



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PELAKSANAAN RUJUKAN RJTP
PESERTA ASKES SOSIAL PT ASKES (PERSERO)
KANTOR CABANG SUKABUMI
DI PUSKESMAS NANGGELENG DAN GEDONG PANJANG
TAHUN 2012**

SKRIPSI

IMA NUR KESUMAWATI

1006820120

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PELAKSANAAN RUJUKAN RJTP
PESERTA ASKES SOSIAL PT ASKES (PERSERO)
KANTOR CABANG SUKABUMI
DI PUSKESMAS NANGGELENG DAN GEDONG PANJANG
TAHUN 2012**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar

Sarjana Kesehatan Masyarakat

IMA NUR KESUMAWATI

1006820120

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN ASURANSI KESEHATAN
DEPOK
JULI 2012**

Universitas Indonesia

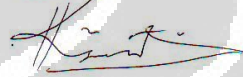
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

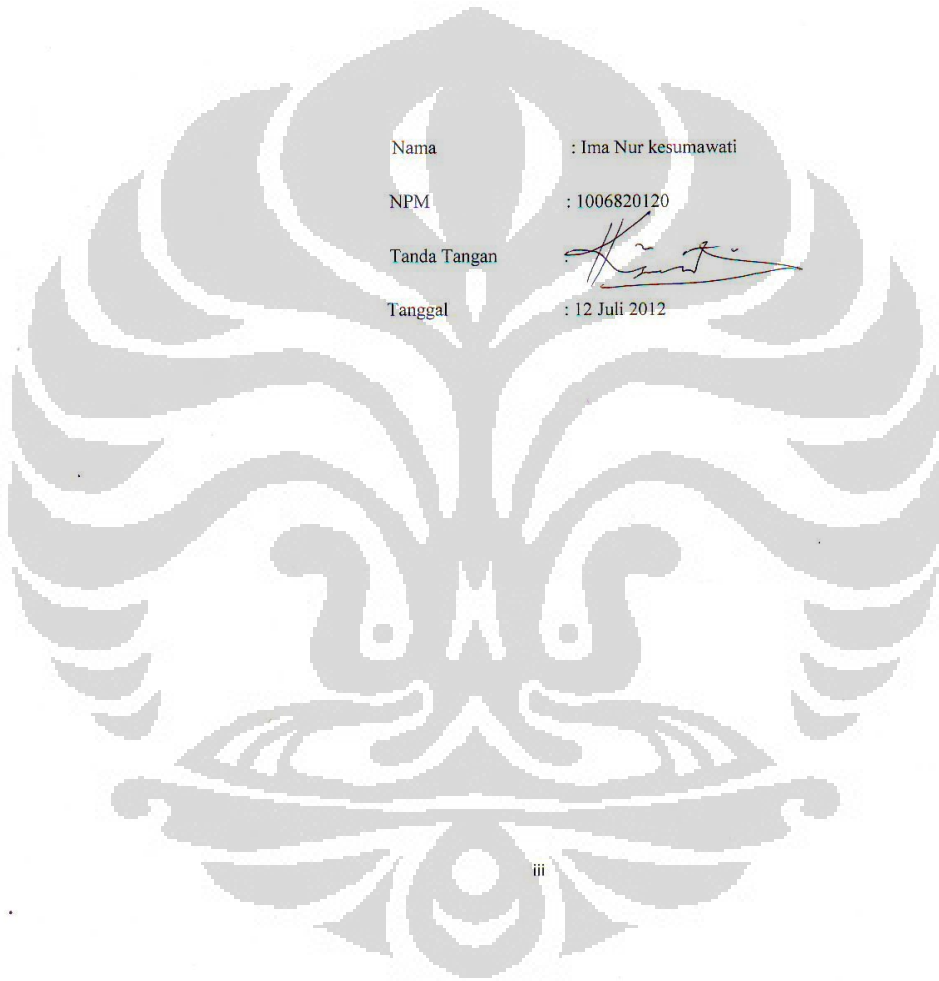
Nama : Ima Nur kesumawati

NPM : 1006820120

Tanda Tangan



Tanggal : 12 Juli 2012



HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Ima Nur Kesumawati
NPM : 1006820120
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Analisis Pelaksanaan Rujukan RJTP Peserta Askes Sosial
PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi di
Puskesmas Nanggaleng dan Gedong Panjang

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Mardiaty Nadjib, drg, MSc (.....)

Penguji : Kurnia Sari, SKM, MSE (.....)

Penguji : Jenal Sambas Muttaqin, SKM, AAK (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Ima Nur Kesumawati
NPM : 1006820120
Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2010

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

Analisis Pelaksanaan Rujukan RJTP Peserta Askes Sosial PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi Di Puskesmas Nanggaleng Dan Gedong Panjang Tahun 2012

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, 12 Juli 2012



(Ima Nur Kesumawati)

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

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

Nama : Ima Nur Kesumawati
NPM : 1006820120
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Skripsi


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

Analisis Pelaksanaan Rujukan RJTP Peserta Askes Sosial PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi Di Puskesmas Nanggaleng Dan Gedong Panjang Tahun 2012

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

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 12 Juli 2012

Yang menyatakan


(Ima Nur Kesumawati)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Tak lupa shalawat serta salam saya limpahkan kepada pembawa risalah abadi baginda Nabi besar Muhammad SAW beserta keluarga dan para sahabatnya, semoga ditempatkan di tempat yang mulia. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Jurusan Administrasi Kebijakan Kesehatan peminatan Asuransi Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

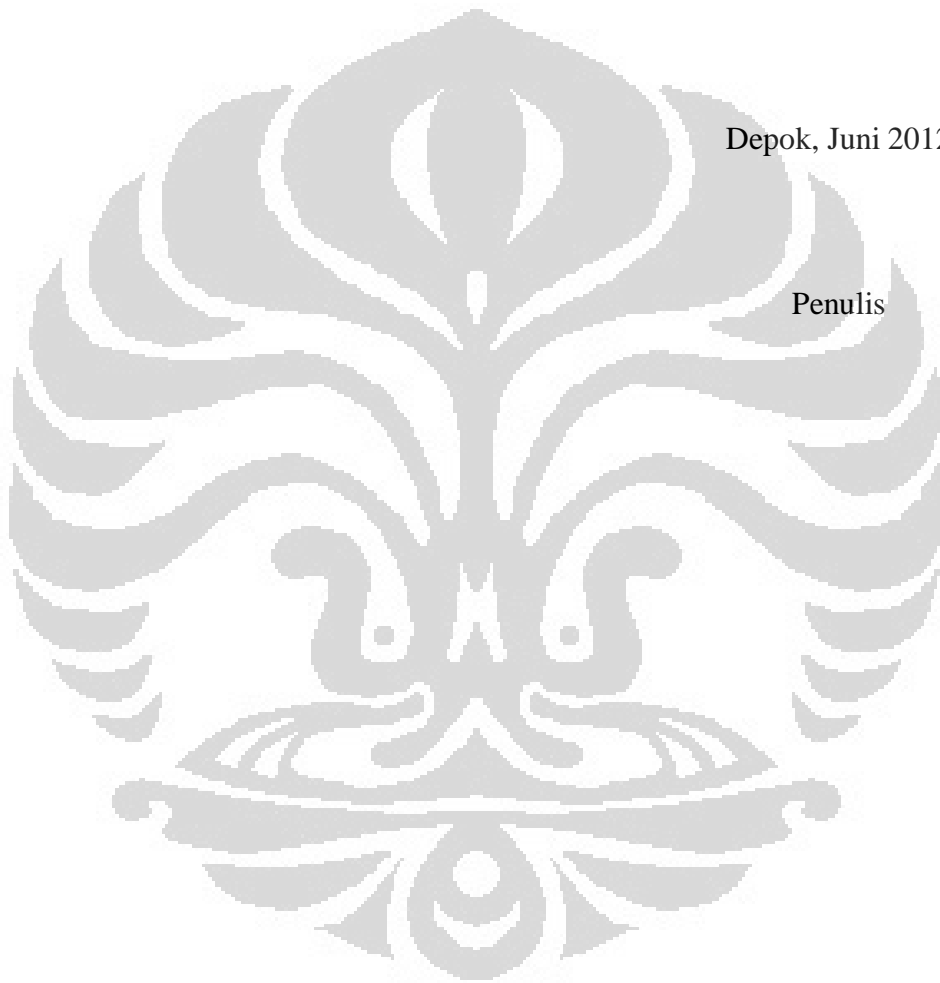
1. Allah SWT atas karunia-Nya yang telah diberikan kepada Penulis.
2. Kedua Orang Tuaku tercinta yang tidak lelah dan selalu sabar memberikan dukungan baik moral maupun material.
3. Suami tersayang dan juga sebagai teman terbaik yang selalu menemani dan mewarnai hidupku.
4. Ibu Dr. Mardiaty Najib, drg, MSc selaku Pembimbing Akademik yang telah meluangkan waktu untuk bimbingannya.
5. Bapak Pujiyanto, SKM, M.Kes selaku Ketua Koordinator Program Prakesmas.
6. Bapak dr. Agus E. Soearli selaku Kepala PT.Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi.
7. Ibu Karlina, SF., Apt selaku Pembimbing Lapangan yang telah meluangkan waktu untuk membimbing selama kegiatan Prakesmas dan penelitian skripsi di PT.Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi.
8. Teman-teman seperjuangan Manajemen Askes 2010 Teh Lisna, Merisa, Kiki, Mba Erda, Pak Cik, Agnes, Tata, Eka, dan Yana yang saling memberikan dukungan dari awal hingga penulis menyelesaikan skripsi ini.
9. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak bisa disebutkan satu per satu.

Saya menyadari dalam skripsi ini, masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, saya sangat mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun guna kepentingan perbaikan penulisan selanjutnya. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat dan dapat digunakan sebagai referensi bagi teman-teman mahasiswa di Manajemen asuransi Kesehatan maupun masyarakat pada umumnya.

Atas perhatian para pembaca, Penulis ucapkan terima kasih.

Depok, Juni 2012

Penulis



ABSTRAK

Nama : Ima Nur Kesumawati
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul : Analisis pelaksanaan Rujukan RJTP Peserta Askes
Sosial PT. Askes (Persero) di Puskesmas Nanggaleng
dan Gedong Panjang Tahun 2012

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis aspek kebijakan, ketersediaan dokter, ketersediaan obat-obatan, ketersediaan fasilitas alat kesehatan, pemahaman dokter terhadap Puskesmas sebagai *gatekeeper* dan diagnosa penyakit terhadap angka rujukan. Penelitian ini merupakan studi kasus menggunakan pendekatan kualitatif. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Puskesmas Nanggaleng memiliki rasio angka rujukan di atas standar PT. Askes 15% sedangkan Puskesmas Gedong Panjang di bawah 15%. Ketersediaan dokter, aspek kebijakan, obat-obatan, pemahaman dokter terhadap Puskesmas sebagai *gatekeeper* mempengaruhi angka rujukan. Diagnosa penyakit yang banyak dirujuk di kedua Puskesmas adalah Diabetes Mellitus dan Hipertensi. Hal tersebut berhubungan dengan ketersediaan obat-obatan yang terbatas. Diharapkan PT. Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi meningkatkan koordinasi dengan pihak Puskesmas mengenai pengendalian pelayanan rujukan.

Kata kunci:

Angka rujukan, puskesmas

ABSTRACT

Name : Ima Nur Kesumawati

Study Program : Bachelor of Public Health

Title : Analysis of the Implementation of the Referral

Participant RJTP Askes Social PT. Askes (Persero) at
the Health Center Nanggaleng and Gedong Panjang 2012

This study aims to analyze the aspects of policy, the availability of doctors, drugs, health facilities, physician's knowledge as a gatekeeper, patient diagnosis and relationship with referral ratio. This study is a case study using qualitative approach. The study revealed that Nanggaleng health center had high referrals ratio and Gedong Panjang health center had less the 15% referral ratio. The availability of physicians, policy aspects, drugs, physician's knowledge as a gatekeeper, patient diagnosis influence referral ratio. The study found that diagnosis of the cases that most frequently referred are Diabetic mellitus and Hypertension. It was related with drugs supply in health center inadequate. It is expected PT. Askes (Persero) Branch Office Sukabumi improve coordination with the health center on control of referral services.

Key words:

Referral ratio, health centers

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	4
1.4. Tujuan Penelitian	5
1.4.1. Tujuan Umum.....	5
1.4.2. Tujuan Khusus.....	5
1.5. Manfaat Penelitian	6
1.5.1. PT. Askes (Persero).....	6
1.5.2. Peneliti.....	6
1.5.3. PPK Tingkat I.....	6
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	6

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1. Asuransi Kesehatan.....	7
2.2. <i>Managed Care</i>	8
2.2.1. HMO (<i>Health Maintenance Organization</i>)	8
2.2.2. PPO (<i>Preffered Provider Organization</i>)	8
2.2.3. POS (<i>Point of Service</i>)	9
2.2.4. EPO (<i>Exlusive Provider Organization</i>).....	9
2.3. <i>Gatekeeper</i>	10
2.4. Puskesmas	10
2.4.1 Wilayah Puskesmas.....	10
2.4.2 Pelayanan Kesehatan Menyeluruh.....	10
2.4.3 Pelayanan Kesehatan Integrasi	11
2.4.4 Tujuan Puskesmas.....	11
2.4.5 Fungsi Puskesmas	11
2.4.6 Azas Puskesmas.....	12
2.5. Sistem Rujukan.....	12
2.5.1 Kegiatan Sistem Rujukan	13
2.5.2 Sistem Informasi Rujukan	13
2.5.3 Organisasi dan Pengelolaan.....	14
2.5.4 Kriteria Pembagian Wilayah	14
2.5.5 Koordinasi Rujukan ..	14
2.6. Pembayaran Kapitasi Dalam Sistem Asuransi Kesehatan.....	16
2.7. Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan rujukan pelayanan kesehatan	16
2.7.1 Model Zschock (1979) ..	16
2.7.2 Model Andersen dan Anderson (1979)..	17

BAB III. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH.....	20
3.1. Kerangka Konsep Penelitian	20
3.2. Definisi Istilah	21
BAB IV. METODOLOGI PENELITIAN	23
4.1. Rancangan Penelitian.....	23
4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	23
4.3. Informan Penelitian	24
4.4. Instrumen Penelitian	24
4.5. Pengumpulan Data.....	28
4.6. Pengolahan Data.....	29
4.7. Validasi data.....	29
4.8. Analisis data	30
BAB V. GAMBARAN UMUM PT. ASKES (PERSERO)	
KANTOR CABANG KOTA SUKABUMI	32
5.1. Gambaran Umum PT. Askes (Persero)	
Kantor Cabang Kota Sukabumi	32
5.2. Visi Misi dan Tujuan	33
5.3. Uraian Tugas	34
5.4. Ruang Lingkup Pelayanan Program Askes Sosial.....	38
5.5. Flowchart Prosedur Pelayanan Askes	43
BAB VI. HASIL DAN PEMBAHASAN	48
6.1. Keterbatasan Penelitian.....	48
6.2. Karakteristik Informan.....	48
6.3. Aspek Kebijakan.....	49

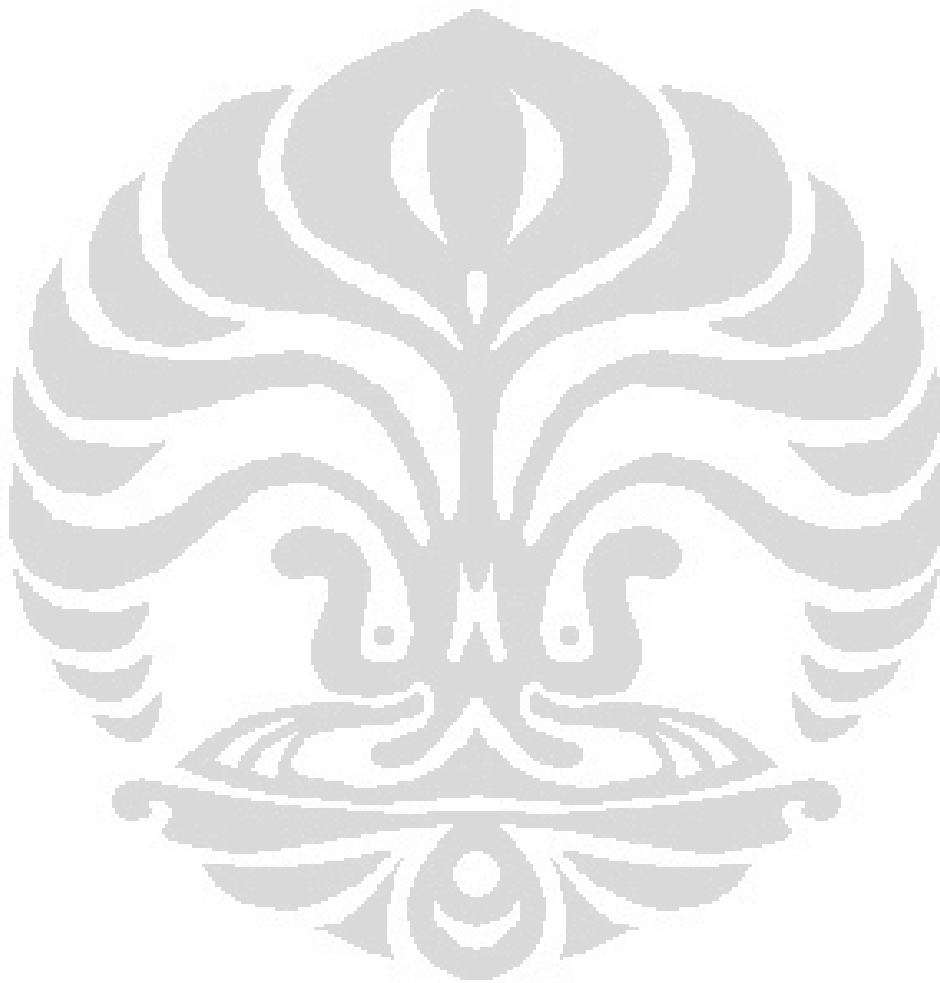
6.4. Ketersediaan Tenaga Dokter	50
6.5 Ketersediaan Obat-obatan	53
6.6. Fasilitas Alat kesehatan.....	55
6.7. Pemahaman Sebagai <i>Gatekeeper</i>	57
6.8. Diagnosa.....	63
6.9. Rujukan RJTP Puskesmas Bulan Januari hingga April 2012.....	65
BAB VII. KESIMPULAN DAN SARAN.....	68
7.1. Kesimpulan	68
7.2. Saran	69
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN.....	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Bagan Alur Rujukan.....	15
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian.....	20
Gambar 5.1. Struktur Organisasi PT. Askes (Persero)	
Kantor Cabang Kota Sukabumi	37
Gambar 5.2. <i>Flowchart</i> Prosedur Pelayanan RJTP	
di PPK Tingkat Pertama	43
Gambar 5.3. <i>Flowchart</i> Prosedur Pelayanan Persalinan di Puskesmas, Rumah	
Sakit Bersalin/Rumah Sakit.....	44
Gambar 5.4. Alur Pelayanan RJTL di Askes <i>Center</i>	45
Gambar 5.5. Alur Pelayanan RITL di Askes <i>Center</i>	46
Gambar 5.6. Alur Pelayanan UGD Di Askes Center	47

DAFTAR TABEL

Tabel 6.1. Karakteristik Informan.....	49
Tabel 6.3 Angka Rujukan dan Angka Kunjungna PPK Tingkat I PT. Askes (Persero) Kantor Cabang Kota Sukabumi	66



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan yang prima adalah kebutuhan setiap individu. Dengan memiliki kesehatan, individu dapat beraktivitas dalam kehidupan dengan maksimal tanpa terganggu oleh keterbatasan gerak karena gangguan penyakit. Namun untuk bisa tetap sehat bukanlah hal yang mudah, risiko sakit adalah risiko yang menghampiri hampir setiap manusia. Keadaan sakit tidak saja mendatangkan penderitaan secara fisik, tetapi juga membawa masalah dalam pembiayaannya.

Asuransi kesehatan adalah suatu sistem pembiayaan kesehatan yang berjalan berdasarkan prinsip risiko. Masyarakat bersama-sama menjadi anggota asuransi kesehatan dengan dasar bahwa keadaan sakit merupakan suatu kondisi yang mungkin terjadi di masa mendatang sebagai suatu risiko kehidupan. (Yaslis, 2006)

Asuransi kesehatan terdiri dari dua jenis yaitu asuransi kesehatan komersial dan sosial. Asuransi kesehatan komersial adalah jenis asuransi kesehatan yang kepesertaannya bersifat sukarela, mengikuti sebuah program asuransi kesehatan dengan membayar premi untuk mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan. Sedangkan asuransi kesehatan sosial adalah jenis asuransi kesehatan yang kepesertaannya bersifat wajib bagi seluruh atau sebagian penduduk yang diatur oleh undang-undang yang berlaku.

Asuransi kesehatan sosial yang ada di Indonesia salah satunya adalah asuransi kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang dikelola oleh PT Askes (Persero). Perusahaan ini adalah suatu Badan Usaha Milik Negara yang dibentuk berdasarkan Peraturan Pemerintah No.69 Tahun 1991 dan Peraturan Pemerintah No.6 Tahun 1992. Tujuan didirikannya PT Askes (Persero) adalah untuk menyelenggarakan upaya pemeliharaan kesehatan kepada pesertanya. Upaya ini diselenggarakan melalui penunjukkan fasilitas Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) mulai dari fasilitas pelayanan dasar (Puskesmas dan dokter

keluarga) sampai PPK lanjutan (Rumah Sakit) baik milik pemerintah maupun swasta.

Pelayanan kesehatan yang diberikan PT. Askes (Persero) terhadap peserta dilakukan dengan menggunakan teknik *managed care* yang mengintegrasikan pengendalian mutu dan pembiayaan pelayanan kesehatan. Hal tersebut diupayakan dengan diberlakukannya sistem pelayanan kesehatan berjenjang dimana saat peserta membutuhkan pelayanan kesehatan, peserta 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 pelayanan kesehatan dengan memberikan pelayanan rawat jalan tingkat pertama yang efektif dan efisien.

