

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Mutu Pelayanan Kesehatan berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektivitas tindakan, efisiensi biaya, dan sesuai dengan kebutuhan pasien. Salah satu tujuan *Universal Health Coverage* (UHC) adalah membantu masyarakat dalam utilisasi pelayanan kesehatan yang komprehensif, sehingga derajat kesehatan masyarakat terpenuhi secara adil dan merata. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) berperan mengoptimalkan tujuan tersebut melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang salah satunya tercerminkan dari kebijakan prosedur layanan kesehatan secara berjenjang, mulai dari tingkat dasar hingga tingkat lanjutan (Lutfiah et al., 2022). Secara teori, akses peserta BPJS ke pelayanan kesehatan tingkat lanjut hanya dapat diberikan oleh tingkat dasar melalui sistem rujukan dengan kriteria kasus di luar 144 diagnosis yang wajib ditangani Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) yang berdasar pada kompetensi dokter umum di golongan 4A, kecuali dalam keadaan-keadaan tertentu seperti gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, dan pertimbangan geografis (Rahmadani et al., 2020).

Sistem rujukan adalah pelimpahan timbal balik tugas dan tanggung jawab suatu pelayanan kesehatan kepada yang penyedia layanan setingkat (horizontal) atau di tingkat lanjutan (vertikal) (Andiaswaty et al., 2020). Sistem rujukan pasien peserta BPJS diawali dengan pemeriksaan petugas poli rawat jalan seperti dokter atau perawat terhadap pasien. Setelah pemeriksaan, petugas menentukan tindak lanjut pasien. Apabila membutuhkan penanganan lebih lanjut di luar kemampuan puskesmas, maka petugas menyampaikan alasan dirujuk serta meminta persetujuan pasien untuk dirujuk, kemudian akan dibuatkan form rujukan untuk pasien (BPJS Kesehatan, 2017a). Hasil pemeriksaan tersebut diinformasikan kepada petugas registrasi untuk direkam ke dalam sistem seperti P-Care dan SIMPUS (UPTD Puskesmas Bareng, 2015).

Pelaksanaan layanan rujukan di lapangan dikatakan masih belum sesuai dengan standar prosedural, hal ini ditunjukkan melalui terjadinya penanganan kasus non spesial oleh tingkat sekunder. Togatorop, *dkk* (2021) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa mayoritas kasus yang ditangani layanan sekunder adalah kasus-kasus yang seharusnya dapat dituntaskan di layanan primer. Fenomena rujukan dianggap belum optimal karena terjadi peningkatan progresif pasien di rumah sakit, baik itu karena kompetensi SDM, sarana prasarana, atau yang berhubungan dengan kebijakan rujukan terkait (Lahay et al., 2018). Dampak yang ditimbulkan yaitu terjadi pemborosan biaya, karena alur pembiayaan pasien tidak lagi sebagai kapitasi namun terekam menjadi tarif INA CBG's, selain itu sasaran FKRTL menjadi kurang tepat karena disibukkan dengan kasus pasien yang tidak seharusnya ditangani (Sucipto et al., 2019). Sehingga, BPJS mengusung program kapitasi berbasis kinerja (KBK) untuk mengoptimalkan kinerja FKTP sebagai penyelenggara layanan tingkat dasar, serta untuk mengefektifkan alokasi dana ke masing-masing penyelenggara layanan. Indikator yang perlu dipenuhi FKTP agar klaim terpenuhi 100% diantaranya: 1) Angka Kontak (AK) ≥ 150 per mil, Rasio Rujukan Non-Spesialistik (RRNS) $< 2\%$, Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) $\geq 50\%$ (Darmawan et al., 2020). Jumlah rujukan FKTP pada tingkat nasional dilaporkan sebanyak 27.168.103 jiwa dari 394.934.178 jumlah kunjungan FKTP. Rasio rujukan FKTP Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) berdasarkan data nasional tercatat sebanyak 7,31%. Pada Provinsi Banten tahun 2022, dengan jumlah FKTP sebanyak 674, total kunjungan FKTP sebanyak 283.991.968 jiwa, jumlah rujukan FKTP 20.751.128 jiwa, serta rasio rujukan sebesar 6,88% (Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2022).

