

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.Landasan Teori

2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

2.1.1.1 Pengertian JKN

Kata” jaminan” secara bahasa dapat diartikan asuransi (insurance), peyakinan (assurance), janji (promise), dan dapat berarti pengamanan (security) kata jaminan yang berarti asuransi di Indonesia berakar dari proses pengumpulan dana bersama untuk kepentingan bersama yang memiliki arti transfer resiko (Thabrany, 2014).

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes, 2013)

Asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan atau anggota keluarganya. Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Jaminan sosial merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (UU SJSN No.40, tahun 2004).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan program yang dibuat pemerintah yang termasuk bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

2.1.1.2 Prinsip-prinsip JKN

Berdasarkan UU SJSN No. 40 tahun 2004 Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah sebagai berikut :

1. Prinsip kegotong-royongan dalam ketentuan ini adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilannya.
2. Prinsip nirlaba dalam ketentuan ini adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.
3. Prinsip keterbukaan dalam ketentuan ini adalah prinsip dalam ketentuan ini adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.
4. Prinsip kehati-hatian dalam ketentuan ini adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.
5. Prinsip akuntabilitas dalam ketentuan ini adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
6. Prinsip portabilitas dalam ketentuan ini adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7. Prinsip kepesertaan wajib dalam ketentuan ini adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.
8. Prinsip dana amanat dalam ketentuan ini adalah bahwa iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial.
9. Prinsip hasil pengelolaan dana Jaminan Sosial Nasional dalam ketentuan ini adalah hasil dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

2.1.1.3 Kepesertaan JKN

Menurut panduan praktis tentang kepesertaan dan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh bpjs kesehatan berdasarkan regulasi yang sudah terbit Kepesertaan BPJS Kesehatan dibagi menjadi dua kelompok, yaitu Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI).

1. Kepesertaan PBI (Perpres No 101 Tahun 2012)
 - a. Kriteria Peserta PBI
 - 1) Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
 - 2) Kriteria Fakir Miskin dan orang tidak mampu ditetapkan oleh menteri di bidang sosial setelah berkoordinasi dengan menteri dan pimpinan lembaga terkait
 - 3) Kriteria Fakir Miskin dan Orang tidak mampu sebagaimana dimaksud menjadi dasar bagi lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik untuk melakukan pendataan

- 4) Data Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang telah diverifikasi dan divalidasi sebagaimana dimaksud, sebelum ditetapkan sebagai data terpadu oleh Menteri di bidang sosial, dikoordinasikan terlebih dahulu dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan dan menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait.
- 5) Data terpadu yang ditetapkan oleh Menteri dirinci menurut provinsi dan kabupaten/kota..
- 6) Data terpadu sebagaimana dimaksud menjadi dasar bagi penentuan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan.
- 7) Data terpadu sebagaimana dimaksud, disampaikan oleh Menteri di bidang sosial kepada menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan dan DJSN
- 8) Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan mendaftarkan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan yang telah ditetapkan sebagaimana dimaksud sebagai peserta program Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan
- 9) Penetapan jumlah PBI Jaminan Kesehatan pada tahun 2014 dilakukan dengan menggunakan hasil Pendataan Program Perlindungan Sosial tahun 2011.
- 10) Jumlah peserta PBI Jaminan Kesehatan yang didaftarkan ke BPJS Kesehatan sejumlah 86,4 juta jiwa.

b. Perubahan Data Peserta PBI

- 1) Penghapusan data fakir miskin dan orang tidak mampu yang tercantum sebagai PBI Jaminan Kesehatan karena tidak lagi memenuhi kriteria
- 2) Penambahan data Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu untuk dicantumkan sebagai PBI Jaminan Kesehatan karena memenuhi kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu.
- 3) Perubahan data PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud diverifikasi dan divalidasi oleh Menteri di bidang sosial
- 4) Perubahan data ditetapkan oleh Menteri di bidang sosial setelah berkoordinasi dengan Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan dan Menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait.
- 5) Verifikasi dan validasi terhadap perubahan data PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dilakukan setiap 6 (enam) bulan dalam tahun anggaran berjalan.
- 6) Penduduk yang sudah tidak menjadi Fakir Miskin dan sudah mampu, wajib menjadi peserta Jaminan Kesehatan dengan membayar Iuran.

2. Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI)

Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana yang dimaksud merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas (sesuai Perpres No 12 Tahun 2013):

- 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, terdiri atas:
 - a) Pegawai Negeri Sipil.
 - b) Anggota TNI

- c) Anggota Polri
 - d) Pejabat Negara
 - e) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri
 - f) Pegawai swasta
 - g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.
- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, terdiri atas pekerja di luar hubungan kerja dan pekerja mandiri.
- 3) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya, terdiri atas :
- a) Investor
 - b) Pemberi Kerja
 - c) Penerima pensiun
 - d) Veteran
 - e) Perintis Kemerdekaan
 - f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran
- Penerima Pensiun sebagaimana yang dimaksud terdiri atas:
- a. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun.
 - b. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun.
 - c. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - d. Penerima pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c
 - e. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana yang dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun
- Pekerja sebagaimana yang dimaksud termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan
- Jaminan Kesehatan bagi Pekerja warga negara Indonesia yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.