Pelayanan rawat jalan tingkat pertama yang disediakan oleh PT. Askes dapat diperoleh peserta askes sosial di puskesmas, balai pengobatan pemerintah, poliklinik umum rumah sakit pemerintah. Seiring dengan tuntutan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PT. Askes untuk peserta askes sosial, PT. Askes (Persero) sejak tahun 2003 mulai mengembangkan konsep dokter keluarga dalam pelayanan rawat jalan tingkat pertama (Info Askes, 2009)

PT Askes (Persero) Cabang Sukabumi menjalankan tugasnya untuk meningkatkan pelayanan PT Askes kepada peserta Askes di wilayah Kota Sukabumi, Kabupaten Sukabumi dan Kabupaten Cianjur. Dari tiga wilayah ini untuk PPK tingkat I terdapat 15 Puskesmas dan 3 dokter keluarga di wilayah Kota Sukabumi, 58 Puskesmas dan 8 dokter keluarga di wilayah Kabupaten Sukabumi serta 44 Puskesmas dan 10 dokter keluarga di Kabupaten Cianjur. PPK tingkat I inilah yang memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta secara komprehensif yang meliputi pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Selain dipercayakan sebagai penyedia pelayanan primer, PPK tingkat I berfungsi *gatekeeper* yang menyaring peserta agar peserta tidak selalu dirujuk ke pelayanan kesehatan tingkat lanjut dengan.

PT Askes (Persero) telah menetapkan bahwa rasio rujukan dari PPK tingkat I ke PPK tingkat II tidak lebih dari 15 %. Berdasarkan hasil dari data

sekunder yang didapat dari PT Askes (Persero) Cabang Sukabumi untuk rasio rujukan RJTP peserta Askes sosial di Puskesmas periode April 2011 hingga April 2012, untuk Puskesmas wilayah Kota Sukabumi sebesar 18%, Puskesmas wilayah Kabupaten Sukabumi sebesar 10% dan Puskesmas wilayah Kabupaten Cianjur sebesar 12%. Dari data tersebut, Puskesmas yang berada di wilayah Kota Sukabumi memiliki angka rasio rujukan diatas 15% dibandingkan dengan Puskesmas di Kabupaten Sukabumi dan Kabupaten Cianjur. Keadaan ini menggambarkan bahwa Puskesmas yang berada di wilayah Kota Sukabumi belum dapat menjalankan fungsinya sebagai *gatekeeper*. Salah satunya yaitu Puskesmas Nanggaleng, dilihat dari data rujukan Puskesmas ini tergolong Puskesmas yang memiliki rasio angka rujukan melebihi standar 15%. Selama melaksanakan Praktikum Kesehatan Masyarakat (2012) peneliti melihat keterbatasan tenaga dokter di Puskesmas, keterbatasan obat-obatan untuk penyakit kronis serta masih ada pasien peserta Askes sosial yang tidak melaksanakan alur pelayanan kesehatan dengan benar, merupakan pemicu meningkatnya angka rujukan dari PPK tingkat I ke PPK tingkat II.

Tingginya rasio rujukan RJTP peserta Askes sosial akan berdampak pada penurunan kepuasan peserta Askes (Persero) dan peningkatan pemanfaatan fasilitas pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) yang akan mengakibatkan terjadinya pembengkakan biaya pelayanan kesehatan. (Mukti, *et all*, 2001)

1.2 Rumusan Masalah

Tingginya rasio RJTP peserta Askes sosial PT Askes (Persero) Cabang Sukabumi tepatnya di wilayah Kota Sukabumi, dapat memunculkan persepsi pasien peserta Askes sosial bahwa pelayanan kesehatan di Puskesmas masih kurang memuaskan, sehingga banyak pasien meminta dirujuk ke Rumah Sakit. Ketidakpuasan peserta Askes sosial akan layanan kesehatan yang diberikan Puskesmas berakibat pada menumpuknya pasien rujukan di Rumah Sakit sehingga fungsi Rumah Sakit tidak lagi sebagai pemberi layanan lanjutan tetapi beralih fungsi menjadi pemberi layanan dasar, artinya Puskesmas sebagai *Gatekeeper* tidak berfungsi dengan baik. Hal ini akan menyebabkan naiknya biaya pelayanan kesehatan.

Penyebab tingginya angka rujukan dari PPK tingkat I ke PPK tingkat II ini dipicu oleh beberapa hal seperti keterbatasan tenaga dokter di Puskesmas, keterbatasan obat-obatan penyakit kronis untuk peserta Askes sosial, dan peserta Askes sosial yang tidak melaksanakan alur pelayanan kesehatan dengan tepat. Peranan *Gatekeeper* dalam efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan di tingkat pertama, dan untuk mengetahui lebih jauh tingginya rasio rujukan RJTP peserta Askes sosial di Puskesmas Nanggaleng perlu diketahui penyebab utamanya, Sebagai pembanding dipilih Puskesmas Gedong Panjang yang memiliki angka rasio rujukan dibawah 15% dan karakteristik yang sama dengan Puskesmas Nanggaleng dari sisi jumlah peserta Askes dan fasilitas Puskesmas.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah gambaran aspek kebijakan rujukan di Puskesmas terkait dengan pemberian rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) pasien peserta Askes sosial PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi?
2. Bagaimanakah ketersediaan dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan di Puskesmas, terkait dengan pemberian rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) pasien peserta Askes sosial PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi?
3. Bagaimanakah ketersediaan obat-obatan di Puskesmas, terkait dengan pemberian rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) pasien peserta Askes sosial PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi?
4. Bagaimanakah kelengkapan dari fasilitas alat kesehatan di Puskesmas, terkait dengan pemberian rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) pasien peserta Askes sosial PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi?
5. Bagaimanakah pemahaman dokter yang bertugas di Puskesmas tentang fungsi Puskesmas sebagai *gatekeeper* terhadap pelaksanaan rujukan pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) pasien peserta Askes sosial PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi?
6. Bagaimanakah gambaran diagnosa penyakit di Puskesmas terhadap pelaksanaan rujukan pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)

pasien peserta Askes sosial PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis pelaksanaan rujukan RJTP peserta Askes sosial PT. Askes (Persero) di Puskesmas Nanggaleng dan Gedong Panjang tahun 2012.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Memotret implementasi aspek kebijakan rujukan di Puskesmas terkait dengan pemberian rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) pasien peserta Askes sosial PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi
2. Menggambarkan ketersediaan dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan yang terdapat di Puskesmas, terkait dengan pemberian rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) pasien peserta Askes sosial PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi.
3. Menggambarkan ketersediaan obat-obatan yang terdapat di Puskesmas, terkait dengan pemberian rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) pasien peserta Askes sosial PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi.
4. Mengidentifikasi kelengkapan dari fasilitas alat kesehatan di Puskesmas, terkait pemberian rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) pasien peserta Askes sosial PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi.
5. Menggali pemahaman dokter yang bertugas di Puskesmas tentang fungsi Puskesmas sebagai *gatekeeper* terhadap pelaksanaan rujukan pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) pasien peserta Askes sosial PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi.
6. Menggambarkan diagnosa penyakit pasien peserta Askes yang dirujuk ke penyedia pelayanan kesehatan tingkat lanjut (PPK tingkat II) PT. Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 PT Askes (Persero)

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan referensi dalam membenahan manajemen pelayanan kesehatan peserta Askes social PT Askes (Persero) pada rawat jalan tingkat pertama.

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 tingkat I

Bagi PPK tingkat I, penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk peningkatan pelayanan kepada pasien agar pelayanan yang diberikan dapat terlaksana sesuai dengan fungsi utama sebagai *gatekeeper*.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini hanya dibatasi pada dua dokter yang bertugas di dua Puskesmas di wilayah kerja PT. Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi dengan rasio angka rujukan di atas 15% dan di bawah 15% selama bulan Januari - April 2012 yaitu Puskesmas Nanggaleng dan Gedong Panjang.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Asuransi Kesehatan

Asuransi yang dikutip dari Athern (1960) adalah suatu instrumen sosial yang menggabungkan resiko individu menjadi resiko kelompok dan menggunakan dana yang dikumpulkan oleh kelompok tersebut untuk membayar kerugian yang diderita. Dalam asuransi kesehatan, resiko sakit secara bersama-sama di tanggung oleh peserta dengan mengumpulkan premi ke perusahaan atau badan penyelenggara asuransi kemudian pihak asuransi mentransfer resiko individu ke suatu kelompok dan membagi bersama jumlah kerugian dengan proporsi yang adil oleh seluruh anggota kelompok. (Ilyas, 2006)

2.2. *Managed Care*

Bentuk asuransi kesehatan yang berkembang sampai sekarang dapat dikelompokkan ke dalam dua kelompok besar, yaitu bentuk asuransi kesehatan tradisional dengan sistem *reimbursement* dan bentuk asuransi kesehatan dengan *managed care*. Secara umum dikatakan bahwa *managed care* adalah suatu sistem yang mengintegrasikan sistem pembayaran dan pelayanan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan dilakukan melalui suatu jaringan pemberi pelayanan kesehatan yang diberi tanggung jawab untuk mengelola dan menyediakan pelayanan yang bermutu dengan baik dan efektif kepada pengguna layanan. *Managed care* menggunakan pola hubungan *tripartite* yaitu hubungan antara peserta, penyelenggara asuransi kesehatan, dan pihak pemberi pelayanan kesehatan.

Berbeda dengan asuransi tradisional, pada *managed care* berlaku kontrak atau kerjasama dengan pemberi pelayanan kesehatan untuk memberikan pelayanan yang komprehensif bagi pesertanya, adanya standar dalam seleksi pelaksanaan pelayanan kesehatan untuk kendali mutu dan kajian utilisasi, juga upaya untuk menjaga pasien tetap sehat sehingga utilisasi berkurang serta adanya insentif finansial bagi peserta.

Pada *managed care* terdapat bentuk-bentuk pengorganisasian PPK yaitu sebagai berikut :

2.2.1. HMO (*Health Maintenance Organization*)

Adalah satu bentuk *managed care* yang mempunyai ciri sebagai berikut :

- a. Pembayaran premi didasarkan pada perhitungan kapitasi. Kapitasi adalah pembayaran terhadap penyelenggara pelayanan kesehatan berdasarkan jumlah sasaran anggota, biasanya didasarkan atas konsep wilayah dan bukan berdasarkan jumlah pelayanan yang diberikan. Dulu (HMO tradisional) dibayar *reimburse* berdasarkan *fee for service*.
- b. Terikat pada lokasi tertentu.
- c. Pembayaran *out of pocket* sangat minimal.
- d. Ada dua bentuk HMO; *pertama*, HMO merupakan badan penyelenggara merangkap sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan sehingga kontrol lebih baik dan mengurangi utilisasi yang berlebihan. *Kedua*, HMO mengontrol penyelenggara pelayanan kesehatan.
- e. Pilihan PPK terbatas, perlu waktu untuk menukar PPK.
- f. Ada pembagian risiko dengan PPK
- g. Kendali biaya dan pemanfaatan tinggi.
- h. Ada kemungkinan mutu pelayanan rendah.

Ada beberapa tipe HMOs, yaitu :

- a. *Staff-model* yaitu dokter secara langsung menjadi pegawai HMO dan diberikan imbalan dengan sistem gaji.
- b. *Group-model* yaitu HMO mengontrak dokter secara kelompok dan biasanya didasarkan atas kapitasi.
- c. *Network-model* yaitu HMO mengontrak lebih dari satu grup dokter.
- d. *Individual Practice Assosiation* (IPA) yaitu HMO mengontrak sejumlah dokter dari beberapa jenis praktek dan biasanya didasarkan pada *fee for service*.

2.2.2. PPO (*Preferred Provider Organization*)

Merupakan bentuk *managed care* yang memberikan pilihan PPK yang lebih luas kepada konsumen yaitu *provider* yang termasuk dalam jaringan dan

provider yang tidak termasuk dalam jaringan pelayanan sehingga harus dibayar penuh. Ciri-cirinya sebagai berikut :

- a. Pelayanan bersifat komprehensif.
- b. Kebebasan memilih PPK.
- c. Insentif untuk menggunakan PPK murah.
- d. Pembayaran PPK berdasarkan *fee for service* dengan potongan harga.
- e. Pengeluaran *out of pocket* sedang.
- f. Inflasi biaya relatif masih tinggi.
- g. Ada kendali utilitas dan mutu.
- h. Tumbuh paling cepat.

2.2.3. POS (*Point of Service*)

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 jaringan 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.

2.2.4. EPO (*Exclusive Provider Organization*)

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 di bayar dengan sistem per pelayanan (FFS) berdasarkan tarif kesepakatan atau diskon.

2.3. *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 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.

2.4. Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat adalah organisasi fungsional merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat, disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

2.4.1 Wilayah Puskesmas

Meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas.

Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah puskesmas rata-rata 30000 penduduk setiap puskesmas. Puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yang disebut puskesmas pembantu dan puskesmas keliling.

Khusus kota besar dengan jumlah penduduk 1 juta lebih, wilayah kerja puskesmas bisa meliputi satu kelurahan.

24.2 Pelayanan kesehatan menyeluruh

- a. Pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas ialah pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan :
 - Kuratif (pengobatan)
 - Preventif (Upaya pencegahan)
 - Promotif (peningkatan kesehatan)
 - Rehabilitatif (pemulihan kesehatan)
- b. Yang ditujukan kepada semua penduduk dan tidak di bedakan jenis kelamin dan golongan umur, sejak pembuahan dalam kandungan sampai tutup usia.

2.4.3 Pelayanan kesehatan Integrasi (terpadu)

Sebelum ada puskesmas, pelayanan kesehatan didalam satu kecamatan terdiri dari balai pengobatan, balai kesejateraan ibu dan anak, Usaha Hygiene sanitasi lingkungan, pemberantasan penyakit menular dan lain sebagainya. Usaha-usaha tersebut masing-masing bekerja sendiri dan langsung melapor kepada kepala dinas kesehatan kota/kabupaten.

2.4.4 Tujuan Puskesmas

Puskesmas bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang tinggal di wilayah kerja puskesmas (Hatmoko, 2006). Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan nasional yaitu meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia sehat 2010 (Depkes RI. 1999).

2.4.5 Fungsi Puskesmas

Puskesmas memiliki tiga fungsi, yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan yang berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga dalam pembangunan kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama. Sebagai langkah awal dari program keperawatan

kesehatan masyarakat, fungsi dan peran puskesmas bukan saja persoalan teknis medis tetapi juga berbagai keterampilan sumber daya manusia yang mampu mengorganisir model sosial yang ada di masyarakat, juga sebagai lembaga kesehatan yang menjangkau masyarakat di wilayah terkecil dan membutuhkan strategi dalam hal pengorganisasian masyarakat untuk terlibat dalam penyelenggaraan kesehatan secara mandiri (Mubarak dan Chayatin, 2009).

2.4.6 Azas Puskesmas

- 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.

2.5 SISTEM RUJUKAN

Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan dikembangkan atas dasar Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 032/Birhup/72 tentang pelaksanaan Referral System, adapun batasan dan pengertian pada Bab I Ketentuan Umum, Pasal 1 sebagai berikut:

“ Referral System adalah suatu usaha pelayanan kesehatan antara pelbagai tingkat unit-unit pelayanan medis dalam suatu daerah tertentu ataupun untuk seluruh wilayah Republik Indonesia. ”

Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo (2008) mendefinisikan sistem rujukan sebagai suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal (dari unit yang lebih mampu menangani), atau secara horizontal (antar unit-unit yang setingkat kemampuannya). Sederhananya, sistem rujukan mengatur darimana dan harus kemana seseorang dengan gangguan kesehatan tertentu memeriksakan keadaan sakitnya.

2.5.1 Kegiatan Yang Tercakup Dalam Sistem Rujukan

a) Pengiriman pasien

Pengiriman pasien rujukan harus dilaksanakan sedini mungkin untuk perawatan dan pengobatan lebih lanjut ke sarana pelayanan yang lebih lengkap. Unit pelayanan kesehatan yang menerima rujukan harus merujuk kembali pasien ke sarana kesehatan yang mengirim, untuk mendapatkan pengawasan pengobatan dan perawatan termasuk rehabilitasi selanjutnya.

b). Pengiriman spesimen atau penunjang diagnostik lainnya

1) Pemeriksaan:

Bahan Spesimen atau penunjang diagnostik lainnya yang dirujuk, dikirimkan ke laboratorium atau fasilitas penunjang diagnostik rujukan guna mendapat pemeriksaan laboratorium atau fasilitas penunjang diagnostik yang tepat.

2) Pemeriksaan Konfirmasi.

Sebagian Spesimen yang telah di periksa di laboratorium Puskesmas, Rumah Sakit atau laboratorium lainnya boleh dikonfirmasi ke laboratorium yang lebih mampu untuk divalidasi hasil pemeriksaan pertama.

c). Pengalihan pengetahuan dan keterampilan

Dokter Spesialis dari Rumah Sakit dapat berkunjung secara berkala ke Puskesmas. Dokter Asisten Spesialis / Residen Senior dapat ditempatkan di Rumah Sakit Kabupaten / Kota yang membutuhkan atau Kabupaten yang belum mempunyai dokter spesialis. Kegiatan menambah pengetahuan dan ketrampilan

bagi Dokter umum, Bidan atau Perawat dari Puskesmas atau Rumah Sakit Umum Kabupaten / Kota dapat berupa magang atau pelatihan di Rumah Sakit Umum yang lebih lengkap.

2.5.2 Sistem Informasi Rujukan

Informasi kegiatan rujukan pasien dibuat oleh petugas kesehatan pengirim dan di catat dalam surat rujukan pasien yang dikirimkan ke dokter tujuan rujukan, yang berisikan antara lain : nomor surat, tanggal dan jam pengiriman, status pasien keluarga miskin (gakin) atau non gakin termasuk umum, ASKES atau JAMSOSTEK, tujuan rujukan penerima, nama dan identitas pasien, resume hasil anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnosa, tindakan dan obat yang telah diberikan, termasuk pemeriksaan penunjang, kemajuan pengobatan dan keterangan tambahan yang dipandang perlu.

2.5.3 Organisasi Dan Pengelolaan Dalam Pelaksanaan Sistem Rujukan

Agar sistem rujukan ini dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, maka perlu diperhatikan organisasi dan pengelolanya, harus jelas mata rantai kewenangan dan tanggung jawab dari masing-masing unit pelayanan kesehatan yang terlihat didalamnya, termasuk aturan pelaksanaan dan kordinasinya. Dibawah ini akan diuraikan mengenai kriteria pembagian wilayah pelayanan dalam sistem rujukan dan koordinasi antara unit-unit pelayanan kesehatan.

2.5.4 Kriteria pembagian wilayah pelayanan sistem rujukan

Karena terbatasnya sumber daya tenaga dan dana kesehatan yang disediakan, maka perlu diupayakan penggunaan fasilitas pelayanan medis yang tersedia secara efektif dan efisien. Pemerintah telah menetapkan konsep pembagian wilayah dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat. Dalam sistem rujukan ini setiap unit kesehatan mulai dari Polindes, Puskesmas Pembantu, Puskesmas dan Rumah Sakit akan memberikan jasa pelayanannya kepada masyarakat sesuai dengan ketentuan wilayah dan tingkat kemampuan petugas atau sarana.

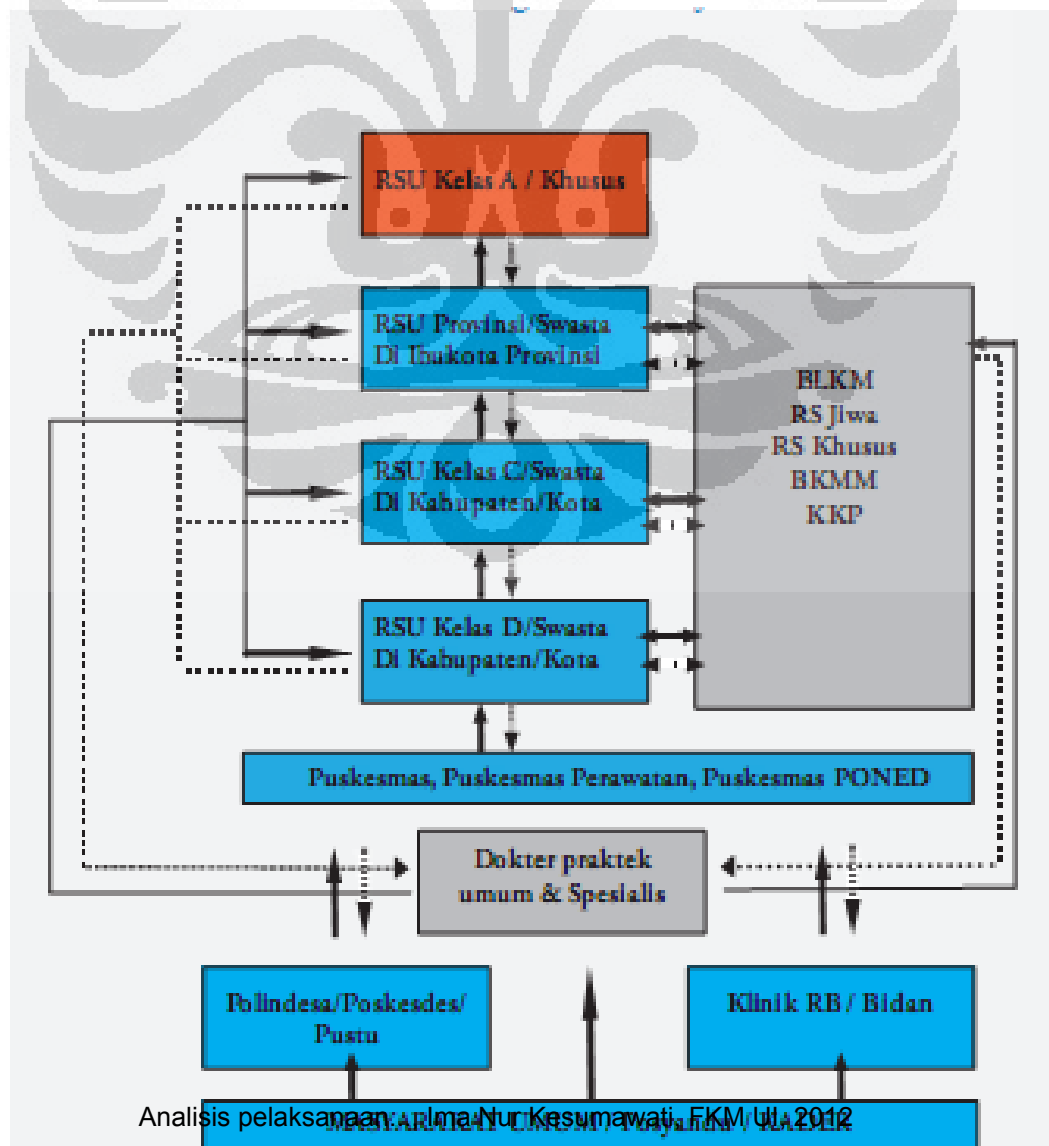
Ketentuan ini dikecualikan bagi rujukan kasus gawat darurat, sehingga pembagian wilayah pelayanan dalam sistem rujukan tidak hanya didasarkan pada batas-batas wilayah administrasi pemerintahan saja tetapi juga dengan kriteria antara lain:

- a) Tingkat kemampuan atau kelengkapan fasilitas sarana kesehatan, misalnya fasilitas Rumah Sakit sesuai dengan tingkat klasifikasinya.
- b) Kerja sama Rumah Sakit dengan Fakultas Kedokteran.
- c) Keberadaan jaringan transportasi atau fasilitas pengangkutan yang digunakan ke Sarana Kesehatan atau Rumah Sakit rujukan.
- d) Kondisi geografis wilayah sarana kesehatan.

