Selatan. Kantor PT Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak terletak di Jalan R.A Kartini Kav.13, Cilandak Barat, Jakarta Selatan.

1.3 Visi, Misi, dan Tujuan

1.3.1 Visi

Visi PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak adalah untuk menjadi lembaga penyelenggara jaminan sosial tenaga kerja yang terpercaya dengan mengutamakan pelayanan prima dan manfaat optimal bagi seluruh peserta.

1.3.2 Misi

- a. Meningkatkan dan mengembangkan mutu pelayanan dan manfaat kepada peserta berdasarkan prinsip profesionalisme
- b. Meningkatkan jumlah kepesertaan program jaminan sosial tenaga kerja
- c. Meningkatkan budaya kerja melalui kualitas SDM dan penerapan *Good Corporate Governance (GCG)*
- d. Mengelola dana peserta secara optimal dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian
- e. Meningkatkan *Corporate Values* dan *Corporate Images*.

1.3.3 Tujuan

PT.Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak mempunyai tujuan yaitu memberikan perlindungan dasar bagi tenaga kerja dan keluarganya dalam menghadapi risiko sosial ekonomi pada saat berkurang atau hilangnya sebagian penghasilan karena kecelakaan kerja, mencapai usia hari tua atau meninggal dunia, serta risiko sakit.

1.4 Komposisi Jumlah Pegawai dan Uraian Tugas

3.4.1 Komposisi Jumlah Pegawai

Tabel 3.1 Data Pekerja

Jabatan	Jumlah
Kepala Cabang	1
Sekretaris	1
Bidang Teknologi dan Informasi :	
Kepala Bidang	1
Administrasi Data	2
Bidang Keuangan :	
Kepala Bidang	1
Verifikator Jaminan	2
Petugas Pembukuan	1
Kasir	1
Bidang Pemasaran :	
Kepala Bidang	1
<i>Accounting Officer</i>	19
<i>Senior marketing</i>	1
Bidang Pelayanan :	
Kepala Bidang	1
Verifikator Jaminan	7
<i>Customer Service Officer</i>	4
<i>Provider Service Officer</i>	0
Bidang Umum :	
Kepala Bidang	1
Sekretaris	1
Petugas Umum & Pengadaan	2
Arsiparis	2
Cleaning Service	5
Satpam	7

1.4.2 Uraian Tugas

a. Kepala Kantor Cabang

Kepala Kantor Cabang memiliki fungsi dalam perencanaan, koordinasi, dan pengendalian kegiatan kantor cabang yang meliputi kegiatan pemasaran, umum dan personalia, administrasi kepesertaan dan iuran, keuangan, serta pelayanan yang didukung teknologi informasi untuk memastikan tercapainya target kantor cabang. Selain itu, kepala kantor cabang juga memiliki tugas sebagai berikut:

1. Menyusun rencana kegiatan kerja dan anggaran;
2. Merencanakan kegiatan kerja untuk pencapaian kinerja kantor cabang;
3. Merencanakan dan mengarahkan penyusunan peta potensi kepesertaan dan penyebaran ppk untuk tercapainya target pemasaran;
4. Mengarahkan dan mengendalikan terselenggaranya pelayanan kepada peserta, perusahaan, dan ppk;
5. Melakukan koordinasi serta kerjasama dengan mitra kerja dalam rangka perluasan, pembinaan kepesertaan, dan peningkatan pelayanan;
6. Mengarahkan dan mengendalikan kebijakan terhadap personil, sarana, dan prasarana kerja untuk kelancaran usaha;
7. Mengarahkan dan mengendalikan pelaksanaan program dana peningkatan kesejahteraan peserta (dppk) sesuai kebijakan perusahaan;
8. Melakukan koordinasi dengan unit kerja terkait atas terselenggaranya sistim informasi kantor cabang;
9. Mengarahkan dan mengendalikan pembuatan laporan dan kegiatan administrasi seluruh bidang agar dapat disajikan secara benar, tepat waktu, dan akurat;

10. Melakukan identifikasi dan tindakan koreksi terhadap penyimpangan yang terjadi agar dipatuhinya ketentuan yang berlaku;
11. Menyusun dan menetapkan kinerja bawahannya;
12. Melaksanakan tugas-tugas lainnya sesuai instruksi atasan untuk kelancaran pelaksanaan tugas; dan
13. Menyusun laporan kegiatan yang benar dan tepat.

b. Kepala Bidang Teknologi dan Infomasi

Fungsi umum yang dimiliki kepala bidang teknologi Informasi yaitu merencanakan, melaksanakan, mengkoordinasikan, dan mengendalikan penggunaan hardware, software, dan jaringan untuk kelancaran aktivitas perusahaan, mengoptimalkan penggunaan komputer di kantor cabang, serta mengelola database dan aplikasinya untuk memberikan pelayanan kepada peserta. Selain itu kepala bidang teknologi Informasi dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Merencanakan dan menyusun kebutuhan saran pengolahan data,
2. Mengendalikan pemeliharaan peralatan dan fasilitas komputer, meliputi perangkat lunak, perangkat keras, dan berikut jaringannya,
3. Memastikan terselenggaranya pemutakhiran database,
4. Memutakhirkan saldo jaminan hari tua untuk tenaga kerja non-aktif,
5. Mengirim data kepesertaan (iuran, jaminan, dan keuangan) secara periodik untuk data *warehouse*,
6. Merencanakan serta memelihara pengamanan data dan sistim komputerisasi (*back up, security, recovery*) untuk kelangsungan aktivitas perusahaan yang optimal,
7. Memonitor perkembangan pemakaian *storage database* dengan mengevaluasi kapasitas server untuk menjamin kelancaran pengolahan *database*

8. Melakukan pembinaan terhadap bawahannya untuk meningkatkan kualitas pelayanan,
9. Menyusun dan menetapkan kinerja (ksi) bawahannya,
10. Melaksanakan tugas-tugas lainnya sesuai instruksi atasan untuk kelancaran pelaksanaan tugas,
11. Menyusun laporan kegiatan yang benar dan tepat,

c. Kepala Bidang Keuangan

Kepala bidang keuangan berfungsi merencanakan, melaksanakan, mengkoordinasikan, dan mengendalikan fungsi dan kebijakan pelayanan di bidang keuangan, serta memiliki tugas pokok sebagai berikut;

1. Merencanakan arus kas berdasarkan Rencana Kerja Anggaran Perusahaan (RKAP) yang telah disetujui untuk digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan kegiatan kantor cabang;
2. Melakukan verifikasi terhadap bukti/penerimaan dan pengeluaran keuangan untuk mengendalikan anggaran;
3. Memberikan otorisasi pengeluaran kas atau bank sesuai dengan batasan kewenangannya;
4. Mengendalikan saldo rekening koran dan melakukan rekonsiliasi bank untuk mengendalikan keuangan sesuai dengan perjanjian kerjasama dengan bank;
5. Melakukan *cash opname* baik secara periodik maupun insidental sebagai bahan pertanggungjawaban;
6. Melakukan investasi sesuai dengan kebijakan perusahaan untuk mendapatkan hasil investasi yang maksimal;
7. Mengendalikan laporan pertanggungjawaban keuangan, pengendalian anggaran, pajak, arus kas, dan investasi;
8. Menerbitkan neraca percobaan secara periodik;
9. Menyelenggarakan dan mengendalikan administrasi keuangan DPKP;

10. Mengendalikan rekening untuk tertib administrasi keuangan;
11. Melakukan koordinasi atas tindak lanjut temuan hasil pemeriksaan intern maupun ekstern;
12. Melakukan pembinaan terhadap bawahannya untuk meningkatkan kualitas pelayanan;
13. Menyusun dan menetapkan kinerja (SKI) bawahannya;
14. Melaksanakan tugas-tugas lainnya sesuai instruksi atasan untuk kelancaran pelaksanaan tugas; dan
15. Menyusun laporan kegiatan yang benar dan tepat.

d. Kepala Bidang Pemasaran

Kepala Bidang Pemasaran berperan dalam perencanaan, pelaksanaan, koordinasi, dan pengendalian fungsi dan kebijakan pemasaran di kantor cabang serta melakukan implementasi kebijakan pemasaran untuk memastikan tercapainya target kepesertaan dan iuran. Selain itu kepala bidang pemasaran juga memiliki tugas, yaitu;

1. Menghimpun informasi dari berbagai instansi dan organisasi terkait untuk mendapatkan data perusahaan sebagai dasar penyusunan data prospek dan menetapkan target kepesertaan;
2. Melakukan pembinaan terhadap *account officer* untuk tercapainya tertib administrasi (kepesertaan, iuran, daftar upah tenaga kerja, penyelesaian rekonsiliasi) dalam rangka penertiban sertifikat, kartu peserta jamsostek, kartu pemeliharaan kesehatan, dan daftar saldo jaminan hari tua (dsjht);
3. Mengendalikan pelayanan administrasi kepesertaan serta keluhan peserta untuk mewujudkan kepuasan peserta;
4. Memonitor penyampaian data upah secara bulanan dari perusahaan untuk kelancaran penerbitan dsjht;

5. Memproses dan mengusulkan penghapusbukuan piutang iuran macet non-aktif;
6. Menyetujui penerbitan kartu peserta jamsostek (kpj) berdasarkan permintaan *account officer* (ao);
7. Melakukan kerjasama dengan mitra kerja dalam bentuk kerja sama organisasi (kso) untuk mendukung tercapainya target kepersertaan dan iuran;
8. Melakukan pembinaan terhadap bawahannya untuk meningkatkan kualitas pelayanan;
9. Melaksanakan tugas-tugas lainnya sesuai instruksi atasan untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
10. Menyusun laporan kegiatan yang benar dan tepat.

e. Kepala Bidang Pelayanan

Fungsi Kepala Bidang Pelayanan dan Jaminan memiliki fungsi umum yaitu merencanakan, melaksanakan, mengkoordinasikan, dan mengendalikan fungsi dan kebijakan pelayanan di kantor cabang untuk memastikan kelancaran pelayanan jaminan. Tugas pokok Kepala Bidang Pelayanan dan Jaminan antara lain;

1. Merencanakan penyelesaian klaim tepat waktu dan mengendalikan pelayanan jaminan serta menanggapi keluhan peserta untuk mewujudkan kepuasan peserta;
2. Melakukan verifikasi berkas penetapan jaminan sesuai batas kewenangannya;
3. Melakukan penetapan besarnya jaminan sesuai batas kewenangan;
4. Mengendalikan penyelesaian kasus klaim yang belum/tidak ditindaklanjuti oleh peserta (klaim pending);
5. Melakukan negosiasi dan pembuatan ikatan kerja sama (iks) dengan pemberi pelayanan kesehatan (pkk) serta

melakukan pengendalian biaya dan pelaksanaan pelayanan kesehatan untuk kelancaran pelayanan;

6. Melakukan pembinaan terhadap bawahannya untuk meningkatkan kualitas pelayanan;
7. Menyusun dan menetapkan kinerja (ski) bawahannya;
8. Melaksanakan tugas-tugas lainnya sesuai instruksi atasan untuk kelancaran pelaksanaan tugas;
9. Menyusun laporan kegiatan yang benar dan tepat.

f. Kepala Bidang Umum dan SDM

Kepala Bidang Umum dan Personalia memiliki fungsi dalam pengoptimalan pemanfaatan sarana dan prasarana serta pendayagunaan SDM. Selain itu kepala bidang umum dan SDM juga memiliki tugas sebagai berikut;

1. Merencanakan, mengusulkan, dan mengembangkan kebutuhan personil untuk optimalisasi kegiatan kantor cabang;
2. Mempersiapkan pelaksanaan diklat untuk meningkatkan keterampilan dan wawasan karyawan;
3. Melaksanakan hukuman dan usulan penghargaan untuk menegakkan disiplin personil dan meningkatkan motivasi kerja;
4. Memastikan kegiatan administrasi pengadaan dan aktiva tetap, serta pemeliharaan sarana dan prasarana kerja;
5. Melakukan kegiatan kesekretariatan dan kearsipan;
6. Melaksanakan tertib administrasi karyawan (pembayaran gaji, lembur, cuti, surat perintah perjalanan dinas);
7. Mengumpulkan laporan bulanan tiap bidang guna kelancaran pengiriman ke kantor wilayah;
8. Menyusun laporan kegiatan yang benar dan tepat.

1.4.3 Produk Asuransi PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak

Produk asuransi yang dimiliki oleh PT.Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak sesuai dengan Undang-undang No.3 tahun 1992 yang mengatur jenis program yang menjadi produk PT Jamsostek (Persero) yaitu Program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Hari Tua (JHT), Jaminan Kematian (JK) dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK). Berikut akan dijelaskan tentang keempat produk yang ada di PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak.

1. Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)

Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) memberikan kompensasi dan rehabilitasi bagi tenaga kerja yang mengalami kecelakaan pada saat mulai berangkat bekerja sampai tiba kembali di rumah atau menderita penyakit akibat hubungan kerja. Pada hekekatnya, JKK memberikan kompensasi yang terdiri dari penggantian biaya yang dikeluarkan pengusaha termasuk di dalamnya transport, upah Sementara Tidak Mampu (STMB), dan perawatan serta ganti rugi atas turunan/hilangnya kemampuan bekerja/berpenghasilan, yaitu santunan cacat dan santunan kematian. Berikut bentuk jaminan yang diberikan oleh program JKK:

a. Biaya Transport (maksimum) :

1. Darat : Rp 400.000
2. Laut : Rp 750.000
3. Udara : Rp 1.500.000.

b. Sementara Tidak Mampu Bekerja

1. 4 bulan pertama : 100% x upah sebulan
2. 4 bulan kedua : 75% x upah sebulan
3. Selanjutnya : 50% x upah sebulan

c. Biaya Pengobatan Perawatan : Rp 20.000.000 (maksimum)

d. Santunan Cacat

1. Sebagian-tetap : % tabel x 80 bulan upah
2. Total-tetap, sekaligus : 70% tabel x 80 bulan upah
3. Santunan berkala : Rp 200.000/bulan
4. Kurang fungsi : % kurang fungsi x tabel
upah x 80 bulan upah

e. Santunan Kematian

1. Sekaligus : 60% x 80 bulan upah
2. Santunan berkala : Rp 200.000/bulan selama 2
tahun
3. Biaya pemakaman : Rp 2.000.000

f. Biaya Rehabilitasi

1. Prothesa anggota badan : Sesuai harga Pusat
Rehabilitasi Prof. Dr.
Suharso, Surakarta
ditambah 40%
2. Alat bantu (Kursi roda) : Sesuai harga Pusat
Rehabilitasi Prof. Dr.
Suharso, Surakarta
ditambah 40%

g. Penyakit Akibat Kerja

Penyakit akibat kerja sesuai dengan daftar 31 penyakit yang dianggap sebagai kecelakaan kerja, ditanggung selama hubungan kerja dan maksimal sampai tiga tahun setelah hubungan kerja berakhir

2. Jaminan Hari Tua (JHT)

Program Jaminan Hari Tua diselenggarakan dengan sistem Tabungan Hari Tua, yang iurannya ditanggung pengusaha dan tenaga kerja. Dana JHT pada hakekatnya semacam dana bersama (*mutual fund*) dimana peserta memberikan iurannya untuk dikelola dalam investasi bersama, sehingga hasil pengembangannya dibagikan kepada peserta, karena itu peserta JHT juga diberikan bagian surplus hasil usaha PT Jamsostek (Persero).

Manfaat dari program ini berupa pembayaran saldo tabungan beserta tambahan hasil pengembangan dan surplus hasil usaha PT Jamsostek yang bisa diambil oleh peserta jika memenuhi salah satu syarat di bawah ini:

1. mencapai umur 55 tahun;
2. mengalami cacat total dan tetap sehingga tidak bisa bekerja kembali;
3. meninggal dunia;
4. mengalami PHK setelah menjadi peserta setidaknya lima tahun dengan masa tunggu enam bulan; atau
5. pergi keluar negeri atau pulang ke negeri asal untuk tidak kembali lagi.

Saldo tabungan milik peserta tersebut dapat diambil sekaligus apabila jumlahnya Rp 3.000.000 atau kurang. Namun, apabila saldo yang dimiliki berjumlah lebih dari Rp 3.000.000, maka iuran dapat diambil sekaligus ataupun diberikan secara berkala sesuai permintaan peserta. Pembayaran secara berkala akan dibayarkan maksimal selama 5 tahun dengan memasuki unsur anuitas. Berikut adalah rumusan pembayaran Jaminan Hari tua PT Jamsostek (Persero):

Tabel 3.2
Besaran Jaminan Hari Tua Berkala Bulanan

Jangka Waktu Annuitas (Tahun)	Faktor Annuitas Bulanan	Rumus Jamian Bulanan
1	0,0870	JHT sekaligus x 0,0870
2	0,0456	JHT sekaligus x 0,0456
3	0,0318	JHT sekaligus x 0,0318
4	0,0250	JHT sekaligus x 0,0250
5	0,0209	JHT sekaligus x 0,0209

Sumber: Buku Prinsip dan Praktek Jaminan Sosial Tenaga Kerja (2007)

3. Jaminan Kematian (JK)

Jaminan Kematian dibayarkan kepada ahli waris tenaga kerja dari peserta yang meninggal dunia bukan karena kecelakaan kerja yang besarnya tergantung iuran peserta. Jaminan Kematian merupakan pelengkap dari Jaminan Hari Tua. Jika pada saat meninggal dunia saldo tabungan belum optimal, Jaminan Kematian akan menutupinya. Jaminan Kematian akan dibayarkan sekaligus sebesar Rp 12.000.000 yang terdiri atas:

1. Santunan kematian sebesar Rp 10.000.000
2. Santunan Pemakaman sebesar Rp 2.000.000
3. Santunan berkala tiap bulan sebesar Rp 200.000 selama 24 bulan

4. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK)

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) diberikan kepada tenaga kerja dan keluarga maksimum dengan 3 orang anak dalam bentuk pelayanan medis sebagai Paket Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Dasar. Paket tersebut terdiri dari rawat jalan tingkat pertama, rawat jalan lanjutan, rawat inap di rumah sakit, pertolongan persalinan, penunjang diagnostik, pelayanan khusus dan pelayanan gawat darurat.

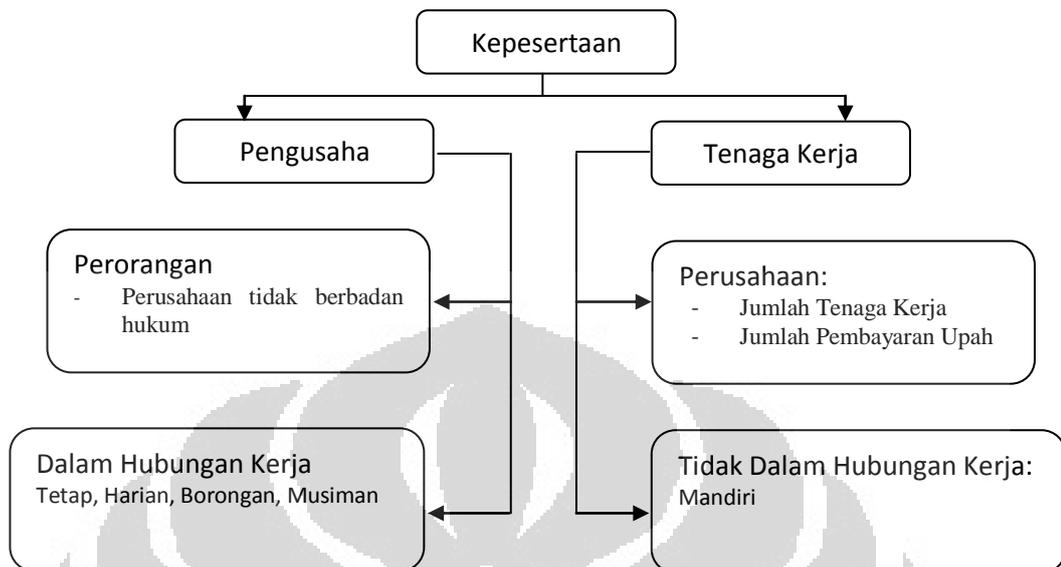
1.5 Kepesertaan Jaminan Sosial yang diselenggarakan oleh PT Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak

Pada dasarnya ketentuan mengenai kepesertaan yang ada di PT Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak berdasarkan ketentuan program PT Jamsostek (Persero) secara nasional. Jaminan sosial yang diselenggarakan oleh PT Jamsostek (Persero) selalu dilaksanakan secara nasional dan bersifat wajib sehingga prinsip-prinsipnya dapat terlaksana secara optimal yaitu yang menyangkut skala besar ekonomis, gotong-royong, pemerataan perlindungan, kemanfaatannya terjamin, dan pendidikan masa depan. Skala besar ekonomis mengisyaratkan ketentuan wajib dapat lebih menjamin jumlah kepesertaan yang cukup besar sehingga secara statistik dan berdasar hukum angka besar, maka probabilitas, asumsi dan perkiraannya dapat dilakukan dengan lebih tepat.

Selain itu pembiayaannya secara rata-rata, per unit atau per kapita dapat ditekan lebih rendah. Gotong royong yang besar memungkinkan berlangsungnya gotong royong secara efektif. Gotong royong dapat berupa gotong royong risiko, antar generasi, dan antar penghasilan. Pemerataan perlindungan berarti setiap tenaga kerja pada dasarnya mendapatkan perlindungan jaminan sosial, baik itu tenaga kerja yang bekerja di perusahaan besar maupun di perusahaan menengah dan perusahaan kecil berhak atas jaminan sosial tenaga kerja. Kemanfaatannya terjamin karena peraturan perundangan menjamin kesinambungan kepesertaan.

Dengan kesinambungan kepesertaan, perkiraan dan proyeksi dapat dilakukan jauh ke depan secara akurat dan kemudian kemanfaatannya (*benefit*) akan terjamin, karena penerimaan iurannya akan terjamin kesinambungannya. Pendidikan masa depan berarti mendidik tenaga kerja untuk memikirkan masa depannya dengan menyisihkan sedikit dari penghasilannya guna kepentingan jaminan sosial hari tua, waktu sakit dan bila mengalami kecelakaan atau meninggal dunia.

Tahap kepesertaan program jaminan yang diselenggarakan oleh PT.Jamsostek (Persero), dapat disampaikan melalui bagan berikut.



Gambar 3.1

Tahap Kepesertaan Program Jaminan PT Jamsostek (Persero)

Sumber: Buku Prinsip dan Praktek Jaminan Sosial Tenaga Kerja (2007)

Pada hakekatnya kepesertaan pengusaha dan tenaga kerja dalam program jaminan sosial bersifat wajib. Namun, karena luasnya kepesertaan, maka pelaksanaannya dilakukan secara bertahap sesuai kemampuan teknis, administrative dan operasional.

Kepesertaan pengusaha yang semula dalam program ASTEK (asuransi tenaga kerja) untuk mereka yang mempunyai 10 tenaga kerja atau lebih, berturut-turut telah ditingkatkan, menjadi 25 orang, kemudian 10 orang tenaga kerja atau lebih. Dengan berlakunya program jaminan sosial tenaga kerja, syarat kepesertaan tersebut diteruskan yaitu 10 orang tenaga kerja atau lebih, atau membayar upah tenaga kerja sebesar Rp. 1.000.000,- atau lebih sebulan. Kepesertaan tenaga kerja pada dasarnya meliputi seluruh tenaga kerja sesuai pengertian UU No.14 Tahun 1969 yaitu setiap orang yang mampu melakukan pekerjaan baik di dalam maupun di luar hubungan kerja. Di dalam hubungan kerja, artinya tenaga kerja yang

mempunyai perjanjian kerja dengan perusahaan atau pengusaha perorangan. Diluar hubungan kerja, artinya tenaga kerja mandiri, seperti dokter, pengacara, akuntan, pedagang.

Pedoman penyelenggaraan program jaminan sosial tenaga kerja yang melakukan pekerjaan di luar hubungan kerja, dikeluarkan untuk memberikan perlindungan jaminan sosial bagi tenaga kerja yang bekerja di luar hubungan kerja (TK LHK) sambil menunggu dikeluarkannya Peraturan Pemerintah sebagai pelaksanaan dari pasal 4 ayat (2) UU No.3 Tahun 1992. Ruang lingkup pedoman ini dibatasi hanya bagi TK LHK yaitu orang-orang yang berusaha sendiri yang pada umumnya melakukan usaha-usaha ekonomi sektor informal. Sehubungan dengan penghasilan TK LKH tidak diatur sehingga mempengaruhi kemampuan dalam membayar iuran, maka keikutsertaannya dalam program jaminan sosial tenaga kerja dilaksanakan secara bertahap sesuai program yang diinginkan dan bersifat sukarela.

TK LHK yang dapat mengikuti program jaminan sosial tenaga kerja adalah TK LHK yang berusia maksimal 55 tahun. Dikarenakan penghasilan setiap bualnnya tidak teratur, maka untuk menetapkan penghasilan yang dipakai sebagai dasar pembayaran iuran dan jaminanana manfaat sekurang-kurangnya setara dengan upah minimum provinsi/kabupaten/kota setempat.

1.6 Gambaran Umum Bagian dan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan PT Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak

PT. Jamsostek (Persero) memiliki empat program jaminan, salah satunya adalah jaminan pemeliharaan kesehatan yang memberikan perlindungan terhadap risiko kesehatan kepada tenaga kerja dan keluarganya

1.7 Sasaran Program JPK PT Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak

Sasaran program JPK telah ditetapkan dan diatur dalam Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 yang menetapkan bahwa seluruh badan usaha yang mempekerjakan minimal 10 orang pegawai atau membayarkan total upah Rp. 1.000.000,- per bulan dan belum atau tidak memiliki program JPK yang lebih baik dari program JPK PT Jamsostek (Persero) wajib mendaftarkan tenaga kerjanya pada PT. Jamsostek (Persero).

1.8 Ketenagakerjaan Bagian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak

Berdasarkan dari data bagian sumber daya manusia per 2010, jumlah personil bagian JPK PT Jamsostek (Pesero) Cabang Cilandak adalah tiga orang, yaitu satu orang verifikator merangkap sebagai PSO sekaligus Verifikator Klaim dan Jaminan, dan satu orang sebagai CSO (*outsourcing*). Bagian Jaminan Pelayanan Kesehatan (JPK), sesuai dengan struktur organisasi yang ada di PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak. Bagian JPK berada di bawah garis komando kepala bidang pelayanan secara langsung dan membawahi CSO dan PSO serta verifikator jaminan.



Gambar 3.2
Struktur Bagian JPK PT Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak

1.9 Deskripsi Pekerjaan Bagian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan PT Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak

Sebagaimana telah ditunjukkan pada struktur bagian JPK PT Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak, pekerjaan di bagian tersebut dibagi menjadi tiga yaitu CSO (*customer Service Officer*), PSO (*Provider Service Officer*), dan Verifikator Jaminan dan Klaim

a. *Customer Service Officer* (CSO)

Pekerjaan yang menjadi tanggung jawab CSO seperti menerima berkas klaim perorangan gawat darurat, persalinan normal, dan persalinan dengan penyulit, memberi informasi tentang produk dan layanan JPK PT Jamsostek (Persero), menerima dan menyelesaikan saran dan keluhan peserta, serta menerima klaim PPK II (rumah sakit), apotik dan optik.

b. *Provider Service Officer* (PSO)

Tanggung jawab PSO antara lain sebagai berikut;

1. Menghitung tarif rumah sakit dan negosiasi bersama
2. Menghitung *unit cost* atau kapitasi
3. Mengevaluasi dan pembinaan terhadap PPK I dan PPK II
4. Melakukan ikatan kerjasama (IKS) dengan PPK I dan PPK II
5. Melakukan program jaga mutu terhadap PPK I dan PPK II
6. Penambahan dan pembinaan PPK I dan PPK II
7. Melakukan penyuluhan bersama bidang pemasaran
8. Memberikan pelayanan JPK (surat jaminan, legalisasi kaca mata atau resep, agenda klaim JPK)
9. Melakukan pembayaran kapitasi dan distribusi daftar nama tertanggung (DNT)

c. Verifikator Jaminan dan Klaim

Verifikator jaminan dan klaim memiliki tanggung jawab seperti verifikasi dan penetapan klaim persalinan, klaim emergensi, klaim rumah sakit, apotik, dan optik, serta analisis dan evaluasi klaim PPK.