Anggota keluarga sebagaimana dimaksud meliputi:

- a. Istri atau suami yang sah dari Peserta.
- b. Anak kandung, anak tiri dan atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria:
 1. Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri.
 2. Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal

Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.

2.1.1.4 Pembayaran Iuran

Menurut Undang-undang No. 24 tahun 2011 tentang BPJS untuk pembayaran iuran terbagi menjadi , terdiri dari :

1. Pemberi Kerja wajib memungut Iuran yang menjadi beban Peserta dari Pekerjaannya dan menyetorkannya kepada BPJS.
2. Pemberi Kerja wajib membayar dan menyetor Iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS.
3. Peserta yang bukan Pekerja dan bukan penerima Bantuan Iuran wajib membayar dan menyetor Iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS.
4. Pemerintah membayar dan menyetor Iuran untuk penerima Bantuan Iuran kepada BPJS.
5. Ketentuan lebih lanjut mengenai:
 - a. Besaran dan tata cara pembayaran Iuran program jaminan kesehatan diatur dalam Peraturan Presiden.
 - b. Besaran dan tata cara pembayaran Iuran selain program jaminan kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

2.1.1.5 Manfaat JKN

Menurut data BPJS Kesehatan manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik mencakup:
 1. Administrasi pelayanan
 2. Pelayanan promotif dan preventif
 3. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
 4. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif
 5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 6. Transfusi darah sesuai kebutuhan medis
 7. Pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pertama
 8. Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi.
- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:
 1. Rawat jalan, meliputi:
 - a. Administrasi pelayanan
 - b. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan sub spesialis
 - c. Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis
 - d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - e. Pelayanan alat kesehatan implant
 - f. Pelayanan penunjang diagnostic lanjutan sesuai dengan indikasi medis
 - g. Rehabilitasi medis
 - h. Pelayanan darah

- i. Pelayanan kedokteran forensik
 - j. Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan
2. Rawat Inap yang meliputi :
- a. Perawatan inap non intensif
 - b. Perawatan inap di ruang intensif
 - c. Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri

Pelayanan yang tidak dijamin BPJS Kesehatan

Menurut panduan praktis pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan Pelayanan atau hal-hal lain yang tidak termasuk jaminan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku
2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat
3. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja
4. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas
5. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri
6. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik
7. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas
8. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi)
9. Gangguan kesehatan akibat ketergantungan obat dan alkohol

10. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri
11. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment)
12. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen)
13. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu
14. Perbekalan kesehatan rumah tangga
15. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah
16. Kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (preventable adverse events) yang ditetapkan oleh Menteri
17. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan

2.1.2 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

2.1.2.1. Pengertian FKTP

Berdasarkan peraturan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nomor 1 tahun 2017 tentang pemerataan peserta di fasilitas kesehatan tingkat pertama, Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya

2.1.2.2. Pelayanan di FKTP

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan republik indonesia Nomor 71 tahun 2013 Tentang Pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional, pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama merupakan pelayanan kesehatan non spesialisik yang meliputi:

- a. Administrasi Pelayanan
 - b. Pelayanan Promotif dan Preventif
 - c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
 - d. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif
 - e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - f. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis
 - g. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama
 - h. Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis
1. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama untuk pelayanan medis mencakup:
 - a. Kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama
 - b. Kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan
 - c. Kasus medis rujuk balik
 - d. Pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama
 - e. Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter
 - f. Rehabilitasi medik dasar
 2. Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama Berdasarkan peraturan menteri kesehatan republik indonesia

Nomor 71 tahun 2013 Tentang Pelayanan kesehatan sesuai dengan indikasi medis mencakup:

- a. Rawat inap pada pengobatan/perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama
 - b. Pertolongan persalinan pervaginam bukan risiko tinggi
 - c. Pertolongan persalinan dengan komplikasi dan penyulit pervaginam bagi Puskesmas PONED
 - d. Pertolongan neonatal dengan komplikasi
 - e. Pelayanan transfusi darah sesuai kompetensi Fasilitas Kesehatan dan/atau kebutuhan medis
3. Obat dan Alat Kesehatan Program Nasional yang telah ditanggung oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah, tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan berdasarkan peraturan menteri kesehatan republik indonesia Nomor 71 tahun 2013 Tentang Pelayanan kesehatan. Obat dan Alat Kesehatan meliputi:
- a. Alat kontrasepsi dasar
 - b. Vaksin untuk imunisasi dasar
 - c. Obat program pemerintah

2.1.2.3. Mekanisme Pemindahan Peserta antar FKTP

Berdasarkan peraturan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nomor 1 tahun 2017 tentang pemerataan peserta di fasilitas kesehatan tingkat pertama, mekanisme pemindahan Peserta antar FKTP dilakukan dengan cara:

- a. Melakukan pemetaan Peserta dan FKTP oleh BPJS Kesehatan
- b. Menetapkan :
 1. Daftar FKTP asal yang akan dipindahkan Pesertanya
 2. Daftar FKTP tujuan

3. Jumlah Peserta yang dipindahkan untuk masing-masing FKTP asal
4. Waktu pelaksanaan pemindahan Peserta
 - c. Mendapatkan rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan setelah berkoordinasi dengan asosiasi fasilitas kesehatan dan organisasi profesi
 - d. Melakukan koordinasi dengan FKTP asal dan FKTP tujuan
 - e. Melakukan sosialisasi rencana pemindahan Peserta kepada Peserta
 - f. Melakukan pemindahan Peserta

Berdasarkan peraturan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nomor 1 tahun 2017 tentang pemerataan peserta di fasilitas kesehatan tingkat pertama Sosialisasi dilaksanakan paling lambat 2 (dua) bulan sebelum dilakukan pemindahan Peserta. Proses pemindahan Peserta dilakukan melalui sistem informasi yang berlaku di BPJS Kesehatan Peserta yang telah dipindahkan, dapat mengakses pelayanan kesehatan di FKTP baru sejak tanggal 1 (satu) pada bulan berikutnya. Kartu identitas Peserta yang dipindahkan tetap berlaku sampai dengan dilakukan proses penggantian secara bertahap.

Dalam hal terdapat keberatan dari Peserta yang telah dipindahkan, Peserta diberikan kesempatan untuk mengajukan permohonan kembali ke FKTP asal pemindahan atau FKTP lain yang dipilih. Keberatan disampaikan oleh Peserta dengan mendatangi Kantor Cabang Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota setempat dan menandatangani surat pernyataan yang berisi permintaan untuk dikembalikan ke FKTP asal pemindahan (BPJS Kesehatan,2017).

Kantor Cabang BPJS Kesehatan menyampaikan laporan pelaksanaan pemindahan Peserta kepada Divisi Regional BPJS

Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan ditembuskan kepada Dinas Kesehatan Provinsi, asosiasi fasilitas kesehatan dan organisasi profesi Laporan disampaikan oleh Divisi Regional BPJS Kesehatan kepada BPJS Kesehatan Kantor Pusat (BPJS Kesehatan,2017).

BPJS Kesehatan bersama dengan Dinas Kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan pemindahan Peserta. Hasil Monitoring dan Evaluasi digunakan sebagai masukan dalam melakukan pemetaan data Peserta di FKTP (BPJS Kesehatan,2017).

2.1.2.4. Pentahapan Pemindahan Peserta Terdaftar Di FKTP

Berdasarkan peraturan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nomor 1 tahun 2017 tentang pemerataan peserta di fasilitas kesehatan tingkat pertama, pelaksanaan pemindahan Peserta di FKTP dilaksanakan secara bertahap dengan pentahapan sebagai berikut:

Tabel 2.1. Pentahapan Pemindahan Peserta Terdaftar Di FKTP

No.	Tahun	Kriteria
1.	2017	a. Puskesmas dengan jumlah peserta > 30.000 dan rasio dokter 1 : > 10.000 peserta b. FKTP Swasta dengan jumlah peserta > 15.000 dan rasio dokter 1 : > 5.000 peserta
2.	2018	a. Puskesmas dengan jumlah peserta > 20.000 dan rasio dokter 1 : > 7.500 peserta

		b. FKTP Swasta dengan jumlah peserta > 15.000 dan rasio dokter 1 : > 5.000 peserta
3.	2019- ...	Puskesmas dan FKTP swasta dengan jumlah peserta > 15.000 dan rasio dokter 1 : > 5.000 peserta

2.1.3 Puskesmas

2.1.3.1. Pengertian Puskesmas

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kemenkes,2014)

2.1.3.2. Prinsip Penyelenggara dan Tujuan Puskesmas

1. Prinsip penyelenggaraan Puskesmas berdasarkan PMK No. 75 tahun 2014 tentang Puskesmas meliputi:

- a. Paradigma sehat

Berdasarkan prinsip paradigma sehat, Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat

- b. Pertanggungjawaban wilayah

Berdasarkan prinsip pertanggung jawaban wilayah, Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya

c. Kemandirian masyarakat

Berdasarkan prinsip kemandirian masyarakat, Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat

d. Pemerataan

Berdasarkan prinsip pemerataan, Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan

e. Teknologi tepat guna

Berdasarkan prinsip teknologi tepat guna, Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

f. Keterpaduan dan kesinambungan

Berdasarkan prinsip keterpaduan dan kesinambungan, Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan

Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas

2. Tujuan Puskesmas

Berdasarkan PMK No. 75 tahun 2014 Puskesmas, puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

2.1.3.3. Fungsi Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat menjelaskan bahwa melaksanakan tugas, Puskesmas menyelenggarakan fungsi:

1. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya. Dalam menyelenggarakan fungsinya Puskesmas berwenang untuk:
 - a. melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
 - b. melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
 - c. melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
 - d. menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait

- e. melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
 - f. melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
 - g. memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
 - h. melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan
 - i. memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit
2. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya. Dalam menyelenggarakan fungsinya Puskesmas berwenang untuk:
- a. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu
 - b. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif
 - c. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat
 - d. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung

- e. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi
- f. melakukan rekam medis
- g. melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan
- h. melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan
- i. mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya
- j. melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan

2.1.3.4. Data Kunjungan setiap Puskesmas Dinoyo Periode Bulan Januari sampai Bulan Juni 2019

Tabel. 2.2. Data Kunjungan Pesrta JKN-KIS Puskesmas Dinoyo Periode Bulan Januari Sampai Bulan Juni 2019

Periode Bulan	Kunjungan Rawat Jalan		Rujukan Rawat Jalan	Presentase Rujukan Rawat Jalan	Kunjungan Rawat Inap	Rujukan Rawat Inap
	Sakit	Sehat				
Januari	2054	3550	556	9.9%	13	2
Februari	1883	4000	505	8,5 %	11	4
Maret	1914	4150	536	8,8%	10	0
April	1962	4062	606	10%	20	2
Mei	1704	3358	609	12%	8	2
Juni	1251	1641	507	17,5 %	2	3

2.1.3.5. Upaya Puskesmas

Berdasarkan PMK No. 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat pasal 35,36,37,38, puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama yang dilaksanakan secara terintegrasi dan berkesinambungan. Untuk melaksanakan upaya kesehatan, Puskesmas harus menyelenggarakan:

- a. manajemen Puskesmas
- b. pelayanan kefarmasian
- c. pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat
- d. pelayanan laboratorium.

Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan

1. Upaya kesehatan masyarakat esensial harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota bidang kesehatan. Upaya kesehatan masyarakat esensial meliputi:
 - a. Pelayanan promosi kesehatan
 - b. Pelayanan kesehatan lingkungan
 - c. Pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana
 - d. Pelayanan gizi
 - e. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit
2. Upaya kesehatan masyarakat pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/atau bersifat ekstensifikasi dan

intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing Puskesmas (Kemenkes, 2014)

3. Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan sesuai dengan standar prosedur operasional dan standar pelayanan. Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama sesuai dalam Pasal 35 dilaksanakan dalam bentuk:
 - a. Rawat jalan
 - b. Pelayanan gawat darurat
 - c. Pelayanan satu hari (one day care)
 - d. Home care

2.1.4 Rujukan

2.1.4.1. Pengertian Rujukan

Sistem Rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal (Kemenkes, 2012).

Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang, sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama. Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama. Ketentuan dikecualikan pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, dan pertimbangan geografis (Kemenkes, 2012)..

Sistem rujukan diwajibkan bagi pasien yang merupakan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan pemberi pelayanan kesehatan. Peserta asuransi kesehatan komersial mengikuti aturan yang berlaku sesuai dengan ketentuan dalam polis asuransi dengan tetap mengikuti pelayanan kesehatan yang berjenjang (Kemenkes, 2012)..

Dalam rangka meningkatkan aksesibilitas, pemerataan dan peningkatan efektifitas pelayanan kesehatan, rujukan dilakukan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat yang memiliki kemampuan pelayanan sesuai kebutuhan pasien. (Kemenkes, 2012).

2.1.4.2. Macam-macam Pelayanan Rujukan

Berdasarkan pedoman rujukan berjenjang BPJS Kesehatan bahwa pelayanan rujukan dapat dilakukan secara horizontal maupun vertikal. Rujukan horizontal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan daatau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap. Rujukan vertikal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya

2.1.4.3. Tata Cara Rujukan

Berdasarkan PMK no 001 tahun 2012 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan rujukan dapat dilakukan secara vertikal dan horizontal. Rujukan vertikal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan. Rujukan horizontal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan. Rujukan vertikal dapat dilakukan

dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya. Rujukan horizontal dilakukan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap :

1. Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi dilakukan apabila:
 - a. Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik atau sub spesialistik
 - b. perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan atau ketenagaan
2. Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan pelayanan yang lebih rendah dilakukan apabila:
 - a. permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya
 - b. kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut
 - c. pasien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang
 - d. perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan

Berdasarkan PMK no 001 tahun 2012 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan setiap pemberi

pelayanan kesehatan berkewajiban merujuk pasien bila keadaan penyakit atau permasalahan kesehatan memerlukannya, kecuali dengan alasan yang sah dan mendapat persetujuan pasien atau keluarganya. Alasan yang sah adalah pasien tidak dapat ditransportasikan atas alasan medis, sumber daya, atau geografis.