Dalam melaksanakan pemetaan wilayah rujukan, faktor keinginan pasien/keluarga pasien dalam memilih tujuan rujukan perlu menjadi bahan pertimbangan.

2.5.5 Koordinasi rujukan antar sarana kesehatan

Dalam usaha untuk memberikan pelayanan kesehatan secara merata kepada masyarakat perlu adanya koordinasi yang efektif dalam pemberian pelayanan kesehatan rujukan. Koordinasi ini dapat dicapai dengan memberikan garis kewenangan dan tanggung jawab dari masing-masing unit pelayanan kesehatan.



Gambar 2.1.
bagan alur rujukan

2.6 Pembayaran kapitasi dalam sistem asuransi kesehatan

Sistem kapitasi adalah suatu sistem pembayaran dengan sejumlah uang yang merupakan pertanggungjawaban pelayanan kesehatan yang diterima secara tetap dan periodik sesuai dengan jumlah atau cakupan pasien. Pengelompokan biasanya berdasarkan karakteristik pasien seperti umur dan jenis kelamin. (Jacob. P, 1997) Sedangkan Azwar A (1996) menyebutkan sistem kapitasi adalah sistem pembayaran di muka yang dilakukan oleh badan penyelenggara kepada sarana pelayanan kesehatan berdasarkan kesepakatan harga untuk setiap peserta yang dipertanggungjawabkan. Biasanya sistem kapitasi ini berkaitan erat dengan konsep wilayah.

Adapun manfaat dari diterapkannya sistem pembayaran kapitasi menurut Estaugh (1981) adalah sebagai berikut :

- a. Sistem serta beban administrasi pihak pengelola dana ataupun pemberi pelayanan kesehatan akan lebih sederhana karena sistem pengadministrasiannya tidak terlalu rumit.
- b. Insentif bagi pemberi pelayanan kesehatan relative lebih stabil, karena tidak terlalu dipengaruhi oleh fluktuasi jumlah kunjungan pasien yang memerlukan pelayanan kesehatan.

- c. Untuk mencegah kerugian mendorong pemberi pelayanan kesehatan memberikan pelayanan sebaik-baiknya sehingga biaya kesehatan lebih efektif efisien.

2.7. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pemanfaatan Rujukan Pelayanan Kesehatan

2.7.1 Model Zschock (1979)

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

1. Status kesehatan, Pendapatan dan Pendidikan
Makin tinggi status kesehtan seseorang, maka ada kecenderungan orang tersebut banyak menggunakan pelayanan kesehatan. Tingkat pendapatan seseorang sangat mempengaruhindalam menggunakan layanan kesehatan. Seseorang yang tidak memiliki biaya yang cukup akan mengalami kesulitan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan meskipun dia sangat memerlukan pelayanan tersebut. Disamping itu tingkat pendidikan seseorang juga akan mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan. Orang dengan tingkat pendidikan rendah mempunyai tingakt pengetahuan yang kurang akan informasi tentang pelayanan kesehatan, sehingga akan mempengaruhi status kesehatan.
2. Factor konsumen dan PPK
Provider sebagai pemberi jasa pelayanan mempunyai peranan yang lebih besar dalam menentukan tingkat dan jenis pelayanan yang akan diberikan, karena adanya *assimetry information*. Konsumen akan menyerahkan semua keputusan terkait kesehatannya kepada provider.
3. Kemampuan dan penerimaan pelayanan kesehatan
Kemampuan membayar pelayanan kesehtan berhubungan erat dengan penerimaan dan penggunaan pelayanan kesehatan. Adanya pihak ketiga yang cenderung membayar pembiayaan kesehatan tertanggung lebih besar dibanding dengan perorangan sehingga peranan pihak ketiga (asuradur) sangat penting dalam menentukan penggunaan pelayanan kesehatan`
4. Resiko sakit dan lingkungan

Resiko sakit setiap individu berbeda-beda, individu yang menyadari mempunyai resiko sakit akan cenderung mencari pelayanan kesehatan. Lingkungan yang memenuhi persyaratan kesehatan memberikan resiko sakit yang lebih rendah kepada individu.

2.7.2 Model Andersen dan Anderson (1979)

Terdapat tujuh kategori berdasarkan tipe dari variable yang digunakan sebagai factor yang menentukan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu :

1. Model demografi
Variable yang digunakan adalah umur, seks, satatus perkawinan, dan besarnya keluarga
2. Model struktur social.
Variable yang diapakai adalah pendidikan, pekerjaan, dan etnis. Variable tersebut mencerminkan status social dan gaya hidup dari individu.
3. Model social psikologis
Dalam model ini, variable yang digunakan adalah pengetahuan, sikap dan keyakinan individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variable ini mempengaruhi individu dalam mengambil keputusan dalam menggunakan pelayanan kesehatan.
4. Model sumber keluarga
Variable pendapatan keluarga dan cakupan asuransi kesehatan. Variable ini mengukur kesanggupan dari individu untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
5. Model sumber daya masyarakat
Model sumber daya masyarakat ini adalah variable penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat. Artinya makin banyak PPK yang tersedia, makin tinggi aksesibilitas masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan.
6. Model Organisasi
Pada model ini variable yang digunakan adalah perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan. Variable yang digunakan adalah :
- Gaya praktek pengobatan (sendiri, rekanan atau kelompok)

- Sifat alamiah (nature) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak)
- Lokasi dari pelayanan kesehatan
- Petugas kesehatan yang pertama kali dikontak oleh pasien

7. Model sistem kesehatan

Model ini mengintegrasikan keenam model diatas ke dalam suatu model yang lebih sempurna.

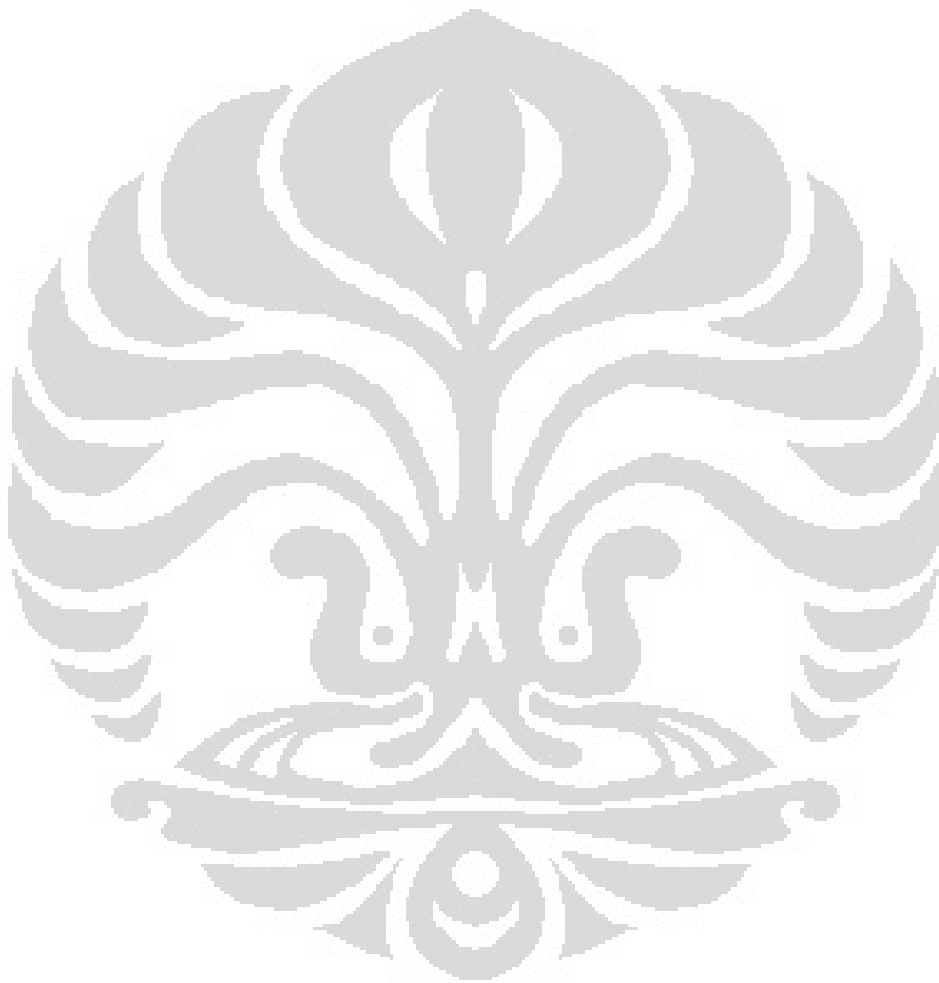
Dever mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai berikut (Santoso, 2004):

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 Zulkarnain, Ali Guhfron Mukti, dan Julita Hendartini (2003) dalam jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan menyatakan factor-faktor yang mempengaruhi RJTP peserta Askes Sosial di kabupaten Banyumas adalah :

- a. Karakteristik peserta
- b. Persepsi kebutuhan medis
- c. Pemahaman Kapitasi
- d. Persepsi resiko keuangan

Hasil penelitian yang didapat dari variable diatas factor persepsi kebutuhan medis, pemahaman kapitasi, persepsi risiko keuangan menyatakan adanya hubungan dan pengaruh terhadap tingginya rasio rujukan kesehatan peserta askes social PT Askes (Persero) di kabupaten Banyumas.



BAB III

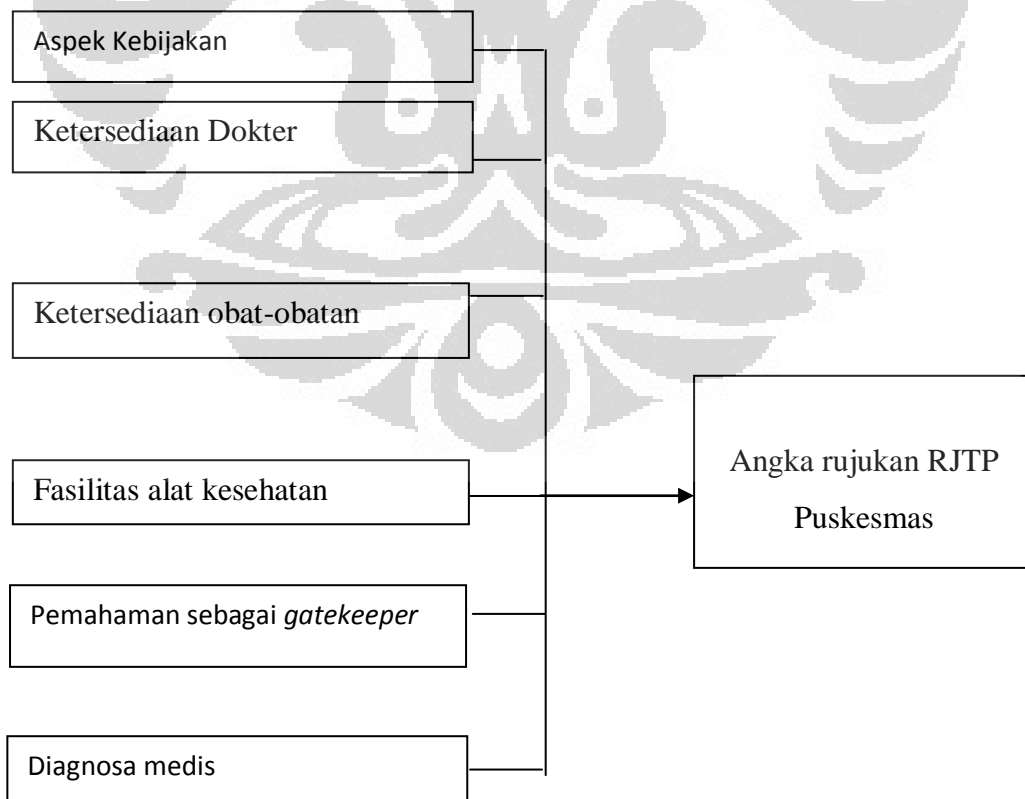
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

3.1. Kerangka konsep Penelitian

Andersen (1975) menyatakan bahwa ada banyak variabel dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, namun peneliti mengembangkan variabel-variabel tersebut untuk pemanfaatan pelayanan kesehatan tingkat lanjut dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Variabel-variabel yang akan peneliti gunakan dalam menganalisis pelaksanaan rujukan RJTP peserta Askes sosial PT. Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi tahun 2012 adalah sebagai berikut :

Gambar 3.1

Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Definisi Istilah

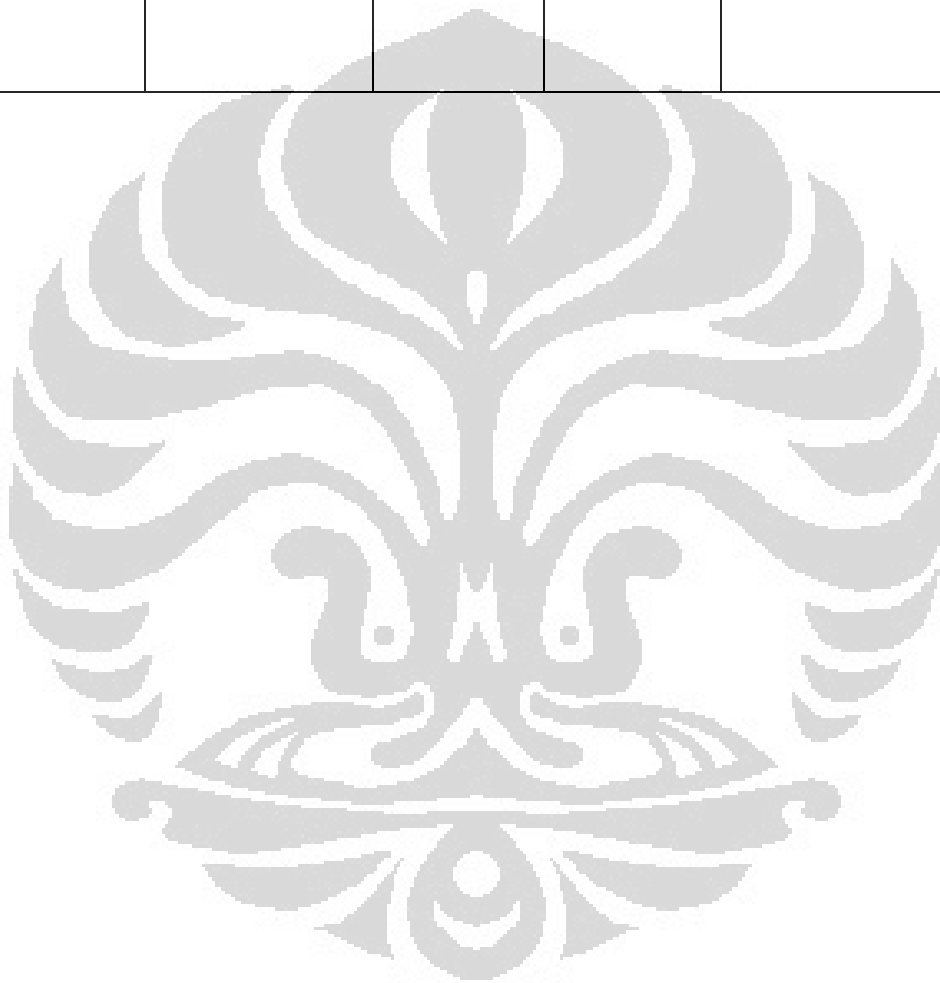
Tabel 3.1. Definisi Istilah

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
Angka Rujukan RJTP Puskesmas	Jumlah pasien peserta Askes sosial datang ke Puskesmas yang dirujuk ke Rumah Sakit/Puskesmas selama bulan Januari-April 2012.	Telaah data sekunder	Daftar isian	Diketahuinya rasio angka rujukan RJTP Puskesmas. Tinggi apabila $\geq 15\%$ dan dikatakan Rendah bila $\leq 15\%$
Aspek Kebijakan	Dasar hukum (Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 001 tahun 2012 Tentang Tentang System Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan atau Pergub Tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Provinsi Jawa Barat) yang digunakan sebagai pedoman pelayanan kesehatan terkait pelaksanaan rujukan pasien	Kajian teoritis	Dasar hukum sistem pelayanan kesehatan terkait pelaksanaan rujukan pasien peserta Askes sosial oleh dokter	Diketahuinya kesesuaian dokter dalam memberikan rujukan dengan Aspek Kebijakan yang berlaku

	peserta Askes sosial oleh dokter			
Ketersediaan dokter	Kesiapan (tenaga dan waktu) dokter untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Puskesmas	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	Diketahuinya ketersediaan dokter yang berada di PKM Cukup apabila ada dokter setiap hari, bertugas sesuai dengan jam pelayanan, diagnose pasien dilakukan dokter Tidak cukup apabila tidak ada dokter, bertugas tidak sesuai dengan jam pelayanan, diagnose dilakukan petugas lain
Ketersediaan obat-obatan	Ada tidaknya obat yang digunakan dokter dalam memberikan terapi kepada pasien peserta Askes sosial	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	Diketahuinya ada atau tidaknya obat di Puskesmas yang digunakan dokter dalam memberikan terapi kepada pasien peserta askes sosial. Cukup jika puskesmas mampu memenuhi kebutuhan obat-obatan pasien peserta Askes sosial. Dikatakan tidak cukup jika puskesmas tidak mampu memenuhi kebutuhan obat-obatan pasien peserta Askes sosial.
Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
Fasilitas Alat kesehatan	Ketersediaan fasilitas alat kesehatan menurut	Wawancara mendalam dan	Pedoman wawancara dan daftar	Diketahuinya ketersediaan alat kesehatan menurut Pedoman Peralatan dan

	<p>Pedoman Peralatan dan Tata Ruang Puskesmas Ditjen Bina Kesmas tahun 2006 yang digunakan dokter dalam pemeriksaan kesehatan kepada pasien peserta Askes sosial</p>	observasi	isian	<p>Tata Ruang Puskesmas Ditjen Bina Kesmas tahun 2006 yang digunakan dokter dalam pemeriksaan kesehatan kepada pasien peserta Askes sosial.</p> <p>Dikatakan sesuai jika fasilitas di puskesmas sesuai dengan Pedoman Peralatan dan Tata Ruang Puskesmas Ditjen Bina Kesmas tahun 2006 dan dikatakan tidak sesuai jika fasilitas di puskesmas tidak sesuai Pedoman Peralatan dan Tata Ruang Puskesmas Ditjen Bina Kesmas tahun 2006</p>
<p>Pemahaman Sebagai <i>Gatekeeper</i></p>	<p>Pengetahuan yang dimiliki dokter Puskesmas tentang prosedur pelaksanaan rujukan menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 001 tahun 2012 tentang system rujukan pelayanan kesehatan perorangan.</p>	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	<p>Diketahuinya pemahaman dokter dalam memberikan rujukan dengan prosedur pelaksanaan rujukan yang berlaku menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 001 tahun 2012 tentang system rujukan pelayanan kesehatan perorangan.</p> <p>Baik jika dokter memahami dan menerapkan azas rujukan Puskesmas</p> <p>Tidak baik jika dokter tidak memahami</p>

				dan menerapkan azas rujukan Puskesmas
Diagnosa Medis	Pernyataan tertulis di data penyakit yang dirujuk tentang penyakit pasien peserta Askes sosial	Telaah data sekunder	Daftar isian	Diketahuinya 10 diagnosa medis pasien peserta Askes sosial terbanyak yang dirujuk.



BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah bersifat studi kasus, menggunakan pendekatan 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 ialah temu muka berulang antara peneliti dan subyek penelitian, dalam rangka memahami pandangan subyek penelitian mengenai hidupnya, pengalamannya, ataupun situasi social sebagaimana diungkapkan dalam bahasanya sendiri (Taylor dan Bogdan, 1984). Wawancara mendalam adalah percakapan dua arah dalam suasana kesetaraan, akrab dan informal.

4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan di dua Puskesmas di wilayah kota Sukabumi dengan angka rujukan RJTP peserta Askes sosial yang melebihi standar rasio rujukan 15% dan angka rujukan RJTP peserta Askes sosial dibawah standar rasio rujukan 15% namun kedua Puskesmas tersebut memiliki karakteristik yang sama dari segi fasilitas. Untuk Puskesmas dengan angka rujukan RJTP peserta Askes sosial yang melebihi standar rasio rujukan 15% yaitu Puskesmas Nanggaleng dan Puskesmas dengan angka rujukan RJTP peserta Askes sosial dibawah standard rasio rujukan 15% yaitu Puskesmas Gedong Panjang. Data

sekunder yang diteliti dari bulan Januari sampai dengan April 2012 dikarenakan pada rentang waktu ini rasio angka rujukan RJTP peserta Askes sosial cenderung meningkat. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni 2012.

4.3 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 dimana informan tersebut yang bertanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan (memeriksa dan mendiagnosa penyakit). Prinsip kedua yaitu kecukupan dimana 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 empat orang dokter umum, dua orang dokter umum dari Puskesmas Nanggaleng dan dua orang dokter umum dari Gedong Panjang yang bertugas memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien peserta Askes sosial serta satu orang staf Seksi Kemitraan dan Pengendalian Manfaat PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi.

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan oleh peneliti 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 alat kesehatan. Sedangkan untuk pedoman telaah dokumen digunakan sebagai panduan peneliti dalam menganalisa pelaksanaan rujukan di Puskesmas 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.

4.5 Pengumpulan Data

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

4.5.1 Data Primer

Data primer diperoleh dari hasil wawancara mendalam terhadap para narasumber yang berhubungan dengan pelaksanaan rujukan RJTP peserta Askes sosial PT Askes (Persero) dari dua Puskesmas di wilayah kerja PT Askes (Persero) Cabang Sukabumi. Selain itu data primer juga diperoleh dari hasil observasi langsung yang dilakukan oleh peneliti.

4.5.2 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 data

rujukan, dan dokumen lain yang digunakan terkait dengan pelaksanaan rujukan di Puskesmas.

4.6 Pengolahan 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 dan tabular. 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 tabel serta gambar sesuai dengan topik untuk masing-masing informan agar lebih mudah dipahami.

4.7 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. 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 check* ulang kepada narasumber agar data dan informasi yang didapat lebih absah.

4.8 Analisis Data

Terdapat tiga jalur analisis data kualitatif, yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan (Miles dan Huberman, 1992). Reduksi data adalah proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang muncul dari data yang di dapat di lapangan.