1.10 Hubungan Kerja Jaminan Pemeliharaan Kesehatan PT.Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak dengan Bagian Lain

Program JPK termasuk semua personil di dalamnya berkoordinasi dengan bidang pemasaran khususnya *Accounting Officer* (AO) dan bagian administrasi data pada bidang teknologi informasi. Dengan AO, bagian JPK saling membantu dalam penyampaian informasi mengenai produk atau program JPK sehingga pekerja di perusahaan yang diasuh oleh AO mengerti mengenai hak dan kewajibannya. Dalam menjalankan kegiatannya, personil JPK selalu terkait dengan data dan juga penggunaan sistem informasi untuk melakukan kegiatan baik itu sebagai VJA, PSO ataupun CSO.

1.11 Produk Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

Bentuk perlindungan, pemeliharaan dan peningkatan kesejahteraan bagi tenaga kerja dan keluarganya diselenggarakan dalam bentuk Jaminan Pemeliharaan Kesehatan. Jaminan ini diselenggarakan secara terstruktur dan paripurna (komprehensif). Jaminan ini bersifat paripurna yang meliputi pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), serta pemulihan kesehatan (rehabilitatif).

Dalam memberikan pelayanan kesehatan PT Jamsostek (Persero) menganut prinsip-prinsip yang mengacu pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dalam menyelenggarakan JPK, yaitu:

- a. Prinsip kapitasi
- b. Prinsip dokter keluarga
- c. Prinsip rujukan
- d. Prinsip wilayah
- e. Prinsip penilaian pemanfaatan pelaksanaan pelayanan kesehatan
- f. Prinsip penilaian kerja sejawat
- g. Prinsip penjagaan mutu
- h. Prinsip paket biaya

Tujuan Umum:

Memberikan perlindungan dalam rangka meningkatkan kesejahteraan bagi tenaga kerja dan keluarganya.

Tujuan Khusus:

Memberikan perlindungan kesehatan bagi tenaga kerja guna meningkatkan produktivitas baik kualitas maupun kuantitas.

Dasar hukum dari program JPK PT Jamsostek (Persero) yaitu:

- a. Undang-undang No.3 tahun 1992 tentang Jaminan Sosial tenaga Kerja
- b. Peraturan pemerintah No.14 tahun 1993 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja
- c. Peraturan Menteri Tenaga Kerja No. per-12/Men/VI/2007 tentang petunjuk teknis Pendaftaran Kepesertaan, Pembayaran Iuran, Pembayaran Santunan, dan Pelayanan Jaminan Sosial Tenaga Kerja.
- d. Keputusan direksi PT Jamsostek (Persero) Nomor: KEP/127/062006 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan.

Untuk menjadi peserta JPK, tenaga kerja harus mendaftarkan diri sebagai peserta JPK melalui perusahaan setempat atau tempat tenaga kerja bekerja secara kolektif. Bagi tenaga kerja berkeluarga peserta tanggungan yang diikutsertakan terdiri dari suami atau istri, beserta tiga orang anak dengan usia dibawah 21 tahun dan belum menikah. Kantor PT Jamsostek setempat akan menerima pendaftaran dan dilakukan proses penyelesaian pembuatan Kartu Pemeliharaan Kesehatan (KPK). Kemudian, KPK tersebut akan digunakan oleh peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang ada dalam program JPK.

Standar pelayanan yang diberikan oleh program JPK antara lain pelayanan kesehatan tingkat I (satu), persalinan, pelayanan kesehatan tingkat II (lanjutan), pelayanan khusus, dan pelayanan gawat darurat/emergensi.

a. Pelayanan Kesehatan Tingkat I

Cakupan pelayanan yang diberikan:

1. Pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter umum
2. Pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter gigi (penambalan, pencabutan, perawatan syaraf gigi, karang gigi dan lain-lain).
3. Tindakan medis.
4. Pemberian obat-obatan atau resep dokter sesuai dengan kebutuhan medis dengan dasar Standar Obat JPK (Generik, DOEN dan obat merk dagang)
5. Pelayanan Keluarga Berencana (Pil, Suntik IUD, Vasektomi dan Tubektomi).
6. Pelayanan KIA termasuk pemeriksaan ibu hamil, pemeriksaan bayi/anak balita dan pemberian imunisasi dasar (BCG, DPT, Campak, Hepatitis dan Polio), pemeriksaan masa nifas.
7. Konsultasi kesehatan.
8. Melaksanakan rujukan/konsul ke Rumah Bersalin atau fasilitas tingkat lanjutan (rumah sakit)

Pelaksana Pelayanan Kesehatan (PPK):

1. Puskesmas yang ditunjuk
2. Klinik/Balai pengobatan yang ditunjuk
3. Dokter umum/gigi praktek solo yang ditunjuk

b. Persalinan

Cakupan pelayanan persalinan yang diberikan:

1. Pemeriksaan kehamilan oleh dokter umum atau bidan
2. Mondok makan
3. Pemeriksaan laboratorium
4. Pelayanan persalinan
5. Pemeriksaan nifas
6. Pemberian obat sesuai indikasi medis dan daftar obat standar JPK
7. Rujukan untuk kasus yang tidak bisa ditangani di rumah bersalin.

Persalinan yang ditanggung atau dijamin pada program JPK adalah persalinan untuk anak kesatu, kedua, dan ketiga. Persalinan yang dijamin adalah persalinan normal di PPK I yang bekerja sama dengan Jamsostek. Persalinan dengan penyulit atas indikasi medis (*section caesar, vacuum, forceps*) dapat dilakukan di rumah bersalin pemerintah/swasta dan rumah sakit yang ditunjuk untuk kasus rujukan sebagai pelaksana pelayanan kesehatan. Bantuan biaya persalinan normal yang dilakukan di rumah sakit/bidan yang tidak ditunjuk ditetapkan setinggi-tingginya sebesar Rp. 500.000,- dan persalinan dengan penyulit atas indikasi medis pada rumah bersalin/rumah sakit yang ditunjuk dijamin sesuai dengan prosedur.

c. Pelayanan Kesehatan Tingkat II

Pelayanan kesehatan tingkat II dapat dibedakan menjadi dua yaitu rawat jalan tingkat II dan rawat inap di rumah sakit. Pelayanan rawat jalan tingkat II dilaksanakan oleh dokter spesialis pada rumah sakit yang ditunjuk. Pelayanan rawat jalan tingkat II memiliki cakupan

pelayanan kesehatan yang meliputi pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter spesialis, tindakan medis sesuai dengan indikasi medis, pemberian resep sesuai dengan indikasi medis, fisioterapi, dan pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai indikasi medis seperti pemeriksaan laboratorium, radiologi, patologi anatomi, mikrobiologi dan elektromedik kecuali beberapa pemeriksaan elektromedik canggih.

Pelayanan rawat inap di rumah sakit diselenggarakan oleh rumah sakit umum pemerintah pusat/daerah dan rumah sakit TNI/ BUMN/ Swasta. Pelayanan yang diberikan mencakup mondok dan makan, *visite* dokter, konsultasi dokter, pemeriksaan penunjang diagnostik, pemberian obat-obatan sesuai indikasi medis, tindakan medis spesialisasi, perawatan khusus, tindakan pembedahan, alat kesehatan tertentu (ditanggung setinggi-tingginya Rp. 500.000,-). Apabila peserta dirawat di rumah sakit umum pemerintah maka peserta akan diberikan pelayanan kelas II (dua), namun jika peserta dirawat di rumah sakit TNI/ BUMN/ swasta akan diberikan pelayanan kelas III (tiga). Lama hari rawat yang ditanggung per-kasus, per-tahun kalender ditanggung maksimal enam puluh hari sudah termasuk perawatan khusus maksimal 20 hari per kasus per tahun.

d. Pelayanan Khusus

Pelayanan khusus yang diselenggarakan oleh JPK berupa pelayanan kacamata, gigi palsu, alat bantu dengar (*hearing aid*), kaki atau tangan palsu, dan mata palsu. Pelayanan khusus tersebut hanya diberikan bagi tenaga kerja dan tidak diberikan kepada anggota keluarganya. Pelaksana pelayanan kesehatan ini antara lain rumah sakit, optik, dokter gigi puskesmas/klinik, dan perusahaan yang ditunjuk.

1. Kacamata

Pelayanan kacamata dapat diberikan sebagai tindak lanjut dari hasil pemeriksaan atau perawatan dokter spesialis dengan ketentuan biaya kacamata ditetapkan maksimum sebesar Rp. 200.000,-. Penggantian lensa diperkenankan paling cepat dua tahun

dengan indikasi medis sebesar Rp. 80.000,- dan penggantian *frame* tiga tahun sekali sebesar Rp. 120.000,-.

2. Gigi Palsu

Pelayanan gigi palsu (*prothesa gigi*) diberikan sebagai tindak lanjut dari pemeriksaan atau perawatan dokter gigi dengan beberapa ketentuan. Biaya gigi palsu ditetapkan maksimum Rp. 408.000,- dan per rahang Rp. 204.000,- dengan perincian biaya pemasangan plat gigi pertama sebesar Rp. 100.000,- dan biaya per gigi selanjutnya Rp. 8.000,-.

3. Alat Bantu Dengar (*hearing aid*)

Alat bantu dengar yang ditanggung biayanya maksimum Rp. 300.000,-.

4. Kaki atau Tangan Palsu

Ketentuan yang berlaku untuk pelayanan ini terkait dengan biaya *prothesa anggota gerak* dan masa penggantian. *Prothesa anggota gerak atas (tangan)* maksimal Rp. 350.000,- dan *prothesa anggota gerak bawah (kaki)* maksimal Rp. 500.000,-.

5. Mata Palsu

Pemberian pelayanan mata palsu memiliki ketentuan-ketentuan, yaitu biaya mata palsu yang ditetapkan maksimal Rp. 300.000,-.

6. Pelayanan Gawat Darurat/ Emergensi

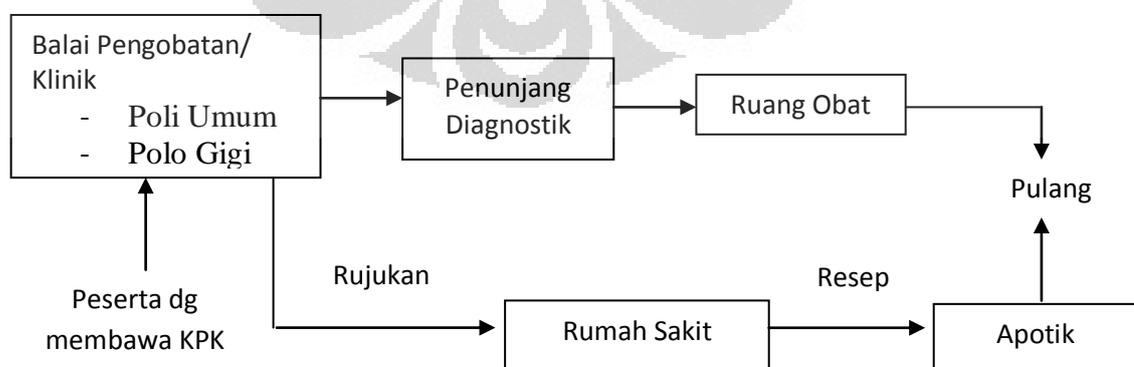
Program JPK memberikan kriteria tertentu untuk kejadian yang disebut sebagai kejadian *emergensi* yaitu, kecelakaan yang bukan kecelakaan kerja, serangan jantung, serangan asma berat, kejang demam/ panas minimal 39 derajat Celcius, pendarahan berat, muntah berak (*dehidrasi*) berat, kehilangan kesadaran

(koma), keadaan gelisah pada penderita gangguan jiwa, colic renal atau abdomen. Pelayanan gawat darurat/ emergensi dilaksanakan oleh dokter tingkat I yang tertera pada kartu pemeliharaan kesehatan (KPK) pada jam buka klinik dan instalasi gawat darurat rumah sakit yang ditunjuk. Cakupan pelayanan gawat darurat meliputi pemeriksaan dan pengobatan, tindakan sesuai indikasi medis, pelayanan rujukan rawat inap, dan pemberian obat untuk waktu terbatas minimal satu hari dan diberikan oleh tempat pelayanan.

