

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Menurut UUD RI Tahun 1945 pasal 28 (1) Setiap orang berhak untuk mendapatkan hidup sejahtera, bertempat tinggal dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan berhak memperoleh pelayanan kesehatan, dan (3) setiap orang berhak untuk mendapat jaminan sosial. Untuk menjamin hal tersebut maka didukung dengan adanya sebuah sistem yaitu Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Sistem Jaminan Sosial Nasional atau disingkat SJSN adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial. SJSN diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia yang bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya (UU No.40 Tahun 2004 tentang SJSN).

SJSN memiliki program berupa jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian yang diselenggarakan dengan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta (UU No.24 Tahun 2011).

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. Program jaminan sosial kesehatan ini diselenggarakan oleh Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang didirikan pada 1 Januari 2014 (Peraturan BPJS No.2 Tahun 2015).

2.2 Pengertian Fasilitas Kesehatan

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 (PMK No.43 Tahun 2019).

Berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan No.7 Tahun 2018, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (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. Pada FKTP peserta mendapat pelayanan kesehatan pertama, yaitu Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP).

Sedangkan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan rawat inap di ruang perawatan khusus. Pada FKRTL peserta mendapat pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL).

2.3 Penyelenggara Pelayanan Kesehatan

Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan (PMK No.5 Tahun 2018). Fasilitas Kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud berupa:

- a. Puskesmas atau yang setara;
- b. Praktik dokter;

- c. Praktik dokter gigi;
- d. Praktik dokter layanan primer;
- e. Klinik pratama atau yang setara; dan
- f. Rumah Sakit kelas D pratama atau yang setara.

Berdasarkan PMK No.71 2013 Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap:

- a. Rawat Jalan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
- b. Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari.

Sedangkan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.

2.4 Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Mengacu pada PMK No.71 Tahun 2013 Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama terdiri atas:

- 1. Pasal 16 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 pertama; dan
 - h. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.
2. Pasal 17 (1) Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 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; dan
 - f. Rehabilitasi medik dasar
3. Pasal 18 Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 huruf h 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/atau penyulit pervaginam bagi puskesmas poned;
 - d. Pertolongan neonatal dengan komplikasi; dan
 - e. Pelayanan transfusi darah sesuai kompetensi fasilitas kesehatan dan/atau kebutuhan medis.

2.5 Pengertian Rujukan Pelayanan Kesehatan

Sistem Rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial,

dan seluruh fasilitas kesehatan. (Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang BPJS Kesehatan, 2014)

Dalam PMK No.43 Tahun 2019 rujukan pelayanan kesehatan juga dijelaskan dimana Sistem Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Sedangkan menurut Notoatmodjo (2008), Sistem Rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal (dari unit yang lebih menangani), atau secara horizontal (antar unit-unit yang setingkat kemampuannya).

2.6 Ketentuan Umum Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang

Dalam Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang BPJS Kesehatan Tahun 2014, disebutkan bahwa ketentuan pelaksanaan sistem rujukan berjenjang terdiri atas:

1. Pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari 3 (tiga) tingkatan yaitu:
 - a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama;
 - b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua; dan
 - c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga.
2. Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama.
3. Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialisik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik.
4. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan sub spesialisik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik.
5. Dalam menjalankan pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan wajib melakukan sistem rujukan dengan mengacu pada peraturan perundang undangan yang berlaku

6. Peserta yang ingin mendapatkan pelayanan yang tidak sesuai dengan sistem rujukan dapat dimasukkan dalam kategori pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur sehingga tidak dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.
7. Fasilitas Kesehatan yang tidak menerapkan sistem rujukan maka BPJS Kesehatan akan melakukan recredentialing terhadap kinerja fasilitas kesehatan tersebut dan dapat berdampak pada kelanjutan kerjasama
8. Pelayanan rujukan dapat dilakukan secara horizontal maupun vertikal..
9. 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 dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap.
10. 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. Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi dilakukan apabila:
 - a. Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau subspecialistik;
 - b. Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/ atau ketenagaan.

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; dan/atau
11. Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan.