Reduksi data merupakan bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, membuang yang tidak perlu, dan mengorganisasi data dengan cara sedemikian rupa sehingga kesimpulan akhir dapat diambil. Reduksi tidak perlu diartikan sebagai kuantifikasi data. Cara reduksi data:

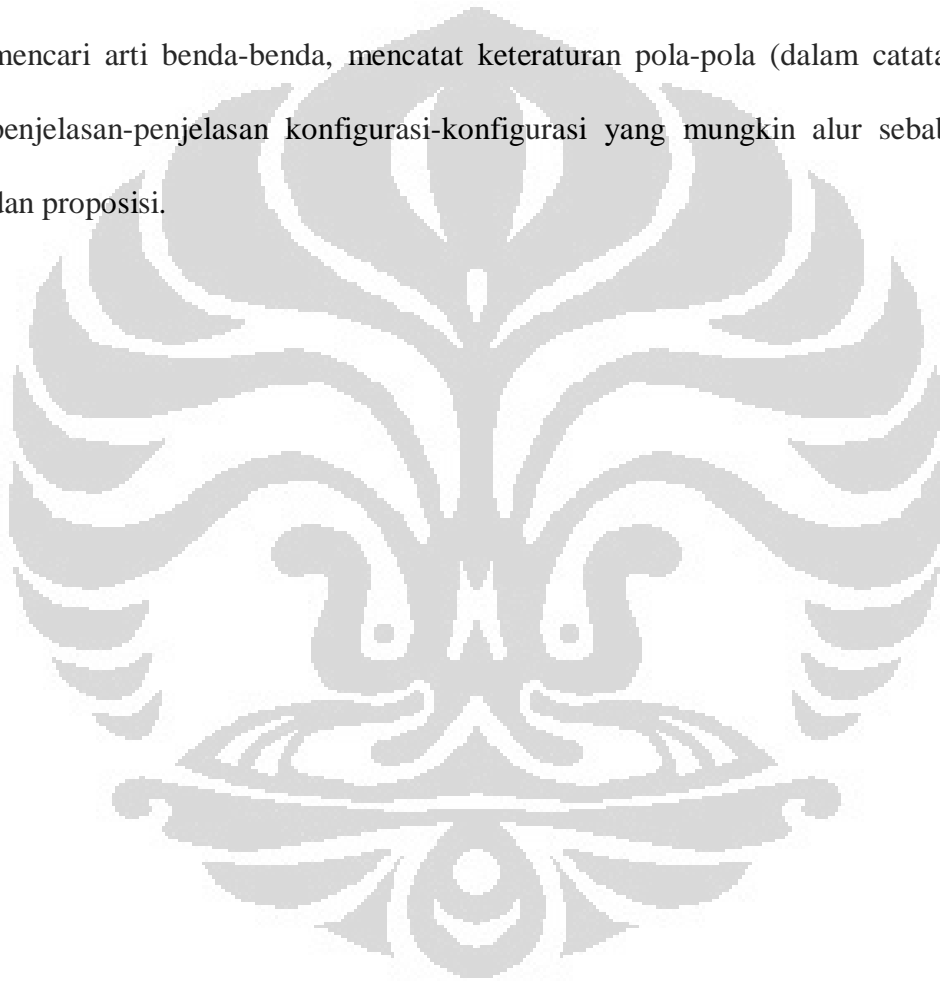
1. Seleksi ketat atas data
2. Ringkasan atau uraian singkat
3. Menggolongkan dalam pola yang lebih luas

Penyajian data adalah kegiatan ketika sekumpulan informasi disusun, sehingga kemungkinan akan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Bentuk penyajian data kualitatif :

1. Teks naratif: berbentuk catatan lapangan

2. Matriks, grafik, jaringan dan bagan. Bentuk-bentuk ini menggabungkan informasi yang tersusun dalam suatu bentuk yang padu dan mudah diraih, sehingga memudahkan untuk melihat apa yang sedang terjadi, apakah kesimpulan sudah tepat atau sebaliknya melakukan analisis kembali.

Upaya penarikan kesimpulan dilakukan peneliti secara terus menerus selama berada di lapangan. Dari permulaan pengumpulan data, peneliti kualitatif mulai mencari arti benda-benda, mencatat keteraturan pola-pola (dalam catatan teori) penjelasan-penjelasan konfigurasi-konfigurasi yang mungkin alur sebab akibat dan proposisi.



BAB V
GAMBARAN UMUM PT ASKES (PERSERO)
CABANG SUKABUMI

5.1. Gambaran Umum PT Askes (Persero) Cabang Sukabumi

Tahun 1968 Pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan untuk mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968. Untuk lebih meningkatkan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan agar dapat dikelola secara profesional, Pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 T

ahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya. Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984, status badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 status Perum diubah menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero) dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan, kontribusi kepada Pemerintah dapat dinegosiasi untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/Menkes/XI/2004 PT Askes (Persero) ditunjuk sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). Tahun 2008 Pemerintah mengubah PJKMM menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). PT Askes (Persero) berdasarkan Surat Menteri Kesehatan RI Nomor 112/Menkes/II/2008 mendapat penugasan untuk melaksanakan Manajemen Kepesertaan, tatalaksana pelayanan dan tatalaksana organisasi dan manajemen. Tahun 2011 terkait UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional di tahun 2011, PT Askes (Persero) resmi ditunjuk menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang meng-cover jaminan kesehatan seluruh rakyat Indonesia yang tertuang dalam UU BPJS Nomor 24 tahun 2011. PT Askes (Persero) Cabang Sukabumi adalah salah satu cabang dari

PT Askes (Persero), menjalankan tugasnya untuk meningkatkan pelayanan PT Askes kepada peserta Askes di wilayah Kota Sukabumi, Kabupaten Sukabumi dan Kabupaten Cianjur. Kantor PT Askes (Persero) Cabang Sukabumi terletak di Jalan Siliwangi No. 120-122, Kota Sukabumi.

5.2. Visi, Misi, dan Tujuan

5.2.1. Visi

Menjadi Spesialis dan pusat unggulan Asuransi Kesehatan di Indonesia

5.2.2. Misi

- a. Memberikan kepastian jaminan pemeliharaan kesehatan kepada peserta (masyarakat Indonesia) melalui sistem pengelolaan yang efektif dan efisien
- b. Mengoptimalkan pengelolaan dana dan pengembangan sistem untuk memberikan pelayanan prima secara berkelanjutan kepada peserta
- c. Mengembangkan pegawai untuk mencapai kinerja optimal dan menjadi salah satu keunggulan bersaing utama perusahaan.
- d. Membangun kordinasi dan kemitraan yang erat dengan seluruh stakeholder untuk bersama menciptakan pelayanan kesehatan yang berkualitas

5.2.3. Tujuan

Turut melaksanakan dan menunjang kebijakan dan program Pemerintah di bidang ekonomi dan pembangunan nasional pada umumnya, khususnya di bidang asuransi sosial melalui penyelenggaraan asuransi/jaminan kesehatan bagi pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan beserta keluarganya, dan masyarakat lainnya, serta optimalisasi pemanfaatan sumber daya Perseroan untuk menghasilkan jasa yang bermutu tinggi dan berdaya saing kuat, guna meningkatkan nilai manfaat bagi peserta dan nilai Perseroan dengan menerapkan prinsip-prinsip Perseroan Terbatas di wilayah Kota Sukabumi, Kabupaten Sukabumi dan Kabupaten Cianjur.

5.3. Uraian Tugas

5.3.1. Kepala Kantor Cabang

a. Misi Jabatan

Memastikan tersedianya rekomendasi sesuai fungsinya melalui analisa yang berkaitan fungsi tersebut sebagai dasar pengambilan keputusan dan memastikan terlaksananya rekomendasi yang telah disetujui berdasarkan kebijakan-kebijakan yang terkait fungsinya

b. Fungsi

- a) Mengumpulkan issue-issue (objective)
- b) Mengumpulkan data berdasarkan issue
- c) Menganalisa, memformulasikan, mengkompilasi, memodelkan, mem-forecast data/informasi guna melihat perkembangan besaran/ indikator lain yang terkait dengan ruang lingkup pekerjaan pemangku jabatan
- d) Menyusun rekomendasi berdasarkan analisa untuk diusulkan kepada manajemen
- e) Mempersiapkan implementasi program
- f) Memastikan tersedianya laporan dan review atas pelaksanaan implementasi program

5.5.2 Kepala Hubungan Pelanggan & Pemasaran

a. Misi Jabatan :

Memastikan peningkatan jumlah peserta dan tercapainya kepuasan peserta melalui kegiatan administrasi kepesertaan yang valid, penanganan keluhan dengan baik, pendistribusian kartu peserta, kegiatan sosialisasi dan pembinaan serta penyampaian laporan yang akurat sesuai SPNM .

b. Fungsi :

- a) Pelaksanaan komunikasi marketing
- b) Pelaksanaan advokasi
- c) Pemeliharaan masterfile kepesertaan
- d) Pengelolaan administrasi kepesertaan

- e) Penyediaan identitas kartu peserta (pengadaan kartu, pencetakan kartu, pengelolaan blanko kartu)
- f) Pengelolaan keabsahan peserta (koordinasi manfaat, pengaturan manfaat kepesertaan ganda)
- g) Penyediaan standar layanan (pelayanan kantor cabang, edukasi dan komunikasi/pemberian informasi)

5.5.3 Kepala Seksi Manajemen Manfaat

a. Misi Jabatan :

Memastikan tercapainya target pengendalian klaim dan biaya pelayanan kesehatan melalui pelaksanaan kegiatan jaminan pelayanan kesehatan guna mendukung tercapainya target pengendalian biaya pelayanan kesehatan berdasarkan Standar Pelayanan Non Medis (SPNM).

b. Fungsi :

- a) Keabsahan pelayanan
- b) Klaim perorangan
- c) Verifikasi klaim (syarat, prosedur dan administrasi)
- d) Pembayaran klaim

5.5.4 Kepala Seksi Kemitraan dan Pengendalian Manfaat

a. Misi Jabatan :

Memastikan tercapainya peningkatan mutu pelayanan dan peningkatan kepuasan peserta dan PPK melalui penyelenggaraan hubungan kemitraan, perluasan jaringan PPK, serta pengendalian utilisasi pelayanan kesehatan melalui kegiatan promotif dan preventif .

b. Fungsi :

- a) Kemitraan provider (kontrak, recredentialing, sosialisasi layanan dan prosedur, pembinaan provider, menyelesaikan keluhan)
- b) Kemitraan pemda tk. II (kontrak, advokasi, koordinasi)
- c) Ketersediaan (input) data utilisasi
- d) Pelaksanaan upaya promotif
- e) Pelaksanaan upaya preventif

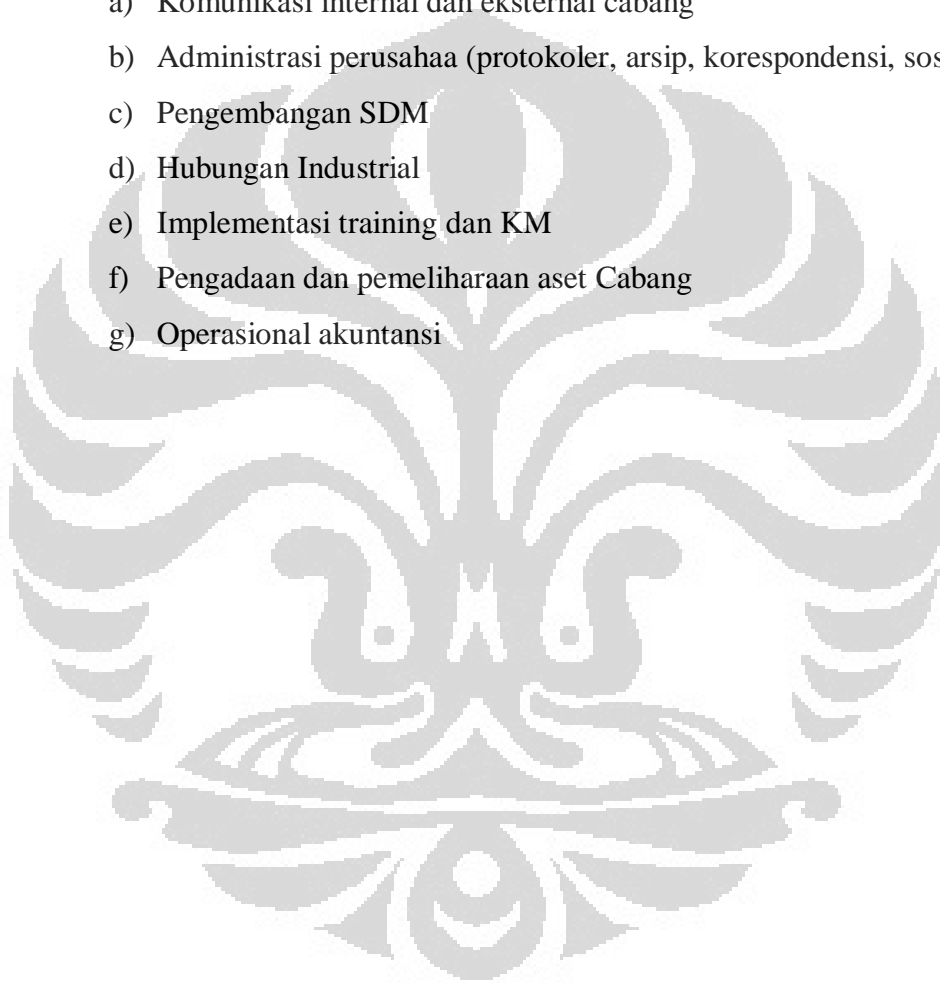
5.5.5 Kepala Seksi Keuangan dan Umum

a. Misi Jabatan :

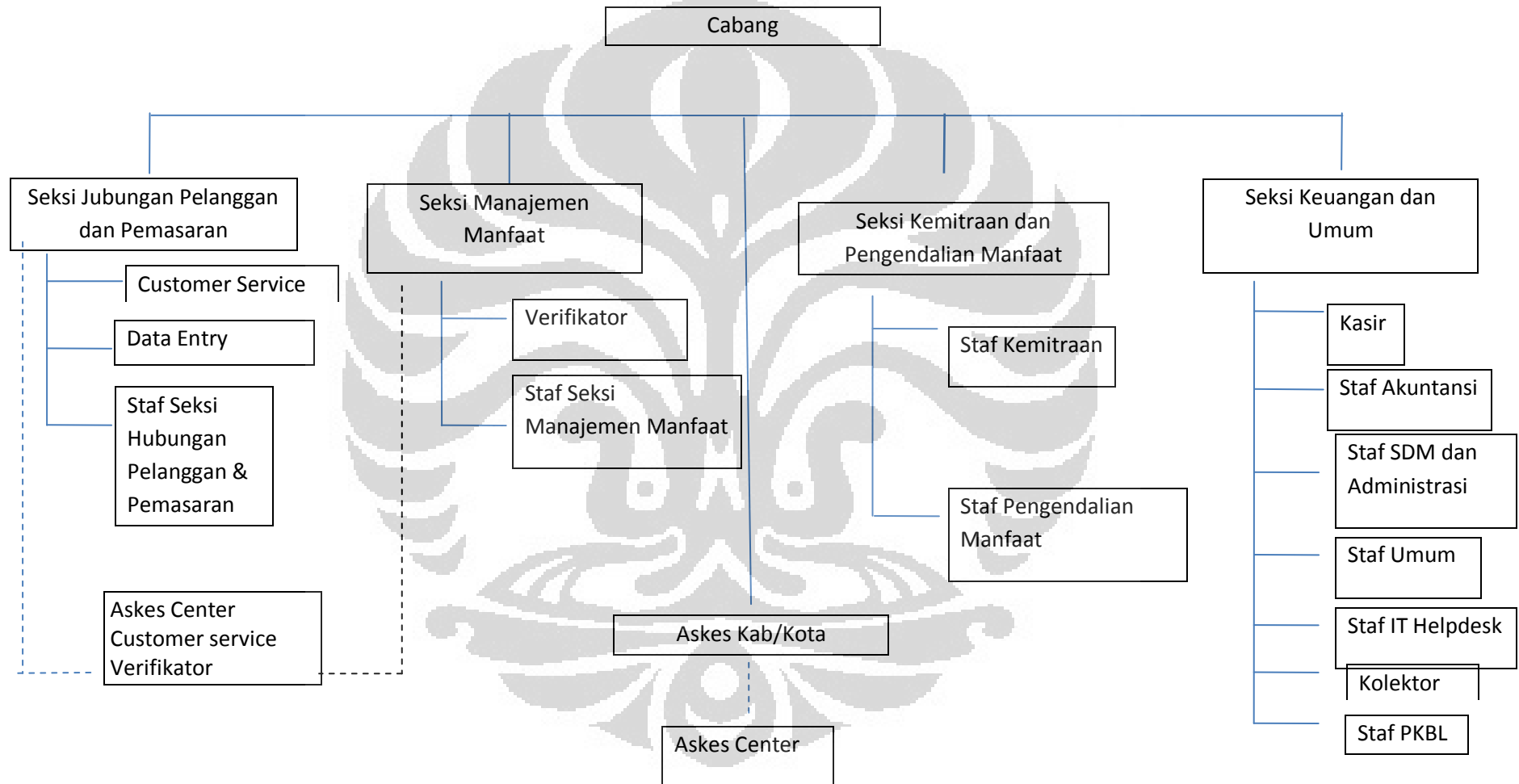
Memastikan peningkatan efektifitas dan efisiensi pengelolaan keuangan dan umum melalui kegiatan pengelolaan keuangan cabang, pengelolaan PKBL, pengelolaan sumber daya sarana dan sumber daya manusia (SDM) Kantor Cabang guna mendukung tercapainya kepuasan peserta.

b. Fungsi :

- a) Komunikasi internal dan eksternal cabang
- b) Administrasi perusahaan (protokol, arsip, korespondensi, sosialisasi)
- c) Pengembangan SDM
- d) Hubungan Industrial
- e) Implementasi training dan KM
- f) Pengadaan dan pemeliharaan aset Cabang
- g) Operasional akuntansi



Gambar 5.1.
Struktur Organisasi PT Askes (Persero) Cabang Sukabumi



5.4. Ruang Lingkup Pelayanan Program Askes Sosial

5.4.1 Peserta Askes Sosial

Peserta adalah komponen terpenting yang harus mendapat perhatian karena keberadaannya sangat menentukan kelangsungan hidup perusahaan. Oleh karena itu, PT Askes (Persero) berusaha memberikan pelayanan kesehatan yang prima kepada peserta Askes. Adapun yang menjadi peserta Askes adalah :

- a. Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan calon PNS (tidak termasuk PNS dan calon PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan TNI/Polri), Pejabat Negara, penerima pensiun (pensiunan PNS termasuk PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan TNI/Polri, pensiun pejabat negara), Veteran dan perintis kemerdekaan
- b. Pegawai tidak tetap (Dokter/Dokter Gigi/Bidan) tidak beserta anggota keluarga Anggota keluarga peserta yang memenuhi persyaratan pun ikut menjadi peserta program jaminan pelayanan kesehatan Askes Sosial dengan status sebagai Istri/Suami/Anak. Adapun anggota keluarga yang dapat menjadi peserta Askes Sosial adalah :
 - a) Istri atau suami yang sah dari peserta yang mendapat tunjangan istri/suami (Daftar Istri/Suami yang sah yang tercantum dalam gaji/slip gaji, dan termasuk ke dalam daftar penerima pensiun/carik Dapem)
 - b) Anak (anak kandung/anak tiri/anak angkat) yang sah dari peserta yang mendapat tunjangan anak, yang tercantum dalam daftar gaji/slip gaji, termasuk dalam daftar penerima pensiun/carik Dapem, belum berumur 21 tahun atau telah berumur 21 tahun sampai 25 tahun bagi anak yang masih melanjutkan pendidikan formal, dan tidak atau belum pernah kawin, tidak memiliki penghasilan sendiri serta masih menjadi tanggungan peserta
 - c) Jumlah anak yang ditanggung maksimal 2 (dua) anak sesuai dengan urutan tanggal lahir, termasuk di dalamnya anak angkat maksimal satu orang. Peserta Askes Sosial memiliki hak dan kewajiban terhadap PT Askes (Persero). Hak sebagai peserta dan anggota keluarga yang menjadi peserta Askes sosial adalah :

- d) Memperoleh kartu peserta
- e) Memperoleh penjelasan/informasi tentang hak, kewajiban serta tata cara pelayanan kesehatan
- f) Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan PT Askes (Persero), sesuai dengan hak dan ketentuan yang berlaku
- g) Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke kantor PT Askes (Persero) Sedangkan untuk kewajiban bagi Peserta adalah :
 - h) Mengurus kartu peserta dan melaporkan perubahan data peserta
 - i) Menjaga kartu peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak
 - j) Melaporkan dan mengembalikan kartu peserta yang telah meninggal dunia ke kantor Askes (Persero)
 - k) Mengetahui dan mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan
 - l) Membayar iuran sesuai ketentuan pemerintah yang berlaku.