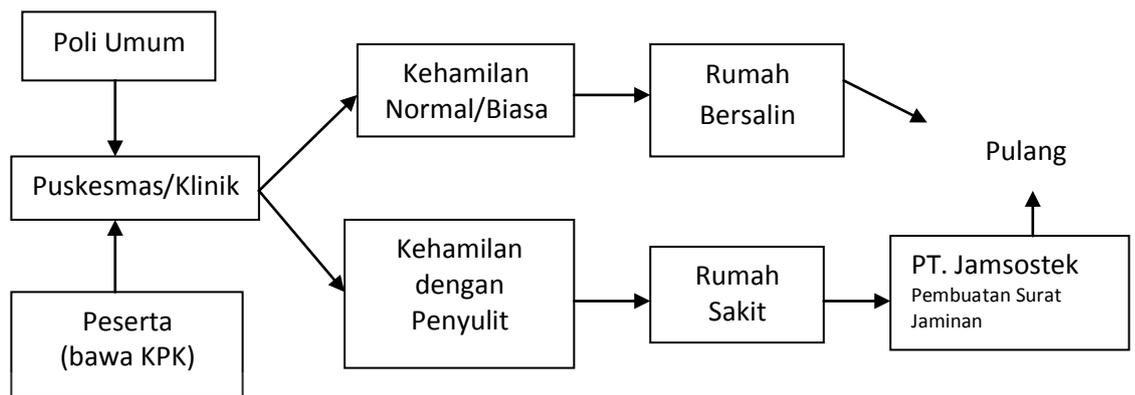
1.12 Prosedur Penggunaan Benefit dan Pengajuan Klaim

Setiap peserta yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan hendaknya mengikuti atau mematuhi prosedur yang berlaku seperti membawa dan memperlihatkan KPK kepada petugas pelayan kesehatan di klinik tingkat I, rumah sakit, apotik, dan optik. Apabila peserta menggunakan layanan tingkat lanjutan maka yang perlu diperhatikan beberapa berkas yang harus dipenuhi.

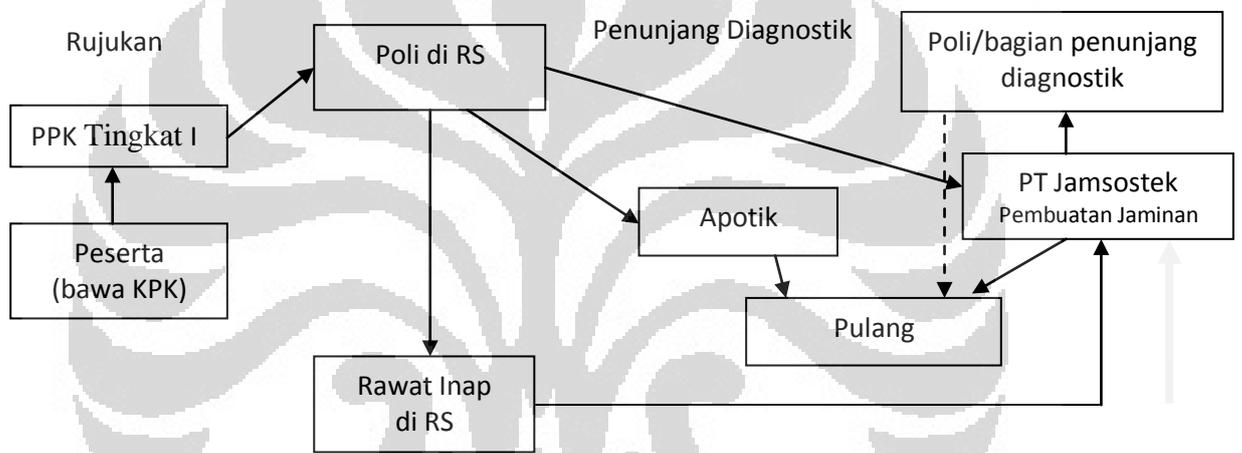
- a. Bila berkunjung ke PPK II
- b. Bila berkunjung ke Kantor Cabang PT Jamsostek (Persero)
 1. KPK
 2. Surat rujukan
 3. Resep obat atau kacamata



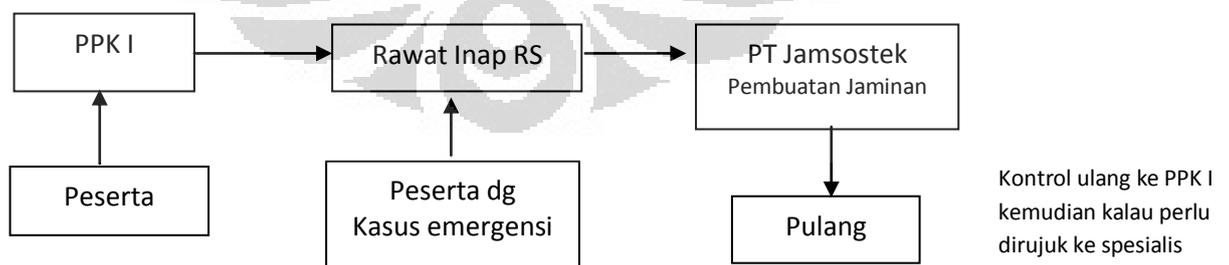
Gambar 3.3 Prosedur Pelayanan PPK I



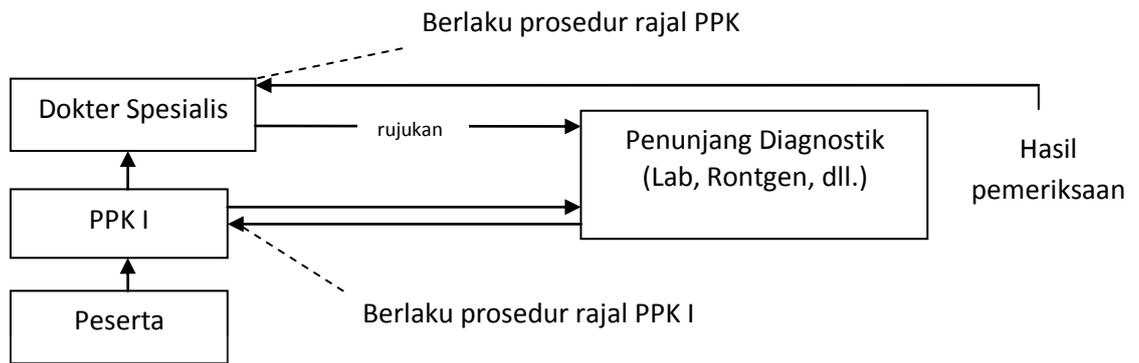
Gambar 3.4 Prosedur Pelayanan Persalinan



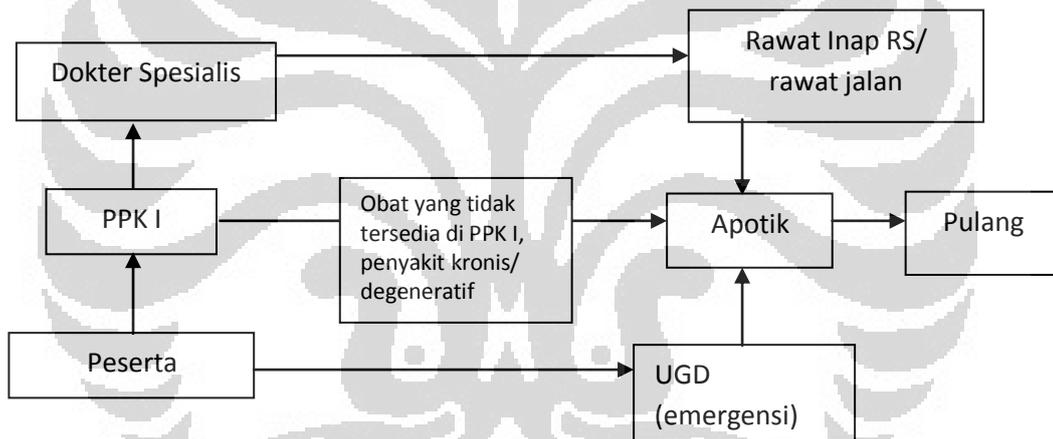
Gambar 3.5 Prosedur Pelayanan Rawat Jalan di RS



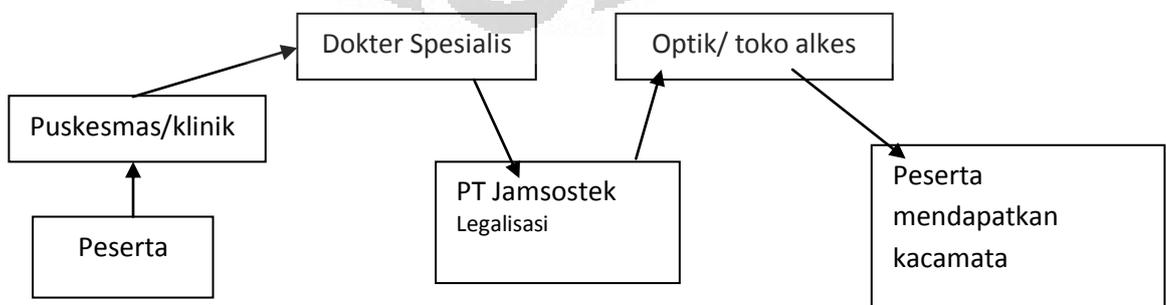
Gambar 3.6 Prosedur Pelayanan Rawat Inap



Gambar 3.7 Prosedur Pelayanan Penunjang Diagnostik



Gambar 3.8 Prosedur Pelayanan Obat di Apotik



Gambar 3.9 Prosedur Pelayanan Khusus

BAB 4

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

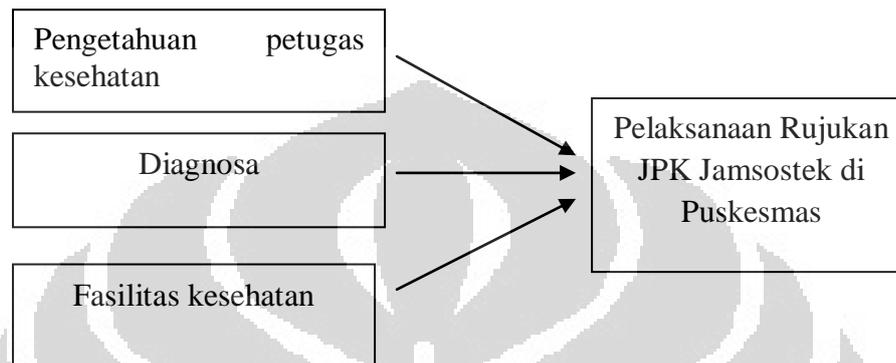
4.1 Kerangka Konsep

Pada dasarnya penelitian ini mengacu kepada teori pemanfaatan pelayanan kesehatan (utilisasi) menurut Andersen dan Green serta prosedur penatalaksanaan rujukan di PT. Jamsostek (Persero). Penggunaan teori pemanfaatan pelayanan ini serta prosedur pelaksanaan rujukan ini dirasa tepat dan relevan oleh penulis dalam menggali “gambaran pelaksanaan rujukan rujukan JPK Jamsostek di Puskesmas selaku PPK1 PT. Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2011”. Hal ini dikarenakan rujukan sendiri merupakan cakupan pelayanan kesehatan dimana rujukan memiliki karakteristik yang sama dengan pelayanan kesehatan itu sendiri dan dalam memberikan rujukan, puskesmas harus mengikuti prosedur rujukan yang telah ditetapkan oleh PT.Jamsostek (Persero) selaku lembaga Asuransi yang mengontraknya.

Dalam penelitian ini penulis hanya mengambil beberapa variabel dari beberapa variabel yang ada di teori Andersen yang berkaitan dengan penelitian ini. Variabel tersebut yaitu pengetahuan petugas kesehatan, fasilitas dan sarana penunjang kesehatan serta diagnosa pasien yang dirujuk sebagai variabel independen. Sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah pelaksanaan rujukan di Puskesmas tahun 2011.

Variabel-variabel dependen maupun independen tersebut tersusun dalam kerangka konsep seperti pada bagan di bawah ini:

Bagan 4.1
Kerangka Konsep



4.2 Definisi Operasional

1. Pelaksanaan Rujukan JPK Jamsostek di Puskesmas

Adalah jumlah peserta JPK Jamsostek yang dirujuk serta pelaksanaan rujukan PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak di puskesmas ke rumah sakit pada tahun 2011

Alat ukur: Data sekunder dan wawancara mendalam

Cara ukur: Mengolah data sekunder

Hasil ukur: Diketuinya jumlah rujukan serta pelaksanaan rujukan JPK Jamsostek PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak pada tahun 2011 di puskesmas

1. Fasilitas dan sarana penunjang pelayanan kesehatan

Adalah fasilitas yang terdapat di PPK 1 berupa kelengkapan fasilitas penunjang diagnosa

Alat ukur: wawancara mendalam dan observasi

Cara ukur: Dilakukan dengan wawancara kepada petugas pemberi rujukan

Hasil ukur: Diketuinya informasi mengenai fasilitas dan sarana penunjang pelayanan kesehatan di PPK 1

2. Pengetahuan petugas kesehatan

Adalah segala sesuatu yang diketahui oleh petugas pemberi pelayanan kesehatan berkenaan dengan ketentuan dalam merujuk dan pelayanan kesehatan yang ada di PT.Jamsostek (Persero)

Alat ukur: wawancara mendalam

Cara ukur: Dilakukan dengan wawancara kepada petugas pemberi rujukan

Hasil ukur: Diketuainya informasi mengenai pengetahuan petugas kesehatan yang merujuk peserta Jamsostek

3. Diagnosa

Adalah persepsi dokter mengenai penyakit yang diderita peserta Jamsostek pada saat berobat di Puskesmas

Alat ukur: Laporan rujukan PPK 1

Cara ukur: Dilakukan dengan wawancara kepada petugas pemberi rujukan dan melihat laporan rujukan peserta Jamsostek yang dirujuk pada tahun 2011

Hasil ukur: Diketuainya diagnosa peserta Jamsostek yang paling sering dirujuk pada tahun 2011

BAB 5

METODOLOGI PENELITIAN

5.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah bersifat deskriptif dengan menggunakan metode penelitian kualitatif. Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) dan observasi. Data sekunder diperoleh dengan menelaah dokumen.

Wawancara mendalam (*in-depth interview*) dan observasi dilakukan dengan tujuan dapat memberikan gambaran pelaksanaan rujukan yang ada di puskesmas seperti fasilitas dan sarana penunjang kesehatan, diagnosa serta pengetahuan petugas Puskesmas. Sementara untuk pengolahan data sekunder dilakukan dengan tujuan sebagai pembanding data primer yang telah dilakukan peneliti. Hasil dari penelitian kualitatif lebih menekankan terhadap makna sedangkan analisis data kuantitatif lebih bersifat pengujian statistik univariat.

