# **USULAN PENELITIAN**

**EVALUASI PELAKSANAAN SISTEM RUJUKAN TINGKAT PRIMER UNTUK MENGURANGI JUMLAH RUJUKAN KE FASILITAS LAYANAN SEKUNDER DI PUSKESMAS ABELI**

**OLEH**

1. **SARTINI RISKY, MS**
2. **Ari Nofitasari**

**PRODI KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MANDALA WALUYA**

**JUNI 2017**

# **BAB I PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Rujukan kesehatan adalah pelimpahan wewenang dan tanggung-jawab secara timbal balik, baik horisontal dan vertikal maupun struktural dan fungsional terhadap kasus penyakit atau masalah penyakit atau permasalahan. Rujukan kesehatan berkaitan dengan upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan (sarana, teknologi dan operasional) (Kemenkes, 2012).

Secara umum bahwa prosedur rujukan dimulai dari pelayanan tingkat dasar ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Menurut Afsar dan Younus M (2004) di beberapa negara berkembang, masyarakat sering melewati FKTP sehingga menyebabkan angka rujukan di fasilitas kesehatan lebih lanjut yang semakin tinggi. Penyebabnya tingginya angka rujukan di fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTL) karena kurangnya pemanfaatan fasilitas kesehatan di tingkat bawah atau kurangnya kualitas layanan rujukan ditingkat bawah ( Luti, et al., 2012).

Data BPJS Kesehatan menyebutkan, pada triwulan pertama 2016 ada 14.619.528 kunjungan di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Dari data itu, 2.236.379 kunjungan dirujuk dari pelayanan primer ke tingkat pelayanan sekunder, 214.706 kunjungan di antaranya merupakan rujukan nonspesialistik, yang berarti seharusnya tak perlu dirujuk dan bisa diselesaikan di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Di Sulawesi Tenggara angka rujukan masih tinggi yaitu pada 2016 tingkat rujukan yang dilakukan FKTP ke RS mencapai 17%. Angka rujukan itu juga tergolong tinggi. Idealnya, maksimal rerata tingkat rujukan FKTP ke RS tidak boleh lebih dari 5%.

Di Kota Kendari pada tahun 2015 angka rujukan dari puskesmas di kota kendari ke RS Abunawas juga masih tinggi yaitu sekitar 9,5 % dari pasien yang berobat ke Puskesmas. Kemudian mengalami peningkatan di tahun 2016 menjadi 15,3 %.

Oleh karena itu, perlu penilaian mutu rujukan untuk melihat apakah pasien yang dirujuk sesuai dengan SOP dan melihat aspek kelengkapan dan ketepatan pemberi rujukan. Sebab meningkatnya angka rujukan di di FKTL disertai dengan rendahnya kualitas rujukan akan berakibat pada inefisisensi dan berakibat pada kerugian oleh BPJS. Terbukti bahwa diawal tahun 2015, berbagai sumber menyatakan bahwa BPJS kekurangan sekitar 2-5 triliun (Trisnantoro, 2015).

* 1. **Permasalahan**

Berdasarkan pada latar belakang diatas, maka rumusaan masalah penelitian tersebut adalah: Bagaimana pelaksanaan sistem rujukan tingkat primer ditinjau dari aspek ketersediaan tenaga kesehatan, ketersediaan fasilitas dan obat-obatan, dan pemahaman petugas kesehatan terhadap sistem rujukan di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)pada Puskesmas Abeli?

* 1. **Tujuan Penelitian**
1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengevaluasi pelaksanaan sistem rujukan tingkat primer ditinjau dari aspek ketersediaan tenaga kesehata, ketersediaan fasilitas dan obat-obatan, serta pemahaman petugas keseahatan terhadap sistem rujukan di Puskesmas Abeli.