5.4.2. Jaringan Pelayanan Kesehatan Program Askes Sosial

Jaringan pelayanan kesehatan program Askes Sosial adalah fasilitas Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang bekerja sama dengan PT Askes (Persero) sehingga menjadi provider Askes, terdiri dari :

1. Pemberi Pelayanan Kesehatan Dasar atau Tingkat Pertama, yaitu :
 - a. Puskesmas
 - b. Dokter Keluarga / Dokter Gigi Keluarga
 - c. Poliklinik Milik Institusi
 - d. Klinik 24 Jam
2. Pemberi Pelayanan Kesehatan Lanjutan, yaitu :
 - a. Rumah Sakit Umum Pemerintah
 - b. RS Khusus Pemerintah (Jantung, Paru, Ortopedi, Jiwa, Kusta, Mata, Infeksi, Kanker, dll.)
 - c. Rumah Sakit TNI/Polri

- d. Rumah Sakit Swasta
- e. Unit Pelayanan Transfusi Darah/PMI
- f. Apotek/Instalasi Farmasi RS
- g. Optikal
- h. Balai Pengobatan Khusus (Paru, Mata, Indera, dll)
- i. Laboratorium Kesehatan
- j. Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya yang bekerja sama dengan PT Askes (Persero)

5.4.3. Pelayanan Kesehatan yang Dijamin dalam Program Askes Sosial

Peserta bisa mendapatkan pelayanan kesehatan di PPK Provider Askes berupa Rawat Jalan dan Inap Tingkat Pertama (RJTP dan RITP) serta Rawat Jalan dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RJTL dan RITL). Pelayanan kesehatan yang dijamin dalam Program Askes Sosial adalah sebagai berikut :

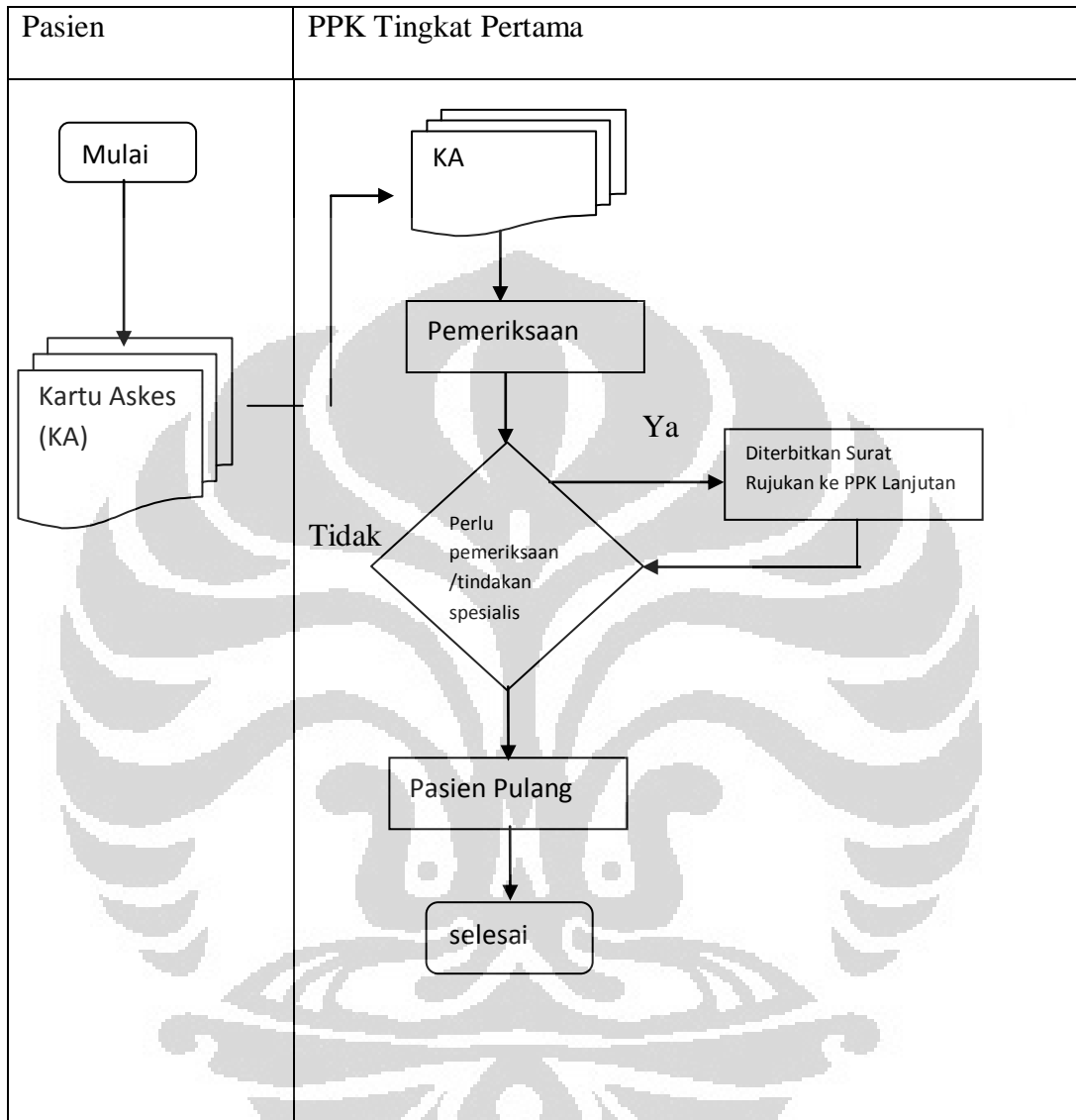
1. Pelayanan Kesehatan Dasar, yang bisa diperoleh pada PPK dasar atau tingkat pertama:
 - a. Konsultasi, penyuluhan, pemeriksaan medis dan pengobatan
 - b. Pemeriksaan dan pengobatan gigi
 - c. Tindakan medis kecil/ sederhana
 - d. Pemeriksaan penunjang diagnostik sederhana
 - e. Pengobatan efek samping kontrasepsi
 - f. Pemberian obat pelayanan dasar dan bahan kesehatan habis pakai
 - g. Pemeriksaan kehamilan dan persalinan sampai anak kedua hidup
 - h. Pemeriksaan nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh Bidan atau Dokter termasuk pelayanan imunisasi dasar
 - i. Pemberian surat rujukan ke PPK yang lebih tinggi bagi penyakit yang tidak dapat ditangani di PPK Tingkat Pertama
 - j. Pelayanan rujuk balik dari PPK Tingkat Lanjutan
 - k. Pelayanan rawat inap di Puskesmas Perawatan atau dengan tempat tidur, dengan pelayanan kesehatan :
 - a) Konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan
 - b) Perawatan dan akomodasi di ruang perawatan

- c) Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis kecil/ sederhana oleh Dokter atau Paramedis
 - d) Persalinan per vaginam
 - e) Pemeriksaan penunjang diagnostik
 - f) Pelayanan obat-obatan standard serta alat kesehatan habis pakai selama masa perawatan.
2. Pelayanan Kesehatan Lanjutan adalah pelayanan kesehatan yang bersifat spesialistik, yang bisa diperoleh pada PPK Tingkat Lanjutan:
- a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)
 - a) Konsultasi, pemeriksaan, dan pengobatan medis spesialistik, sub-spesialistik serta penyuluhan kesehatan
 - b) Pemeriksaan penunjang diagnostik yang terdiri dari pemeriksaan laboratorium klinik dan parasitologi, pemeriksaan penunjang radio diagnostic serta penunjang diagnostic-elektromedik sesuai ketentuan PT Askes (Persero)
 - c) Penunjang diagnostik luar paket seperti pemeriksaan laboratorium klinik, patologi anatomi, mikrobiologi, CT Scan dan MRI
 - d) Tindakan medis poliklinik dan rehabilitasi medis
 - e) Pemberian obat standard dan bahan alat kesehatan habis pakai
 - f) Peresepan dan pelayanan obat sesuai DPHO
 - g) Pelayanan haemodialisa dan CAPD
 - h) Pelayanan gawat darurat dengan kasus emergency
 - i) Pelayanan transfusi dan cuci darah
 - j) Cangkok (transplantasi) Organ
 - k) Paket pelayanan One Day Care
 - l) Pemeriksaan kehamilan, gangguan kehamilan, dan persalinan sampai anak
 - m) kedua hidup

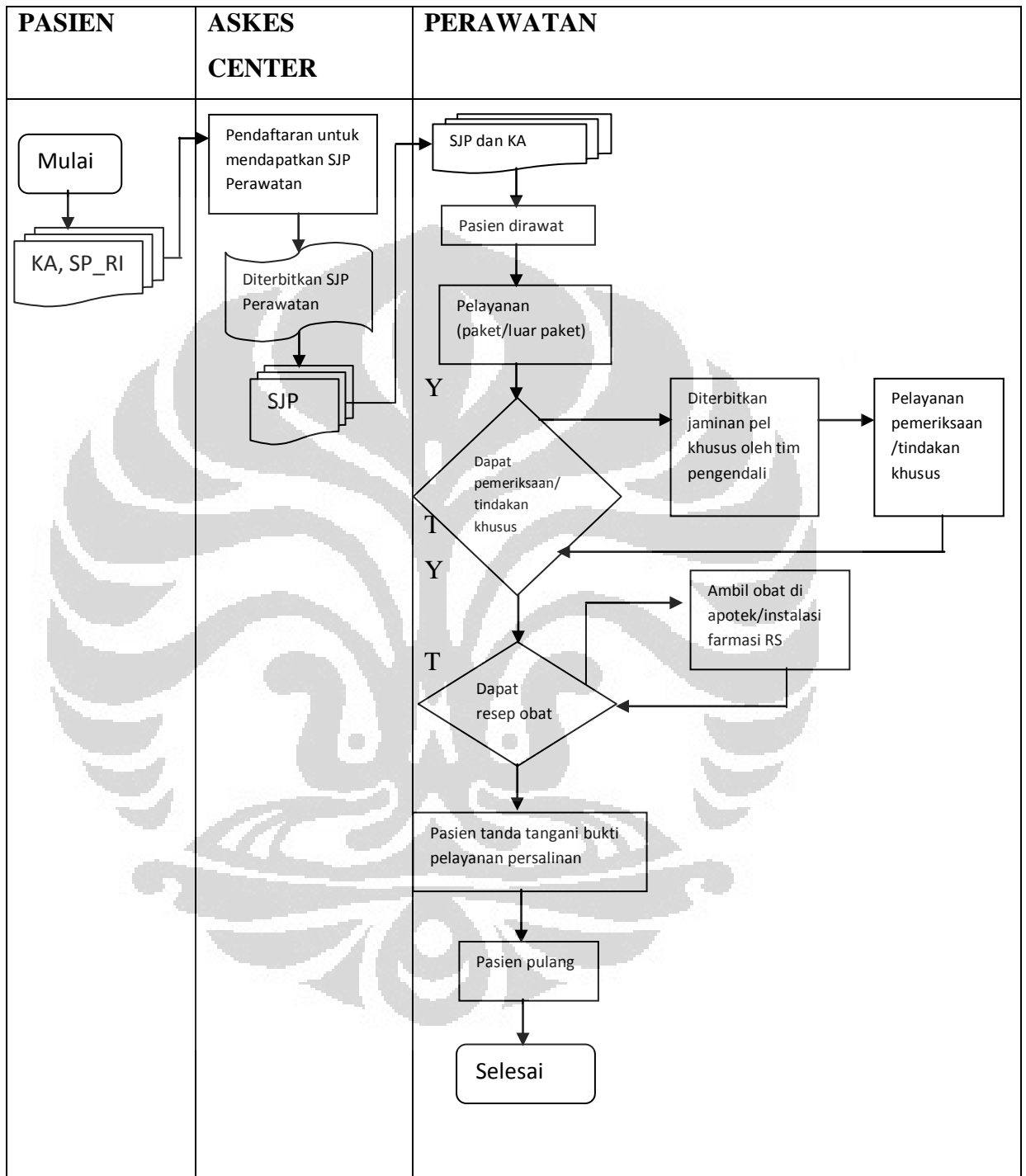
- b. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)
 - a. Rawat inap di ruang perawatan sesuai hak peserta
 - b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi oleh dokter spesialis
 - c) Tindakan medis operatif
 - d) Perawatan di ruang intensif seperti di Ruang ICU, ICCU, HCU, NICU, PICU)
 - e) Pelayanan rehabilitasi medis
 - f) Pelayanan obat sesuai DPHO dan ketentuan lain yang ditetapkan oleh PT Askes (Persero)
 - g) Pelayanan ESWL
- 3. Pelayanan Alat Kesehatan yang diberikan kepada peserta dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. Kacamata, diberikan 1 kali dalam 2 tahun
 - b. Gigi tiruan (Prothese Gigi), diberikan paling cepat 2 tahun sekali
 - c. Alat bantu dengar, diberikan 1 kali dalam 2 tahun
 - d. Kaki/Tangan Tiruan
 - e. Implant (alat kesehatan yang ditanam dalam tubuh) antara lain :
 - a) IOL (lensa tanam di mata)
 - b) Pen & Screw (alat penyambung tulang)
 - c) Mesh (alat yang dipasang setelah operasi hernia)

5.5. Flowchart Prosedur Pelayanan Peserta Askes

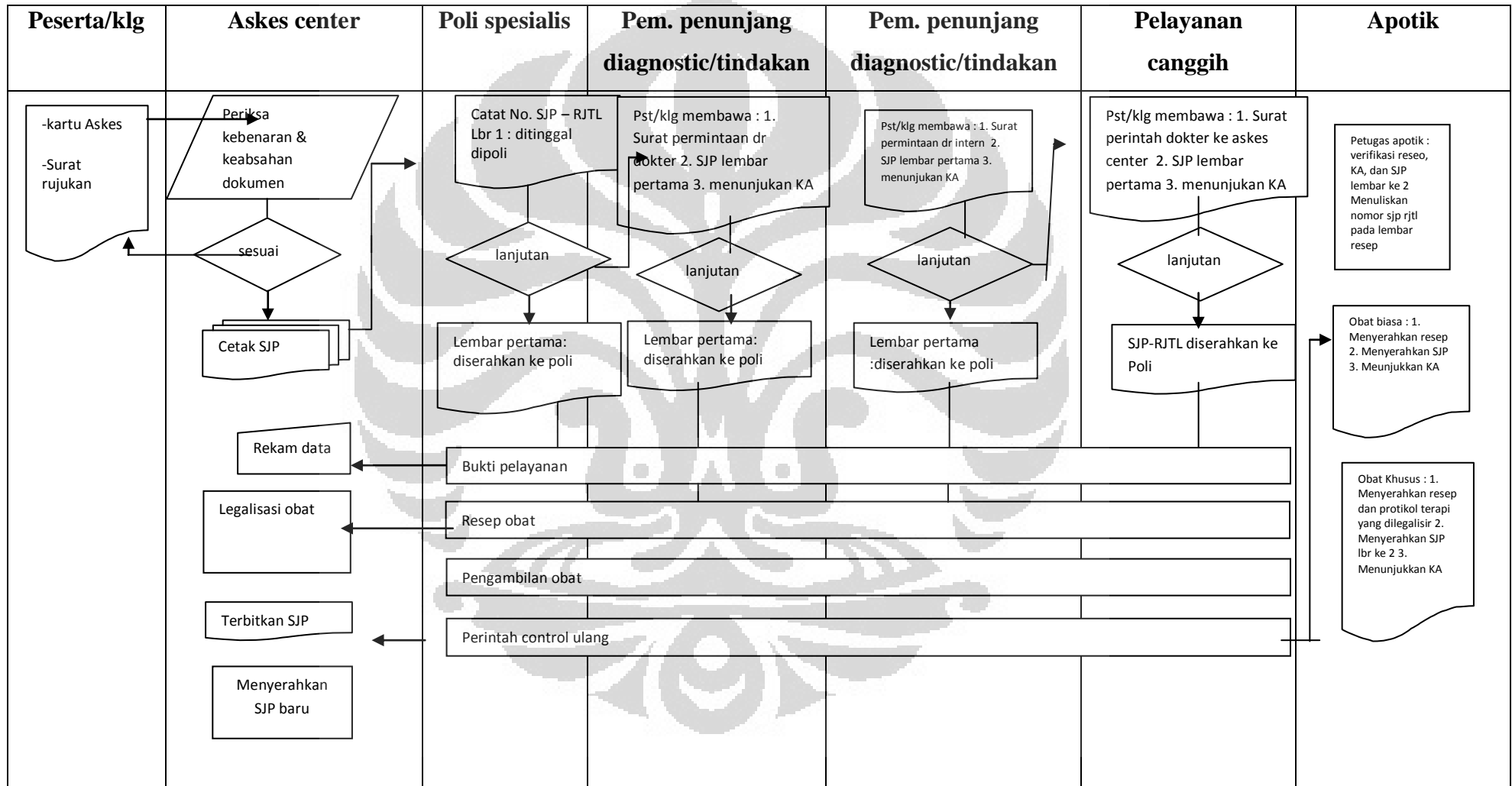
Gambar 5.2.
Flowchart Prosedur Pelayanan RJTP di PPK Tingkat Pertama



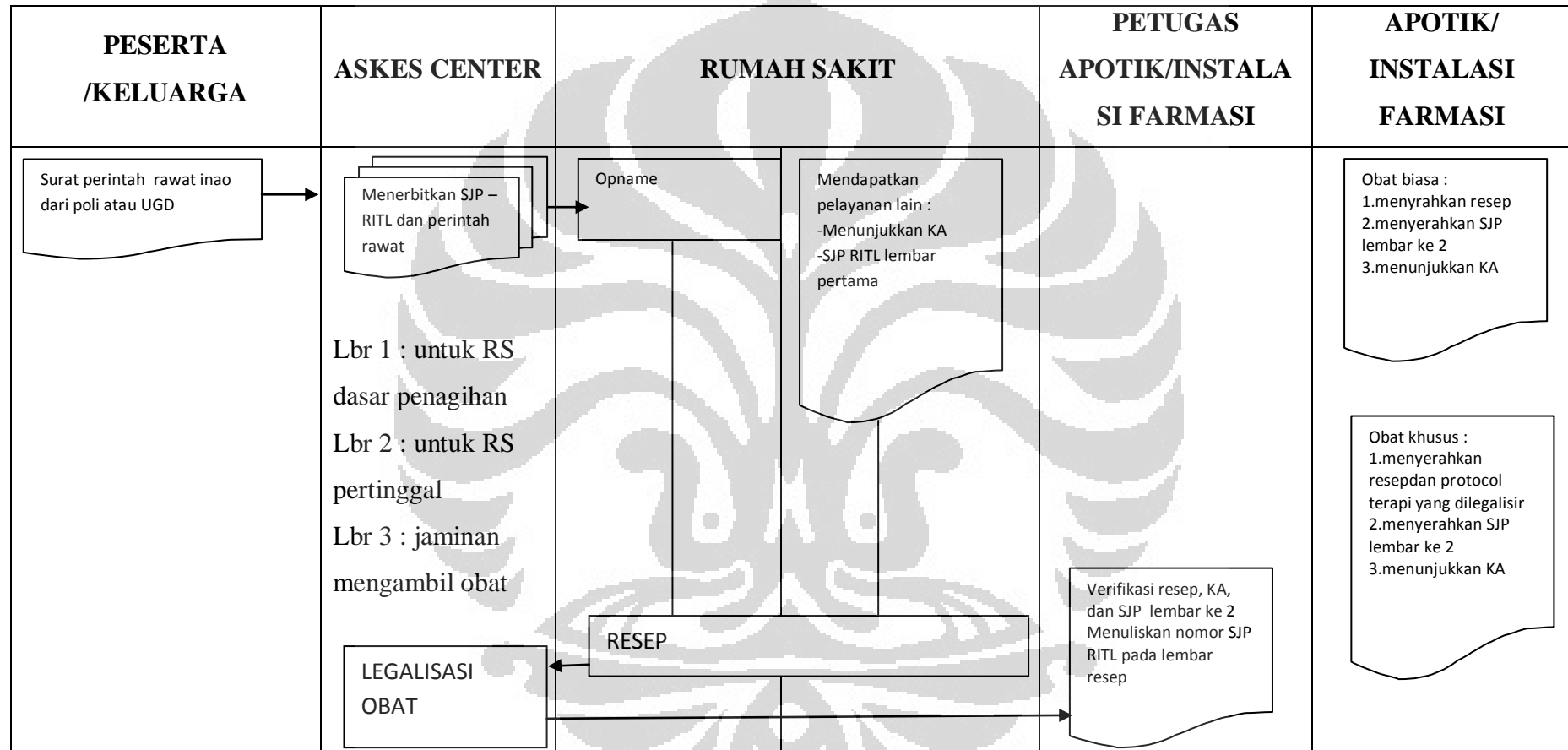
Gambar 5.3.
Flowchart Prosedur Pelayanan Persalinan Di Puskesmas, Rumah Bersalin/Rumah Sakit



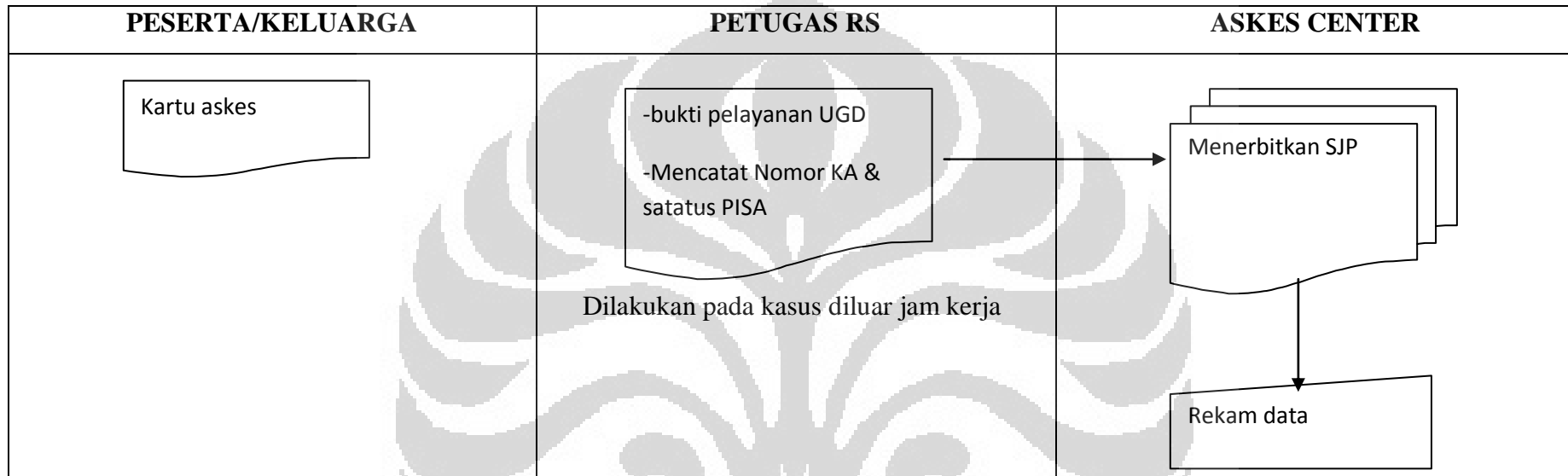
Gambar 5.4.
Alur Pelayanan RJTL Di Askes Center



Gambar 5.5.
Alur Pelayanan RITL Di Askes Center



Gambar5.6.
Alur Pelayanan UGD Di Askes Center



BAB VI

HASIL DAN PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam dengan informan yang terlibat dalam pelaksanaan rujukan yaitu dokter umum yang bertugas di Puskesmas Nanggaleng dan Gedong Panjang. Untuk kelengkapan data, selain dengan menggunakan wawancara mendalam digunakan juga telaah data sekunder, seperti data-data angka rujukan dan kasus rujukan di Puskesmas. Namun peneliti menyadari akan keterbatasan dalam melakukan dalam penelitian, beberapa keterbatasan dalam penelitian ini antara lain :

- a. Waktu yang cukup singkat melakukan pengumpulan data-data mendukung.
- b. Peneliti hanya menggunakan instrument wawancara mendalam untuk mengumpulkan data ketersediaan obat dan fasilitas alat kesehatan tanpa observasi dan telaah data sekunder.
- c. Peneliti tidak melakukan penelitian dari sisi pasien peserta Askes sehingga tidak didapatkan gambaran yang mendalam mengenai alasan pasien peserta Askes meminta rujukan.
- d. Penelitian ini sangat tergantung interpretasi peneliti dalam menterjemahkan makna saat melakukan wawancara, sehingga kemungkinan salah persepsi dapat terjadi.