5.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan di Puskesmas kecamatan Pasar Minggu yang mempunyai persentase rujukan tertinggi dan Puskesmas kecamatan Cilandak yang mempunyai persentase rujukan terendah. Penelitian dilakukan selama bulan November sampai Desember 2011

5.3 Informan Penelitian

Pemilihan informan pada penelitian kualitatif berdasarkan pada prinsip-prinsip penelitian kualitatif, yaitu prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*). Prinsip kesesuaian dimana informan dalam penelitian ini dipilih berdasarkan pengetahuannya dan berdasarkan kesesuaian dengan topik penelitian ini. Prinsip kedua yaitu kecukupan yaitu informan

yang dipilih mampu menggambarkan dan memberikan informasi yang cukup mengenai topik penelitian ini.

Berdasarkan kedua prinsip tersebut, maka dalam penelitian ini informan penelitian berjumlah tujuh orang yaitu dua dokter umum, dua dokter gigi, dua bidan dan seorang perawat.

5.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan oleh dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara mendalam, pedoman observasi dan pedoman telaah dokumen. Pedoman wawancara mendalam terdiri atas daftar pertanyaan mengenai pelaksanaan rujukan yang dilihat dari variabel-variabel yang terdapat dalam kerangka konsep. Untuk pedoman observasi dalam penelitian ini, digunakan sebagai panduan dalam mengobservasi variabel fasilitas dan sarana penunjang pelayanan kesehatan. Sedangkan untuk pedoman telaah dokumen digunakan sebagai panduan peneliti dalam menganalisa pelaksanaan rujukan di PPK 1 yang dapat berupa SOP dan dokumen-dokumen lain.

Penelitian ini dibantu dengan perekam suara serta alat tulis kantor agar data atau informasi yang diperoleh tercatat dengan jelas, lengkap dan akurat.

5.5 Pengumpulan Data

Untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan pada penelitian ini, peneliti menggunakan dua sumber data yaitu data primer dan data sekunder.

2.5.1 Data Primer

Data primer diperoleh dari hasil wawancara mendalam terhadap para narasumber yang berhubungan dengan pelaksanaan rujukan peserta Jamsostek di dua PPK 1 yang menjadi provider PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak. Selain itu data primer juga diperoleh dari hasil observasi langsung yang dilakukan oleh peneliti. Data primer ini terkait dengan bagaimana pelaksanaan rujukan di kedua Puskesmas yang menjadi PPK1 PT.Jamsostek

(Persero) Kantor Cabang Cilandak serta fasilitas yang terdapat di kedua PPK 1 tersebut.

2.5.2 Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari studi kepustakaan dan telaah dokumen. Dalam studi kepustakaan, peneliti mempelajari dan mengumpulkan keterangan maupun bahan yang berkaitan dengan masalah yang dibahas. Sedangkan telaah dokumen dilakukan untuk membandingkan hasil wawancara dengan data-data seperti SOP, *job desk* dan dokumen lain yang digunakan terkait dengan pelaksanaan rujukan di PPK 1.

5.6 Pengolahan dan Analisis Data Penelitian

Data primer yang telah diperoleh penulis dari hasil wawancara dan data sekunder kemudian diolah dan disajikan dalam bentuk deskriptif yang disajikan dalam bentuk tekstular, tabular dan gambar. Untuk mengolah data, peneliti melakukan beberapa tahap. Tahap pertama adalah mengumpulkan data yang telah diperoleh dari hasil wawancara, hasil observasi dan telaah dokumen. Selanjutnya data yang dihasilkan dari wawancara mendalam dicatat dalam bentuk transkrip wawancara dan dokumen yang ada dicatat dalam bentuk deskriptif dan tabel. Setelah dilakukan pencatatan, peneliti mengelompokkan data sesuai dengan variabel yang akan diteliti sesuai dengan kerangka konsep. Data lalu disajikan dalam bentuk matriks, kutipan dan batel serta gambar sesuai dengan topik untuk masing-masing informan agar lebih mudah dipahami.

5.7 Validasi data

Dalam penelitian kualitatif keabsahan data merupakan konsep penting. Oleh karena itu, pada penelitian ini untuk memeriksa keabsahan data yang diperoleh, peneliti menggunakan teknik triangulasi. Teknik triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap

data itu. Triangulasi yang dilakukan oleh peneliti dalam penelitian ini yaitu triangulasi sumber, triangulasi metode dan triangulasi data.

Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan informasi yang diperoleh dari informan yang berbeda untuk melakukan *cross check* terhadap kondisi yang sebenarnya. Triangulasi metode yang dilakukan yaitu dengan menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data melalui wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen. Sedangkan triangulasi data dilakukan melalui hasil rekaman wawancara mendalam yang dibuat menjadi transkrip wawancara mendalam oleh peneliti dan selanjutnya transkrip tersebut dijadikan bahan dalam pembuatan matriks atau rangkuman wawancara mendalam. Matriks tersebut kemudian akan di *cross chek* ulang kepada narasumber agar data dan informasi yang didapat lebih absah.



BAB 6

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan-keterbatasan di dalamnya. Berikut adalah keterbatasan yang ada di dalam penelitian ini:

1. Subyektifitas yang ada pada peneliti karena penelitian ini sangat bergantung pada interpretasi peneliti tentang makna tersirat dalam wawancara sehingga kecenderungan bias tetap ada. Pada saat wawancara antara informan yang satu dengan yang lain dapat memiliki persepsi yang berbeda terhadap suatu masalah.
2. Dalam penelitian ini jumlah perawat yang dijadikan informan oleh peneliti hanya 1 orang. Hal ini dikarenakan adanya keterbatasan waktu saat penelitian dilakukan.

6.2 Karakteristik Informan

Informan yang terdapat dalam penelitian ini berjumlah 7 informan yang terdiri dari dua dokter umum, dua dokter gigi, dua bidan dan seorang perawat. Alasan peneliti mengambil 7 informan tersebut karena mereka terlibat dalam memberikan pelayanan kesehatan dan mempunyai wewenang memberikan rujukan. Berikut adalah karakteristisik ketujuh informan tersebut:

Tabel 6.1
Karakteristik informan

No	Jabatan	Jenis Kelamin	Usia
1	Dokter Umum PKM A	Perempuan	50 tahun
2	Dokter Umum PKM B	Perempuan	49 tahun
3	Dokter Gigi PKM A	Laki-laki	53 tahun
4	Dokter Gigi PKM B	Perempuan	58 tahun
5	Bidan PKM A	Perempuan	50 tahun
6	Bidan PKM B	Perempuan	40 tahun
7	Perawat PKM B	Perempuan	30 tahun

Dari 7 informan, sebagian besar informan berjenis kelamin perempuan dengan usia berkisar antara 30 tahun sampai dengan 58 tahun .

6.3 Rujukan JPK Jamsostek di Puskesmas tahun 2011

6.6.1 Hasil

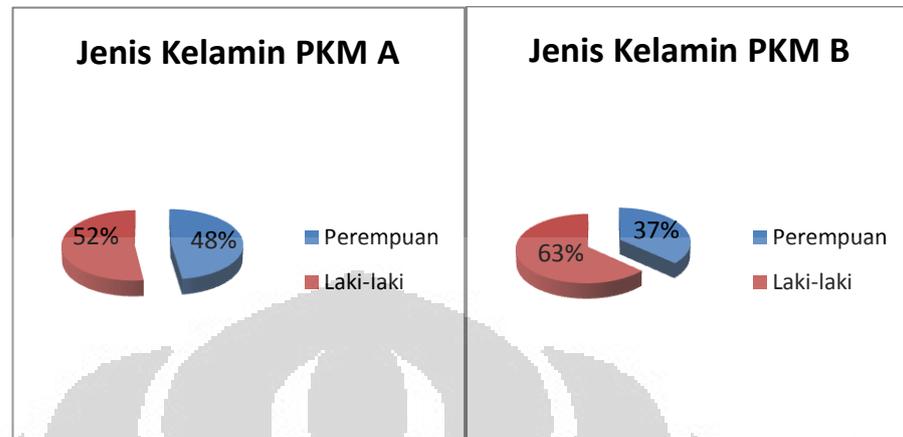
Tabel 6.2

Daftar Angka Rujukan PKM A dan PKM B Tahun 2011

Bulan	PKM A	PKM B
Januari	56	1
Febuari	59	19
Maret	59	25
April	44	30
Mei	51	24
Juni	53	19
Juli	49	14
Agustus	24	8
September	82	13
Oktober	58	19
November	59	22
Desember	71	21
Jumlah	665	215

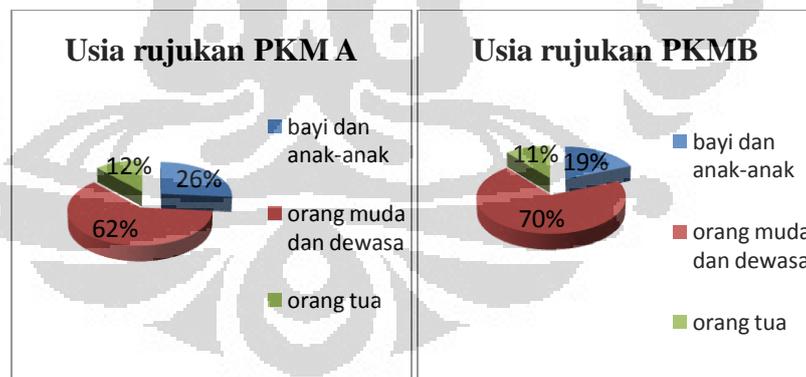
Dari tabel di atas jumlah rujukan di PKM A tahun 2011 ada 215 rujukan untuk PKM B. Angka rujukan tertinggi di PKM A terjadi pada bulan September yaitu 82 rujukan sedangkan jumlah rujukan terendah pada bulan Agustus dengan 24 rujukan angka rujukan tertinggi di PKM A yaitu 30 rujukan yang terjadi pada bulan april. Sedangkan angka rujukan terendah pada bulan Januari yaitu 1 rujukan.

Diagram 6.1
Persebaran rujukan di PKM A dan B



Dari diagram diatas diketahui bahwa rujukan untuk jenis kelamin Perempuan di PKM A sebanyak 52% dan laki-laki 48%. untuk PKM B, rujukan bagi perempuan 63% dan laki-laki 37%

Diagram 6.2
Persebaran Usia rujukan PKM A dan B



Dari diagram diatas diketahui usia rujukan di PKM A untuk anak-anak sebesar 26 %, untuk usia muda dan dewasa sebanyak 62 % dan usia orang tua 12%. sedangkan di PKM B, rujukan untuk usia orang tua adalah 11, usia bayi dan anak-anak 19% sedangkan usia orang tua 70%.

Pelaksanaan rujukan JPK Jamsostek di puskesmas adalah keseluruhan rujukan yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan puskesmas selama tahun 2011. Rujukan terhadap peserta JPK Jamsostek di puskesmas dilakukan harus berdasarkan ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan oleh PT. Jamsostek (Persero). Jika petugas melaksanakan rujukan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan, maka rujukan dapat terlaksana dengan baik.

Hasil wawancara mengenai bagaimana para informan melakukan rujukan adalah sebagai berikut:

“...Penatalaksanaannya yang pasti pasien datang, pertama seperti pasien pada umumnya biasa. setelah diperiksa/dilakukan anamnesa oleh dokter umum di sini, memang kalau keluhannya dia itu memang harus perlu penanganan lebih lanjut ke rumah sakit yah berarti harus dirujuk, prosedurnya yah memang kita buat rujukan oleh dokter...” (informan 7).

“...Saat pasien ke sini, kita periksa dan beri obat. Tapi kalau belum sembuh, kita rujuk ke rumah sakit...” (informan 2).

Dalam merujuk pasien JPK Jamsostek, para tenaga kesehatan akan mengirim pasien tersebut ke pelayanan tingkat lanjut seperti rumah sakit. PT.Jamsostek (Persero) memiliki ketentuan bahwa pasien JPK Jamsostek merujuk pasien ke rumah sakit rujukan PPK II Jamsostek. Berikut adalah hasil wawancara mengenai rumah sakit yang dijadikan tempat rujukan oleh para informan:

“...Fatmawati...” (informan 3,4,5 dan 6)

“...rumah sakit sini sih, karna yang dekat Fatmawati, kebanyakan Fatmawati. Ada juga yang ke Marinir Cilandak...” (informan 7)

“...kebanyakan di Rumah Sakit Fatmawati dan Rumah Sakit Marinir. Tapi kemarin ada juga yang dirujuk ke luar dari provider yang bekerja sama dengan Jamsostek Cilandak. Yang penting masih provider Jamsostek...” (informan 2).

6.6.2 Pembahasan

Dari tabel 6.2 terlihat bahwa angka rujukan yang PKM A lebih tinggi dari PKM B. Angka rujukan di PKM A 3x lebih tinggi dari angka rujukan di PKM B. Untuk Jenis kelamin yang paling banyak dirujuk, perempuan yang paling banyak dirujuk oleh kedua PKM, baik PKM A maupun PKM B. Tingginya angka rujukan pada perempuan dikarenakan angka kesakitan pada perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki khususnya pada masa reproduksi. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh fungsi biologis dari wanita sehingga mempunyai risiko terkena sakit yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, mammae dan lain-lain. Hal ini seperti yang tertulis dalam modul dasar-dasar asuransi kesehatan bagian A (Pamjaki, 2005)

Usia, yang paling banyak di kedua PKM adalah usia orang muda dan dewasa yaitu usia 15-49 tahun, lalu usia bayi dan anak-anak yaitu usia 0-14 tahun dan yang paling sedikit adalah usia tua. Tingginya angka rujukan pada usia orang muda atau dewasa dikarenakan yang menjadi peserta PT.Jamsostek (Persero) yaitu yang berusia produktif yaitu berkisar antara 15 hingga 49 tahun.

Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan, para informan baik PKM A dan PKM B pernah melakukan rujukan dan rujukan dilaksanakan sudah sesuai dengan prosedur yang ada yaitu dengan melakukan pemeriksaan kepada pasien lalu memberikan obat kepada pasien sebelum merujuk pasien. Selain itu tenaga kesehatan ini sudah melakukan rujukan dengan benar dengan mengarahkan para pasien ke rumah sakit yang merupakan rumah sakit rujukan di PT. Jamsostek (Persero) terutama ke rumah sakit yang telah bekerja sama dengan PT. Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak. Para informan juga dalam merujuk pasien dengan melakukan pemeriksaan terlebih dahulu dan pemberian obat.

Sistem rujukan dapat dilakukan saat peserta mengalami sakit dan membutuhkan pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Dalam hal ini ada pelimpahan tanggung jawab dari pelayanan kesehatan tingkat

pertama kepada pelayan kesehatan tingkat dua maupun tingkat ketiga. Hal ini sama seperti pendapat yang diutarakan Depkes yang terdapat dalam pengertian sistem rujukan. Sistem rujukan adalah suatu penyelenggaraan pelayanan kesehatan dimana terjadi pelimpahan tanggung jawab balik atas kasus/masalah kesehatan secara vertikal maupun horizontal (Depkes, 1972).

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, bahwa sistem rujukan dimaksudkan agar dapat dilakukan penyaringan kasus dan pengendalian biaya. Oleh karena itu, angka rujukan sebagai wujud dari jumlah seluruh rujukan yang diberikan oleh tenaga kesehatan di PPK (penyedia pelayanan kesehatan) dapat menjadi acuan dalam melakukan review utilisasi. Review utilisasi itu sendiri merupakan upaya untuk meminimalisasi “*unnecessary service*” untuk menjamin mutu pelayanan dan pengendalian biaya. Dalam melakukan Review utilisasi dibutuhkan informasi mengenai kinerja provider selama sistem rujukan dilaksanakan oleh pemberi pelayanan kesehatan (PPK).

6.4 Pengetahuan Petugas Kesehatan

6.6.1 Hasil

Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan terdapat informan yang sejak awal bekerja di puskesmas tempat informan bekerja sekarang, ada juga informan yang sebelum bekerja di puskesmas tempat nya bekerja saat ini, telah bekerja di Dinkes serta ada informan yang telah beberapa kali pindah puskesmas sebelum bekerja di puskesmas tempat informan bekerja sekarang seperti yang dinyatakan oleh informan 2 dan informan 5 berikut ini:

Berikut adalah petikan wawancara mendalam tentang lama bekerja ketujuh informan:

“... Saya sudah 20 tahun kerja, 4 tahun pernah kerja di daerah terpencil. Saya sudah 5 kali pindah Puskesmas ...” (Informan 2)

“... Saya bekerja sejak tahun 1981 di Puskesmas kelurahan. Baru bekerja di Puskesmas ini tahun 2007 ...” (Informan 5)

Masing-masing informan telah merujuk pasien JPK Jamsostek cukup lama. Yaitu sejak mereka bekerja di puskesmas dan sejak ada kerjasama antara Jamsostek dengan PPK I. Namun ada juga yang merujuk peserta JPK Jamsostek belum terlalu lama yaitu sejak 2007 pada PKM A. Lama para informan merujuk peserta JPK Jamsostek dapat dilihat dari petikan wawancara berikut ini:

“...ya pernah sejak saya di sini, dari tahun 1997...” (informan 5)

“...sejak saya kerja di puskesmas dan sejak ada kerjasama antara Jamsostek dengan PPK I..” (informan 4)

“... sejak 2007...” (informan 1)

Agar petugas kesehatan mengetahui perannya, tenaga kesehatan perlu diberikan materi yang cukup mengenai fungsi dan peranannya. Pemberian materi bisa melalui media informasi maupun mengadakan pertemuan dengan para tenaga kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan para informan, para informan menyatakan bahwa Puskesmas pernah mendapatkan undangan pertemuan dari PT.Jamsostek (Persero). Pertemuan tersebut setiap tahunnya diadakan minimal sekali setahun. Namun ada juga informan yang menyatakan bahwa pertemuan dengan PT. Jamsostek tidak selalu ada tiap tahunnya. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut:

“...pernah ada pertemuan, tapi tidak tentu. Orang itu yang undang kita. Bisa enam bulan, bisa setahun sekali juga tidak ada...” (Informan 5)

Pada saat pertemuan dilaksanakan, yang dibahas adalah mengenai tata cara rujukan, klaim, informasi baru ataupun klarifikasi dari Puskesmas maupun PT. Jamsostek (Persero). Pertemuan tersebut diikuti oleh seluruh Puskesmas yang terdiri dari koordinator Jamsostek dari masing-masing puskesmas, dokter, bidan, kepala puskesmas, maupun Yankes. Menurut salah satu informan, pertemuan tersebut terselenggara dengan orang yang cukup ramai sehingga menyebabkan dirinya terkadang lupa menyampaikan apa yang hendak dia tanyakan. Hal ini seperti hasil wawancara berikut ini:

“...biasanya kita pertemuannya ramai jadi kalau ada yang mau ditanya terkadang lupa...” (Informan 1)

Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan diketahui bahwa rata-rata lama berkerja di PKM A adalah 20 tahun dan PKM B 19 tahun. Lama bekerja ini dihitung sejak informan bekerja pada unit organisasi Puskesmas baik Puskesmas tempat informan bekerja sekarang maupun di Puskesmas lain sebelumnya.

6.6.2 Pembahasan

Tindakan petugas kesehatan dalam merujuk pasien ditentukan oleh pengetahuan tenaga kesehatan tersebut. Pengetahuan adalah hasil ‘tahu’ dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*Overt behavior*). (Notoadmojo, 2007).

Pengetahuan petugas kesehatan dapat dilihat dari seberapa jauh informan tahu dan paham mengenai segala hal terkait dengan rujukan ke pelayanan tingkat lanjut yang ada di PT.Jamsostek (Persero), mulai dari pengertian rujukan, mengapa rujukan

dilakukan dan bagaimana pelaksanaan rujukan di Puskesmas. Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan, rujukan merupakan sistem dimana tenaga kesehatan mengirim pasien yang tidak dapat ditangani di puskesmas atau bukan merupakan wewenang puskesmas ke pelayanan kesehatan tingkat lanjutan untuk mendapatkan penanganan spesialis.

Pengetahuan diperoleh berdasarkan pengalaman baik pengalaman sendiri maupun pengalaman orang lain. Petugas yang telah bekerja cukup lama dalam suatu bidang pekerjaan akan mempunyai pengalaman yang lebih baik dari petugas yang lama kerjanya belum lama. Dari hasil wawancara dengan , diketahui bahwa lama kerja di PKM A yang 7 tahun, 23 tahun dan 30 tahun. Sedangkan untuk PKM B lama kerja informan 1 tahun, 18 tahun dan 20 tahun . Lama kerja petugas kesehatan di puskesmas dilihat berdasarkan lama petugas bekerja di puskesmas, baik puskesmas yang sekarang maupun puskesmas terdahulu. Apabila petugas kesehatan telah bekerja di institusi lain sebelum bekerja di puskesmas, maka lama bekerja hanya dihitung pada saat informan bekerja di Puskesmas saja.

Pengalaman kerja dikaitkan dengan lama kerja seseorang dalam bidangnya. Pada umumnya petugas dengan pengalaman kerja yang baik tidak memerlukan banyak bimbingan dibandingkan dengan petugas yang pengalaman kerjanya sedikit (Nurani, 2000). Hal ini tentunya terkait karna semakin lama seseorang bekerja maka ia akan mendapatkan pembelajaran dari pengalamannya. Namun lama bekerja bukan menjadi satu-satunya faktor dalam pengalaman para informan dalam merujuk pasien JPK Jamsostek. Lama merujuk juga merupakan salah satu faktor yang menyebabkan pengalaman para informan dalam merujuk pasien. Dari hasil wawancara mendalam dapat terlihat bahwa para informan telah merujuk pasien JPK Jamsostek sudah cukup lama dimana sebagian dari mereka menyatakan bahwa mereka telah

merujuk sejak mereka bekerja di puskesmas tempat mereka bertugas sekarang dan sejak ada kerjasama antara PT.Jamsostek (Persero) dengan puskesmas tempat mereka bekerja sekarang. Hanya informan 1 di PKM A yang pengalamannya dalam merujuk belum terlalu lama dibandingkan dengan informan lain yaitu baru 4 tahun dihitung sejak tahun 2007.

Timbulnya tindakan medik tenaga kesehatan seperti dokter, bidan atau perawat dalam memberikan rujukan ke tingkat selanjutnya berhubungan dengan pengetahuan tenaga kesehatan tentang diagnosis penyakit dan juga prosedur rujukan (Sudiro, 2005). Pengetahuan yang telah didapatkan oleh para tenaga kesehatan kemudian akan diaplikasikan pada saat tenaga kesehatan melakukan pekerjaannya baik sebagai dokter, perawat maupun bidan terutama saat memberikan rujukan. Pengetahuan dapat diperoleh dari mana saja seperti dari pendidikan formal, non formal maupun pengalaman.

Dari hasil wawancara dengan para informan, penulis menarik kesimpulan bahwa para informan tahu, paham serta dapat mengaplikasikan rujukan kepada peserta JPK Jamsostek. Para informan ini dapat menyebutkan pengertian rujukan serta menjelaskan penatalaksanaan rujukan yang telah mereka lakukan selama ini. Mereka juga tau bahwa merujuk pasien penting untuk dilakukan terlebih saat pasien tidak dapat ditangani di Puskesmas dan memerlukan penanganan pelayanan tingkat lanjut. Namun, sepertinya pengetahuan tenaga kesehatan masih kurang. Hal ini terlihat dari cukup tingginya diagnosa 'penyakit lain' yang terdapat pada PKM B. Dalam hal ini terlihat bahwa petugas kesehatan kurang memahami atau tidak mengetahui secara pasti diagnosa pasien yang mereka rujuk. Para perujuk seharusnya tahu dan menuliskan diagnosa pasien yang akan dirujuk dengan keterangan diagnosa yang jelas bukan dengan penyakit lain.

Menurut hasil penelitian Sudiro (2005), banyaknya kasus tindakan medik yang dilakukan oleh perawat yang berada di pedesaan disebabkan oleh rendahnya tingkat pengetahuan perawat terhadap fungsi dan peranannya. Menurut hasil penelitian tersebut juga ditemukan bahwa penyebab utama rendahnya tingkat pengetahuan perawat terhadap fungsi dan perannya adalah rendahnya paparan tentang materi etika dan hukum pada perawat selama menjalani pendidikan (Sudiro, 2005). Berdasarkan hasil penelitian Sudiro tersebut, maka pemberian materi tentang rujukan harus diberikan secara terus menerus dan berkesinambungan serta merata terhadap seluruh tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas agar pengetahuan para tenaga kesehatan lebih baik lagi. Pemberian materi dapat dilakukan dengan membuat pertemuan antara tenaga kesehatan selaku pihak yang memberi pelayanan kesehatan serta rujukan terhadap peserta dengan PT.Jamsostek (Persero).

Kedua Puskesmas dalam wawancara mendalam menyatakan bahwa mereka pernah mengikuti pertemuan dengan PT.Jamsostek (Persero). Di dalam pertemuan tersebut PT.Jamsostek (Persero) membahas mengenai tata cara rujukan, hal-hal yang sebaiknya tidak dirujuk serta menyampaikan keluhan antara seluruh PPK 1 dengan PT.Jamsostek. Namun menurut informan di PKM A, pertemuan dengan PT.Jamsostek (Persero) dirasakan masih kurang dan membutuhkan pertemuan yang lebih intens. Menurut mereka pertemuan belum begitu optimal karena pertemuan jarang dilakukan dan informan merasa terlalu ramai sehingga ia sering lupa menanyakan apa yang hendak ia tanyakan.

6.5 Fasilitas dan sarana penunjang pelayanan kesehatan

6.6.1 Hasil

Dari segi fasilitas, salah satu informan menyatakan bahwa rujukan dapat dilakukan karena fasilitas tidak ada. Menurut informan berdasarkan hasil wawancara, fasilitas dan penunjang

pelayanan kesehatan yang ada di kedua PKM sudah cukup dan memadai untuk pelayanan dasar. Namun ada beberapa informan yang merasa fasilitas masih ada yang kurang lengkap, seperti belum adanya *blue light*, lab cairan tubuh ataupun *pap smear*. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan informan 2 dan 5 di bawah ini:

“...Belum semua lengkap. Lab nya ada yang belum punya seperti cairan tubuh, pap smear dan urin combustic reduksi” (Informan 2)

“...Fasilitas cukup hanya blue light belum ada...” (Informan 5)

Ada juga informan yang menyatakan bahwa fasilitas di puskesmas sudah cukup lengkap namun ruangan di puskesmas kecil. Berikut kutipan wawancara mengenai kecilnya ruangan di puskesmas:

“...Kalau untuk DKI Jakarta, ya cukup lengkap lah. Puskesmas ini juga kan ngak Cuma ada pelayanan dasar yah. Di sini ada plus nya juga. Kita Juga punya spesialis juga kayak spesialis anak. Kalau untuk pelayanan kesehatan dasar kita sudah lengkap yah. Paling ruangan kita aja yang rada kecil karna luas bangunan yang tidak besar...” (Informan 4)

6.6.2 Pembahasan

Sebelum petugas kesehatan merujuk pasien, petugas melakukan pemeriksaan/anamnesa untuk menemukan diagnosa pasien. Agar mendapatkan diagnosa yang tepat dibutuhkan fasilitas dan sarana penunjang kesehatan. Jika fasilitas dan sarana penunjang kesehatan kurang lengkap maka proses mendiagnosa pasien akan terganggu dan hal ini menyebabkan petugas kesehatan harus merujuk harus mengirim pasien ke rumah sakit dan akan berdampak pada meningkatnya penggunaan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Secara keseluruhan, fasilitas yang ada di kedua PKM ini lengkap dan memadai untuk melakukan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas, meskipun ada beberapa penunjang diagnosa seperti laboratorium yang belum ada. Namun selama pengamatan peneliti di kedua PKM, pelayanan terhadap para pasien tetap terlaksana dengan baik dan peneliti tidak menemukan adanya pasien yang mengeluhkan pelayanan di puskesmas.