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Tinjauan Tentang Sistem Rujukan medis dan Karakteristiknya**
1. Sistem Rujukan medis dan Karakteristiknya

Beberapa literatur menyatakan karakteristik rujukan medis, diantaranya sebagai berikut : Menurut WHO (2010) pada Referral Health System, karakteristik rujukan medis adalah : a. Adanya kerjasama antara fasilitas pelayanan kesehatan; b. Kepatuhan terhadap SOP rujukan; c. Kelengkapan sumber daya pendukung, termasuk transportasi dan komunikasi; d. Kelengkapan formulir rujukan; e. Komunikasi pra rujukan dengan fasilitas tujuan rujukan; f. Ketentuan rujuk balik

1. Faktor-faktor rujukan dan rujukan balik
2. Ketepatan diagnosa dan terapi awal yang telah diberikan

 Surat rujukan dari dokter puskesmas sebagai dokter layanan primer sering kurang memberikan informasi klinis penting tentang diagnosa dan terapi yang telah diberikan sebanyak 38% pasien rawat jalan yang dirujuk ke dokter spesialis atau konsultan melaporkan bahwa surat rujukan berisi informasi yang cukup kurang memadai (Berendsen et al., 2009). Pada 93 rujukan sebanyak 22% konsultan ingin informasi lebih lanjut tentang pasien (Rosemann et al., 2006).

1. Ketepatan rujukan

Pada penelitian Rosemann et al. (2006) mengemukakan bahwa ketepatanrujukan yang ditujukan oleh dokter umum kepada dokter spesialis (95%), kesesuaian rujukan (91%) dan informasi yang diberikan dokter umum kepada pasien (87%). Dari 46 rujukan (11%), dokter spesialis berpikir bahwa pasien harus dirujuk sebelumnya oleh dokter umum. Sedangkan Ringberg et al. (2013) menemukan sebanyak 23% dari konsultasi yang ada, terdapat 70,6% rujukan diprakarsai oleh dokter dan 29,4% oleh pasien. Tingginya rujukan tersebut disebabkan pasien sangat membutuhkan perawatan lanjutan yang lebih kompleks oleh dokter spesialis perawatan sekunder karena keterbatasan kompetensi dokter umum di layanan primer.

1. Kecepatan penanganan oleh dokter puskesmas

Menurut Ramarao et al. (2001) yang dikutip Luti et al. (2012) kecepatan penanganan oleh dokter puskesmas dapat dilakukan dengan meningkatkan kompetensi melalui pelatihan. Perbaikan kompetensi ini akan sangat menunjang tugas-tugas pelayanan termasuk di dalamnya penanganan rujukan jika terjadi komplikasi.

1. Pelacakan rujukan

Pelacakan rujukan merupakan tugas penting bagi penyedia merujuk untuk memastikan bahwa rujukan telah sampai. Williams et al. (2005) mengemukakan bahwa lebih dari setengah dokter merujuk membutuhkan informasi umpan balik lebih dari yang diberikan oleh spesialis.

1. Jawaban spesifik penanganan pengobatan spesialis dan perawatan lanjutan di puskesmas

Piterman dan Koritsas (2005) mengemukakan bahwa dokter spesialis ataukonsultan dalam rangka untuk lebih mengatasi masalah pasien, mereka ingin dokter puskesmas memberikan rincian medis tentang riwayat lalu medis meliputi obat-obatan, temuan pemeriksaan, hasil investigasi dan rincian perawatan yang telah dilakukan, serta informasi lebih lanjut tentang keluhan pasien, pemeriksaan lanjutan yang diperlukan, masalah yang akan ditangani dan pertanyaan klinis yang harus dijawab. Sedangkan dokter umum puskesmas sebagai pemberi rujukan mengharapkan respons yang jelas dari dokter spesialis, seperti jawaban yang spesifik untuk masalah yang ditangani, diagnosa yang jelas, rekomendasi untuk perawatan lebih lanjut, *follow up* yang diperlukan dan pengobatan yang sudah diberikan.

.

* 1. **Tinjauan Tentang Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan puskesmas terhadap kualitas rujukan dan rujukan balik**

Menurut World Health Organization (WHO) alasan seseorang berperilaku tertentu adalah karena pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan, dan penilaian seseorang terhadap objek.

menurut Green dan Kreauter (2005) yang dikutip dalam Notoadmojo (2007), tindakan seseorang dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu :

1. Faktor predisposisi *(predisposing factor),* yaitu pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan persepsi yang membangkitkan motivasi seseorang untuk bertindak. Aday dan Andersen (1974) mengemukakan bahwa faktor predisposisi yang dapat diubah (mutable), seperti pendidikan dan (health belief) dan faktor presdiposisi yang tidak dapat diubah (immutable), seperti usia, jenis kelamin, ras, status perkawinan, tingkat pendidikan, komposisi keluarga, agama dan demografi.
2. Faktor pemungkin *(enabling factor),* berupa lingkungan fisik, tersedia/ tidak tersedia nya fasilitas atau sarana dan prasarana kesehatan, ketrampilan dan sumber daya yang dibutuhkan untuk mendukung perilaku kesehatan seseorang, seperti fasilitas kesehatan, personalia, keterjangkauan biaya, jarak dan transportasi. Savitri (2011) menyatakan bahwa 14,3% penduduk dengan tempat tinggal jauh selalu memanfaatkan pelayanan puskesmas, sedangkan penduduk yang bertempat tinggal dekat memanfaatkan pelayanan kesehatan puskesmas sebanyak 51,9%. Ini berarti faktor jarak, waktu tempuh/ lamanya berpergian, biaya dan transportasi juga mempengaruhi pencarian pengobatan (Kurniawati, 2008; Wahyuni, 2012). Sulitnya mencapai fasilitas layanan kesehatan menyebabkan rujukan tidak efektif dan keterlambatan rujukan (Cahyono, 2004).
3. Faktor penguat (*reinforcing factor*), adalah penentu apakah tindakan seseorang memperoleh dukungan atau tidak. Dalam beberapa studi yang dikutip Mehrotra et al. (2011), pengambilan keputusan rujukan secara umum oleh dokter dilakukan dengan membandingkan keputusan rekan sejawat dan menerima sedikit saran atau bimbingan pada saat membuat rujukan. Dengan adanya rujukan balik kepada faskes primer, maka dokter dapat meningkatkan kemampuan kompetensi nya atau mengadakan pertemuan rutin antara faskes lain yang dapat membantu dalam mengambil keputusan sehingga efektif (Akbari et al., 2005;. Fung et al., 2008;. Grimshaw et al., 2005).
	1. **Kerangka Konsep**

Ketersediaan Tenaga Kesehatan

Ketersediaan fasilitas dan obat-obatan

Pemahaman petugas terhadap sistem rujukan

Gambar 1. Kerangka Konsep

# **BAB III METODE PENELITIAN**

* 1. **Pendekatan dan jenis penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif, dengan pendekatan studi kasus.

* 1. **Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini berlokasi di Puskesmas Abeli Kota Kendari Sulawesi Tenggara Penelitian dilakukan mulai bulan Februari sampai maret tahun 2017.

* 1. **Informan Penelitian**

Informan penelitian adalah Dokter,Kepala ruangan IGD, Kepala ruangan di PONED, apoteker yang mengetahui permasalahan dengan jelas, dapat dipercaya menjadi sumber informasi yang baik serta mampu mengemukakan pendapat secara baik dan benar. Adapun teknik pengambilan informan dalam penelitian ini dilakukan dengan metode *snowball research strategies.*

* 1. **Instrumen Penelitian**

Instrumen dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri, dimana dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti melengkapi diri dengan :

1. *Tape Recorder*/*Mp3* yang berfungsi untuk merekam hasil wawancara antara peneliti dan informan
2. Kamera digital untuk memotret keadaan di lapangan
3. Daftar pertanyaan sebagai pedoman wawancara di lapangan
4. Catatan lapangan sebagai pedoman observasi untuk mencatat informasi tambahan yang merupakan hasil observasi lapangan.
	1. **Metode pengumpulan data**

Peneliti berusaha menemukan informasi dalam bentuk selain angka yang merupakan data primer dan data sekunder dengan menggunakan teknik sebagai berikut (Satori & Komariah, 2010) : Wawancara mendalam (*indepht* interview) dan Observasi partisipasi

* 1. **Analisis dan Penyajian Data**

Adapun urutan dalam analisis data kualitatif dapat dilihat sebagai berikut sebagai berikut:

1. Pengumpulan data
2. Mereduksi data (data etik) dengan membuat koding dan kategori.
3. Penyajian data (data emik)
4. Penarikan kesimpulan

**BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN**

* 1. **Gambaran Umum Lokasi**
	2. **Keadaan Geografis**

Puskesmas Abeli terletak di Kelurahan Abeli Kecamatan Abeli yang tediri atas 8 (delapan),dengan batasnya adalah sebagai berikut:

* Sebelah Utara berbatasan Teluk Kendari
* Sebelah Selatan berbatasan dengan. Kecamatan Konda
* Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Moramo
* Sebelah Barat berbatasan dengan Kelurahan Matabubu kecamatan Poasia
	1. **Keadaan Demografis (Kependudukan)**

Berdasarkan hasil pendataan terakhir, jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Abeli adalah 16032 jiwa yang tersebar dalam 8 (delapan) wilayah kelurahan.