Rujukan harus mendapatkan persetujuan dari pasien atau keluarganya. Persetujuan diberikan setelah pasien atau keluarganya mendapatkan penjelasan dari tenaga kesehatan yang berwenang

3. Berdasarkan PMK no 001 tahun 2012 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan penjelasan persetujuan sekurang-kurangnya meliputi:
 - a. diagnosis dan terapi dan tindakan medis yang diperlukan
 - b. alasan dan tujuan dilakukan rujukan
 - c. risiko yang dapat timbul apabila rujukan tidak dilakukan
 - d. transportasi rujukan
 - e. risiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan
4. Perujuk sebelum melakukan rujukan harus:
 - a. melakukan pertolongan pertama dan/atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan.
 - b. melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan bahwa penerima rujukan dapat menerima pasien dalam hal keadaan pasien gawat darura
 - c. membuat surat pengantar rujukan untuk disampaikan kepada penerima rujukan (Kemenkes, 2012).
5. Dalam komunikasi penerima rujukan berkewajiban:

- a. menginformasikan mengenai ketersediaan sarana dan prasarana serta kompetensi dan ketersediaan tenaga kesehatan.
 - b. memberikan pertimbangan medis atas kondisi pasien.
6. Surat pengantar rujukan sekurang-kurangnya memuat:
- a. identitas pasien.
 - b. hasil pemeriksaan (anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan diagnosis kerja.
 - c. terapi atau tindakan yang telah diberikan.
7. Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi:
- a. terjadi keadaan gawat darurat; Kondisi kegawatdaruratan mengikuti ketentuan yang berlaku b.
 - b. bencana, Kriteria bencana ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan atau Pemerintah Daerah.
 - c. kekhususan permasalahan kesehatan pasien; untuk kasus yang sudah ditegakkan rencana terapinya dan terapi tersebut hanya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan
 - d. pertimbangan geografis
 - e. pertimbangan ketersediaan fasilitas

2.1.4.4. Faktor – faktor rujukan

Angka rujukan menjadi salah satu indikator penting perhitungan kapitasi, faktor rujukan menurut Ringkasan Riset JKN-KIS mengenai studi evaluasi penyelenggaraan sistem rujukan berjenjang era JKN-KIS, Universitas Indonesia 2 Kedepuitian Bidang Risbang, BPJS Kesehatan Pusat Edisi 03 Bulan Oktober 2017 keperluan diagnostik lanjut (non lab) , pemeriksaan pebunjang (atas indikasi medis), permintaan kontrol dan

pasien meminta untuk dirujuk yang tidak dapat dikontrol oleh FKTP.

1. Setiap fasilitas pelayanan Kesehatan perseorangan, sesuai tingkatnya dilengkapi dengan laboratorium klinik/pemeriksaan penunjang diagnosis sesuai dengan standar yang ditetapkan untuk tingkatnya, yang dapat mendukung penegakan diagnosis suatu penyakit dan atau follow-up hasil pelayanan atau tindakan. Dalam kondisi persyaratan standar untuk pemeriksaan penunjang diagnostik belum dapat terpenuhi di fasyankes bersangkutan, dan pasien membutuhkan pemeriksaan penunjang, maka dokter harus membuat surat rujukan untuk mengirimkan pasien ataupun spesimen ke fasyankes rujukan, dengan mengikuti prosedur sebagaimana ditentukan (Direktur Jendral Bina Upaya Kesehatan Rujukan dan Kemenkes, 2012) :

1. Faktor Diagnosis Non Spesialistik pasien yang menyebabkan terjadinya rujukan dari Puskesmas ke RS

1. Prosedur standar pengiriman rujukan pemeriksaan diagnostik:

Prosedur Klinis:

1) Menyiapkan pasien, untuk rujukan pemeriksaan penunjang diagnostik yang dibutuhkan.

2) Untuk spesimen, pengambilan bahan/spesiman dilakukan sesuai prosedur (SPO), dikemas dengan baik sesuai dengan kondisi bahan yang akan dikirim dengan memperhatikan aspek sterilitas dan

kelayakan kemasan untuk setiap jenis pemeriksaan yang harus sesuai dengan kondisi yang diinginkan, pencegahan terhadap kontaminasi ataupun penularan penyakit serta memperhatikan keselamatan orang lain, dan diberi identitas secara jelas (dengan barcode, lainnya).

3) Untuk pemeriksaan penunjang diagnostik lainnya yang memerlukan kehadiran pasiennya ke fasyankes rujukan, memastikan bahwa pasien yang dikirim untuk pemeriksaan penunjang diagnostik, sudah dipersiapkan sesuai dengan prosedur serta kondisi yang ditentukan (Direktur Jendral Bina Upaya Kesehatan Rujukan dan Kemenkes, 2012)

2. Prosedur standar menerima rujukan spesimen dan penunjang diagnostik lainnya

Prosedur Klinis

- 1) Menerima dan memeriksa penunjang diagnostik lainnya, sesuai dengan tujuan/permintaan rujukan,
- 2) Untuk pasien ataupun bahan yang diterima, perlu memperhatikan aspek kelayakan specimen untuk pemeriksaan, sterilisasi bahan, pencegahan terhadap kontaminasi bahan, pencegahan penularan penyakit dari specimen dan atau pasien, keselamatan pasien sendiri dan orang lain.

3) Memastikan bahwa spesimen yang diterima tersebut layak untuk diperiksa sesuai dengan permintaan sebagaimana diinginkan perujuk.

