

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bahwa menyatakan bahwa sistem jaminan sosial nasional merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. Dalam hal ini untuk mewujudkan sistem jaminan sosial nasional perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum berdasarkan 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. Jaminan Kesehatan Nasional dilaksanakan pada tanggal 1 Januari 2014 yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang dulunya namanya PT. ASKES. Menurut UU No.40 Tahun 2004 Pasal 19 ayat 2 tujuan utama Jaminan Kesehatan Nasional ialah menjamin peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Menurut PP NO 82 Tahun 2018 Pasal 20 Setiap peserta berhak memperoleh manfaat Jaminan Kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia RI No. 71 Tahun 2013 penyelenggara pelayanan kesehatan pada sistem jaminan sosial nasional adalah penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang dimaksud ialah ; puskesmas, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara, rumah sakit kelas D Pratama atau yang setara. Sedangkan untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang dimaksud ialah klinik utama, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus.

## **2.2 Sistem Rujukan**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelaksanaan secara berjenjang yang dimaksud yaitu pelayanan kesehatan tingkat kedua dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Sistem rujukan merupakan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab untuk masalah kedokteran sebagai respon terhadap ketidakmampuan fasilitas kesehatan untuk memenuhi kebutuhan para pasien dengan tujuan menyembuhkan dan atau memulihkan status kesehatan pasien (Primasari, 2015). Sistem Rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan pada Pasal 7 ayat (1) rujukan vertikal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, sedangkan untuk rujukan horizontal sendiri merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan. Rujukan horizontal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (3) dilakukan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap. 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 spesialisik atau sub spesialisik;

b) Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan.

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/ praktek mandiri 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, dalam hal ini adalah FKTP. Pelayanan kesehatan ditingkat lanjutan hanya bisa diberikan jika peserta mendapat rujukan dari fasilitas primer/FKTP. Rujukan ini hanya diberikan jika pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik dan fasilitas kesehatan primer yang dirujuk untuk melayani peserta, tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan peserta karena fasilitas, pelayanan, dan ketenagaan. Pada hal ini peserta BPJS harus mengikuti sistem rujukan yang ada, sakit apapun kecuali dalam keadaan gawat darurat harus berobat ke fasilitas kesehatan primer, jika tidak boleh langsung ke rumah sakit atau dokter spesialis. Jika ini dilanggar peserta harus membayarnya sendiri. Khusus mengenai keadaan gawat darurat ini diperlukan kesamaan pandang antara BPJS dan FKTL (Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, 2016)

Berikut alur pelayanan kesehatan menurut buku Sistem Rujukan Berjenjang oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial Kesehatan.



**Gambar 2.1** Skema Alur Pelayanan Kesehatan Menurut Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang

Berikut sistem rujukan berjenjang menurut buku Sistem Rujukan Berjenjang oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial Kesehatan.



Gambar 2.2 Skema Sistem Rujukan Berjenjang Menurut Praktis Sistem Rujukan Berjenjang

### 2.2.1 Manfaat Sistem Rujukan

Berikut manfaat dari sistem rujukan, meliputi :

- a) Sudut pandang pemerintah sebagai penentu kebijakan Jika ditinjau dari sudut pemerintah sebagai penentu kebijakan kesehatan (policy maker), manfaat yang akan diperoleh antara lain membantu penghematan dana, karena tidak perlu menyediakan berbagai macam peralatan kedokteran pada setiap sarana kesehatan; memperjelas sistem pelayanan kesehatan, karena terdapat hubungan kerja antara berbagai sarana kesehatan yang tersedia dan memudahkan pekerjaan administrasi, terutama pada aspek perencanaan.
- b) Sudut pandang masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan Jika ditinjau dari sudut masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan (health consumer), manfaat yang akan diperoleh antara lain meringankan biaya pengobatan, karena dapat dihindari pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang dan mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan, karena diketahui dengan jelas fungsi dan wewenang sarana pelayanan kesehatan.
- c) Sudut pandang kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan. Jika ditinjau dari sudut kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan (health provider), manfaat yang diperoleh antara lain memperjelas jenjang karir tenaga kesehatan dengan berbagai akibat positif lainnya seperti semangat kerja, ketekunan, dan

dedikasi; membantu peningkatan pengetahuan dan keterampilan yakni melalui kerjasama yang terjalin memudahkan dan atau meringankan beban tugas, karena setiap sarana kesehatan mempunyai tugas dan kewajiban tertentu. (Listyorini & Wijananto, 2019)

### 2.3 Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS)

RRNS merupakan indikator untuk mengetahui optimalnya koordinasi dan kerjasama antara FKTP dengan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) sehingga sistem rujukan terselenggara sesuai indikasi medis dan kompetensinya (Khujafah et al., 2020). Untuk mengoptimalkan fungsi FKTP, diperlukan infrastruktur, alat kesehatan dan kompetensi tenaga kesehatan yang mendukung, hal ini dapat mendorong FKTP menjalankan fungsi gate keeper secara optimal yang mampu menangani 144 diagnosa penyakit dan menapis rujukan. Menurut Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) terdapat 144 jenis diagnosis yang merupakan kompetensi dasar dokter umum yang dapat di diagnosa dan ditangani di FKTP.

- a) Indikator rasio rujukan rawat jalan non spesialistik dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

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

**Gambar 2.3** Formulasi Rasio Rujukan Non Spesialistik Berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

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.

Berdasarkan Peraturan Berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama target pencapaian RRNS adalah sebesar  $\leq 2\%$  setiap bulannya.

**Tabel 2.1** Standart Indikator Pencapaian KBK

No	Indikator	Standar
1	Angka Kontak	$\geq 150\%$
2	Rasio Rujukan Non Spesialistik	$\leq 2\%$
3	Rasio Peserta Prolanis Terkendali	$\geq 5\%$