* 1. **Hasil Peneltian**
1. Hasil wawancara terhadap ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas Abeli

Hasil wawancara yang dilakukan kepada Bidan dan Dokter Intership di Puskemas Abeli menyatakan bahwa ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas Abeli belum memadai. Bagian kebidanan memiliki tenaga kesehatan yang cukup namun masih kekurangan tenaga dengan status PNS sebagai penanggung jawab. Hal tersebut dikemukakan oleh salah satu informan sebagai berikut:

“eee, kalau untuk pelayanan sebetulnyanya sudah cukup , hanya saja kan kita disini kendalanya harus ada yang bertanggung jawab PNS. Hmmm kita disini masalahnya itu sebetulnya kalau dari segi tenaga itu, kalau hitungan kuantitas ya sudah cukup, hanya saja kan kita diharapkan ada satu shif itu kalau setiap shif ada penanggung jawabnya PNS, harusnya begitu.” (M)

Selain itu, bagian poned masih kewalahan apabila merujuk pasien dikarenakan pasien harus di antar namun di puskesmas tidak memiliki sopir sehingga bidan biasanya meminta perawat di UGD untuk mengantar.

“karna kita punya sopir disini nda jelas, nda jelas dia kewenangannya sebagai apa, tokposinya sebagai apa, jadi sebetulnya kita tau sih bu ada orang yang memang sknya sopir, hanya kita tidak tau kerjanya kapan karna mengantar pasien, buktinya kalau orang ugd mengantar orang ugd sendiri yang menyopir, kaya ponet mngantar bidan juga yang menyetir.” (M)

Sedangkan untuk tenaga dokter di Puskesmas Abeli masih belum memadai, hal tersebut dikemukakan oleh informan seorang dokter sebagai berikut:

“kalau sekarang yang saya liat tenaga kesehatan mulai dari perawat, bidan sudah cukup cuma yang kurang sekarang itu dokter. Apalagi dia sekarang persiapan mau akreditas tapi sementara ditutupi masih untuk sekarang cukup juga karena dia ditutupi sama dokter interensif jadikan dokter yang PNS disini ada dokter umum dua,sama dokter gigi satu, tambah dokter interensif dua” (L)

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, informan menyatakan untuk sementara jumlah tenaga dokter di Puskesmas Abeli masih memadai. Namun, untuk tenaga tetapnya masih belum memenuhi standar.

“belum ini dokter interensif 2 orang nanti keluar, 4 bulan kemudian........iya masih kurang karena 2 ini tadi to cuman 3 PNS dokter tetapnya disini dokter umum 2 dokter gigi 1. Kepala puskesmas, dokter poli, dokter gigi. Jadi bipoli itu harus minimal 2 taps untuk puskesmas” (L)

Selain itu, dalam melaksanakan tindakan rujukan dokter dan bidan di Puskesmas Abeli sudah tegas terhadap pasien. Bidan di puskesmas Abeli menjadikan grafik patograf dan kondisi khusus pasien sebagai dasar dalam pengambilan keputusan tindakan rujukan kepada pasien sedangkan dokter melakukan pemeriksaan terlebih dahulu kepada pasien, jika kondisi mengharuskan dirujuk maka akan dirujuk jika tidak maka pasien tidak akan dirujuk.

“Iya.. Kan kalau pasien kita pilah bu,, eee yang ibu hamil dengan yang resiko a, ibu hamil dengan resiko b, dan ibu bersalin yang memang eee tidak direncanakan untukdirujuk tetapi kenyataannya pada saat persalin dia mengalami masalah itu harus dirujuk misalnya retensikan, retensi itu tidak bisa dibayangkan tapi kalaumisalnya ibu hamil resikonya a itukan misalnya dia sudah diplanning duluan dari jauh-jauh hari misalnya pro sesar itukan otomatis tidak mungkin singgah disini dan tidak mungkin dipantau disini berarti dia langsung dirujuk..” (M).