Kekurangan beberapa fasilitas laboratorium seperti cairan tubuh, pap smear dan urin combustic reduksi serta tidak adanya blue light di PKM A tidak menjadi penyebab tinggi atau rendahnya angka rujukan di kedua PKM. Hal ini karena menurut cakupan pelayanannya, puskesmas hanya mempunyai wewenang untuk melakukan pelayanan laboratorium sederhana (pemeriksaan darah rutin, urin rutin, feces rutin dan tes kehamilan), pemeriksaan kimia darah terbatas GD, asam urat dan widal serta pelayanan rontgen yang terdiri dari photo torax dan foto gigi dimana kekurangan fasilitas laboratorium tersebut bukan merupakan cakupan pelayanan di puskesmas.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Iskandar (2003) bahwa faktor-faktor yang menyebabkan dokter spesialis melakukan rujukan pasiennya ke ruang kebidanan adalah faktor lokasi dan fasilitas.

6.6 Diagnosa

6.6.1 Hasil

Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan diagnosa yang mereka rujuk di tahun 2011 ini adalah penyakit kronis, epilepsi, stroke, kencing manis, kista, epilepsi dan ISPA di pelayanan dokter umum. Sedangkan untuk pelayanan dokter gigi, diagnosa yang dirujuk adalah operasi odontektomi, penyakit berkenaan dengan saraf serta gigi miring grade 2 dan 3. Di kebidanan, diagnosa yang mereka rujuk adalah seluruh diagnosa

yang terdapat dalam 18 rujuk ibu dari Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta (terlampir).

Berikut adalah hasil wawancara dengan para informan mengenai diagnosa yang mereka rujuk tahun 2011 ini:

“... Penyakit kronis, Hypertensi (paling banyak), anak yang epilepsi, stroke..” (informan 1)

“...operasi odontektomi yang kita tidak bias lakukan atau syaraf..” (informan 4)

“...indikasinya seperti partus tak maju, induksi gagal, post SC. Semua post SC kita rujuk, tidak boleh di sini. APP, manual plasenta tidak berhasil, rumeli, pertu. Semua yang 18 rujuk ibu, kita rujuk...” (informan 5)

6.6.2 Pembahasan

Diagnosa merupakan persepsi tenaga kesehatan mengenai kondisi klinis pasien. Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan diketahui bahwa diagnosa yang mereka rujuk sangat bervariasi. Diagnosa yang berbeda dikarenakan pasien memiliki jenis penyakit yang berbeda. Berdasarkan Notoadmodjo (2007), sakit mempunyai beberapa tingkat atau gradasi yakni sakit ringan (*mild*), sakit sedang (*moderate*) dan sakit parah (*severe*). Dengan perbedaan tingkat pada jenis kelamin, maka membutuhkan penanganan yang berbeda pula.

Penanganan yang berbeda pada masing-masing penyakit inilah yang menjadi salah satu faktor tenaga kerja merujuk pasien. Bila penyakitnya parah, maka tenaga kesehatan harus merujuk pasien tersebut ke pelayanan kesehatan tingkat lanjut karena sakit yang sudah parah memerlukan pelayanan canggih. Bila melihat dari 10 diagnosa tertinggi di kedua PKM, dapat dikatakan bahwa diagnosa yang dirujuk oleh tenaga kesehatan di kedua PKM merupakan penyakit yang memang memerlukan penanganan pelayanan kesehatan tingkat lanjut seperti rumah sakit.

Salah satu contoh penyakit yang dirujuk oleh kedua PKM adalah tuberkulosis (TB). Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang sebagian besar disebabkan kuman *mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulosis ini masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara pernafasan ke dalam paru kemudian kuman tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lain melalui system saluran limfa melalui saluran pernafasan (broncus) atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lain.

Tuberkulosis merupakan penyakit serius dan harus segera ditangani. Hal ini dikarenakan tuberkulosis dapat menular dan menyebabkan kematian. Seperti yang dikatakan Notoadnmodjo (2007) bahwa di dunia terdapat 8 juta kasus dan terdapat 3 juta kasus meninggal.

Berdasarkan tabel 6.3, secara keseluruhan diagnosis yang dirujuk oleh kedua PKM, baik PKM A maupun PKM B telah sesuai dengan prosedur rujukan PT.Jamsostek (Persero) namun, masih terdapat sedikit ketidak sesuaian diagnosis pada kedua PKM. Dimana kedua PKM terdapat pasien yang dirujuk dengan indikasi medis post rawat, kontrol bahkan penyakit lain. Menurut prosedur rujukan PT.Jamsostek (Persero), untuk merujuk pasien harus berdasarkan indikasi medis dimana diagnosa harus jelas dan bukan kontrol.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Pelaksanaan rujukan JPK Jamsostek pada kedua PKM telah dilaksanakan dengan cukup baik. Adapun angka rujukan di PKM A pada tahun 2011 adalah 665 rujukan dan 215 rujukan di PKM B. Angka rujukan tertinggi di PKM A adalah 82 rujukan pada bulan September dengan angka rujukan terendah 24 rujukan pada bulan Agustus. Angka rujukan tertinggi di PKM B adalah 30 rujukan pada bulan April dan yang terendah di bulan Januari yaitu 1 rujukan.
2. Dalam memberikan rujukan pasien, lama kerja informan serta lama merujuk berperan penting dalam pengambilan keputusan rujukan. Hal ini disebabkan karena semakin lama orang bekerja maka ia akan mendapatkan pembelajaran dari pengalamannya. Dalam penelitian ini, informan bekerja dengan rata-rata 20 tahun di PKM A dan 19 tahun di PKM B. Sedangkan untuk lama merujuk di PKM A yaitu 14 tahun, 23 tahun dan 4 tahun. Untuk lama merujuk di PKM B yaitu 20 tahun, 18 tahun dan 15 tahun.
3. Secara umum tingkat pengetahuan petugas terhadap pelaksanaan rujukan di kedua PKM sudah cukup baik. Namun, masih ada beberapa yang belum sesuai dengan prosedur PT.Jamsostek (Persero), yaitu masih ditemukan berkas laporan kunjungan JPK Jamsostek yang belum dilengkapi dengan diagnosa yang jelas
4. Fasilitas di kedua PKM sudah memadai untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar terhadap peserta JPK Jamsostek sehingga tidak berpengaruh terhadap tingginya angka rujukan di PKM A dan rendahnya angka rujukan di PKM B.
5. Berdasarkan data diagnosa pada tahun 2011, diketahui bahwa jenis diagnosa rujukan pada PKM A yang tertinggi adalah TB Paru, sedangkan diagnosa pada PKM B yang tertinggi adalah penyakit lain.

7.2 Saran

1. Saran untuk PT.Jamsostek (Persero)

- a. Diharapkan PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak meningkatkan koordinasi dengan pihak provider yaitu tenaga kesehatan yang merujuk pasien JPK Jamsostek untuk bersama-sama melakukan penyuluhan-penyuluhan kepada para pasien di pelayanan kesehatan tingkat I seperti penyuluhan tentang Tuberkulosis dan penyakit lain yang memiliki angka rujukan tinggi.
- b. Diharapkan PT.Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak mengadakan pertemuan secara rutin dengan PPK 1 dan menanyakan kepada petugas kesehatan mengenai kendala maupun masukan dari PPK 1 agar pelaksanaan rujukan lebih efektif.
- c. Diharapkan PT.Jamsostek (Persero) melakukan evaluasi terhadap rujukan JPK Jamsostek setiap pertengahan tahun untuk mengetahui kinerja dari pelaksanaan rujukan di PKM.

2. PPK I

- a. Diharapkan tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan rujukan terhadap peserta JPK Jamsostek untuk lebih memperhatikan pengisian berkas laporan kunjungan sesuai dengan prosedur rujukan JPK Jamsostek PT. Jamsostek (Persero)

DAFTAR PUSTAKA

- Arinyagati, Diwa, 2002. *Perbandingan Rujukan Pasien Jaminan Pelayanan Kesehatan PT. Askes di dua Puskesmas Kota Depok tahun 2002, Skripsi. Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*
- Azwar, Azrul. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta : Binarupa Aksara
- Darmawi, Herman. 2000. *Manajemen Asuransi*. Jakarta : Bumi Aksara
- Ilyas, Yaslis. 2006. *Mengenal Asuransi Kesehatan Review Utilisasi Manajemen Klaim dan Fraud*. Depok : FKM UI
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kitab Undang-undang Hukum Dagang. http://bppt.jabarprov.go.id/assets/data/arsip/KUHD_new_version.pdf (diakses 20 September 2011, Pukul 13:37 WIB)
- Nasution, Dini Handayani. *Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Rujukan dari Dokter Praktek Swasta di Sekitar RS OMNI Medical Centre ke RS OMNI Medical Centre*. Tesis. PS KARS, 2001
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan Cetakan Kedua*. Jakarta : Rineka Cipta
- _____. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta : Rineka Cipta
- _____. 2010. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- O'Donnell, Catherine, 2000. *Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature?*, Jurnal Family Practice vol 17 no.6, Oxford University Press

<http://www.anneahira.com/pencegahan-penyakit/tbc.htm>

- PAMJAKI (Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia). 2005a. *Asuransi Kesehatan Nasional*. Jakarta : PAMJAKI
- _____. 2005b. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian A*. Jakarta : PAMJAKI
- _____. 2005c. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian B*. Jakarta : PAMJAKI
- _____. 2008. *Managed Care Bagian A*. Jakarta : PAMJAKI
- Sulastomo. 2000. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Sulastomo. 2005. *Sistem Jaminan Nasional Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. Jakarta : Ikatan Dokter Indonesia
- Sulistiyowati, Aniek Eko. 2006. *Dinamika Angka Rujukan Askes Sosial Di Puskesmas Sukarahayu Kabupaten Subang Pada Bulan Juni 2006*, Skripsi. Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Ulina, 2004. *Pengaruh Karakteristik Ibu Hamil Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Antenatal K4 di Kelurahan Tanjung Jati Puskesmas Sambi Rejo Binjai Kab. Langkat 2004*, Skripsi FKM USU, Medan.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1992 Tentang Usaha Perasuransian
- http://eprints.undip.ac.id/28544/2/Abstrak_Dyah_Winastuti_ARS.pdf (diakses 20 Januari 2012 jam 17.58)
- <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-advanced-nursing-practice/volume-2-number-2/nurse-practitioner-referral-patterns-in-primary-care-occupational-health-care-s-ettings.html> (diakses 20 Januari 2012 jam 18.00)

Matrix wawancara mendalam

Sudah berapa lama ibu/bapak bekerja di Puskesmas?

	Komentar	Intisari
Informan 1	Saya mulai bekerja di sini 2004	7 tahun
Informan 2	Saya sudah 20 tahun kerja, 4 tahun pernah kerja di daerah terpencil. Saya sudah 5 kali pindah Puskesmas	20 tahun
Informan 3	Saya bekerja sejak 1988.. udah 20 tahunan lah.	23 tahun
Informan 4	Kalau di Puskesmas saya bekerja sudah 18 tahun	18 tahun
Informan 5	Saya kerja sejak tahun 1981 di Puskesmas kelurahan. Baru bekerja di Puskesmas ini tahun 2007	30 tahun
Informan 6	Saya bekerja dari tahun 1991	20 tahun
Informan 7	Saya di sini baru setahun mba	1 tahun

**Pernakah ibu/bapak melakukan rujukan terhadap peserta JPK Jamsostek?
(kalau iya, sejak kapan?)**

	Komentar	Intisari
Informan 1	Iyah sejak 2007	Pernah, 2007
Informan 2	Pernah sejak bekerja di sini.	Pernah, Sejak bekerja di puskesmas sekarang
Informan 3	Ya pernah, sejak ada kerjasama dengan Jamsostek.	Pernah, sejak ada kerjasama antara puskesmas dengan PT.Jamsostek (Persero)
Informan 4	Ya pernah. Sejak saya kerja di Puskesmas dan sejak ada kerjasama antara Jamsostek dengan PPK 1.	Pernah sejak kerja di puskesmas dan sejak ada kerja sama antara PT.Jamsostek (persero) dengan puskesmas
Informan 5	Ya pernah sejak saya di sini, dari tahun 1997	Pernah sejak 1997
Informan 6	Pernah sejak bekerja di sini. Sejak tahun 1996.	Pernah sejak 1996
Informan 7	Kalau perawat hanya melengkapi apa yang belum lengkap saja.	Belum pernah

Bagaimana pelaksanaan rujukan yang ibu/bapak lakukan?