6.2 Karakteristik Informan

Terkait tenaga dokter, peneliti menemukan bahwa di Puskesmas Nanggaleng tidak memiliki dokter pemeriksa tetap. Dokter yang bertugas memeriksa di Puskesmas Nanggaleng adalah *rolling* dari Puskesmas lain yang ada di kota Sukabumi. Ada tiga dokter yang bergantian bertugas memeriksa di Puskesmas Nanggaleng yang dibagi ke menjadi dua hari kerja dalam satu minggu. Salah satu dokter yang memeriksa di Puskesmas Nanggaleng merupakan dokter yang memeriksa di Puskesmas Gedong Panjang. Jumlah dokter tetap di Puskesmas Gedong Panjang terdapat dua orang, satu diantaranya memeriksa di Puskesmas Sukabumi secara bergantian. Satu orang informan

dari PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi, sehingga total informan dalam penelitian ini berjumlah lima orang dokter, diantaranya:

Tabel 6.1
Karakteristik Informan

Informan	Umur	Pengalaman Kerja	Pendidikan Terakhir	Tempat Bertugas	Pernah Mengikuti Sosialisasi/Seminar Yang Diselenggarakan PT Askes (Persero)
Informan 1	50 tahun	24 tahun	Dokter umum	Puskesmas Gedong Panjang dan Nanggaleng	Pernah Tentang sosialisasi rujuk balik Belum Pernah
Informan 2	32 tahun	7 tahun	Dokter umum	Puskesmas Gedong panjang dan Sukabumi	Belum Pernah
Informan 3	37 tahun	12 tahun	Dokter umum	Puskesmas Selabatu dan Nanggaleng	Belum Pernah
Informan 4	35 tahun	9 tahun	Dokter umum	Puskesmas Sukabumi dan Nanggaleng	Belum Pernah
Informan 5	29 Tahun	3 tahun	Dokter gigi	PT Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi	-

6.3. Aspek Kebijakan

Salah satu bagian penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan adalah rujukan kesehatan. Rujukan kesehatan dapat disebut sebagai penyerahan tanggungjawab dari satu pelayanan kesehatan ke pelayanan kesehatan yang lain. Secara lengkap Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo mendefinisikan sistem rujukan sebagai suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal (dari unit yang lebih mampu menangani), atau secara horizontal (antar unit-unit yang setingkat kemampuannya). Sederhananya, sistem rujukan mengatur darimana dan harus kemana seseorang dengan gangguan kesehatan tertentu memeriksakan keadaan sakitnya.

Aspek kebijakan terkait pelaksanaan rujukan yang menjadi pedoman pelaksanaan rujukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan termasuk Puskesmas Nanggaleng dan Gedong Panjang yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. Dasar hukum ini merupakan cermin ideal sebuah harapan pemangku kebijakan mengenai aturan baku yang harus

dipatuhi oleh setiap pelaksana teknis daerah demi melayani kebutuhan setiap warganya di bidang kesehatan agar masyarakat puas dan terjamin dalam menikmati haknya.

Puskesmas Nanggaleng sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar belum mampu mengimplementasikan peraturan yang berlaku. Ini dibuktikan dengan tingginya angka rujukan di Puskesmas Nanggaleng atas indikasi non medis. Tingginya angka rujukan yang terjadi tidak sesuai dengan prosedur rujukan yang di atur dalam PERMENKES RI Nomor 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.

Pelaksanaan rujukan yang berkualitas tidak hanya dinilai dari aspek kebijakan pelaksanaan rujukan yang baik saja, akan tetapi harus didukung oleh berbagai faktor, diantaranya sumber daya manusia yang cukup dan kompeten dalam melaksanakan tugas, obat-obatan berkualitas yang mampu memenuhi kebutuhan pasien, dan fasilitas alat kesehatan yang memadai sehingga pelaksanaan rujukan dapat dikendalikan.

6.4. Ketersediaan Tenaga Dokter

Kesiapan dokter untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Puskesmas merupakan salah satu tugas pokok dokter. Salah satunya dinilai dari ada tidaknya dokter yang memeriksa atau mendiagnosa pasien di Puskesmas. Di kedua Puskesmas ini memiliki dokter pemeriksa, walaupun di Puskesmas Nanggaleng dokter yang memeriksa bukanlah dokter tetap di Puskesmas tersebut. Berikut adalah hasil wawancara mendalam dengan informan :

“Dokter yang bertugas menurut SK Walikota di Puskesmas ini ada dua dokter. Secara SK saya sendiri bertugas di Puskesmas Gedong Panjang, namun karena di Puskesmas Nanggaleng tidak ada dokter tetap, saya merangkap memeriksa di Puskesmas Nanggaleng” (Informan 1)

“Ada dua dokter di sini tapi karna di Puskesmas lain masih kekurangan dokter kami bergantian tugas di Puskesmas ini”. (Informan2)

“Disini tidak ada dokter tetap jadi ada tiga dokter yang ditugaskan di Puskesmas ini secara bergantian”. (Informan 3)

“Ada tiga dokter yang bergantian bertugas tapi semuanya bukan dokter tetap di sini.”

(Informan 4)

Puskesmas Gedong Panjang dan Nanggaleng berada dalam satu wilayah kecamatan, yaitu kecamatan Citamiang yang berpenduduk 45.489 penduduk (Dinkes Kota Sukabumi, 2011). Kecamatan Citamiang membawahi tiga Puskesmas, yaitu Puskesmas Nanggaleng, Gedong Panjang dan Tipar. Dalam pemerataan tenaga kesehatan Kementerian Kesehatan menetapkan bahwa sasaran rasio tenaga kesehatan dokter umum terhadap penduduk yaitu 40 per 100.000 penduduk. Bila dibandingkan dengan keadaan dilapangan, jelas terjadi kesenjangan antara jumlah dokter yang tersedia dan pasien. Dalam penelitian ini idealnya dalam satu Puskesmas minimal terdapat dua dokter pemeriksa.

Masalah mengenai ada atau tidaknya dokter yang bertugas secara SK Walikota pada Puskesmas tidak menjadi suatu masalah mendasar, karena yang terpenting adalah masyarakat tetap mendapatkan haknya untuk memperoleh pelayanan kesehatan dari dokter. Namun yang menjadi masalah adalah ketika dokter tidak ada dan digantikan oleh petugas lain misalnya perawat, entah itu alasannya karena dokter sedang dinas di luar, berhalangan hadir atau belum datang ke Puskesmas. Ini terjadi saat peneliti berada di kedua Puskesmas, ketika itu dokter belum datang ke Puskesmas, sehingga pasien yang sudah datang diperiksa oleh perawat. Berikut petikan hasil wawancara dengan informan di lapangan:

“Kalo saya ga bisa datang biasanya saya titip pesen ke perawat atau bidan untuk nyuruh pasien datang besoknya, tapi kalo ga mau...yaaa...berarti diperiksa sama perawat.....”(Informan 1)

“Biasanya sih...saya akan meminta bantuan perawat atau bidan untuk menggantikan saya memeriksa pasien”. (Informan 2)

“Kalo saya ga bisa datang, di sini kan ada mantri yang menggantikan...”. (Informan 3)

“Biasanya sih sama perawat.....”. (Informan 4)

Berdasarkan hasil wawancara di atas kedua Puskesmas jelas tidak sesuai dengan pasal 63 ayat 4 UU no 36/2009 berbunyi “Pelaksanaan pengobatan dan/atau perawatan berdasarkan ilmu kedokteran atau ilmu keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu”. Yang mana berdasarkan pasal ini keperawatan merupakan salah satu profesi/tenaga kesehatan yang bertugas untuk memberikan pelayanan kepada pasien yang membutuhkan pelayanan keperawatan saja. Selain itu dalam PERMENKES RI Nomor 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Angka rujukan pasien peserta Askes sosial akan meningkat jika dokter di Puskesmas Nanggaleng dan Puskesmas Gedong Panjang berhalangan untuk memeriksa pasien. Hal ini dikarenakan pasien peserta Askes sosial sudah mulai bersikap kritis dalam memilih dan menilai kapasitas pemberi pelayanan kesehatan mana yang mereka anggap kompeten untuk mengobati penyakitnya. Seperti pada kutipan wawancara berikut

“ Engga dong.... Kan.. di sini kami punya standar pemberian rujukan....jadi siapapun itu yang memberikan pelayanan, mau itu perawat atau dokter...harus berdasarkan standar yang ada....(Informan 1).”

“Bisa berpengaruh, karena pasien sekarang sangat kritis, mereka sudah mengetahui bahwa yang mendiagnosa itu adalah dokter, dan apabila bukan dokter yang memeriksa mereka meminta untuk dirujuk.” (Informan 2)

“Oh iya...bisa berpengaruh....soalnya pasien selalu pengen dilayani dokter..”. (Informan 3)

“tergantung perawatnya.... kalo perawatnya tidak bisa menangani pasien...pasien akan dirujuk ke Rumah Sakit.” (Informan 4)

Hasil wawancara diatas sejalan dengan apa yang dikatakan oleh Zulkarnain Dkk (2001) bahwa tingginya rasio rujukan dapat juga disebabkan oleh seringnya dokter Puskesmas memberikan wewenang kepada petugas lain.

6.5. Ketersediaan obat-obatan

Pengobatan di Puskesmas merupakan bentuk pelayanan kesehatan dasar yang bersifat kuratif (Muninjaya, 2004). Pengadaan obat-obatan terutama untuk obat peserta Askes sosial tidak terpisah dengan obat-obatan lain. Obat-obatan tersebut diajukan oleh tiap Puskesmas ke dinas kesehatan berdasarkan pola konsumsi di masing-masing Puskesmas. Obat-obatan yang didapatkan dari dinas kesehatan belum memenuhi kebutuhan yang diperlukan oleh Puskesmas hal ini dapat dilihat dari hasil wawancara sebagai berikut:

“pengadaan obat berdasarkan daftar kebutuhan obat yang sering dipakai puskesmas kemudian diajukan ke dinas kesehatan. Obat yang diberikan belum lengkap, dan jumlah obatnya terbatas, biasanya dinas kesehatan membagi-bagi dengan Puskesmas lain, sehingga obat yang kami terima jumlahnya tidak sesuai dengan yang diminta.” (Informan 1)

“Biasanya sih kita yang mengajukan ke dinas kesehatan, berdasarkan obat yang sering kita gunakan Menurut saya obat yang tersedia belum cukup karena saya sering membuat resep obat untuk di tebus di apotek atau membuat rujukan ke rumah sakit “ (Informan 2).

“Puskesmas membuat daftar kebutuhan obat berdasarkan obat yang sering digunakan seperti antibiotic, paracetamol....menurut saya obat-obat yang ada masih kurang padahal pasien askes banyak yang menderita penyakit kronis misalnya panyakit DM, Hipertensi, Paru-paru kronis” (Informan 3)

“Sebagian ada yang di drop dari dinas kesehatan sebagian lagi kita yang mengajukan daftar obat berdasarkan diagnose terbanyak ke dinas kesehatan. Saya rasa obat yang ada sekarang belum mencukupi terutama untuk obat-obat askes sehingga banyak pasien askes minta surat rujukan ke rumah sakit”. (Informan 4).

Menurut UU No.36 Tahun 2009 tentang kesehatan pasal 36 ayat 1, bahwa Pemerintah menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan perbekalan kesehatan

terutama obat esensial. Namun dalam kenyataannya Dinas Kesehatan sebagai instansi yang bertanggungjawab dalam pemenuhan kebutuhan dan ketersediaan obat-obatan tidak mampu memenuhi permintaan kebutuhan obat-obatan pasien Puskesmas. Padahal pihak PT Askes sendiri sebenarnya sudah membantu secara finansial serta menyerahkan sepenuhnya kepada Dinas Kesehatan dalam menyediakan obat-obatan tersebut.

Dari hasil wawancara tentang ketersediaan obat untuk pasien peserta Askes di Puskesmas Nanggaleng dan Gedong Panjang masih banyak yang menyatakan bahwa obat-obatan di Puskesmas Nanggaleng dan Gedong Panjang masih belum mencukupi kebutuhan terutama obat untuk penyakit jantung, Diabetes Mellitus, Hipertensi, sehingga pasien peserta Askes sosial banyak yang dirujuk ke rumah sakit.

“obat-obat antibiotic, obat diabetes dan untuk penderita hipertensi seperti Catoprill”.
(Informan 1)

“Obat yang perlu disediakan adalah obat untuk penyakit Paru, diabetes, hipertensi.”
(informan 2)

“obat-obat yang sekarang ada belum mencukupi, jadi yang perlu disediakan adalah obat untuk penyakit dalam seperti Catopril, glibenclamide, rifampisin, INH, etambutol, pyrazinamid.” (Informan 3)

“Obat yang sering kurang biasanya obat-obat untuk penyakit kronis, seperti diabetes, jantung, paru..” (Informan 4)

Dalam kasus ini, mengganti dengan obat lain atau membuat resep obat diluar merupakan solusi para informan baik di Puskesmas Nanggaleng maupun Gedong Panjang ketika dihadapkan dengan keterbatasan obat-obat yang harus diberikan kepada pasien peserta Askes. Tentunya ini mempengaruhi kenaikan angka rujukan peserta di Puskesmas Nanggaleng dan Gedong Panjang.

“Biasanya kita ganti dengan obat lain, tetapi memiliki khasiat yang sama.....” (Informan 1)

“Untuk pasien peserta askes biasanya kita rujuk ke rumah sakit daerah untuk mendapatkan obat yang sesuai.” (Informan 2)

“Biasanya kita ganti tapi kalo tidak ada penggantinya saya rujuk saja....” (Informan 3)

“Jika obat tidak tersedia, yaa....kita memberikan pilihan kepada pasien.... Mau membeli obat di luar atau dirujuk ke rumahsakit?”. (Informan 4)

Jika obat yang dibutuhkan pasien tidak ada, kedua Puskesmas akan memberikan obat lain dengan khasiat yang sama, atau resep obat, bahkan rujukan kepada pasien agar mendapatkan obat-obatan yang sesuai.

Merujuk Pedoman Kerja Puskesmas (1992) yaitu dalam rangka optimasi pemanfaatan dana obat yang terbatas, Puskesmas dituntut melakukan rasionalisasi penggunaan obat peningkatan mutu preskripsi, dan penggunaan obat secara tepat, efektif, aman, dan efisien. Dalam pemberian obat kepada pasien, informan melakukan diagnosa mendalam terhadap pasien sehingga obat yang diberikan sesuai dengan indikasi medis. Penggunaan obat harus dilakukan peresepan yang rasional, yaitu diagnosa yang ditegakkan tepat sesuai dengan kondisi pasien. Memilih obat yang paling tepat dari berbagai alternatif obat yang ada dan meresepkan obat dengan dosis yang cukup serta jangka waktu pemakaian yang cukup dan berpedoman pada standar pengobatan yang berlaku atau yang telah ditetapkan.

6.6. Fasilitas Alat Kesehatan

Ketersediaan fasilitas atau sarana pelayanan kesehatan dalam melakukan pemeriksaan kesehatan merupakan suatu hal yang sangat penting guna mencapai penegakan diagnosa dan pemberian tindakan yang tepat. Secara umum fasilitas alat kesehatan di ke dua Puskesmas sudah cukup lengkap untuk memberikan pelayanan kesehatan di tingkat pertama. Berikut petikan hasil wawancara :

“fasilitas alat kesehatan di Puskesmas ini cukup lengkap untuk melakukan pemeriksaan ataupun tindakan di pelayanan primer”. (Informan 1)

“saya rasa untuk fasilitas sarana yang ada di Puskesmas lumayan lengkap, namun untuk bahan habis pakai seperti stik untuk pemeriksaan gula darah, asam urat jumlahnya terbatas, biasanya untuk pasien askes saya rujuk, karena mereka rata-rata tidak mau membayar stik pemeriksaan, kan kalau di Rumah Sakit mereka tidak perlu bayar”. (Informan 2)

“Menurut saya alat sarana yang ada di puskesmas ini sudah mencukupi untuk pelayanan kesehatan dasar”. (Informan 3)

“alat kesehatan di Puskesmas ini cukup lengkap, ya..... paling alat-alat yang sudah lama perlu diganti, seperti timbangan karena sering cepat rusak”. (informan 4)

Kedua Puskesmas yaitu Puskesmas Nanggaleng dan Gedong Panjang menyatakan jika pasien datang tetapi alat kesehatan tidak tersedia di Puskesmas mereka, maka pasien tersebut akan dirujuk ke Puskesmas lain yang lebih lengkap atau ke Rumah Sakit untuk mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan.

“kalau alatnya tidak ada, ya..... langsung dirujuk saja, supaya bisa ditangani dengan tepat” (informan 1)

“kalau tidak bisa ditangani disini karena keterbatasan alat... ya... kami rujuk”. (Informan 2)

“kami coba ditangani dengan alat yang ada dulu, tapi kalau memang tidak bisa ya..... dirujuk ke Puskesmas lain yang lebih lengkap atau rumah sakit”. (Informan 3)

“saya rujuk saya kalau alatnya tidak ada di sini”. (Informan 4)

Ketersediaan fasilitas alat kesehatan yang memadai dapat meningkatkan kinerja Puskesmas dalam melakukan pemeriksaan kepada pasien dan merupakan suatu keharusan untuk proses rujukan yang dilakukan akibat keterbatasan sarana tersebut.. Jika fasilitas

dan sarana penunjang kesehatan kurang lengkap maka proses mendiagnosa pasien akan terganggu dan hal ini menyebabkan petugas kesehatan harus merujuk pasien ke rumah sakit sehingga akan berdampak pada meningkatnya penggunaan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

6.6 Pemahaman sebagai *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 program. Pengendalian biaya dan utilisasi dalam *managed care* sangat ditentukan oleh peran *gatekeeper*. (Pamjaki, 2008)

Hasil wawancara mendalam dengan dokter di Puskesmas Gedong Panjang, mereka belum pernah mendengar istilah *gatekeeper* berikut hasil wawancara mendalam:

“...Belum... Apa itu *Gatekeeper*?” (informan 1)

“...Setahu saya Puskesmas itu sebagai pemberi pelayanan primer, kalau sebagai *Gatekeeper* saya tidak tahu” (informan 2)

“...Iya saya pernah dengar istilah itu, kalau tidak salah fungsi Puskesmas itu sebagai pemberi pelayanan kesehatan pertama sebelum ke Rumah Sakit” (informan 3)

“...Belum pernah dengar tuh...” (informan 4)

Dalam pembuatan rujukan tidak hanya atas indikasi medis tetapi tidak jarang dari permintaan peserta yang menginginkan rujukan sebagaimana yang di ungkapkan oleh informan berikut:

“...Kalau saya periksa pasien, semua rujukan berdasarkan indikasi medis..”. (informan 1)

“... Sebagian besar atas rekomendasi dokter, namun terkadang pasien juga minta rujukan..” (informan 2)

“... ada yang berdasarkan atas pemeriksaan dokter, ada juga pasien yang minta dirujuk...” (informan 3)

“... Ya ada yang saya rujuk ada juga pasiennya yang maksa minta dirujuk” (informan 4)

Pelaksanaan rujukan yang terjadi di lapangan berbeda, pasien pun menentukan dalam pemberian rujukan. Pasien bisa sangat menuntut jika menginginkan rujukan seperti dari hasil wawancara diatas. Umumnya mereka kurang percaya dengan pelayanan kesehatan di tingkat Puskesmas. Sehingga walaupun telah dijelaskan berulang-ulang bahwa penyakitnya dapat diobati di Puskesmas, namun mereka tetap bersikeras meminta dirujuk. Keadaan ini biasanya dapat menyulitkan dokter dalam mengambil keputusan dan akhirnya dokter pun akan memberikan rujukan. Dalam hal ini diperlukan ketegasan dokter dalam mengambil sikap menjalankan pelaksanaan rujukan sesuai prosedur. Dokter di Puskesmas Gedong panjang dinilai lebih tegas dalam memberikan rujukan kepada pasien peserta Askes sosial.