Dalam menyikapi pasien yang meminta rujukan langsung, Bidan dan Dokter di Puskesmas Abeli memberikan penjelasan disertai ketegasan kepada pasien mengenai alasan-alasan dalam merujuk.

“iya,, barusan juga ada tapi saya nda pake seperti itu, saya kasih catatan dia, kalau mau ko dirujuk berarti atas permintaan sendiri bpjsnya tidak dipakai dong” (M)

“kalau saya, misalnya kita liat penyakit apa dulu, kalau memang penyakitnya masih bisa memang kompetensi, kompetensi misalnya kompetensi 4a untuk dokter berarti dia harus difasilitas kesehatan dan puskesmas preminya to.” (L)

Selain itu, bagian poned semaksimal mungkin meminimalkan rujukan dan meningkatkan pelayanan. Namun, karena kekurangan tenaga dokter menjadikan pelayanan yang seharusnya dapat ditangani harus dirujuk karena kekurangan tenaga kesehatan.

“Kewenangannya itu namanya juga pelayanan neonatal emergensi, obsesi neonatal emergensi dasar, jadi ada sateliknya neonatal yang emergensi dasar termasuk uretasi bisa dilakukan di puskesmas.” (M)

1. Hasil wawancara terhadap ketersediaan fasilitas dan obat-obatan di Puskesmas Abeli

Hasil wawancara yang dilakukan terhadap tenaga kesehatan di Puskesmas Abeli tentang ketersediaan prasarana menyatakan untuk saat ini telah memadai. Namun, beberapa fasilitas di unit pelayanan masih belum terpenuhi seperti di UGD serta bagian pemeriksaan. Untuk saat ini Puskesmas Abeli masih berbenah sehingga sarana dan prasarana masih dalam proses pengajuan.

“Fasilitas kalau difungsi sebagian sudah memadai yang sekarang mungkin karna lagi berbena. Berbena kan disini mempersiapkan akreditasnya. di UGD masih kurang alat-alatnya. Fasilitas-fasilitas kesehatannya masih kurang disini pemeriksaan bidan harusnya kan dipuskesmas itu kadang tidak ada. Disini masih belum ada pemerikasaan bidan, itupun pemeriksaan tes bidankan untuk penyakit tifoid.” (L)

Adapun dalam kesiapan petugas dalam mendiagnosa penyakit telah memadai, namun masih mengalami kendala dalam melakukan pemeriksaan-pemeriksaan.

“kalau dari standar kadar kemampuan dokter sudah memenuhi, tapi kan disini kadang misalnya dalam kita mendiagnosis suatu penyakit dalam 155 penyakit itu jadi kan kadang kita butuh ada pemeriksaan-pemeriksaan tertentu kadang disini tidak ada” (L)

Fasilitas rujukan poned mengemukakan bahwa pasien yang dirujuk diantar langsung oleh petugas yang berjaga. Fasilitas kendaraan telah memadai di Puskesmas Abeli namun masih kekurangan sopir.

“oh nda mengantar, nda boleh itu bidan tidak mengantar bu makanya kita pake 3 orang 1 shift. masalah ini kita di sopir, kita satuji masalahnya di sopir.”

Ketersediaan obat di Puskesmas Abeli cukup memadai, pasien akan diresepkan obat oleh dokter dan menebusnya d apotek puskesmas. Namun, terdapat kondisi tertentu obat tidak diresepkan di puskesmas seperti pasien sendiri yang mengajukan untuk menebus di apotek selain di puskesmas. Apabila obat kurang maka diresepkan obat yang lain dengan dosis yang sama namun, hal itu tidak praktis. Hal tersebut kadang dijelaskan kepada pasien dan biasanya dokter menyarankan obat yang bagus namun ditebus ditempat lain dan tidak ditanggung oleh asuransi BPJS.