	Komentar	Intisari
Informan 1	Kita merujuk berdasarkan diagnosis. Kalau kita merujuk itu harusnya kan ada dari rumah sakit rujuk balik yah. Kayak kita kan misalnya yah nyeri lutut mungkin ini sakit artritis yah, Ra gitu yah, kan belum tau bener apa tidak nih, kan saya bukan spesialis, tapi dokter umum. kalau pasien tidak ada perubahan kan kita kirim ke rumah sakit, kita kasih rujukan ke sana, maunya saya dapat jawaban dari sana, bener tidak sih yang saya rujuk ini penyakitnya atau mungkin menurut dia ada yang lain lagi gitu .	Rujukan diberikan berdasarkan diagnosis dan dilakukan karena belum ada perubahan dari dokter umum dan dirujuk ke dokter spesialis dimana Rumah Sakit seharusnya memberikan rujukan balik
Informan 2	Saat pasien kesini, kita periksa dan beri obat. Tapi kalau belum sembuh, kita rujuk ke Rumah Sakit	Rujukan diberikan saat pasien belum sembuh setelah diberi obat
Informan 3	Rujukan merupakan Kerjasama antara Jamsostek dengan kita dengan alat yang kita miliki kita tidak bisa ditangani	Rujukan diberikan bila tidak dapat ditangani di puskesmas
Informan 4	Sistem rujukan adalah sistem	Rujukan adalah sistem

	dimana kita mengirim pasien yang tidak dapat ditangani ke pelayanan tingkat lanjutan yang perlu penanganan spesialis.	dimana dokter PPK 1 mengirim pasien yang tidak dapat ditangani ke pelayanan tingkat lanjutan yang memerlukan penanganan spesialis
Informan 5	Rujukan dilakukan Karna tidak bisa ditangani di sini makanya dilakukan rujukan ke rumah sakit seperti tadi APP, letak sungsang kan tidak bisa makanya perlu di kita rujuk ke rumah sakit. Setau saya itu, kita tidak bisa menangani di sini dan bukan jatah kita kalau dia sungsang, bekas SC, kan bukan jatah kita.	Rujukan dilakukan bila sudah tidak dapat ditangani di Puskesmas
Informan 6	Rujukan itu, mungkin kasus yang memang bukan wewenang kita untuk menangani atau melayani ya disampaikan di tingkat lanjutan.	rujukan dilakukan bila bukan wewenang Puskesmas untuk menangani atau melayani
Informan 7	Rujukan jamsostek itu yaitu rujukan dimana yang dirujuk itu peserta jamsostek yang memerlukan penanganan lebih lanjut ke rumah sakit tujuan rujukannya karna disini memang sudah tidak bisa tertangani di Puskesmas ini	Rujukan diberikan kepada peserta yang memerlukan penanganan lebih lanjut ke rumah sakit dan tidak bisa ditangani di Puskesmas

Menurut ibu/bapak, pentingkah rujukan dilakukan?

	Komeentar	Informasi
Informan 1	Penting. Kita kan tidak ada dokter spesialis. Karna kita butuh, apa sih misalnya yah contohnya kayak Jantung. Kita dokter Jantung tidak ada. Kalaupun ada kita tidak bisa kirim ke situ karna tidak bekerjasama yang spesialisnya jadi kita hanya rujuk ke RS.	Penting
Informan 2	Penting, karena membantu peserta kalau misalnya penyakitnya parah tidak bisa diatasi	Penting
Informan 3	Penting. Kalau kita tidak bisa, yah pasti harus dirujuk. Masa tidak bisa dibiarin saja.	Penting
Informan 4	Penting banget karena kalau tidak bisa ditangani, ya kita rujuk ke pelayanan tingkat lanjut.	Penting
Informan 5	Penting sekali karna kita ga bisa di sini nangani kan. Rujukan dilakukan Karna tidak bisa ditangani di sini makanya dilakukan rujukan ke rumah sakit seperti tadi APP, letak sungsang kan ga bisa makanya perlu di kita rujuk ke rumah sakit. Setau saya itu, kita tidak bisa menangani di sini dan bukan jatah kita kalau dia sungsang, bekas SC, kan bukan	Penting

	jatah kita.	
Informan 6	Ya Penting banget. kan belum tentu semua kasus bisa dilayani di Puskesmas. Peserta Jamsostek itu harus liat kasusnya, kasusnya itu variatif, ada kasus yang harus dirujuk.	Penting
Informan 7	Penting karna kalau tidak bisa ditangani di sini harus dirujuk ke tingkat lebih lanjut	Penting

Apa yang menjadi dasar ibu/bapak saat merujuk pasien?

	Komentar	Intisari
Informan 1	Kita merujuk berdasarkan diagnosis.	Indikasi medis
Informan 2	Biasanya pasien kita Tanya dulu keluhannya lalu kita periksa dan arahkan ke penunjang diagnostik lalu diberi obat beberapa kali, sekitar 2 sampai 3 kali. Kalau belum sembuh dirujuk dan kalau darurat serta fasilitas dan obat tidak ada.	Bila sakitnya belum sembuh, obat tidak tersedia dan gawat darurat
Informan 3	Disini kan prosedur terbatas yah kalau mungkin tidak bisa yah kita rujuk ke atas yah	Sudah tidak dapat ditangani lagi
Informan 4	Kalau tidak bisa ditangani, ya kita rujuk ke pelayanan tingkat lanjut.	Sudah tidak dapat ditangani
Informan 5	Kalau Indikasinya seperti yang ada di 18 rujuk ibu, yah kita rujuk	indikasi yang terdapat dalam 18 rujuk ibu

Informan 6	Kita kan pakai sistem penafisan menurut APN yah. Kan ada ketentuan 18 rujuk Ibu. Itu yang menjadi acuan merujuk. Jadi semua yang umum dan Jamsostek yang harus dirujuk ya dasar nya sama, kita ga pilah-pilah. Walaupun dia peserta Jamsostek atau Umum kalau memang perlu dirujuk yah kita rujuk	indikasi yang termasuk dalam 18 kasus ibu
Informan 7	Penatalaksanaannya yang pasti pasien datang, pertama seperti pasien pada umumnya biasa. setelah diperiksa/dilakukan anamnesa oleh dokter umum di sini, memang kalau keluhannya dia itu memang harus perlu penanganan lebih lanjut ke rumah sakit yah berarti harus dirujuk, prosedurnya yah memang kita buat rujukan oleh dokter.	Indikasi medis

Menurut ibu/bapak, bagaimana fasilitas dan penunjang diagnostik yang ada di Puskesmas ini?

	Komentar	Intisari
Informan 1	fasilitas lengkap seperti yang ada di fasilitas puskesmas. Tapi ada beberapa yang bayar karena tidak kerjasama dengan kita seperti kolestrol dan rontgen kaki	Lengkap
Informan 2	Belum semua lengkap. Lab nya ada yang belum punya seperti cairan tubuh, pap	Memadai

	smear dan urin combustic reduksi	
Informan 3	Yah memadai. Yah lumayan, obat dan penunjang diagnosa cukup	Memadai
Informan 4	Kalau untuk DKI Jakarta, ya cukup lengkap lah. Puskesmas ini juga kan ngak Cuma ada pelayanan dasar yah. Di sini ada plus nya juga. Kita Juga punya spesialis juga kayak spesialis anak. Kalau untuk pelayanan kesehatan dasar kita sudah lengkap yah. Paling ruangan kita aja yang rada kecil karna luas bangunan yang tidak besar.	Lengkap
Informan 5	Fasilitas cukup hanya blue light belum ada	Memadai
Informan 6	Kalau untuk standar, sudah memadai yah	Memadai
Informan 7	-	-

Berdasarkan pengalaman ibu/bapak merujuk selama ini, ke Rumah Sakit mana pasien kepesertaan Jamsostek dirujuk?

	Komentar	Intisari
Informan 1	Kita untuk yang selatan itu ke Fatmawati dan Mariner. Tapi ada peraturan lagi bahwa bisa kemana saja . saya biasanya nyaranin pasien dulu harus ke mana. saya kan hanya nyaranin ke dua ini yah. Cuma terserah pasiennya mau kemana yang lebih dekat	RS. Fatmawati dan RS. Mariner

Informan 2	Kebanyakan di Rumah Sakit Fatmawati dan RS. Mariner. Tapi kemarin ada juga yang dirujuk ke luar dari provider yang bekerjasama dengan Jamsostek Cilandak. Yang penting masih provider Jamsostek	RS. Fatmawati dan RS. Mariner
Informan 3	Fatmawati	RS Fatmawati
Informan 4	Fatmawati	RS. Fatmawati
Informan 5	Fatmawati	RS. Fatmawati
Informan 6	Fatmawati	RS. Fatmawati
Informan 7	Rumah sakit sini sih, karna yang dekat Fatmawati kebanyakan Fatmawati. Ada juga yang ke Mariner Cilandak	RS. Fatmawati dan RS. Mariner Cilandak

Mengapa ibu/bapak merujuk ke Rumah Sakit tersebut?

	Komentar	Intisari
Informan 1	Karena dua rumah sakit ini adalah provider di Jakarta selatan. Kita bilang ke pasien kalau kerjasamanya begitu, kedua Rumah Sakit itu. Tapi kalau memang pasien mau di Rumah Sakit mana yang dekat sama mereka tidak apa-apa	Rumah Sakit rujukan Jamsostek di Jakarta selatan
Informan 2	Saya merujuk mereka karena dekat dan menurut pasien di Rumah Sakit tersebut bagus. Untuk tempat merujuk biasanya saya menyerahkan pilihan kepada peserta, mereka mau dirujuk kemana	Rumah Sakit rujukan, dekat dan bagus

	selama masih masuk ke provider Jamsostek. Tapi untuk yang bukan provider, saya menolak dan mengarahkan ke rumah sakit lain	
Informan 3	Memang harusnya begitu sih. Kan kita lebih luas ke Fatmawati karna lebih besar	Rumah sakit rujukan dan besar
Informan 4	Permintaan pasien, dia itu memang rumah sakit rujukan yah. Rumah sakit Fatmawati juga termasuk kategori rumah sakit tipe A yah kalau tidak salah jadi di sana spesialis nya banyak. Tapi yang jelas, karna dekat dan memang masih terjangkau.	Rumah Sakit rujukan, Spesialis lengkap, dekat dan terjangkau
Informan 5	RS Fatmawati itu lengkap	Lengkap
Informan 6	Karna termasuk Rumah Sakit Rujukan Jamsostek dan rumah sakit tersebut dekat dan lengkap	Rumah sakit rujukan, dekat dan lengkap
Informan 7	Selain dekat juga karna kalau rumah sakit sih, satu yah kelengkapan nya yang pasti tapi juga ditanya pasiennya. kan kita juga tau Jamsostek itu di rujuk kemana aja karna ada daftar rumah sakit yang menerima rujukan Astek, Jamsostek dan juga kan pasiennya kadang dia mau nya kemana, dia mungkin lebih dekat dari rumah nya dia biar mungkin mudah jadi biasanya kita tanya ini dirujuk ke bagian apa. Pasiennya yah maunya kemana yah	Dekat, ketersediaan Poli dan keinginan pasien

	<p>misalnya mau ke Fatmawati yang pasti Fatmawati pasti ada semua. Kalaupun pasien mau ke Marinir cilandak, tapi kalau bagian itu tidak ada ya tetep tidak dikasih, yang pasti kan intinya terserah pasien mau dirujuk kemana yang pasti sih bagian spesialis itu ada, gitu</p>	
--	---	--

Selama 2011 ini untuk peserta Jamsostek, penyakit apa saja yang ibu/bapak sering rujuk?

	Komentar	Intisari
Informan 1	Penyakit kronis, Hipertensi (paling banyak), anak yang epilepsi,stroke,	Hipertensi, penyakit kronis, epilepsi dan stroke
Informan 2	TBC, ISPA	TBC, ISPA
Informan 3	Misalnya ada kista, kita tidak bisa juga. Ada juga Gigi miring tapi yang lebih. kita kan ada kelas dua dan tiga. Biasanya kalau grade/tingkat kesulitannya kelas 2, kelas tiga kita rujuk. Tingkat kesulitannya. biasanya yang paling sering dirujuk gigi miring,gigi belakang miring, karies gigi	Kista, gigi miring kelas dua dan tiga, karies gigi
Informan 4	Operasi odontektomi yang kita tidak bisa lakukan atau syaraf	Odontektomi, syaraf
Informan 5	Indikasinya, seperti partus tak maju, induksi gagal, Post SC. Semua post SC	Indikasi berdasarkan 18 rujuk ibu

	kita rujuk, tidak boleh di sini. APP, manual plasenta tidak berhasil, rumeli, pertu. Semua yang 18 rujuk ibu, kita rujuk.	
Informan 6	Ya yang termasuk 18 rujuk ibu, kita rujuk, seperti gawat janin, bekas SC. Kalau pernah SC pasti kita rujuk	Yang termasuk kategori 18 rujuk ibu seperti pernah SC dan gawat janin
Informan 7	Yang kebanyakan dirujuk si yah biasanya satu: penyakit yang pasti yang ga bisa ditangani di sini. Adapun hipertensi memang ada yah, hipertensi masih ringan sih masih bisa ditangani di sini yah tapi kalau sudah berat, ya tetap tidak bisa ditangani di sini, yah memang harus dirujuk biasanya yang sudah di atas 180 dan dengan keluhan yang berat dan itu pun yah tergantung pasien nya walaupun memang dia mau dirujuk yah pasti dirujuk. Kalau mau diobati di sini biasanya dia diberi penolakan untuk dirujuk. Ada juga yang kencing manis dengan gula darah yang misalkan sudah berobat di sini sudah beberapa hari tapi tetep setelah diobati tidak turun yah pasti dirujuk. Ada juga yang gangguan kandungan kayak kista kayak seperti itu pasti dirujuk	Penyakit yang tidak dapat ditangani di Puskesmas seperti Hipertensi di atas 180, kencing manis dengan gula darah, kista.

Pedoman Wawancara

1. Sudah berapa lama ibu/bapak bekerja di Puskesmas?
2. Pernahkah ibu/bapak melakukan rujukan terhadap peserta JPK Jamsostek ?
(kalau iya, sejak kapan?)
3. Bagaimana pelaksanaan rujukan yang ibu/bapak lakukan selama ini?
4. Menurut ibu/bapak, pentingkah rujukan dilakukan?
5. Apa yang menjadi dasar ibu/bapak saat merujuk pasien?
6. Berdasarkan pengalaman ibu/bapak merujuk selama ini, ke Rumah Sakit mana pasien kepesertaan Jamsostek dirujuk?
7. Mengapa ibu/bapak merujuk ke Rumah Sakit tersebut?
8. Selama 2011 ini untuk peserta Jamsostek, penyakit apa saja yang ibu/bapak sering rujuk?