4) Mengerjakan pemeriksaan laboratories: pathologi klinik atau pathologi anatomi, atau penunjang diagnostik lainnya seperti radiologi, EKG dan lainnya sesuai kebutuhan/permintaan perujuk, dengan mutu pelayanan sesuai standar (Direktur Jendral Bina Upaya Kesehatan Rujukan dan Kemenkes, 2012).

3. Prosedur standar mengirim balasan rujukan hasil pemeriksaan spesimen dan penunjang diagnostik lainnya

Prosedur Klinis

1) Memastikan bahwa permintaan pemeriksaan yang tertera di surat rujukan spesimen/ Penunjang diagnostik lainnya yang diterima, telah dilakukan sesuai dengan mutu standar dan lengkap

2) Memastikan bahwa hasil pemeriksaan bisa dipertanggung jawabkan.

3) Melakukan pengecekan kembali (double check) bahwa tidak ada tertukar dan keraguan diantara beberapa spesimen (Direktur Jendral Bina Upaya Kesehatan Rujukan dan Kemenkes, 2012).

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 28 tahun 2014 tentang pedoman

pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional pemeriksaan penunjang yang dijamin oleh BPJS Kesehatan yaitu pelayanan skrining kesehatan meliputi :

- a) Pemeriksaan Gula Darah
- b) Pemeriksaan IVA untuk kasus Ca Cervix
- c) Pemeriksaan Pap Smear

2. BPJS Kesehatan (2014) membagi kelompok diagnosis menjadi dua yaitu kasus spesialisik dan kasus non-spesialisik. Kasus non-spesialisik merupakan diagnosis penyakit yang masi bisa ditangani oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama. Aturan kasus non-spesialisik diadopsi berdasarkan standar kompetensi dasar Dokter Indonesia (SKDI) yang ditetapkan oleh konsil kedokteran indonesia (2012) sebanyak 144 diagnosis.

Kasus non spesialisik adalah penyakit yang mampu didiagnosis dan ditatalaksana secara mandiri dan tuntas sesuai dengan standar kompetensi dokter atau dokter gigi di fasilitas kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (BPJS Kesehatan, 2019). Pelayanan kesehatan di FKTP yang termasuk nonspesialisik meliputi administrasi pelayanan; pelayanan promotif dan preventif; pemeriksanaan, pengobatan, dan konsultasi medis; tindakan medis non-spesialisik, baik operatif maupun non-operatif; pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis, pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.

Berikut ini adalah diagnosa penyakit yang harus tuntas dilayani di fasilitas kesehatan primer di

era JKN sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer dan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 Tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia

Tabel 2.3. daftar kode diagnosa non spesialisik yang dapat ditangani di Puskesmas

No.	Nama Penyakit (Diagnosis)
1.	Kejang Demam
2.	Tetanus
3.	HIV AIDS tanpa komplikasi
4.	Tension headache
5.	Migren
6.	Bell's Palsy
7.	Vertigo (Benign paroxysmal positional Vertigo)
8.	Gangguan somatoform
9.	Insomnia
10.	Benda asing di konjungtiva
11.	Konjungtivitis subkonjungtiva
12.	Perdarahan
13.	Mata kering
14.	Blefaritis
15.	Hordeolum
16.	Trikiasis
17.	Episkleritis
18.	Hipermetropia ringan
19.	Miopia ringan
20.	Astigmatism ringan
21.	Presbiopia

22.	Buta senja
23.	Otitis eksterna
24.	Otitis Media Akut
25.	Serumen prop
26.	Mabuk perjalanan
27.	Furunkel pada hidung
28.	Rhinitis akut
29.	Rhinitis vasomotor
30.	Rhinitis vasomotor
31.	Benda asing
32.	Epistaksis
33.	Influenza
34.	Pertusis
35.	Faringitis
36.	Tonsilitis
37.	Laringitis
38.	Asma bronchiale
39.	Bronchitis akut
40.	Pneumonia, bronkopneumonia
41.	Tuberkulosis paru tanpa komplikasi
42.	Hipertensi esensial
43.	Kandidiasis mulut
44.	Ulcus mulut (aptosa, herpes)
45.	Parotitis
46.	Infeksi pada umbilikus
47.	Gastritis
48.	Gastroenteritis (termasuk kolera, giardiasis)
49.	Refluks gastroesofagus
50.	Demam tifoid
51.	Intoleransi makanan
52.	Alergi makanan

53.	Keracunan makanan
54.	Penyakit cacing tambang
55.	Strongiloidiasis
56.	Askariasis
57.	Skistosomiasis
58.	Taeniasis
59.	Hepatitis A
60.	Disentri basiler, disentri amuba
61.	Hemoroid grade ½
62.	Infeksi saluran kemih
63.	Gonore
64.	Pielonefritis tanpa komplikasi
65.	Fimosis
66.	Parafimosis
67.	Sindroma duh (discharge) genital (Gonore dan non gonore)
68.	Infeksi saluran kemih bagian bawah
69.	Vulvitis
70.	Vaginitis
71.	Vaginosis bakterialis
72.	Salpingitis
73.	Kehamilan normal
74.	Aborsi spontan komplit
75.	Anemia defisiensi besi pada kehamilan
76.	Ruptur perineum tingkat ½
77.	Abses folikel rambut/kelj sebacea
78.	Mastitis
79.	Cracked nipple
80.	Inverted nipple
81.	DM tipe 1
82.	DM tipe 2