Dari hasil wawancara mendalam dengan informan juga diketahui bahwa rata-rata petugas paham dan mengerti akan prosedur pelaksanaan rujukan sebagaimana yang diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

“rujukan diberikan apabila peserta yang sakit dan tidak mungkin diobati di Puskesmas maka peserta tersebut harus dirujuk ke pelayanan yang lebih lengkap misalnya ke Rumah Sakit” (informan 1)

“Seperti penyakit kronis yang terus menerus membutuhkan pengobatan, dan kasus yang gawat darurat yang tidak bisa ditanggulangi di sini.” (informan 2)

“pasien yang diperiksa di Puskesmas dan atas indikasi medis perlu dan pemeriksaan lebih lanjut maka pasien tersebut dirujuk ke Rumah Sakit sedangkan pasien yang telah dirawat di Rumah Sakit rujukan dibuat atas hasil laporan Rumah Sakit” (informan 3)

“Banyak...tapi intinya jika kasus tersebut sudah tidak bisa kami tangani...maka kami rujuk pasien ke Rumah Sakit...” (informan 4)

Berdasarkan hasil wawancara mengenai kasus apa saja yang dapat dirujuk, kedua Puskesmas yaitu Puskesmas Nanggaleng dan gedong Panjang sudah melaksanakan sesuai prosedur yaitu rujukan diberikan atas indikasi medis, seperti Pasien yang akan dirujuk harus sudah diperiksa dan layak untuk dirujuk. Adapun kriteria pasien yang dirujuk adalah bila memenuhi salah satu dari:

- a. Hasil pemeriksaan fisik sudah dapat dipastikan tidak mampu diatasi.
- b. Hasil pemeriksaan fisik dengan pemeriksaan penunjang medis ternyata tidak mampu diatasi.
- c. Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, tetapi pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan.
- d. Apabila telah diobati dan dirawat ternyata memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan di sarana kesehatan yang lebih mampu. (Petunjuk Teknis Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan, 2011)

Kebutuhan akan obat dan pelayanan dokter yang lebih baik menjadi alasan utama peserta meminta rujukan, berikut hasil wawancara dengan informan :

“Biasanya karna sudah berobat di sini tapi belum sembuh...”(informan 1)

“Kebanyakan pasien beralasan karna susah sembuhnya dan ingin mendapatkan obat yang lebih baik.” (informan 2)

“Ya...rata-rata pasien di sini alasannya karna ingin ditangani dokter spesialis, dan banyak pasien yang berpikir bahwa rujukan adalah hak pasien.”(informan 3)

“Macem-macem sih alasannya...ada yang beralasan ingin mendapatkan obat sirup, karna di Puskesmas biasanya di kasih puyer...bahkan yang lebih lucu lagi ada pasien lansia minta di rujuk karna ingin sekalian jalan-jalan.” (informan 4)

Informan dari Puskesmas Gedong Panjang dinilai tegas dalam menghadapi peserta yang meminta dirujuk atas permintaan sendiri bukan atas indikasi medis, hasil wawancara sebagai berikut :

“Ah...kalo saya sih...santai aja...ga akan saya denger...tapi kalo masih ngotot juga...saya lebih ngotot lagi untuk tidak memberikan rujukan....”(informan 1)

“Saya berusaha menjelaskan bahwa kondisi pasien masih bisa ditangani dan tidak mendapatkan rujukan, walaupun pasien masih memaksa” (informan 2)

“Yaaa...habis mau gimana lagi...kenyataan di lapangan banyak pasien yang tidak bisa mengerti...padahal sudah saya jelaskan sebelumnya....”(informan 3)

“Saya kasih penjelasan sama pasiennya....ada yang menerima, ada juga yang maksa...daripada ribut ya sudah akhirnya saya kasih juga..” (informan 4)

RSUD Syamsudin merupakan Rumah Sakit yang paling sering menerima rujukan dari Puskesmas yang ada di Kota Sukabumi termasuk Puskesmas Gedong Panjang dan Nanggaleng. Selain memiliki fasilitas lengkap, juga karena jarak yang cukup dekat dan dapat diakses dengan mudah, berikut hasil wawancara mengenai kemana informan merujuk peserta Askes :

“Ke Bunut (RSUD Syamsuddin).....” (informan 1)

“kira-kira sekitar 5 Km dari sini.....”(informan 2)

“Kami limpahkan ke Puskesmas yang lebih lengkap seperti Puskesmas Selabatu, atau Puskesmas Sukabumi....kalo ke Rumah Sakit biasanya ke RSUD Syamsudin yang jaraknya sekitar 20 menit dari sini.....”(informan 3)

“biasanya kami rujuk ke RSUD Syamsudin” (informan 4)

Jarak yang cukup dekat inilah memicu pasien peserta askes untuk meminta rujukan ke Rumah Sakit ini untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih memadai. Diperkuat dengan teori Andersen bahwa faktor akses pelayanan yang mudah dijangkau akan meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Program rujuk balik merupakan merupakan salah satu kewajiban Rumah Sakit untuk mengembalikan pasien ke Puskesmas awal ketika pasien dinilai dapat ditangani kembali di Puskesmas, namun temuan di lapangan khususnya di Puskesmas Gedong Panjang dan Nanggaleng tidak demikian. Berikut kutipan hasil wawancara dengan informan :

“tapi selama saya bertugas belum pernah ada pasien pasien yang dirujuk balik oleh Rumah Sakit” (informan 1)

“Belum pernah....saya lihat program rujuk balik di sini belum jalan.”(informan 2)

“Perasaan Belum pernah ada deh....”(informan 3)

“Saya belum pernah mendapatkan pasien rujuk balik dari Rumah Sakit” (informan 4)

Hasil Wawancara dengan Informan lima :

”PT. Askes kantor cabang Sukabumi telah melakukan pemetaan data peserta, melakukan pemberian informasi langsung kepada peserta terkait program rujuk balik, pemetaan apotek atau provider Program Rujuk Balik melakukan kemitraan dengan PPK tingkat I dokter spesialis, apotek diantaranya dengan melakukan pertemuan dengan trias provider tersebut. Kalo perencanaan selanjutnya kita akan memperlebar cakupan provider tingkat

I yang melayani rujuk balik karena belum semua dokter keluarga atau puskesmas melayani program rujuk balik”

Berdasarkan hasil wawancara Puskesmas Nanggaleng dan Gedong Panjang hampir tidak pernah menerima pasien yang dirujuk balik oleh pihak Rumah Sakit. Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara dari informan lima yang mengatakan bahwa belum semua provider tingkat I (Puskesmas) termasuk Puskesmas Nanggaleng dan Puskesmas Gedong Panjang melayani Program Rujuk Balik. Padahal dalam tata cara pelaksanaan sistem pelayanan rujukan terdapat prosedur standar membalas rujukan pasien atau program rujuk balik. Rumah Sakit atau Puskesmas yang menerima rujukan pasien wajib mengembalikan pasien ke RS / Puskesmas / Polindes/Poskesdes pengirim setelah dilakukan proses antara lain:

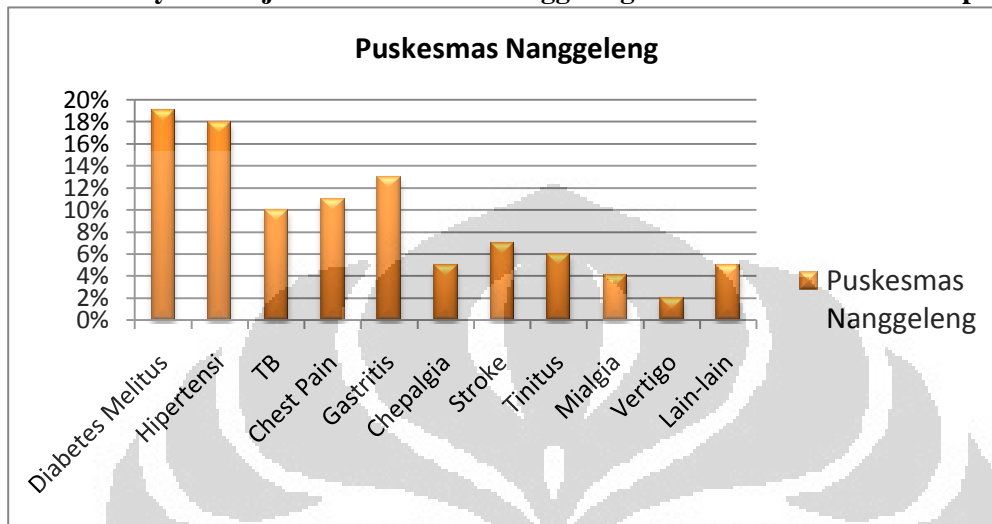
- a. Sesudah pemeriksaan medis, diobati dan dirawat tetapi penyembuhan selanjutnya perlu di *follow up* oleh Rumah Sakit/Puskesmas/Polindes/ Poskesdes pengirim.
 - b. Sesudah pemeriksaan medis, diselesaikan tindakan kegawatan klinis, tetapi pengobatan dan perawatan selanjutnya dapat dilakukan
 - c. Di Rumah Sakit / Puskesmas / Polindes / Poskesdes pengirim.
 - d. Melakukan pemeriksaan fisik dan mendiagnosa bahwa kondisi pasien sudah memungkinkan untuk keluar dari perawatan Rumah Sakit / Puskesmas tersebut.
- (Petunjuk Teknis Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan, 2011)

6.7 Diagnosa

Diagnosa merupakan persepsi tenaga kesehatan mengenai kondisi klinis pasien. Berdasarkan hasil olah data sekunder diketahui bahwa diagnosa yang mereka rujuk sangat bervariasi. Bila penyakitnya parah dan tidak bisa ditangani Puskesmas, maka pihak Puskesmas harus merujuk pasien tersebut ke pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Sesuai dengan salah satu asas pokok puskesmas yaitu asas rujukan, apabila puskesmas tidak mampu menanggulangi suatu penyakit tertentu, maka puskesmas tersebut wajib merujuknya ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih mampu (baik horizontal maupun vertikal).

Untuk diagnosa penyakit pasien peserta Askes yang sering mendapatkan rujukan dapat dilihat dari tabel berikut:

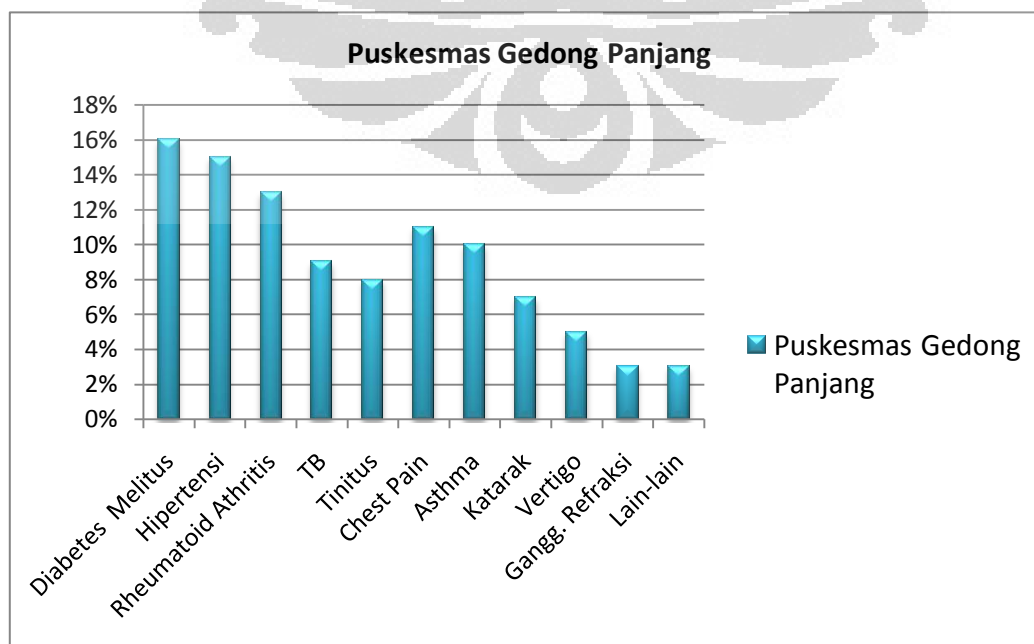
Gambar 6.1
Data Penyakit Rujukan Puskesmas Nanggaleng Periode Januari 2012 – April 2012



Sumber: data penyakit rujukan Puskesmas Nanggaleng periode Januari 2012 – April 2012

Di Puskesmas Nanggaleng diagnosa penyakit yang banyak dirujuk pasien peserta Askes sosial adalah Diabetes Melitus sebanyak 18%, dan Hipertensi sebanyak 17% dari 317 pasien peserta askes sosial.

Gambar 6.2
Data Penyakit Rujukan Puskesmas Gedong Panjang Januari 2012 – April 2012



Sumber: data penyakit rujukan Puskesmas Nanggaleng Januari 2012 – April 2012

Di Puskesmas Gedong Panjang diagnosa penyakit yang banyak dirujuk pasien peserta Askes sosial adalah Diabetes Melitus sebanyak 16%, dan Hipertensi sebanyak 15% dari 317 pasien peserta askes sosial. Hal tersebut didukung dengan hasil wawancara dengan informan, berikut petikannya :

“penyakit yang sering kami rujuk disini biasanya DM itu karena obatnya kurang”
(Informan 1)

“diabetes, hipertensi yang sering kami rujuk ke RS obatnya itu terbatas”
(informan 2)

“rata-rata ya pasien DM, biar mereka dapat obatnya langsung banyak, disini kan obatnya terbatas” (Informan 3)

“diagnosa yang kami rujuk kebanyakan diabetes mellitus sama hipertensi sama reumathoid” (informan 4)

Dari hasil wawancara dan data sekunder, didapatkan bahwa diagnosa penyakit yang sering dirujuk di kedua Puskesmas adalah Diabetes Mellitus dan Hipertensi, hal ini disebabkan karena obat-obatan untuk penyakit kronis masih terbatas di kedua Puskesmas.

6.8 Rujukan RJTP Peserta Askes Sosial Puskesmas bulan Januari – April tahun 2012

Dari data hasil penelitian didapatkan jumlah rujukan RJTP peserta Askes sosial di Puskesmas Nanggaleng dari bulan Januari hingga April tahun 2012 lebih besar dari Puskesmas Gedong Panjang. Rasio rujukan tertinggi di Puskesmas Nanggaleng mencapai angka 30%. Sedangkan rasio rujukan tertinggi dari Puskesmas Gedong Panjang hanya pada angka 15% dengan demikian Puskesmas Nanggaleng mempunyai rasio angka rujukan diatas standar yang telah ditetapkan PT Askes Persero yaitu standard 15%. Seperti pada tabel berikut:

Tabel 6.2
Angka Rujukan dan Angka Kunjungan PPK Tingkat I PT. Askes (Persero)
Kantor Cabang Sukabumi
Januari-April 2012

NAMA PUSKES-MAS	JANUARI 2012			FEBRUARI 2012			MARET 2012			APRIL 2012		
	Ku nju- Nga n	Ru ju- Ka n	Ra sio	Ku nju- Nga n	Ru ju- ka n	Ra sio	Ku nju- Nga n	Ru ju- Ka n	Ra sio	Ku nju- Nga n	Ru ju- Ka n	Ra sio
Puskesmas Nanggaleng	282	83	30	305	87	28	277	81	30	284	66	23
Puskesmas Gedong Panjang	381	53	14	397	60	15	383	49	12	150	17	11

Sumber: Data Laporan Kunjungan Rujukan PT. Askes Persero Cabang Sukabumi.

Puskesmas merupakan barisan terdepan (*Avant Garde*) dengan kata lain sebagai pelaksana kebijakan yang dibuat oleh Pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Tanpa mengabaikan promotif dan rehabilitatif, pelaksanaan kegiatan Puskesmas meliputi pelayanan preventif dan kuratif. Pelayanan yang bersifat preventif maupun kuratif hanya terbatas pada pelayanan dasar saja. Pelayanan kuratif dan rehabilitatif lebih lanjut dilakukan di pelayanan kesehatan lebih lengkap seperti Rumah Sakit dengan cara memberikan rujukan kepada pasien.

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).

Sistem pelayanan kesehatan dengan pola rujukan berjenjang telah ditetapkan oleh PT Askes, dengan harapan peserta Askes akan memperoleh pelayanan kesehatan secara efisien dan efektif sesuai kebutuhan medisnya. Dokter Puskesmas diberi wewenang membuat surat rujukan bagi peserta PT Askes yang memerlukan penanganan lebih lanjut ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. (Andari, 2001)

Berdasarkan jumlah penggunaan rujukan yang dilakukan oleh tiap-tiap Puskesmas yaitu Puskesmas yang ada di kota Sukabumi, angka rasio rujukan lebih dari 15% terjadi di Puskesmas Nanggaleng sedangkan yang dibawah 15% adalah Puskesmas Gedong Panjang. Jelas ini menjadi masalah, karena PT Askes telah menetapkan bahwa rasio angka rujukan standar adalah dibawah 15%. Sejalan dengan paparan tersebut **Marisi (2012)** memberikan pandangannya bahwa angka rujukan RJTP peserta Askes soaial Puskesmas yang tinggi akan berdampak pada angka peningkatan kunjungan Rumah Sakit dan tentu akan berpengaruh pada biaya yang tidak terkendali. Oleh karena itu fungsi Puskesmas sebagai *gatekeeper* perlu ditingkatkan kembali.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

1. Rasio angka rujukan peserta Askes sosial di Puskesmas Nanggaleng selama bulan Januari hingga April pada tahun 2012 diatas standar rasio rujukan yang telah ditetapkan oleh PT Askes Persero yaitu 15%. Sedangkan untuk Puskesmas Gedong Panjang rasio angka rujukan baik karena dibawah standar rujukan.
2. Aspek kebijakan jika dilaksanakan sebaik-baiknya akan mengurangi angka rujukan, namun di kedua Puskesmas terlebih Puskesmas Nanggaleng aturan itu belum dilakukan sepenuhnya masih banyak rujukan berdasarkan indikasi non medis.
3. Ketersediaan dokter di kedua Puskesmas masih kurang dilihat dari segi tenaga dan waktu sehingga pelayanan kepada pasien yang datang berobat belum dilaksanakan dengan optimal. Hal ini akan mempengaruhi terhadap angka rujukan karena pasien ingin mendapatkan pelayanan yang lebih baik.
4. Ketidaksesuaian drop obat dari dinas kesehatan dengan yang diajukan kedua Puskesmas, mempengaruhi kenaikan angka rujukan di kedua Puskesmas.
5. Fasilitas alat kesehatan di kedua Puskesmas sesuai dengan standar Pedoman Peralatan dan Tata Ruang Puskesmas Ditjen Bina Kesmas tahun 2006 dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar terhadap peserta Askes sosial sehingga tidak berpengaruh terhadap angka rujukan di kedua Puskesmas.
6. Secara umum tingkat pengetahuan petugas terhadap pelaksanaan rujukan di kedua Puskesmas sudah cukup baik. Akan tetapi dalam pelaksanaan rujukan kepada pasien dokter di Puskesmas Nanggaleng masih belum tegas dalam menjalankan aturan atau prosedur rujukan terhadap pasien yang meminta dirujuk atas indikasi non medis.
7. Diagnosa rujukan pada Puskesmas Nanggaleng dan Gedong panjang yang tertinggi adalah Diabetes Mellitus yang merupakan penyakit kronis dan membutuhkan pengobatan secara kontinyu.

7.2. Saran

1. Saran untuk PT. Askes (Persero)
 - a. Diharapkan PT. Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi meningkatkan koordinasi dengan pihak Puskesmas mengenai pengendalian pelayanan rujukan.
 - b. Diharapkan PT. Askes (Persero) Kantor Cabang Sukabumi mengadakan pertemuan secara rutin dengan peserta tentang alur pelayanan kesehatan berjenjang.
2. Puskesmas
 - a. Diharapkan untuk dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada pasien khususnya peserta Askes agar dapat menumbuhkan kepercayaan peserta atas pelayanan yang diterima sehingga peserta tidak meminta dirujuk ke PPK tingkat II.
 - b. Diharapkan tenaga kesehatan yang berada di Puskesmas lebih tegas dalam melaksanakan rujukan sesuai prosedur pelaksanaan rujukan terhadap peserta Askes.
3. Dinas Kesehatan

Diharapkan dinas kesehatan Kota Sukabumi meningkatkan ketersediaan obat-obatan di Puskesmas baik dari segi jenis maupun jumlah.

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 Juni 2012, 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

Sulistyowati, 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 Sambu 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 Mei 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-settings.html> (diakses 20 Mei 2012 jam 18.00)



LAMPIRAN

INSTRUMEN WAWANCARA MENDALAM

KARAKTERISTIK INFORMAN

Nama Informan :

Jenis kelamin :

Umur :

Pendidikan terakhir :

Masa Kerja

a. Sebagai PNS :

b. Di puskesmas sekarang :

Pelatihan/seminar/sosialisasi yang di ikuti

a. Diselenggarakan PT. Askes :

a. Ketersediaan Dokter

1. Ada berapakah jumlah Dokter yang bekerja di puskesmas ini?
2. Apakah yang akan dilakukan Bapak/Ibu jika Bapak/Ibu tidak dapat datang ke Puskesmas karena ada dinas keluar atau halangan lain, siapa yang akan memberikan pelayanan kepada pasien di Puskesmas?
3. Jika dokter tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan, apakah berpengaruh terhadap pelaksanaan rujukan (pasien meminta dirujuk)?

b. Ketersediaan obat-obatan

1. Apakah yang menjadi dasar pengadaan obat di Puskesmas?
2. Bagaimana menurut bapak/ibu tentang ketersediaan obat di puskesmas khususnya untuk peserta askes?
3. Menurut bapak/ibu obat apa yang perlu disediakan?

4. Apakah yang akan dilakukan Bapak/Ibu jika obat yang akan diberikan kepada pasien tidak ada di Puskesmas?

c. Fasilitas alat kesehatan

1. Menurut bapak/ibu bagaimana fasilitas alat kesehatan yang ada di puskesmas apakah sudah mencukupi untuk melakukan pemeriksaan?
2. Jika belum, alat kesehatan apa saja yang tidak ada?
3. Apakah yang akan dilakukan Bapak/Ibu jika alat kesehatan yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien tidak ada di Puskesmas?

d. Pemahaman sebagai *gatekeeper*

1. Apakah Bapak/Ibu pernah mendengar istilah Puskesmas sebagai "*Gate Keeper*"? Dapatkah Bapak/Ibu menjelaskan fungsi Puskesmas sebagai "*Gate Keeper*"?
2. Apakah rujukan tersebut atas permintaan pasien atau rekomendasi dokter?
3. Menurut Bapak/Ibu kasus seperti apa saja yang bisa dirujuk?
4. Apa alasan dari sisi pasien yang menyebabkan pasien meminta dirujuk?
5. Jika pasien meminta dirujuk, padahal secara medis masih bisa ditangani di Puskesmas. Bagaimana dokter menyikapi kondisi ini ?
6. Jika pasien harus dirujuk, kemanakah bapak/ibu merujuk? Seberapa jauh tempat rujukan dari sini?
7. Apakah ada program rujuk balik dari RS?
8. Menurut Bapak/Ibu, apakah Puskesmas tempat dinas Bapak/Ibu sudah menjalankan fungsi Puskesmas sebagai "*Gate Keeper*"?
9. Apa buktinya bahwa Puskesmas tempat Bapak/Ibu sudah menjalankan fungsi Puskesmas sebagai "*Gate Keeper*" ?
10. Kenapa Puskesmas tempat Bapak/Ibu sudah belum menjalankan fungsi Puskesmas sebagai "*Gate Keeper*"?
11. Bagaimana menurut Bapak/ibu kalau angka rujukan dari puskesmas tinggi, Bapak/ibu tahu dampaknya?