“Kalau untuk pasien BPJS mereka tidak beli, mereka tidak dikasih untuk resep luar to, terkecuali itu kalau pasien kaya umum to atau terkadangjuga kadang pasien bpjs jugasendiri to kadang permintaan sendiri bilang dia mau beli diluar baru kita kasih tapi kalau anu ya dikosongkanmi tidak dikasih kecuali nanti lagi kalau misalnya obat sudah ada semua diantar kesini dipuskesmas kan sekarang ini obat tidak di ampra sendiri langsung diantar orang gudang langsung diantar kesini misalnya kalau sudah ada baru memang masih perlu pakai obat yang kaya begitu baru dikasih kembali sama dokter diresepkan kembali” (F)

1. Hasil wawancara terhadap pemahaman petugas dengan sistem rujukan di Puskesmas Abeli

Pemahaman tenaga kesehatan di puskesmas Abeli terhadap sistem rujukan sudah baik. Namun, beberapa kendala menjadikan hal tersebut tidak sesuai prosedur rujukan. Seperti rumah sakit tujuan rujukan sedang penuh, sehingga pihak puskesmas harus mencari rumah sakit lain sebagai tempat rujukan.

“ya... rumah sakit kota, misalnya tiba-tiba oh.. disana tidak menerima karna full” (M)

Panduan dalam merujuk telah disusun oleh pegawai puskesmas di seluruh kota kendari dan ditandatangani oleh kepala dinas. Namun, setelah kepindahan lokasi puskesmas abeli, buku manual tersebut hilang sehingga menyulitkan saat merujuk pasien.

“......terus terang saja itu 2 tahun lalu itu kami perna menyusun satu buku itu manual rujukan itu, Jadi misalnya korem full atau abunawas full kita bisa calling yang lain, ini saja kalau kita mau tanya lagi nomornya yang itu sekarang bikin malu-malu kenapa abeli hilang lagi, buku itu yang lagi saya cari-cari ini buku itu tapi pas kita pindah ruangan dari sana, pindah kesana waktu itu disitu kayanya itu tercecernya baru apalagi habis dibongkar” (M).

Selain itu, perubahan sistem kesehatan nasional mengharuskan dokter untuk mengusasi 155 penyakit agar pelayanan pasien dapat lebih tertib dan meminimalkan rujukan. Dokter di Puskesmas Abeli cukup menguasai hal tersebut. Selain itu, lulusan dokter saat ini juga telah diharuskan menguasai 155 penyakit.

“Tidak tau mungkin karena pengaruh dari BPJS tapi maksudnya eee apa dari pas satu tahun sebelum sa selesai itu memang kita sudah ditekan harus kuasai 155 penyakit dan selesai memang.” (L)

“itu toh supaya memang pelayanan terhadap pasien untuk penanganan penanganan terhadap pasien itu tertib” (L)

Adapun saran yang diberikan oleh petugas kesehatan kepada Puskesmas Abeli yaitu agar lebih melengkapi fasilitas di puskesmas khususnya fasilitas penunjang diagnosis 155 penyakit dan ketersediaan obat untuk penyakit tersebut serta fasilitas rujukan dan melengkapi kekurangan SDM medis di Puskesmas Abeli

“saran saya itu yang terutama fasilitas tadi fasilitas obat obat itu di puskesmas di permantap karena memang ee secara keseluruhan dokter dokter yang ada yangberada sekarang anu sudah siap memang dengan ini 115 penyakit tapikan penyakit ini ada juga yang butuh kayak pemeriksaan....... setidaknya ada setiap permintaan obat untuk dari 115 penyakit ini ada di puskesmas. Seperti itu. Itukan hal hal yang ee bisa mengurangi tingkat kepercayaan peser ee apa pasien terhadap pastikan pertama. Kayak datang kesini mo periksa lab. Tidak ada. “ah, puskesmas anu, tidak anu to” misalnya ada obat kadang obat kayak kasus kasus tadi obat misalnya jadi kita berpikir bagaimana supaya ini terasa to kayak obat tadi to” (L)

* 1. **Pembahasan**
1. Ketersediaan Tenaga Kerja

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di masyarakat dan memiliki fungsi sebagai kontak pertama dari peserta BPJS Kesehatan sehingga berdampak besar bagi peningkatan status kesehatan masyarakat. Menurut Peraturan Presiden RI Nomor 32 tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah, disebutkan bahwa yang dimaksud dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat

Ketersedian tenaga dokter di Puskesmas Abeli masih belum memadai. Hal tersebut menjadikan pelayan kesehatan primer di puskesmas belum optimal sehingga pasien harus dirujuk. Selain itu, kekurangan SDM non medis juga menjadi kendala dalam melakukan proses rujukan pasien ke rumah sakit. Adanya keterbatasan SDM medis maupun non medis menjadikan beberapa petugas merangkap tugas dan pelayanan tidak optimal. Karena hal tersebut jumlah rujukan meningkat dan proses rujukan mengalami berbagai kendala.