2.6.1 Tata Cara Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang

Dalam Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang BPJS Kesehatan Tahun 2014, disebutkan bahwa ketentuan pelaksanaan sistem rujukan berjenjang terdiri atas:

1. Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis, yaitu:
 - a. Dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama
 - b. Jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh spesialis, maka pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua
 - c. Pelayanan kesehatan tingkat kedua di faskes sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes primer.
 - d. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga di faskes tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes sekunder dan faskes primer.
2. Pelayanan kesehatan di faskes primer yang dapat dirujuk langsung ke faskes tersier hanya untuk kasus yang sudah ditegakkan diagnosis dan rencana terapinya, merupakan pelayanan berulang dan hanya tersedia di faskes tersier.
3. Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi:
 - a. Terjadi keadaan gawat darurat; kondisi kegawatdaruratan mengikuti ketentuan yang berlaku
 - 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; dan
 - e. Pertimbangan ketersediaan fasilitas
4. Pelayanan oleh bidan dan perawat
- a. Dalam keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - b. Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama kecuali dalam kondisi gawat darurat dan kekhususan permasalahan kesehatan pasien, yaitu kondisi di luar kompetensi dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama.

2.7 Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan

Menurut Peraturan BPJS No.2 Tahun 2015 Komitmen Pelayanan adalah komitmen Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama untuk meningkatkan mutu pelayanan melalui pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang disepakati. Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang disepakati berupa komitmen pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam rangka peningkatan mutu pelayanan.

Pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada FKTP merupakan bagian dari pengembangan sistem kendali mutu pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dinilai berdasarkan pencapaian indikator yang meliputi:

1. Angka Kontak (AK)
2. Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS)
3. Rasio Peserta Prolanis rutin Berkunjung (RPPB)

No	Nama Indikator	Target Indikator Zona Aman	Target Indikator Zona Prestasi
1.	Angka Kontak (AK)	> 150 per mil	> 250 per mil
2.	Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS)	< 5%	< 1%
3.	Rasio peserta Prolanis rutin berkunjung ke FKTP (RPPB)	> 50%	> 90%

Tabel 2.7 Target Pemenuhan Indikator Komitmen Pelayanan Berdasarkan Peraturan BPJS No.2 Tahun 2015.

Penyesuaian besaran kapitasi berdasarkan pencapaian target indikator komitmen pelayanan bagi FKTP, sebagai berikut:

1. Apabila 3 (tiga) target indikator komitmen pelayanan tercapai, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
2. Apabila 2 (dua) target indikator komitmen pelayanan tercapai, dan 1 (satu) indikator lainnya tidak mencapai target indikator, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
3. Apabila 1 (satu) target indikator komitmen pelayanan tercapai dan 2 (dua) indikator lainnya tidak mencapai target indikator, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 92,5% (Sembilan puluh dua koma lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
4. FKTP yang tidak memenuhi seluruh target indikator komitmen pelayanan, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

2.8 Pengertian Rasio Rujukan Non Spesialistik

Menurut Peraturan BPJS No.2 Tahun 2015 tentang dijelaskan bahwa Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) merupakan indikator untuk mengetahui optimalnya koordinasi dan kerjasama antara

FKTP dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensinya.

Sedangkan 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 (Peraturan BPJS Kesehatan NO.7 Tahun 2019).

Dalam pencapaian Kinerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama terdapat 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 spesialisik dengan jumlah seluruh rujukan oleh FKTP dikali 100% (seratus persen).

Pada peraturan BPJS No.2 Tahun 2015, disebutkan bahwa:

- a) Rujukan kasus non spesialisik adalah angka rujukan kasus yang termasuk dalam tingkat kemampuan 4A, yaitu penyakit yang harus dikuasai penuh oleh para lulusan dokter layanan primer untuk dapat mendiagnosis dan melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas di FKTP, atau sesuai dengan kesepakatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Tim Penilai di masing-masing daerah dengan tetap mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- b) Target pemenuhan rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisik oleh FKTP sesuai dengan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, sebagai berikut :
 - i. target pada zona aman sebesar kurang dari 5% (lima persen) setiap bulan; dan

- ii. target pada zona prestasi sebesar kurang dari 1% (satu persen) setiap bulan.

2.9 Kerangka Konsep