10 PENYAKIT TERBESAR DI PUSKESMAS GEDONG PANJANG

No	Nama Penyakit	Diagnosis	Frekuensi
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

LAMPIRAN

a. Ketersediaan Dokter

Pertanyaan	Jawaban			
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
Ada berapa jumlah Dokter yang bekerja di puskesmas ini?	<p><i>"Dokter yang bertugas menurut SK Walikota di Puskesmas ini ada dua dokter. Secara SK saya sendiri bertugas di Puskesmas Gedong Panjang, namun karena di Puskesmas Nanggaleng tidak ada dokter tetap, saya merangkap memeriksa di Puskesmas Nanggaleng"</i></p>	<p><i>"Ada dua dokter di sini tapi karna di Puskesmas lain masih kekurangan dokter kami bergantian tugas di Puskesmas ini".</i></p>	<p><i>"Disini tidak ada dokter tetap jadi ada tiga dokter yang ditugaskan di Puskesmas ini secara bergantian".</i></p>	<p><i>"Ada tiga dokter yang bergantian bertugas tapi semuanya bukan dokter tetap di sini."</i></p>
Apakah yang akan dilakukan Bapak/Ibu jika Bapak/Ibu tidak dapat datang ke Puskesmas	<p><i>"Kalo saya ga bisa datang biasanya saya titip pesen ke perawat atau bidan untuk nyuruh pasien datang besoknya, tapi kalo ga mau...yaaa...berar"</i></p>	<p><i>"Biasanya sih...saya akan meminta bantuan perawat atau bidan untuk menggantikan n saya"</i></p>	<p><i>"Kalo saya ga bisa datang, di sini kan ada mantri yang menggantikan...".</i></p>	<p><i>"Biasanya sih sama perawat.....".</i></p>

<p>karena ada dinas keluar atau halangan lain, siapa yang akan memberikan pelayanan kepada pasien di Puskesmas?</p>	<p><i>ti diperiksa sama perawat.....”</i></p>	<p><i>memeriksa pasien”.</i></p>		
<p>3. Jika dokter tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan, apakah berpengaruh terhadap pelaksanaan rujukan (pasien meminta dirujuk)?</p>	<p><i>“ Engga dong... Kan.. di sini kami punya standar pemberian rujukan....jadi siapapun itu yang memberikan pelayanan, mau itu perawat atau dokter...harus berdasarkan standar yang ada...”</i></p>	<p><i>“Bisa berpengaruh, karena pasien sekarang sangat kritis, mereka sudah mengetahui bahwa yang mendiagnosa itu adalah dokter, dan apabila bukan dokter yang memeriksa mereka meminta untuk dirujuk.”</i></p>	<p><i>“Oh iya...bisa berpengaruh...soalnya pasien selalu pengen dilayani dokter..”.</i></p>	<p><i>“tergantung perawatnya... . kalo perawatnya tidak bisa menangani pasien...pasien akan dirujuk ke Rumah Sakit.”</i></p>

b. ketersediaan obat-obatan

Pertanyaan	Jawaban			
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
Apakah yang menjadi dasar pengadaan obat di Puskesmas? Bagaimana menurut bapak/ibu tentang ketersediaan obat di puskesmas khususnya untuk peserta askes?	<p>"pengadaan obat berdasarkan daftar kebutuhan obat yang sering dipakai puskesmas kemudian diajukan ke dinas kesehatan. Obat yang diberikan belum lengkap, dan jumlah obatnya terbatas, biasanya dinas kesehatan membagi-bagi dengan</p>	<p>"Biasanya sih kita yang mengajukan ke dinas kesehatan, berdasarkan obat yang sering kita gunakan Menurut saya obat yang tersedia belum cukup karena saya sering membuat resep obat untuk di tebus di apotek atau membuat rujukan ke rumah sakit "</p>	<p>"Puskesmas membuat daftar kebutuhan obat berdasarkan obat yang sering digunakan seperti antibiotic, paracetamol....menurut saya obat-obat yang ada masih kurang dari sejumlah maupun jenis obat padahal pasien terutama pasien askes banyak yang menderita penyakit kronis misalnya panyakit DM Hipertensi Paru-paru kronis yang biasanya disertai dengan komplikasi"</p>	<p>"Sebagian ada yang di drop dari dinas kesehatan sebagian lagi kita yang mengajukan daftar obat berdasarkan diagnose terbanyak ke dinas kesehatan. Saya rasa obat yang ada sekarang tidak mencukupi terutama untuk obat-obat askes sehingga banyak pasien (peserta askes) meminta resep obat luar atau minta surat rujukan ke rumah sakit".</p>

	<i>Puskesmas lain, sehingga obat yang kami terima jumlahnya tidak sesuai dengan yang diminta.”</i>			
Menurut bapak/ibu obat apa yang perlu disediakan?	<i>“obat-obat antibiotic, obat jamur, obat tetes mata, salep mata, obat untuk penderita hipertensi seperti Catoprill”. (Informan 1)</i>	<i>“Obat yang perlu disediakan adalah obat untuk penyakit Paru, antivirus baik salep maupun tablet dan juga obat untuk emergensi seperti stesolid.” (informan 2)</i>	<i>“obat-obat yang sekarang ada biasanya tidak mencukupi, jadi yang perlu disediakan adalah obat untuk penyakit dalam seperti Catopril, glibenclamide, rifampisin, INH, etambutol, pyrazinamid, dan juga obat lain seperti multivitamin.” (Informan 3)</i>	<i>“Obat yang sering kurang biasanya obat-obat untuk penyakit kronis, seperti diabetes, jantung, paru..” (Informan 4)</i>
Apakah yang akan dilakukan Bapak/Ibu jika obat yang akan	<i>“Biasanya kita ganti dengan obat lain, tetapi memiliki khasiat yang sama.....”</i>	<i>“Untuk pasien peserta askes biasanya kita rujuk ke rumah sakit daerah untuk</i>	<i>“Biasanya kita ganti tapi kalo tidak ada penggantinya saya rujuk saja....” (Informan 3)</i>	<i>“Jika obat tidak tersedia, yaa....kita memberikan pilihan kepada pasien.... Mau membeli obat</i>

diberikan kepada pasien tidak ada di Puskesmas?	(Informan 1)	<i>mendapatkan obat yang sesuai.”</i> (Informan 2)		<i>di luar atau dirujuk ke rumahsakit?”.</i> (Informan 4)
---	--------------	---	--	--

c. Ketersediaan fasilitas alat kesehatan

Pertanyaan	Jawaban			
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
Menurut bapak/ibu bagaimana fasilitas alat kesehatan yang ada di puskesmas apakah sudah mencukupi untuk melakukan pemeriksaan?	<i>“fasilitas alat kesehatan di Puskesmas ini cukup lengkap untuk melakukan pemeriksaan ataupun tindakan di pelayanan primer”.</i> (Informan 1)	<i>“saya rasa untuk fasilitas sarana yang ada di Puskesmas lumayan lengkap, namun untuk bahan habis pakai seperti stik untuk pemeriksaan gula darah, asam urat jumlahnya terbatas, biasanya untuk pasien askes saya rujuk, karena mereka rata-rata tidak mau membayar</i>	<i>“Menurut saya alat sarana yang ada di puskesmas ini sudah mencukupi untuk pelayanan kesehatan dasar”.</i> (Informan 3)	<i>“alat kesehatan di Puskesmas ini cukup lengkap, ya.... paling alat-alat yang sudah lama perlu diganti, seperti timbangan karena sering cepat rusak”.</i> (informan 4)

		<p><i>stik pemeriksaan, kan kalau di Rumah Sakit mereka tidak perlu bayar”.</i></p> <p>(Informan 2)</p>		
<p>Apakah yang akan dilakukan Bapak/Ibu jika alat kesehatan yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien tidak ada di Puskesmas?</p>	<p><i>“kalau alatnya tidak ada, ya..... langsung dirujuk saja, supaya bisa ditangani dengan tepat”</i></p> <p>(informan 1)</p>	<p><i>“kalau tidak bisa ditangani disini karena keterbatasan alat... ya... kami rujuk”.</i></p> <p>(Informan 2)</p>	<p><i>“kami coba ditangani dengan alat yang ada dulu, tapi kalau memang tidak bisa ya..... dirujuk ke Puskesmas lain yang lebih lengkap atau rumah sakit”.</i></p> <p>(Informan 3)</p>	<p><i>“saya rujuk saya kalau alatnya tidak ada di sini”.</i></p> <p>(Informan 4)</p>

d. Pemahaman sebagai Gatekeeper

Pertanyaan	Jawaban
------------	---------

	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
Apakah Bapak/Ibu pernah mendengar istilah Puskesmas sebagai "Gate Keeper"? Dapatkah Bapak/Ibu menjelaskan fungsi Puskesmas sebagai "Gate Keeper"?	"...Belum... Apa itu Gatekeeper?" (informan 1)	"...Setahu saya Puskesmas itu sebagai pemberi pelayanan primer, kalau sebagai Gatekeeper saya tidak tahu" (informan 2)	"...Iya saya pernah dengar istilah itu, kalau tidak salah fungsi Puskesmas itu sebagai pemberi pelayanan kesehatan pertama sebelum ke Rumah Sakit" (informan 3)	"...Belum pernah dengar tuh..." (informan 4)
Apakah rujukan atas permintaan pasien atau rekomendasi dokter?	"...Kalau saya periksa pasien, semua rujukan berdasarkan indikasi medis.." (informan 1)	"... Sebagian besar atas rekomendasi dokter, namun terkadang pasien juga minta rujukan.." (informan 2)	"... ada yang berdasarkan atas pemeriksaan dokter, ada juga pasien yang minta dirujuk..." (informan 3)	"... Ya ada yang saya rujuk ada juga pasiennya yang maksa minta dirujuk" (informan 4)
Menurut Bapak/Ibu	"rujukan diberikan	"Seperti penyakit kronis yang terus	"pasien yang diperiksa di	"Banyak... tapi intinya

<p>kasus seperti apa saja yang bisa dirujuk?</p>	<p><i>apabila peserta yang sakit dan tidak mungkin diobati di Puskesmas maka peserta tersebut harus dirujuk ke pelayanan yang lebih lengkap misalnya ke Rumah Sakit”</i> (informan 1)</p>	<p><i>menerus membutuhkan pengobatan, dan kasus yang gawat darurat yang tidak bisa ditanggulangi di sini.”</i> (informan 2)</p>	<p><i>Puskesmas dan atas indikasi medis perlu dan pemeriksaan lebih lanjut maka pasien tersebut dirujuk ke Rumah Sakit sedangkan pasien yang telah dirawat di Rumah Sakit rujukan dibuat atas hasil laporan Rumah Sakit”</i> (informan 3)</p>	<p><i>jika kasus tersebut sudah tidak bisa kami tangani... maka kami rujuk pasien ke Rumah Sakit...”</i> (informan 4)</p>
<p>Apa alasan dari sisi pasien yang menyebabkan pasien meminta dirujuk?</p>	<p><i>“Biasanya karna sudah berobat di sini tapi belum sembuh...”</i>(informan 1)</p>	<p><i>“Kebanyakan pasien beralasan karna susah sembuhnya dan ingin mendapatkan obat yang lebih baik.”</i> (informan 2)</p>	<p><i>“Ya...rata-rata pasien di sini alasannya karna ingin ditangani dokter spesialis, dan banyak pasien yang berpikir bahwa rujukan adalah hak pasien.”</i>(informan 3)</p>	<p><i>“Macem-macam sih alasannya... ada yang beralasan ingin mendapatkan obat sirup, karna di Puskesmas biasanya di kasih puyer...bahkan yang lebih lucu</i></p>

				<i>lagi ada pasien lansia minta di rujuk karna ingin sekalian jalan-jalan.”</i> (informan 4)
Jika pasien meminta dirujuk, padahal secara medis masih bisa ditangani di Puskesmas . Bagaimana dokter menyikapi kondisi ini ?	<i>“Ah...kalo saya sih...santai aja...ga akan saya denger...tapi kalo masih ngotot juga...saya lebih ngotot lagi untuk tidak memberikan rujukan....”(informan 1)</i>	<i>“Saya berusaha menjelaskan bahwa kondisi pasien masih bisa ditangani dan tidak mendapatkan rujukan, walaupun pasien masih memaksa”</i> (informan 2)	<i>“Yaaa...habis mau gimana lagi...kenyataan di lapangan banyak pasien yang tidak bisa mengerti...padahal sudah saya jelaskan sebelumnya....”(informan 3)</i>	<i>“Saya kasih penjelasan sama pasiennya.... ada yang menerima, ada juga yang maksa... daripada ribut ya sudah akhirnya saya kasih juga..”</i> (informan 4)
Jika pasien harus dirujuk, kemanaka	<i>“Ke Bunut (RSUD Syamsuddin)....”</i> (informan 1)	<i>“kira-kira sekitar 5 Km dari sini....”(informan 2)</i>	<i>“Kami limpahkan ke Puskesmas yang lebih lengkap seperti Puskesmas</i>	<i>“biasanya kami rujuk ke RSUD Syamsudin”</i>

h bapak/Ibu merujuk? Seberapa jauh tempat rujukan dari sini?		2)	<i>Selabatu, atau Puskesmas Sukabumi....kalo ke Rumah Sakit biasanya ke RSUD Syamsudin yang jaraknya sekitar 15 menit dari sini....”(informan 3)</i>	(informan 4)
Apakah ada program rujuk balik dari RS?	<i>“tapi selama saya bertugas belum pernah ada pasien pasien yang dirujuk balik oleh Rumah Sakit” (informan 1)</i>	<i>“Belum pernah...saya lihat program rujuk balik di sini belum jalan.”(informan 2)</i>	<i>“Perasaan Belum pernah ada deh....”(informan 3)</i>	<i>“Saya belum pernah mendapatka n pasien rujuk balik dari Rumah Sakit” (informan 4)</i>
Menurut Bapak/Ibu, apakah Puskesmas tempat dinas Bapak/Ibu sudah	<i>“Iya sudah Loh...kan sudah jelas....kalo di puskesmas saya ini tingkat angka rujukan nya</i>	<i>“Berdasarkan penjelasan anda...saya rasa puskesmas ini sudah melaksanakan fungsi Gatekeeper</i>	<i>“Saya rasa sudah... dan buktinya....Kami sudah berusaha semaksimal mungkin memberikan palayanan kesehatan dasar</i>	<i>“Kayaknya belum deh...karna masih banyak pasien di sini yang masih pada pengen</i>

<p>menjalankan fungsi Puskesmas sebagai "Gate Keeper"? Apa buktinya bahwa Puskesmas tempat Bapak/Ibu sudah menjalankan fungsi Puskesmas sebagai "Gate Keeper" ?</p>	<p><i>rendah..."(Informan 1)</i></p>	<p><i>itu...karna kami sudah berusaha memberikan pelayanan dasar sebak mungkin..."(Informan 2)</i></p>	<p><i>kepada pasien"(Informan 3)</i></p>	<p><i>dirujuk...."(Informan 4)</i></p>
<p>Bagaimana menurut Bapak/ibu kalau angka rujukan dari puskesmas tinggi, Bapak/ibu</p>	<p><i>"Ya.....mungkin berakibat pada biaya kesehatan yang jadi semakin mahal....bayar spesialis kan mahal...."</i></p>	<p><i>"Yang jelas akan berdampak pada biaya kesehatan menjadi tinggi"</i></p>	<p><i>"Kalau buat PT Askes sih kayanya biaya kesehatannya jadi tinggi."</i></p>	<p><i>"Dampaknya yang pasti adalah mahalnya biaya kesehatan yang harus ditanggung pasien"(Informan 4)</i></p>

tahu dampaknya?				
-----------------	--	--	--	--

Daftar Obat-obatan Essential di Puskesmas menurut Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN)

Daftar Obat-Obat Esensial

a. Obat Susunan Saraf

1. Analgetik – antipiretik : asetosal, eukinin, antalgin, parasetamol
2. NSAID : asetosal, fenilbutazon
3. Analgesik-Narkotik :Petidin
4. Anestik : Lidokain, Tiopental, Ketamin
5. Antiepilepsi-antikonvulsi : diazepam, fenitoin, fenobarbital
6. Antiparkinson : atropin sulfat
7. Psikofarmaka : antiansietas (dzp), antidepresan (amitriptilin hcl), antipsikotik (cpz), hipnotik sedatif (dzp, fenobarbital).
8. Antiemetik (dimenhidrinat, cpz)
9. Antimmigren (ergotamin tartrat)

b. Obat Kardiovaskular

1. Anti angina (isososirbit dinitrat, propranolol hcl)
2. Antiaritmia (propranolol hcl)
3. Antihipertensi (hidroklorotiazid, reserpin)
4. Glikoside Jantung (Digitalis, digoksin)
5. Syok (Deksametason, Epinefrin Hcl)
6. Saluran Pernapasan
7. Antitusif (Dekstrometorfan, Doveri, Kodein HCl)
8. Ekspektoran (Obat batuk hitam, obat batuk putih)
9. Antiasma (Aminofilin, Deksametason, Efedrin, Epinefrin)

10. Obat Saluran Cerna
11. Antasid (Magnesium Hydrochlorida)
12. Obat diare (Karbo adsorben)
13. Laksan (bisakodil, Diosiantrokinon, Gliserol)
14. Antispasmodik (Atrofin Sulfat, Ekstrak Beladona, papaverin)
15. Obat Ginjal dan Saluran Kemih
16. Diuretik (Hidroklortiazid)
17. Antiseptik saluran kemih (nitrofurantoin, Sulfisoksazol)
18. AntiAlergi
19. Antihistamin (Difenhidramin Hcl, Klorfenamin Maleat)
20. Cairan Untuk Keseimbangan Air Elektrolit, Dialisa dan Nutrisi
21. Larutan Nutrisi (Glucosa)
22. Larutan keseimbangan cairan elektrolit asam lindi (Natrium bikarbonat, Natrium Chlorida), RL, kombinasi
23. Hormon
24. Estrogen (Dietilstilbestrol)
25. Kontrasepsi
26. Kortikosteroid (Deksametason, Prednison)
27. Tiroid dan Antagonis (Etil ester, Kalium Iodida, Propiltiourasil)
28. Antidiabetik
29. Antidiabetik oral (Glibenklamid)
30. Vitamin dan Mineral
31. Asam Askorbat (Vit C)
32. Kalsium
33. Piridoksin hidroklorida (B6)
34. Retinol (Vitamin A)
35. Tiamin HCl (B1)
36. Vitamin B Kompleks
37. Antiinfeksi
38. Antibakteri Sistemik (Ampisilin, Benzantin Benzipenisilin, Eritromisin, Kloramfenikol, Oksitetrasiklin, Penisilin, Prokain Penisilin G, Tetrasiklin, Trisulfa, Kombinasi Sulfametoksazol)
39. Antifungi (Griseofulvin)

40. Antilepra (Dapson, Klofazimin)
41. Antituberkulosis (Etambutol, Isoniazid, Rifampisin, Streptomisin)

Kelompok: Peralatan Medis untuk Puskesmas menurut Pedoman Peralatan dan Tata Ruang Puskesmas Ditjen Bina Kemas tahun 2006

a. BASIC EQUIPMENT

a). Umum

1. Refrigerator, kerosene
2. Weighing scale (adult, infant)
3. Sterilizer, stove, kerosene

b). KIA set

1. Weighing scale (adult, infant)
2. Single solution basin stand
3. Sterilizer, instrument, kerosene
4. Basin, kidney, wash, shallow
5. Cup, solution, glycerine sput, jar, dressing
6. Apron, utility, plastic
7. Catheter, urethral, soft rubber, hand gloves, pump, breast
8. Syringe, rectal, infant, dropper medicine, pipette
9. Thermometer (oral, rectal)
10. Brush, hand , surgeon, tape, vinyl, depressor, tongue, hammer, reflex testing
11. Sphygmomanometer, stethoscope, forceps, needle, scissors, syringes, HB set Sahli, pengukur panggul

c). Poliklinik set

1. Single solution basin stand, solution basin
2. Basin, kidney, wash, shallow
3. Cup, solution, irrigator, jar dressing
4. Apron, utility, catheter, connector, hand gloves, pump, breast, syringe, tube
5. Dropper, thermometer (oral, rectal), brush, suture (silk), tape

6. Torniquet, depressor, hammer reflex, sphygmomanometer, stethoscope
7. Forceps, holder needle, needle, scissors, syringe, clamp, stretcher lipat tanpa roda, manset anak

d). Public Health Nursing & Midwifery Kit

1. Sterilizer, basin kidney, bowl, glycerine syringe, nelaton catheter urethral, catheter mucous
2. Thermometer, brush hand, syringe, needle, surgical suture, needle
3. Lamp, spiritus, tongue depressor, forceps
4. Stethoscope, sphygmomanometer, scissors, scale spring baby size, surgeon gloves, tape measure, towel, apron plastic, pouch plastic, sheeting plastic, urinary test set, cotton absorbent,
5. Gauze, soap, bottle, bag canvas, safety pin medium, oralit spoon, object glass, scalpel, HB set Sahli, flash light, umbilical cord clips, tensimeter

e). Diagnostic And Surgical Equipment

1. Snellen chart, head mirror, forceps, complete diagnostic set
2. Forceps obstetrical, holder needle, knife handle, knife blade, probe, scalpel, cissors, speculum, suture clip

f). Physician's Kit

1. Thermometer, depressor tongue, pocket lamp, tensimeter, stetoskop, forsep, needle
2. Scissors, syringe, hammer reflex
3. Leather bag, paratus for syringe

g). Health Education Equipment

1. Flanelets, green darkcolor
2. Green board, double sided
3. Wax, crayon
4. Standard untuk flipchart
5. Radio kaset
6. Slide projector
7. Model untuk penyuluhan (gizi, gigi, KB)

h). Laboratory Equipment

1. Centrifuge

2. Burner, kerosene
 3. Microscope, monocular
 4. Sterilizer, steam
 5. Albuminometer, Esbach
 6. Blood sedimentation apparatus, Westergreen
 7. Hemocytometer set
 8. Hemameters, Sahli
 9. Lamp, spiritus, litmus, paper lens
 10. Syringe, stove, kerosene
 11. Timer, interval, spring wound, stopwatch
 12. Urinometer, tensimeter, loop, paper, filter
 13. Beaker, bottle, container (specimen, sputum)
 14. Cover glass, cylinder, flask erlemeyer
 15. Funnel, petridish, pipet, slide microscope, vdr
 16. Tube, centrifuge, test, brush (jar, cylinder)
 17. Gauze wire, holder tube
 18. Tongs pickup, forceps, pencil, rack, tripod, basket, wash basin
 19. Staining plate, slide box, map sediaan dari karton
- i). Alat-Alat Resusitasi Dasar
1. S tube, ETT, Laringoskop
 2. Endomecheal tube infant size
 3. Resuscitation equipment for adult, infant
 4. NGT
 5. Guedel
 6. Suction catheter
 7. Magil forceps
 8. Cricothyrotomy, xylocain sprayer
 9. Oxygen delivery set
- j). Alat-Alat Kesehatan Mata
1. Optotyphen (snellen chart), reading chart
 2. Trial lens set, trial frame, tonometer, oftalmoskop, loupe
 3. Eye speculum, eye lid retractor, silk black braided

4. Silet, knife golf club, currete
5. Forceps, scissors, needle holder, eye suture needle, pinset
6. Phantoum eye, gambar anatomi mata

k). Daftar alat Imunisasi (Unicef)

1. Spuit 1cc, barrel 1cc, spuit 10cc, spare O ring
2. Jarum, ring rubber, sterilisator, metal box/shield
3. Pinset, lampu spiritus, termos es 1,5 L
4. Kotak kapas, sahrpping stone, botol plastik, spuit 2cc
5. Tas imunisasi, Sumbu L es, semprong, Burner, elemen strika, elemen listrik
6. Thermometer lemari es, vaccine carier, cholera cat

l). Screening Kit Bagi Uks Untuk Di Puskesmas

1. Timbangan, micro toir, snellen chart
2. Tensimeter, stetoskop, objek glass, depressor lidah
3. Buku isihara
4. Thermometer
5. Tourniquet, ear speculum
6. Head minor, nasal speculum, percussion hammer
7. Pinset gigi, cermin gigi, dan sonde
8. Alat deteksi dan rehabilitasi ALB
9. Kartu berobat anak.