1. Ketersediana fasilitas dan Obat-obatan (Ali, Kandou, Umboh 2014)

Berdasarkan hasil wawancara, informan menyatakan bahwa ketersediaan obat di puskesmas abeli cukup memadai, namun pengantaran logistik obat seringkali mengalami keterlambatan. Sehingga terdapat jeda beberapa hari stok obat kosong di puskesmas abeli. Jika obat kosong, biasanya apoteker memberikan informasi kepada dokter untuk meresepkan obat lain yang sama. Atau merekomendasikan membeli obat di apotek lain.

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 mendiagnosis apa pasien akan terganggu dan hal ini menyebabkan petugas kesehatan harus merujuk pasien kerumah sakit sehingga akan berdampak pada meningkatnya terjadi rujukan di rumah sakit.

Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan menyatakan bahwa ketersediaan fasilitas di Puskesmas Abeli belum memadai khususnya fasilitas pemeriksaan seperti laboratorium di Puskesmas masih minim sehingga diagnosis dokter tidak akurat yang mengharuskan pasien untuk dirujuk guna memperoleh pemeriksaan yang lebih lengkap.Saat inni puskesmas masih berbenah sehingga usulan pengadaan fasilitas masih dalam proses pengajuan. Pemerintah Daerah harus melakukan pengadaan alat melalui usulan dari dinas kesehatan karena sebagai yang bertanggungjawab.

Berdasarkan Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Peralatan kesehatan di Puskesmas harus memenuhi persyaratan:

1. standar mutu, keamanan, keselamatan
2. memiliki izin edar sesuai ketentuan peraturan perundang- undangan; dan
3. diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh institusi penguji dan pengkalibrasi yang berwenang

Ketersediaan fasilitas atau sarana pelayanan kesehatan dalam melakukan pemeriksaan kesehatan merupakan suatu hal yang sangat penting guna mencapai penegakan diagnose dan pemberian tindakan yang tepat di pelayanan kesehatan ditingkat pertama.

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 mendiagnos apa pasien akan terganggu dan hal ini menyebabkan petugas kesehatan harus merujuk pasien ke rumah sakit sehingga akan berdampak pada meningkatnya angka rujukan.

1. Pemahaman Petugas terhadap sistem rujukan

Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis. Pada pelayanan kesehatan tingkat pertama, peserta dapat berobat ke fasilitas kesehatan primer seperti puskesmas, klinik, atau dokter keluarga yang tercantum pada kartu peserta BPJS Kesehatan. Apabila peserta memerlukan pelayanan lanjutan oleh dokter spesialis, maka peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua atau fasilitas kesehatan sekunder.

Pelayanan kesehatan di tingkat ini hanya bisa diberikan jika peserta mendapat rujukan dari fasilitas primer. Rujukan ini hanya diberikan jika pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik dan fasilitas kesehatan primer yang ditunjuk untuk melayani peserta, tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan peserta karena

keterbatasan fasilitas, pelayanan, dan atau ketenagaan. Jika penyakit peserta masih belum dapat tertangani di fasilitas kesehatan sekunder, maka peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tersier. Di sini, peserta akan mendapatkan penanganan dari dokter sub-spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub-spesialiastik.

Peserta JKN harus mengikuti sistem rujukan yang ada. Sakit apa pun, kecuali dalam keadaan darurat, harus berobat ke fasilitas kesehatan primer, tidak boleh langsung ke rumah sakit atau dokter spesialis. Jika ini dilanggar peserta harus bayar sendiri. Namun realitas di lapangan tak semudah membalikkan telapak tangan. Sistem rujukan pasien dirasakan masih tidak efektif dan efisien, masih banyak masyarakat belum mendapat menjangkau pelayanan kesehatan, akibatnya terjadi penumpukan pasien yang luar biasa di rumah sakit besar tertentu.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan informan menyatakan bahwa dalam memberikan rujukan kepada pasien benar-benar tepat sasaran. Mereka tidak seenaknya memberikan rujukan kepada pasien yang masih bisa ditangani di puskesmas. Rujukan diberikan kepada pasien yang benar-benar membutuhkankan pelayanan dokter spesialistik atau sub-spesialistik dan pemeriksaan lanjutan.