83.	Hipoglikemi ringan
84.	Malnutrisi energi protein
85.	Defisiensi vitamin
86.	Defisiensi mineral
87.	Dislipidemia
88.	Hiperurisemia
89.	Obesitas
90.	Anemia defisiensi besi
91.	Limfadenitis
92.	Demam dengue, DHF
93.	Malaria
94.	Leptospirosis (tanpa komplikasi)
95.	Reaksi anafilaktik
96.	Ulkus pada tungkai
97.	Lipoma
98.	Veruka vulgaris
99.	Moluskum kontangiosum
100.	Herpes zoster tanpa komplikasi
101.	Morbili tanpa komplikasi
102.	Varicella tanpa komplikasi
103.	Herpes simpleks tanpa komplikasi
104.	Impetigo
105.	Impetigo ulceratif (ektima)
106.	Folikulitis superfisialis
107.	Furunkel, karbunkel
108.	Eritrasma
109.	Erisipelas
110.	Skrofuloderma
111.	Lepra
112.	Sifilis stadium 1 dan 2
113.	Tinea kapitis

114	Tinea barbe
115	Tinea facialis
116	Tinea corporis
117	Tinea manus
118	Tinea unguium
119	Tinea cruris
120	Tinea pedis
121	Pitiriasis versicolor
122	Candidiasis mucocutan ringan
123	Cutaneus larvamigran
124	Filariasis
125	Pedikulosis kapitis
126	Pediculosis pubis
127	Scabies
128	Reaksi gigitan serangga
129	Dermatitis kontak iritan
130	Dermatitis atopik (kecuali recalcitrant)
131	Dermatitis numularis
132	Napkin ekzema
133	Dermatitis seboroik
134	Pitiriasis rosea
135	Acne vulgaris ringan
136	Hidradenitis supuratif
137	Dermatitis perioral
138	Miliaria
139	Urtikaria akut
140	Eksantemapous drug eruption, fixed drug eruption
141	Vulnus laseraum, puctum
142	Luka bakar derajat 1 dan 2
143	Kekerasan tumpul

144	Kekerasan tajam
-----	-----------------

Sumber : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer dan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 Tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia

Berdasarkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik merupakan indikator untuk mengetahui kualitas pelayanan di FKTP, sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensinya.

Penilaian Capaian Kinerja Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)

- a. Indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$RRNS = \frac{\text{jumlah rujukan kasus non spesialistik}}{\text{jumlah rujukan FKTP}} \times 100\%$$

Perhitungan RRNS merupakan perbandingan antara jumlah rujukan kasus non spesialistik dengan jumlah seluruh rujukan oleh FKTP dikali 100% (seratus persen).

- b. Jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialistik adalah jumlah rujukan dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang menjadi

kompetensi dokter di FKTP sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

- c. Rujukan kasus non spesialisik dengan kriteria Time, Age, Complication dan Comorbidity (TACC) tidak diperhitungkan dalam jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialisik.
- d. Jumlah rujukan FKTP adalah total jumlah rujukan FKTP ke FKRTL
- e. Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan rujukan peserta ke FKRTL pada Sistem Informasi BPJS Kesehatan.

Tabel 2.4 Daftar Diagnosa Kasus Non Spesialistik berdasarkan panduan 20 kasus non spesialisik

No.	Diagnosa kasus non spesialisik	ICD-10
1.	Anemia, unspecified	D64.9
2.	Asthma	J45
3.	Acute Bronchitis	J20
4.	Respiratory tuberculosis, bacteriologically and histologically confirmed	A15
5.	Dengue fever [classical dengue]	A90
	Dengue haemorrhagic fever	A91
6.	Typhoid fever	A01.0
7.	Seborrhoeic dermatitis	L21
	Other atopic dermatitis	L20.8
8.	Scabies	B86
9.	Gastritis, unspecified	K29.7
10.	Essential (primary) hypertension	I10
11.	Urinary tract infection, site not specified	N39.0

12.	Impacted cerumen	H61.2
13.	Acute nasopharyngitis [common cold]	J00
14.	Allergic rhinitis, unspecified	J30.4
15.	Benign lipomatous neoplasm, unspecified	D17.9
16.	Inflammatory disorders of breast	N61
17.	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	E11
18.	Hyperlipidaemia, unspecified	E78.5
19.	Tension-type headache	G44.2
20.	Bell's palsy	G51.1

Sumber : Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Tabel 2.5 Kriteria penilaian Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik

Kriteria	Capaian RRNS
Kriteria rating 1	>3%
Kriteria rating 2	>2,5% - 3%
Kriteria rating 3	>2% - 2,5%
Kriteria rating 4	< 2%

Sumber : Peraturan Bpjs Kesehatan No. 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Tabel 2.6 Penilaian Pembayaran Kapitasi Berbasis

Kinerja

Indikator kerja	Bobot	Target	Kriteriapenilaian		Nilai capaian
			Rating	deskripsi	
a	B	C	d	E	f = b x d

Rasio Rujukan Non Spesialistik	50%	≤ 2 %	4	≤ 2 %	2
			3	>2% - 2,5%	1.5
			2	>2,5% - 3%	1
			1	>3%	0.5

Sumber : Peraturan Bpjs Kesehatan No. 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

2. Faktor Diagnosis Spesialistik pasien yang menyebabkan terjadinya rujukan dari Puskesmas ke RS

Sistem rujukan dilakukan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut yang terdiri atas pelayanan kesehatan tingkat kedua (spesialistik) dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga (subspesialistik).

Pelaksanaan rujukan dapat dilakukan secara

vertikal dan horizontal (Pasal 7 ayat 1) dalam Permenkes No.1 Tahun 2012 dijelaskan bahwa Rujukan vertikal dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi dapat dilakukan apabila pasien membutuhkan pelayanan spesialistik atau sub-spesialistik serta perujuk tidak dapat memberikan pelayanan Kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan kesehatan (Pasal 9) (Kemenkes RI,2012)

Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi

sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (4) dilakukan apabila:

- a. pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik atau sub spesialistik.
- b. perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan (Kemenkes, 2012)

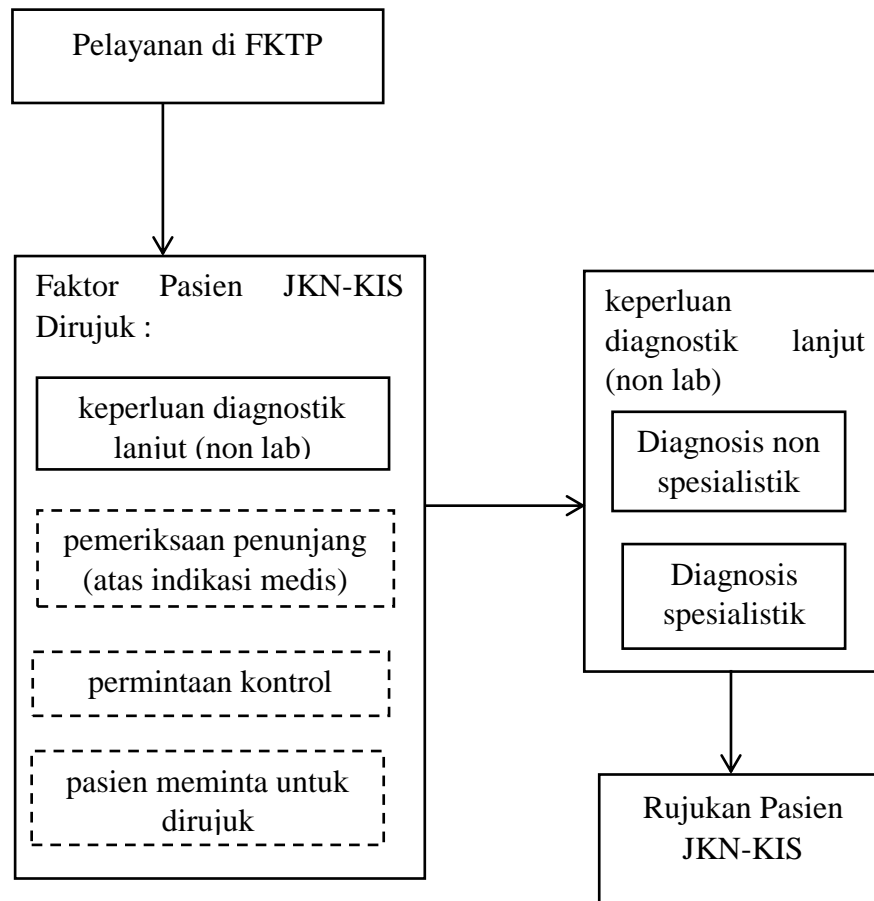
Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspecialis serta tindakan medis spesialistik, baik bedah maupun nonbedah sesuai dengan indikasi medis merupakan Pelayanan Kesehatan di FKRTL/Rujukan Tingkat Lanjutan (Kemenkes, 2014).

Diagnosis spesialistik hanya dapat ditangani pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut dengan disertai surat rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Diagnosis spesialistik yaitu diagnosis selain 144 diagnosis non spesialistik yang dapat ditangani di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.


2.1.4.5. Pembiayaan Rujukan


Pembiayaan rujukan dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku pada asuransi kesehatan atau jaminan kesehatan. Pembiayaan rujukan bagi pasien yang bukan peserta asuransi kesehatan atau jaminan kesehatan menjadi tanggung jawab pasien atau keluarganya.

2.2. Kerangka Konsep



Keterangan :

 = yang akan diteliti

 = yang tidak diteliti

Gambar 2.1. Kerangka Konsep