Hasil Monev KBK BPJS Kesehatan 2022 menunjukkan capaian RRNS Puskesmas masih belum sesuai target yaitu $\leq 2\%$, sehingga pembayaran kapitasi belum 100%. Skor capaian RRNS Puskesmas X memperoleh skor 1,5 dengan kriteria capaian RRNS mencapai $>2-2,5\%$ (BPJS Kesehatan, 2022). Puskesmas X berada di bawah naungan Dinas Kesehatan Kabupaten Y dengan rata-rata hasil pelayanan harian yang terlaksana di Puskesmas X mencapai 100 pasien. Pada bulan November 2022, 545 dari 2.983 pasien dirujuk, sebagian besar kasus dirujuk karena alasan kontrol, adapun alasan lainnya adalah karena gangguan penglihatan,

gangguan syaraf, kerusakan pada gigi, sinus, serta pasien dengan anamnesa penyakit kronis maupun non kronis dengan keterangan *unspecified* sehingga memerlukan rujukan. Keterangan *unspecified* menunjukkan adanya keterbatasan puskesmas dalam mendiagnosis pasien, baik dari sisi sumber daya manusia maupun sarana dan prasarana. Seluruh rujukan tercatat secara vertikal, atau pasien dirujuk ke tingkat lanjut (Puskesmas X, 2022).

Wawancara singkat dilakukan bersama salah satu staf Puskesmas dan seorang pasien, dari wawancara singkat tersebut dikatakan masih terdapat kasus rujukan atas permintaan sendiri yang salah satunya terjadi karena keluarga pasien khawatir dengan kondisi pasien apabila perlu menunggu selama 1-3 hari sesuai prosedur, sehingga pasien terdorong segera meminta dirujuk. Persentase rasio rujukan non spesialis di puskesmas berdasarkan hasil monev BPJS Kesehatan pada Januari 2022 berada di rentang >2-2,5%. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Risky (2022) bahwa kasus rujukan non spesialis di Puskesmas Kota Kendari dan Bau-Bau tergolong tinggi yaitu sebanyak 278 rujukan untuk Kota Bau-Bau dan 130 rujukan pada Kota Kendari yang disebabkan oleh penerapan penggunaan sistem tidak sesuai dengan ketentuan kebijakannya. Tingginya rasio rujukan akan menyebabkan penumpukan pasien di salah satu fasilitas pelayanan kesehatan, selain itu juga memengaruhi pengelolaan finansial karena perbedaan sistem pembayaran yang ditanggung BPJS untuk FKTP dan FKRTL (Risky, 2022). Standar pelaksanaan rujukan di Puskesmas X dimulai sejak pasien mendaftarkan diri di loket pendaftaran untuk berobat, kemudian pasien diarahkan ke *nurse station* atau langsung ke dokter umum untuk dilakukan pemeriksaan awal mencakup penjelasan anamnesa dan diagnosis. Hasil tindakan awal di dokter umum yang akan menentukan apakah pasien tersebut perlu atau tidaknya dilakukan rujukan. Penentuan rujukan didasarkan atas pertimbangan dokter terhadap fasilitas di puskesmas, serta kondisi pasien. Dan untuk kasus non-spesialistik, umumnya puskesmas melakukan observasi terhadap pasien selama 1-3 hari, apabila pasien tidak menunjukkan perkembangan dari hasil pemeriksaan awal, maka pasien dirujuk atas indikasi medis (Puskesmas X, 2023). Merujuk kepada permasalahan yang ada, perlu dilakukan evaluasi terhadap sistem rujukan agar dapat menyesuaikan dengan target ketetapan RRNS yang ada.

I.2 Rumusan Masalah

Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS) menjadi salah satu dari tiga indikator KBK yang memengaruhi sistem pembiayaan BPJS terhadap pelayanan kesehatan. Rasio rujukan wilayah Kabupaten Y sudah mencukupi untuk standar rujukan standar yaitu 15%. Namun, untuk memperoleh pembayaran kapitasi FKTP maksimal atau 100%, RRNS harus mencapai batasan maksimal yang ditetapkan BPJS yaitu sebesar 2%. Hasil monev KBK oleh BPJS Kesehatan pada Januari 2022 lalu menunjukkan bahwa RRNS Puskesmas X masih berada di rentang $>2-2,5\%$. Karena sistem rujukan juga berpengaruh terhadap mutu pelayanan, diantaranya seperti kepuasan pasien, utilisasi pelayanan kesehatan oleh masyarakat, dan implementasi konsep *gatekeeper* di Puskesmas, maka masalah yang dapat dirumuskan adalah belum sesuainya capaian RRNS Puskesmas X dengan ketentuan KBK untuk memperoleh pembayaran kapitasi FKTP secara maksimal.