Rujukan harus dibuat oleh orang yang mempunyai kompetensi dan wewenang untuk merujuk, mengetahui kompetensi sasaran/tujuan rujukan dan mengetahui kondisi serta kebutuhan objek yangdirujuk. Rujukan dan rujukan balik mengacu pada standar rujukan pelayanan medis Daerah.

Berdasarkan hasil wawancara, kompetensi petugas kesehatan di wilayah puskesmas sudah baik sehingga dalam penegakkan diagnosis dan pemberian pelayanan, kualitas petugas kesehatannya cukup kompeten namun dari segi kuantitas dan ketersediaan fasilitas belum memadai

**BAB VI**

**SIMPULAN DAN SARAN**

**6.1 Simpulan**

Adapun kesimpulan yang dapat di ambil dari penelitian ini yaitu :

1. Ketersedian tenaga dokter di Puskesmas Abeli masih belum memadai. Hal tersebut menjadikan pelayan kesehatan primer di puskesmas belum optimal sehingga pasien harus dirujuk.
2. ketersediaan obat di puskesmas abeli cukup memadai, namun pengantaran logistik obat seringkali mengalami keterlambatan
3. Pemahamanan tenaga kesehatan terhadap sistem rujukan sudah memadai.

**6.2 Saran**

Adapun saran yang dapat diberikan dari penelitian ini yaitu :

1. Peninngkatan tenaga kesehatan baik dari segi kualitas maupun kuantitas bisa lebih di tingkatkan lagi
2. Pengadaan fasilitas kesehatan dan obat-obatan perlu menjadi perhatian
3. Pengadaan pelatihan atau sosialisasi tentang sistem rujukan secara berkala baik bagi tenaga kesehatan maupun masyarakat.

**DAFTAR PUSTAKA**

AIPHSS, 2014. Mengembalikan fungsi Puskesmas. Available from : <http://aiphss.org/restoring-the-function-of-puskesmas/?lang=id>.

Ateev Mehrotra, Christopher B Forrest, and Caroline Y Lin (2011). Dropping the Baton: Specialty Referrals in the United States. Milbank Q. Mar; 89(1): 39– 68.

 Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WHGM, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J (2009). How do general practitioners and specialists value their mutual communication? a survey. BMC Health Serv Res. 9:1. doi: 10.1186/1472-6963-9-1.

BPJS (2013). Panduan praktis sistem rujukan berjenjang. Available from : http://www.rsmargono.go.id/home/downloadfile/Panduan\_Praktis\_Sistem\_ Rujukan\_Berjenjang.pdf&prev=search

Depkes (2013). Buku pegangan sosialisasi JKN. Available from : <http://www.jkn.kemkes.go.id/attachment/unduhan/Buku> Pegangan Sosialisasi JKN dalam SJSN.pdf

Depkes (2013). Data Riset Kesehatan Dasar. Pusdatin Kementerian Kesehatan RI

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Pedoman Sistem Rujukan Nasional. Jakarta: Direktorat Jenderal BUK (Bina Upaya Kesehatan) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Pedoman Sistem Rujukan Nasional. Jakarta: Direktorat Jenderal BUK (Bina Upaya Kesehatan) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Thomas Rosemann, Michel Wensing, Gernot Reuter et al. (2006). Referrals from general practice to consultants in Germany: If the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. BMC Health Serv Res. 6: 5.

UNFPA. 2005. The Health Referral System in Indonesia. Available from : [www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R162\_2005](http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R162_2005)

Unni Ringberg, Nils Fleten, Trygve S Deraas,Toralf Hasvold and OlavHelge Førde (2013). High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GPs’gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4350 consultation.BMC Health Services Research, 13:147.

William Dafoe, Heather Arthur RN, Helen Stokes, Louise Morrin, Louise Beaton (2006). Canadian Cardiovascular Society Access to Care Working Group on Cardiac Rehabilitation. Universal access: but when? Treating the right patient at the right time: access to cardiac rehabilitation. Can J Cardiol.22:905–911.

World Health Organization (WHO). 2010. Management of Health Facilities: Referral systems (Health Referral System & Minimum Packages

Trisnantoro, L ( 2014). Monitoring evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional. Jogjakarta

#