

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan. Hak atas kesehatan yang dimaksud adalah hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dari fasilitas pelayanan kesehatan. Upaya yang dilakukan pemerintah untuk dapat memenuhi hak dari setiap warga negara adalah dengan melakukan pelaksanaan jaminan kesehatan sosial. Berdasarkan UU Nomor 36 Tahun 2009 pada pasal 14 dijelaskan bahwa setiap orang berkewajiban untuk turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial. Program jaminan kesehatan sosial diatur dalam UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial yang diselenggarakan dengan bertujuan untuk memberikan jaminan kepada peserta agar memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang layak bagi setiap peserta. Menurut UU nomor 40 tahun 2004 pasal 5, Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang dibentuk dengan undang-undang. Undang-undang yang dimaksudkan adalah UU nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib.

BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksudkan dalam UU nomor 24 tahun 2011 pasal 5 ayat 2 berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dalam melaksanakan fungsinya BPJS bertugas untuk melakukan dan menerima pendaftaran peserta, memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja, menerima bantuan iuran dari pemerintah, mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta, mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial, membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial serta memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Pemerintah secara resmi memberlakukan BPJS Kesehatan sebagai program kesehatan yang baru pada 1 Januari 2014 sebagai bentuk dari penyelenggaraan program

jaminan kesehatan. Menurut data yang diperoleh dari BJPS Kesehatan, per bulan Desember tahun 2021 Peserta JKN di Kabupaten Trenggalek tercatat sebanyak 411.789 Jiwa. Dengan adanya BPJS Kesehatan maka peserta jaminan kesehatan akan memperoleh perlindungan kesehatan berupa manfaat pemeliharaan kesehatan dan manfaat perlindungan dalam memenuhi kebutuhan pokok. Kedua manfaat tersebut bisa dinikmati oleh setiap masyarakat yang sudah membayar iuran BPJS Kesehatan setiap bulannya (Wijaya & Fajriana, 2018).

Pelaksanaan pelayanan kesehatan pada BPJS diberikan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (rumah sakit umum kabupaten/kota) dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (rumah sakit umum propinsi/pusat) dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.

Menurut UU nomor 44 tahun 2009, sistem rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal, maupun struktural ataupun fungsional terhadap kasus penyakit atau masalah penyakit atau permasalahan kesehatan. Rujukan vertikal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan sedangkan rujukan horizontal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan.

Pelaksanaan rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut dilakukan apabila fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan mengalami keterbatasan sumber daya pada sarana, prasarana, alat, tenaga, anggaran/uang, keterbatasan kompetensi serta kewenangan untuk mengatasi suatu kondisi, baik yang sifatnya sementara maupun menetap. Selain itu rujukan pada pasien baiknya dilakukan karena pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialis/subspesialis, rawat inap, peralatan diagnostik dan atau terapeutik, tambahan pelayanan atau pelayanan kesehatan perseorangan bersangkutan, termasuk diantaranya kasus dengan kondisi emergensi (Permenkes No 1 Tahun 2012). Setiap rumah sakit mempunyai kewajiban untuk merujuk pasien yang memerlukan pelayanan kesehatan di luar kemampuan pelayanan rumah sakit. Untuk meningkatkan aksesibilitas, pemerataan serta peningkatan efektifitas pelayanan kesehatan, rujukan

dapat dilakukan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat yang memiliki kemampuan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Pelaksanaan sistem rujukan diselenggarakan dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan secara bermutu sehingga tujuan pelayanan pada kesehatan tercapai tanpa mengeluarkan biaya yang mahal. Hal ini disebut dengan efektif sekaligus efisien. Efisien juga diartikan agar waktu tunggu pada proses merujuk pasien berkurang dan agar berkurangnya rujukan yang tidak diperlukan karena sebenarnya dapat ditangani di fasilitas pelayanan kesehatan asal, baik dengan bantuan teknologi mutakhir ataupun teknologi tepat guna atau *low cast technology*, yang tetap masih dapat di pertanggung jawabkan (Abdullah and Kandou, 2014).

Akan tetapi jika sistem rujukan di Indonesia tidak berjalan sesuai dengan peraturan yang telah ada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 maka akan memberikan dampak negatif untuk pemerintah, masyarakat serta penyelenggara pelayanan kesehatan. Dampak negatif yang diberikan yakni bertambahnya beban biaya klaim di fasilitas kesehatan tingkat lanjut dan meningkatkan beban kerja petugas di fasilitas kesehatan tingkat lanjut karena tugas dan tanggung jawab yang seharusnya dapat diselesaikan oleh petugas di fasilitas kesehatan tingkat pertama dibebankan kepada petugas yang ada di fasilitas kesehatan tingkat lanjut.