I.3 Tujuan Penelitian

I.3.1 Tujuan Umum

Untuk mendapatkan hasil evaluasi terkait pelaksanaan sistem rujukan pasien rawat jalan peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas X.

I.3.2 Tujuan Khusus

Penelitian ini memiliki tujuan khusus, diantaranya:

- a. Memperoleh hasil evaluasi terkait aspek tenaga kesehatan sistem rujukan Puskesmas X 2023;
- b. Memperoleh hasil evaluasi terkait aspek obat-obatan sistem rujukan Puskesmas X 2023;
- c. Memperoleh hasil evaluasi terkait aspek alat kesehatan sistem rujukan Puskesmas X 2023;
- d. Memperoleh hasil evaluasi terkait aspek standar operasional prosedur sistem rujukan Puskesmas X 2023;
- e. Memperoleh hasil evaluasi terkait aspek pelaksanaan sistem rujukan Puskesmas X 2023; dan

- f. Mengetahui hasil evaluasi capaian rujukan non spesialis Puskesmas X tahun 2023.

I.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian dibagi menjadi 2, yaitu manfaat secara teoritis dan secara praktis. Manfaat teoritis merupakan manfaat dalam pembangunan ilmu pengetahuan. Lalu manfaat praktis merupakan manfaat yang diperoleh pada saat penelitian berlangsung, sehingga dapat dimanfaatkan dan diaplikasikan baik di tempat penelitian, kampus Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta, masyarakat, peneliti, dan informan.

I.4.1 Manfaat Teoritis

Kajian ilmiah dalam penelitian ini dapat digunakan untuk memperluas bidang ilmu kesehatan yang lebih spesifiknya pada pelayanan kesehatan rujukan di tingkat dasar, serta menambah sumber kepustakaan di bidang serupa pada penelitian selanjutnya.

I.4.2 Manfaat Praktis

Melalui penelitian ini, peneliti dapat berkontribusi dalam bidang pendidikan terlebih pada kampus Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta, seperti:

- a. Bagi Instansi Penelitian

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan instansi untuk meningkatkan serta mengoptimalkan kinerja Puskesmas khususnya pelayanan kesehatan rujukan untuk memenuhi target yang ditetapkan pemerintah.

- b. Bagi Program Studi Kesehatan Masyarakat

Penelitian ini dapat berguna dalam menambah ilmu pengetahuan terkait pelayanan kesehatan rujukan dan informasi lainnya bagi civitas akademika UPN “Veteran” Jakarta khususnya program studi kesehatan masyarakat, serta dapat memicu minat untuk mengembangkan topik penelitian melalui riset-riset ilmiah lainnya.

I.5 Ruang Lingkup

Rasio rujukan non spesialisik (RRNS) merupakan salah satu indikator yang perlu dipenuhi FKTP untuk mencapai perolehan kapitasi maksimal, RRNS melibatkan sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan. Capaian RRNS Puskesmas belum sesuai target RRNS yaitu masih di atas 2%. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif yang dilakukan pada bulan Februari-Juni 2023 di Puskesmas X, Kabupaten Y. Dalam penelitian ini, data primer diperoleh secara langsung dari informan melalui metode wawancara (*indepth interview*), dan melakukan telaah dokumen keperluan penelitian, dokumentasi dan observasi langsung sebagai instrumen penunjang penelitian. Informan penelitian dipilih dengan menggunakan metode *purposive sampling*, dalam hal ini informan yang ditetapkan adalah pelaksana maupun penerima pelayanan rujukan di Puskesmas seperti Kepala Puskesmas, Kepala Pelayanan Pemeriksaan Umum, dokter pelayanan umum, petugas loket dan P-Care, petugas kefarmasian, petugas laboratorium, serta dua orang pasien BPJS dengan riwayat pernah melakukan rujukan