Dikutip dari SKDI, Perkonsil Kedokteran Indonesia tahun 2012, Saat ini terdapat 144 diagnosa penyakit yang harus ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Setiap peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) tempat dimana peserta terdaftar. Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) terdiri dari puskesmas, praktik dokter perorangan, klinik umum dan rumah sakit kelas D pratama. Agar mendapatkan pelayanan di rumah sakit sekunder, sebelum berobat peserta JKN harus mendapatkan rujukan dari pelayanan kesehatan primer baik itu klinik, puskesmas ataupun rumah sakit umum daerah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 01 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Kesehatan Perorangan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Heni Andiaswaty pada tahun 2019 rasio rujukan non-spesialistik (RRNS) di puskesmas Padangmatinggi Kota Padangsidempuan Sumatera Utara pada tahun 2018 sebesar 6,17%. Di tempat lain pada tahun 2020, Faula Umir Harahap meneliti rasio rujukan non-spesialistik (RRNS) di puskesmas Teladan Kota Medan dan diperoleh hasil rasio rujukan non-spesialistik (RRNS) pada tahun 2019 sebesar 39,51%. Faula Umir Harahap menyebutkan, Petugas

kesehatan mengatakan bahwa rujukan hanya bisa diberikan setelah dilakukan pemeriksaan terlebih dahulu oleh dokter dengan alur pengambilan rujukan tidak dapat diwakilkan (pasien harus ada). Pengambilan rujukan harus berdasarkan pada indikasi dokter bukan atas permintaan sendiri. Namun, Faula Umir Harahap menerangkan dari hasil wawancara mengenai permintaan rujukan dari pasien, 7 dari 15 pasien datang ke puskesmas hanya untuk melakukan rujukan dengan alasan lebih percaya dan memiliki prinsip bahwa rumah sakit itu besar dan alatnya akan lebih canggih dibandingkan dengan di puskesmas walaupun diagnosa pasien tersebut seharusnya masih bisa ditangani di puskesmas tersebut dan 3 diantara 15 pasien menjawab bahwa pasien tersebut sudah berobat di puskesmas tersebut namun karena tidak ada perubahan sehingga pasien meminta surat rujukan atas permintaan sendiri yang seharusnya diagnosa penyakit pasien menjadi tanggung jawab puskesmas tersebut.

Pelaksanaan sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan saat ini tidak berjalan sebagaimana semestinya. Pasien dapat dengan langsung merujuk dirinya sendiri ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dirasa dibutuhkan. Saat ini, beberapa penyakit yang seharusnya dapat diselesaikan di Fasilitas kesehatan tingkat pertama, namun ternyata dirujuk ke Fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Menurut Ramadhani pada penelitian yang dilakukan tahun 2020, faktor-faktor yang mempengaruhi tingginya rasio rujukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama diantaranya sumberdaya manusia yang masih kurang, sarana prasarana yang kurang memadai, dan ketersediaan obat-obatan yang belum mencukupi.

Angka rasio yang masih tinggi seharusnya tidak terjadi karena fasilitas kesehatan tingkat pertama harus mampu melaksanakan 144 jenis diagnosa penyakit dengan tuntas sesuai dengan pedoman yang dikeluarkan oleh SKDI, Pekonsil Kedokteran Indonesia tahun 2012, jika angka rasio masih tinggi tentunya akan memberikan dampak negatif pada fasilitas kesehatan tingkat lanjut penerima rujukan.

BPJS memiliki standar dalam menentukan batasan rujukan puskesmas dalam melakukan rujukan ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL). Menurut peraturan BPJS Kesehatan tahun 2014 menyatakan bahwa jumlah rujukan pasien di FKTP tidak boleh melebihi 15% dari total kunjungan pasien BPJS dan rasio rujukan rawat jalan kasus *non spesialisik* dibawah 5%. Berdasarkan data yang diperoleh dari BPJS Kesehatan, per bulan Desember tahun 2021 rasio rujukan non-spesialistik (RRNS) di puskesmas Pandean yang berada di Kecamatan Dongko Kecamatan Trenggalek sebesar

5,60% dengan total 375 kasus rujukan dan rujukan non-spesialistik sebesar 21 kasus rujukan.

Sehubungan dengan uraian diatas, pada kesempatan kali ini peneliti tertarik untuk meneliti “Gambaran pelaksanaan sistem rujukan di puskesmas Pandean Kecamatan Dongko Kabupaten Trenggalek”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

1. Bagaimana pelaksanaan sistem rujukan di puskesmas Pandean Kecamatan Dongko Kabupaten Trenggalek?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

1. Mengetahui pelaksanaan sistem rujukan di puskesmas Pandean Kecamatan Dongko Kabupaten Trenggalek

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui proses pelaksanaan sistem rujukan di puskesmas Pandean Kecamatan Dongko Kabupaten Trenggalek.
- b. Mengetahui ketersediaan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan terkait dengan proses pelaksanaan sistem rujukan di puskesmas Pandean Kecamatan Dongko Kabupaten Trenggalek.
- c. Mengetahui ketersediaan obat-obatan yang terdapat di puskesmas terkait dengan proses pelaksanaan sistem rujukan di puskesmas Pandean Kecamatan Dongko Kabupaten Trenggalek.
- d. Mengetahui kelengkapan fasilitas alat kesehatan di puskesmas terkait dengan proses pelaksanaan sistem rujukan di puskesmas Pandean Kecamatan Dongko Kabupaten Trenggalek.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

- a. Bagi puskesmas  
Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi salah satu acuan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan terutama dalam melaksanakan sistem rujukan.
- b. Bagi Institusi  
Hasil penelitian ini diharapkan bisa memberikan gambaran mengenai pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) khususnya terkait

dengan sistem rujukan yang diharapkan bisa membantu peneliti lain yang akan mengkaji hal yang sama.

c. Bagi penulis

Penelitian ini diharapkan bisa menambah pengetahuan serta wawasan mengenai pelaksanaan sistem rujukan yang dilakukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut.