

**ANALISIS PENERAPAN RUJUKAN BERJENJANG PASIEN PESERTA  
BPJS KESEHATAN DI PUSKESMAS MANDALA KOTA MEDAN**

**SKRIPSI**



**Oleh:**

**BELLA ADELIA PUTRI**

**NIM : 0801162027**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA  
MEDAN  
2020**

**ANALISIS PENERAPAN RUJUKAN BERJENJANG PASIEN PESERTA  
BPJS KESEHATAN DI PUSKESMAS MANDALA KOTA MEDAN**

**SKRIPSI**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat  
Untuk Memperoleh Gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M)**

**Oleh:**

**BELLA ADELIA PUTRI**

**NIM : 0801162027**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA  
MEDAN  
2020**

**ANALISIS PENERAPAN RUJUKAN BERJENJANG PASIEN PESERTA  
BPJS KESEHATAN DI PUSKESMAS MANDALA KOTA MEDAN**

**BELLA ADELIA PUTRI**

**NIM : 0801162027**

**ABSTRAK**

Sistem rujukan berjenjang merupakan salah satu upaya yang dilakukan dalam penguatan pelayanan primer sebagai upaya untuk penyelenggaraan kendali mutu dan biaya. Pada tahun 2014, pemerintah telah meluncurkan program JKN yang di dalamnya diberlakukan sistem rujukan pelayanan kesehatan. Namun, rasio rujukan di Puskesmas Mandala masih tinggi yaitu lebih dari 15%. Jenis penelitian ini adalah penelitian kombinasi (*mix methods*), yaitu metode yang menggabungkan antara metode kualitatif dan kuantitatif. Desain penelitian ini menggunakan model *sequential exploratory* (kualitatif-kuantitatif). Uji keabsahan data pada penelitian ini adalah triangulasi sumber dan uji validitas dengan *product moment*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel ketersediaan tenaga kesehatan dan pelaksanaan sistem rujukan tidak memengaruhi tingginya angka rujukan di Puskesmas Mandala. Sedangkan variabel ketersediaan sarana dan fasilitas kesehatan, ketersediaan obat-obatan serta pengetahuan tentang *gatekeeper* memengaruhi tingginya angka rujukan di Puskesmas Mandala. Adapun saran dalam penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kota Medan melengkapi sarana dan fasilitas kesehatan dan juga obat-obatan di Puskesmas Mandala, pihak Puskesmas Mandala lebih giat memberikan sosialisasi kepada masyarakat mengenai sistem rujukan berjenjang dalam pelayanan kesehatan, masyarakat lebih kooperatif dalam melaksanakan rujukan sesuai dengan prosedur yang ada dan peneliti selanjutnya diharapkan agar dapat melakukan kajian lebih mendalam mengenai penerapan rujukan berjenjang pasien peserta BPJS Kesehatan di puskesmas.

**Kata Kunci : Rujukan Berjenjang, BPJS Kesehatan, Puskesmas**

**APPLICATION ANALYSIS OF THE TIERED REFERRAL OF BPJS  
HEALTH PARTICIPANTS IN MANDALA HEALTH CENTER OF MEDAN  
CITY**

**BELLA ADELIA PUTRI**  
**NIM : 0801162027**

**ABSTRACT**

*The tiered referral system is one of the efforts made in primary maintenance as an effort to implement quality and cost control. In 2014, the government launched the JKN program in which a health service referral system was implemented. However, the referral ratio at Mandala Health Center is still high, which is more than 15%. This type of research is a combination research (mix method), which is a method that combines qualitative and quantitative methods. The research design used a sequential exploratory (qualitative-quantitative) model. The validity test of the data in this study is triangulation of sources and validity testing with the product moment. The results showed that the health worker variables and the implementation of the referral system did not affect the referral rate at Mandala Health Center. Meanwhile, the variable of health facilities, the variable of medicines and the variable of gatekeeper knowledge affect the referral rate at Mandala Health Center. The suggestion in this study is that the Medan City Health Office completes health facilities as well as medicines at the Mandala Health Center, the Mandala Health Center is more active in providing socialization to the community regarding the tiered referral system in health services, the community is more cooperative in carrying out referrals according to procedures existing and future researchers are expected to be able to conduct a more in-depth study of the application of tiered referral for BPJS Health participants patients at the health center.*

***Keywords : Tiered Referral, BPJS Health, Health Center***

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Nama : Bella Adelia Putri  
NIM : 0801162027  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Tempat, Tanggal Lahir : Binjai, 24 Juli 1999  
Judul Skripsi : Analisis Penerapan Rujukan Berjenjang Pasien Peserta  
BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala Kota Medan

**Dengan ini menyatakan bahwa :**

1. Skripsi ini merupakan hasil karya asli saya yang diajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar Strata 1 di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.
2. Semua sumber yang saya gunakan dalam penelitian ini telah saya cantumkan sesuai ketentuan yang berlaku di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.
3. Jika di kemudian hari terbukti bahwa karya ini bukan karya asli saya atau merupakan hasil jiplakan dari karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi yang berlaku di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.

Medan, 11 September 2020

Bella Adelia Putri  
NIM. 0801162027

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Judul Skripsi : **ANALISIS PENERAPAN RUJUKAN  
BERJENJANG PASIEN PESERTA BPJS  
KESEHATAN DI PUSKESMAS MANDALA  
KOTA MEDAN**

Nama : Bella Adelia Putri

NIM : 0801162027

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

**Menyetujui,**

**Pembimbing Skripsi**

**Fitriani Pramita Gurning, SKM, M.Kes**  
**NIP : 1100000110**

**Diketahui,**

**Medan, 17 November 2020**

**Dekan FKM UIN SU**



**Dr. Azhari Akmal Tarigan, M. Ag**  
**NIP. 197212041998031002**

**Tanggal Lulus : 11 September 2020**

**HALAMAN PENGESAHAN**

Skripsi Dengan Judul :

**ANALISIS PENERAPAN RUJUKAN BERJENJANG PASIEN PESERTA  
BPJS KESEHATAN DI PUSKESMAS MANDALA KOTA MEDAN**

Yang dipersiapkan dan dipertahankan oleh :

**BELLA ADELIA PUTRI**  
**NIM : 0801162027**

Telah Diuji dan Dipertahankan Di Hadapan Tim Penguji Skripsi  
Pada Tanggal 11 September 2020 dan  
Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

**TIM PENGUJI**

**Ketua Penguji**



**Fauziah Nasution, M.Psi**  
**NIP. 19750703200512004**

**Penguji I**

**Fitriani Pramita Gurning, SKM, M.Kes**  
**NIP : 1100000110**

**Penguji II**



**Eliska, SKM, M.Kes**  
**NIP : 1100000125**

**Penguji Integrasi**



**Dr. Nurhayati, M.Ag**  
**NIP : 197405172005122003**

Medan, 17 November 2020  
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Islam Negeri Sumatera Utara

**Dekan,**



**Dr. Azhari Akmal Tarigan, M. Ag**  
**NIP. 197212041998031002**

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

### ***(CURRICULUM VITAE)***

#### **DATA PRIBADI**

Nama : Bella Adelia Putri  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Tempat, Tanggal Lahir : Binjai, 24 Juli 1999  
Kewarganegaraan : Indonesia  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Menikah  
Alamat Lengkap : Jln. M.T Haryono, Kecamatan Binjai Utara,  
Kota Binjai  
Email : ailedaalleb@gmail.com

#### **DATA ORANG TUA**

Nama Ayah : Ir. Jafar Siddik, S. Pd  
Pekerjaan : Guru  
Nama Ibu : Dewi Putri Hijau Panjaitan, SKM  
Pekerjaan : ASN  
Alamat Lengkap : Jln. M.T Haryono, Kecamatan Binjai Utara,  
Kota Binjai



### **PENDIDIKAN FORMAL**

1. 2003 – 2004 : TK Swasta Tunas Pelita Binjai
2. 2004 – 2007 : SD Negeri 024777 Binjai
3. 2007 – 2010 : SD Swasta Taman Siswa Binjai
4. 2010 – 2013 : SMP Negeri 1 Binjai
5. 2013 – 2016 : SMA Negeri 1 Binjai
6. 2016 – 2020 : FKM UIN SU Medan

### **RIWAYAT ORGANISASI**

1. 2018 – 2019 : Anggota *Health Research Student Association*  
(HERSA) FKM UIN SU Medan
2. 2019 – sekarang : Anggota Dewan Kehormatan *Health Research Student Association* (HERSA) FKM UIN SU Medan

## KATA PENGANTAR

### بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Segala puji dan syukur penulis ucapkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat-Nya kepada penulis sehingga mampu menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “**Analisis Penerapan Rujukan Berjenjang Pasien Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala Kota Medan**”, sebagai salah satu syarat dalam memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.

Dalam penyelesaian skripsi ini, penulis menyadari bahwa banyak pihak yang terlibat dan telah berperan membantu serta memberikan dukungan secara moral maupun material kepada penulis. Oleh karena itu, penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Bapak Prof. KH. Saiddurahman, M.Ag., selaku Rektor Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.
2. Bapak Dr. Azhari Akmal Tarigan, M.Ag., selaku Dekan FKM UIN Sumatera Utara.
3. Ibu Dr. Nefi Darmayanti, M.Psi., selaku Wakil Dekan Bidang Akademik FKM UIN Sumatera Utara.
4. Ibu Dr. Nurhayati, M.Ag., selaku Wakil Dekan Bidang Keuangan FKM UIN Sumatera Utara serta dosen pembimbing integrasi yang telah memberikan waktu, bimbingan dan juga dukungannya dalam penyelesaian skripsi ini.
5. Bapak Dr. Watni Marpaung, M.A., selaku Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan dan Kerja sama FKM UIN Sumatera Utara.

6. Ibu Fauziah Nasution, M.Psi., selaku Kepala Program Studi FKM UIN Sumatera Utara.
7. Ibu Fitriani Pramita Gurning, M.Kes., selaku dosen pembimbing yang telah memberikan waktu, bimbingan, saran dan juga dukungannya kepada penulis dalam penyelesaian skripsi ini.
8. Ibu Fauziah Nasution, M.Psi, Ibu Fitriani Pramita Gurning, SKM, M.Kes, Ibu Eliska, SKM, M.Kes, Ibu Dr. Nurhayati, M.Ag dan Ibu Zata Ismah, SKM, M KM., selaku dosen penguji saat seminar proposal maupun sidang munaqasyah yang telah memberikan banyak arahan untuk penyempurnaan skripsi ini.
9. Ibu Delfriana Ayu, M.Kes., selaku dosen penasihat akademik yang telah membimbing penulis sewaktu menjalani perkuliahan.
10. Semua dosen khususnya dosen peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK) yang telah banyak memberi ilmu dan wawasannya kepada penulis selama masa perkuliahan serta para staf administrasi di FKM UIN SU yang turut membantu penulis mengurus segala kepentingan administrasi terutama yang berkenaan dalam penyusunan skripsi ini.
11. Kepala Puskesmas Mandala, dokter, dokter gigi, pengelola obat, kepala tata usaha, penanggungjawab rujukan serta seluruh pegawai di Puskesmas Mandala. Dan juga pasien rujukan di wilayah kerja Puskesmas Mandala yang telah banyak membantu penulis dalam memberikan data dan informasi yang dibutuhkan untuk dapat menyelesaikan skripsi ini.
12. Teristimewa khususnya kepada kedua orang tua tercinta, Ayahanda Ir. Jafar Siddik, S.Pd dan Ibunda Dewi Putri Hijau Panjaitan, SKM serta kepada saudari-saudari tercinta Kakanda Putri Wulandari, Amd. Keb dan Adinda

Febby Ayu Putri yang selalu memberikan bantuan, perhatian, nasihat, motivasi, semangat, inspirasi serta doanya kepada penulis.

13. Teman-teman terbaik penulis yang tergabung dalam grup bermain dari IKM-A, Okri Hasemeleh (Dinda Asa Ayukhaliza, Latiffah Hanum dan Sri Wahyuni), AKK *Squad* (Annisa Dos Arih SohSura Angkat, Rosita Adani Gayo, Sherly Ria Budiarti dan Dinda Wisdayanti) serta Timses Robin Teruwu (Syafina Aisyah, Ema Rizka Sazkiah dan Dyah Retno Wulandari) yang selalu memberikan dukungan, bantuan, doa dan semangatnya kepada penulis selama menyelesaikan skripsi ini.
14. Teman-teman setia yang kerap menularkan *gercep*-nya sehingga penulis yang *santuy* dan cenderung *males* ini merasa terteror tapi *alhamdulillah* ya akhirnya beruntung dan terharu juga karena berhasil menyelesaikan skripsi ini tepat sebelum tahun yang menjadi target harus sudah wisuda berganti (hehe). Siapa lagi kalau bukan Adel teman sedoping yang sering bimbingan bareng sebelum sempro dan juga Nisa Dos dengan Kak Gayo yang sangat membantu selama turun ke lapangan setelah sempro, masa penuh kehebohan & drama :').
15. Teman-teman lainnya dari FKM UIN SU angkatan 2016 terutama kelas IKM-A dan kelas *AKKers* (Peminatan AKK angkatan II) yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu. Namun, semoga tak mengurangi rasa hormat dan terima kasih penulis atas setiap dukungan, bantuan, doa serta semangat yang telah kalian berikan.
16. Sahabat-sahabat penulis sejak SMP (JOSH alias jomblo sampai halal) dan SMA (6 Bidadari Khayalan) yang hingga sekarang terus memberikan doa,

canda tawa dan semangatnya kepada penulis. Serta kepada seluruh pihak yang secara tak langsung terlibat dalam penyelesaian skripsi ini.

Penulis menyadari jika skripsi ini tak luput dari berbagai kekurangan, baik dari isi maupun tata bahasa. Oleh sebab itu, penulis mengharapkan kritik dan saran konstruktif guna kesempurnaan dan perbaikannya. Akhir kata, penulis berharap semoga skripsi ini bisa bermanfaat bagi praktisi dalam pemecahan masalah dan juga kepada akademisi sebagai bahan penelitian terutama untuk kemajuan ilmu kesehatan masyarakat.

**Medan, 11 September 2020**  
Penulis,

**BELLA ADELIA PUTRI**  
**NIM. 0801162027**

## DAFTAR ISI

<b>COVER .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>viii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xix</b>
<b>DAFTAR ISTILAH .....</b>	<b>xx</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xxi</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
<b>1.1 Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Fokus Kajian Penelitian .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian.....</b>	<b>6</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
<b>1.4 Manfaat Penelitian.....</b>	<b>6</b>
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	6
1.4.2 Manfaat Praktis .....	7

## **BAB 2 KAJIAN TEORI**

<b>2.1 Sistem Rujukan .....</b>	<b>8</b>
2.1.1 Definisi Sitem Rujukan .....	8
2.1.2 Indikasi Rujukan .....	8
2.1.3 Syarat-Syarat Pemberian Rujukan .....	9
2.1.4 Prosedur Rujukan .....	10
<b>2.2 Sistem Rujukan Berjenjang .....</b>	<b>11</b>
2.2.1 Tata Cara Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang .....	11
2.2.2 Ketentuan Umum Sistem Rujukan .....	13
2.2.3 Pembinaan dan Pengawasan Sistem Rujukan Berjenjang.....	15
2.2.4 Forum Komunikasi Antar Fasilitas Kesehatan.....	16
<b>2.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan .....</b>	<b>17</b>
2.3.1 Definisi BPJS Kesehatan.....	17
2.3.2 Kepesertaan BPJS Kesehatan .....	17
<b>2.4 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) .....</b>	<b>18</b>
2.4.1 Definisi Puskesmas .....	18
2.4.2 Fungsi Puskesmas .....	18
2.4.3 Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas .....	20
2.4.4 Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Kesehatan di Puskesmas.....	22
2.4.5 Ketersediaan Obat-Obatan di Puskesmas.....	23
2.4.6 Puskesmas Sebagai <i>Gatekeeper</i> .....	24
<b>2.5 Analisis Kebijakan .....</b>	<b>26</b>
2.5.1 Definisi Analisis Kebijakan Kesehatan.....	26
2.5.2 Ruang Lingkup Kebijakan Kesehatan.....	28

2.5.3 Model Analisis Implementasi Kebijakan .....	28
<b>2.6 Kajian Integrasi Keislaman .....</b>	<b>29</b>
<b>2.7 Kerangka Pikir .....</b>	<b>35</b>
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN</b>	
<b>3.1 Jenis dan Desain Penelitian.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>36</b>
<b>3.3 Informan Penelitian .....</b>	<b>36</b>
<b>3.4 Definisi Operasional.....</b>	<b>39</b>
<b>3.5 Metode Pengumpulan Data.....</b>	<b>40</b>
3.5.1 Instrumen Penelitian.....	40
3.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	40
3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data .....	41
<b>3.6 Keabsahan Data .....</b>	<b>42</b>
<b>3.7 Analisis Data.....</b>	<b>43</b>
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
<b>4.1 Hasil Penelitian.....</b>	<b>44</b>
4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	44
4.1.2 Karakteristik Informan Penelitian .....	46
4.1.3 Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Mandala .....	47
4.1.4 Ketersediaan Sarana dan Faskes di Puskesmas Mandala .....	48
4.1.5 Ketersediaan Obat-Obatan di Puskesmas Mandala.....	52
4.1.6 Pengetahuan tentang <i>Gatekeeper</i> di Puskesmas Mandala.....	60
4.1.7 Pelaksanaan Rujukan di Puskesmas Mandala.....	62



<b>4.2 Hasil Kuesioner Penerapan Rujukan Berjenjang Pasien Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala .....</b>	<b>66</b>
4.2.1 Karakteristik Responden .....	66
4.2.2 Hasil Kuesioner terhadap Pasien Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala yang Melakukan Rujukan .....	67
<b>4.3 Pembahasan .....</b>	<b>67</b>
4.3.1 Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Mandala .....	67
4.3.2 Ketersediaan Sarana dan Faskes di Puskesmas Mandala .....	68
4.3.3 Ketersediaan Obat-Obatan di Puskesmas Mandala.....	70
4.3.4 Pengetahuan tentang <i>Gatekeeper</i> di Puskesmas Mandala.....	73
4.3.5 Pelaksanaan Rujukan di Puskesmas Mandala.....	76
4.3.6 Posisi Wilayah Puskesmas Mandala .....	78
4.3.7 Teori-Teori Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	79
4.3.8 Integrasi Keislaman.....	85
 <b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
<b>5.1 Kesimpulan .....</b>	<b>88</b>
<b>5.2 Saran .....</b>	<b>89</b>
 <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>91</b>
 <b>LAMPIRAN.....</b>	<b>96</b>

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 1.1 Daftar Jumlah Rujukan Puskesmas Mandala Tahun 2019 .....</b>	<b>4</b>
<b>Tabel 2.1 Standar Ketenagaan Minimal SDM Puskesmas .....</b>	<b>21</b>
<b>Tabel 3.1 Definisi Operasional .....</b>	<b>38</b>
<b>Tabel 3.2 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian .....</b>	<b>42</b>
<b>Tabel 4.1 Distribusi Penduduk di Wilayah Kerja Puskesmas Mandala.....</b>	<b>46</b>
<b>Tabel 4.2 Jumlah Jaringan dan Jejaring Puskesmas Mandala .....</b>	<b>46</b>
<b>Tabel 4.3 Distribusi Informan Penelitian Berdasarkan Karakteristik .....</b>	<b>47</b>
<b>Tabel 4.4 Hasil Wawancara Mendalam tentang Ketersediaan Tenaga Kesehatan.....</b>	<b>47</b>
<b>Tabel 4.5 Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Mandala .....</b>	<b>48</b>
<b>Tabel 4.6 Hasil Wawancara Mendalam tentang Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Kesehatan .....</b>	<b>48</b>
<b>Tabel 4.7 Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 118/MENKES/SK/IV/2014 tentang Kompedium Alat Kesehatan di Puskesmas Mandala.....</b>	<b>49</b>
<b>Tabel 4.8 Hasil Wawancara Mendalam tentang Ketersediaan Obat.....</b>	<b>52</b>
<b>Tabel 4.9 Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 159/Menkes/Sk/V/2014 tentang Formularium Nasional di Puskesmas Mandala .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabel 4.10 Hasil Wawancara Mendalam mengenai Pengetahuan tentang Gatekeeper .....</b>	<b>60</b>
<b>Tabel 4.11 Hasil Wawancara tentang Analisis Sistem Rujukan di Puskesmas Mandala Menurut Pedoman Sistem Rujukan Nasional.....</b>	<b>62</b>
<b>Tabel 4.12 Karakteristik Responden Penelitian.....</b>	<b>66</b>
<b>Tabel 4.13 Hasil Kuesioner Responden Penelitian .....</b>	<b>67</b>

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 2.1 Model Edward III.....</b>	<b>29</b>
<b>Gambar 2.2 Kerangka Pikir .....</b>	<b>35</b>

## DAFTAR ISTILAH

Singkatan	Singkatan dari
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
RJTP	: Rawat Jalan Tingkat Pertama
SKDI	: Standar Kompetensi Dokter Indonesia
UPT	: Unit Pelaksana Teknis
UKP	: Upaya Kesehatan Perorangan
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
PPK	: Pemberi Pelayanan Kesehatan
SDMK	: Sumber Daya Manusia Kesehatan
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
SEP	: Surat Eligibilitas Peserta
PIC	: <i>Person In charge</i>
LPLPO	: Lembar Permintaan dan Lembar Pemakaian Obat
APS	: Atas Permintaan Sendiri
RPJMD	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
Non PBI	: Bukan Penerima Bantuan Iuran

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Nomor Lampiran</b>	<b>Judul Lampiran</b>
1	Daftar Pertanyaan Wawancara Mendalam
2	Daftar Pertanyaan Wawancara Khusus Informan 2 & 3
3	Kuesioner Penelitian
4	Pengolahan dan Analisis Data
5	Surat Izin Survei Awal dari Dinas Kesehatan Kota Medan
6	Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Medan
7	Surat Balasan Selesai Penelitian dari Puskesmas Mandala
8	Dokumentasi Penelitian

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan termasuk kebutuhan dasar setiap manusia yang merupakan modal setiap warga negara dan bangsa demi mencapai tujuannya serta kemakmuran. Seseorang tak dapat mencukupi segala kebutuhan hidupnya apabila sedang dalam kondisi tidak sehat. Oleh karena itu, kesehatan disebut sebagai modal untuk meneruskan kehidupan secara layak bagi setiap individu. Dari itu, pemerintah memiliki tanggung jawab untuk menjamin setiap warga negara agar memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas berdasarkan kebutuhan. Pada dasarnya, setiap warga negara bertanggung jawab dalam pemenuhan kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan (Permenkes RI, 2016).

Mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk atau jaminan kesehatan semesta sesuai amanat Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pemerintah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 dengan target bahwa kepesertaan semesta akan tercapai dalam jangka waktu lima tahun. Artinya, setiap individu wajib menjadi peserta dan terlindungi dalam program asuransi kesehatan sosial nasional. Jaminan kesehatan semesta ini bertujuan untuk meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan yang komprehensif, bermutu dan merata bagi seluruh penduduk (Kementerian Sekretariat Negara RI, 2015).

Sistem rujukan berjenjang merupakan suatu upaya penguatan pelayanan primer dalam penyelenggaraan kendali mutu dan biaya. Suatu strategi pengendalian mutu dan biaya pada pelayanan kesehatan yaitu dengan peningkatan kerja sama fasilitas kesehatan (BPJS Kesehatan, 2016). Penerapan sistem rujukan ini pada dasarnya membuat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan primer harus lebih diperkuat, karena Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berperan sebagai kontak pertama serta penapis rujukan pada pelayanan kesehatan. FKTP diminta agar dapat menangani 155 diagnosis penyakit secara tuntas sesuai Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) yang mengikuti Panduan Praktik Klinis (BPJS Kesehatan, 2015).

Jumlah kunjungan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) adalah jumlah peserta yang melakukan pemeriksaan ke FKTP. Di Indonesia, jumlah kunjungan RJTP tahun 2017 mencapai 150.288.478 kunjungan atau meningkat sebesar 24,29% jika dibandingkan realisasi tahun 2016 yakni sebesar 120.922.433 kunjungan. Rata-rata kunjungan RJTP per bulan selama periode tahun 2017 sebanyak 12.524.040 kunjungan. Sementara itu, jumlah rujukan dari FKTP ke FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut) tahun 2017 mencapai 18.891.657 rujukan dengan rasio rujukan sebesar 12,56% dan rata-rata jumlah rujukan per bulan sebanyak 1.574.305 rujukan (BPJS Kesehatan, 2017). Dari Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017 diketahui bahwa rasio rujukan di Provinsi Sumatera Utara pada tahun 2017 adalah 17,3% sedangkan rasio rujukan di Kota Medan pada tahun 2017 sebesar 43%. Dengan demikian, Kota Medan berada pada urutan pertama di Provinsi Sumatera Utara dengan rasio rujukan tertinggi yakni sebesar 294.084 rujukan.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai salah satu jenis FKTP mempunyai peran penting dalam sistem kesehatan nasional, khususnya subsistem upaya kesehatan. Puskesmas adalah fasilitas penyelenggara upaya kesehatan masyarakat serta upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dengan upaya promotif dan preventif yang lebih diutamakan demi tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes RI, 2014).

Puskesmas Mandala termasuk Unit Pelaksana Teknis (UPT) dari Dinas Kesehatan Kota Medan, didirikan pada bulan Juni 1982 dan terletak di Jalan Cucak Rawa II Perumnas Mandala. Letak puskesmas yang wilayah kerjanya mencakup empat kelurahan yakni Bandar Selamat, Bantan, Bantan Timur dan Tembung ini cukup strategis karena berjarak dekat dengan pemukiman warga sehingga banyak masyarakat yang datang berobat dan meminta rujukan. Adapun jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Mandala adalah 75.251 orang dengan total jumlah penduduk laki-laki 37.436 orang dan total jumlah penduduk perempuan 37.815 orang (Puskesmas Mandala, 2019).

Rasio rujukan di Puskesmas Mandala pada bulan Januari hingga Juli 2019 masih menjadi masalah karena belum sesuai dengan peraturan BPJS Kesehatan tahun 2014 yang menyatakan jika jumlah rujukan pasien di FKTP tidak boleh di atas 15% dari jumlah keseluruhan kunjungan pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Akan tetapi, rasio rujukan di Puskesmas Mandala masih lebih dari 15% seperti yang dapat dilihat dalam Tabel 1.1 berikut ini.



**Tabel 1.1 Daftar Jumlah Rujukan Puskesmas Mandala Tahun 2019**

<b>Bulan</b>	<b>Jumlah Rujukan</b>	<b>Jumlah Kunjungan</b>	<b>Jumlah Rasio Rujukan</b>
Januari	711	2.165	32,8%
Februari	683	2.110	32,3%
Maret	703	2.044	34,3%
April	536	1.856	28,8%
Mei	517	1.728	29,9%
Juni	954	2.308	41,3%
Juli	864	2.008	43%

Sumber: Data Dasar Puskesmas Mandala Tahun 2019

Dari data tersebut, menurut hasil survei pendahuluan yang telah dilakukan, adapun penyebab pasien dirujuk ke FKRTL karena kurang memadainya ketersediaan fasilitas sarana dan prasarana. Selain itu, pengetahuan pasien terkait prosedur rujukan di Puskesmas Mandala masih rendah. Hal inilah yang membuat sering terjadinya kasus pasien yang memaksa dan marah-marah meminta untuk dirujuk sehingga petugas memberikan rujukan. Kemudian, ada juga pasien yang telah melakukan pengobatan ulang akan tetapi karena tidak mendapat kesembuhan juga maka pasien tersebut pun meminta agar dirujuk. Serta masih terdapat pasien yang meminta rujukan langsung tanpa mau diperiksa di puskesmas terlebih dahulu dikarenakan kurangnya rasa percaya pasien kepada dokter di pelayanan primer.

Rasio rujukan yang tinggi akibat pelaksanaan rujukan yang tidak sesuai menurut alur jenjangnya akan membuat terjadinya penumpukan pasien di salah satu PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) yang akhirnya dapat berujung pada penurunan kualitas pelayanan (Ashar, dkk, 2014). Secara finansial, hal itu bisa merugikan serta dapat memengaruhi pencapaian kinerja di bidang kesehatan (Puspitaningtyas, dkk, 2014). Begitu pula dengan BPJS Kesehatan yang akan ikut menanggung rugi karena harus membayarkan banyak kasus rujukan pada fasilitas

pelayanan kesehatan sekunder dan tersier yang sebenarnya pada fasilitas kesehatan primer tidak harus dirujuk melalui sistem pembayaran kapitasi (Dirjen BUK Kemenkes RI, 2012).

Menurut Purwati, dkk (2017) penyebab terjadinya masalah rujukan yang tidak sesuai antara lain keinginan pasien, kurangnya obat-obatan dan bahan habis pakai di puskesmas, kurangnya atau tidak adanya peralatan medis di puskesmas, kurangnya tenaga sumber daya manusia, khususnya tenaga dokter, persetujuan BPJS yang meloloskan rujukan yang tidak sesuai, rumah sakit yang meloloskan rujukan atau tidak adanya rujukan balik dari rumah sakit ke puskesmas dan tidak adanya penyeleksian alasan penyakit tersebut dirujuk.

Berlandaskan uraian latar belakang di atas maka penelitian ini penting dilakukan untuk dapat mengetahui lebih dalam apa yang menyebabkan rasio rujukan di Puskesmas Mandala melebihi dari ketentuan yang telah dibuat oleh BPJS Kesehatan. Dari itu, penulis tertarik untuk meneliti mengenai Analisis Penerapan Rujukan Berjenjang Pasien Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala Kota Medan.

## **1.2 Fokus Kajian Penelitian**

Adapun fokus kajian dalam penelitian ini berdasarkan uraian latar belakang tersebut adalah bagaimana penerapan rujukan berjenjang pasien peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala Kota Medan?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Secara umum, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penerapan rujukan berjenjang pasien peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala Kota Medan.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Terdapat beberapa tujuan khusus dalam penelitian ini di antaranya:

1. Untuk mengetahui ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas Mandala Kota Medan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 tahun 2014.
2. Untuk mengetahui ketersediaan sarana dan fasilitas kesehatan di Puskesmas Mandala Kota Medan sesuai Kompedium Alat Kesehatan.
3. Untuk mengetahui ketersediaan obat-obatan di Puskesmas Mandala Kota Medan sesuai Formularium Nasional.
4. Untuk mengetahui pengetahuan petugas kesehatan dan pasien tentang fungsi puskesmas sebagai *gatekeeper* di Puskesmas Mandala Kota Medan.
5. Untuk mengetahui pelaksanaan sistem rujukan di Puskesmas Mandala Kota Medan berdasarkan Pedoman Sistem Rujukan Nasional.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi berupa wawasan terhadap perkembangan ilmu pengetahuan dan juga dapat menjadi referensi untuk

peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian serupa terkait penerapan rujukan berjenjang pasien peserta BPJS Kesehatan di puskesmas.

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat sebagai masukan untuk pengambilan keputusan dalam memperbaiki penerapan rujukan berjenjang pasien peserta BPJS Kesehatan guna mengoptimalkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Mandala agar terlaksana sesuai fungsi puskesmas sebagai penapis rujukan (*gatekeeper*) serta sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 tahun 2014, Kompendium Alat Kesehatan, Formularium Nasional dan Pedoman Sistem Rujukan Nasional.

## **BAB 2**

### **KAJIAN TEORI**

#### **2.1 Sistem Rujukan**

##### **2.1.1 Definisi Sistem Rujukan**

Sistem rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Pasien peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan pemberi pelayanan kesehatan diwajibkan untuk mematuhi pemberlakuan sistem rujukan. Dan bagi peserta asuransi kesehatan komersial harus mengikuti aturan sesuai ketentuan dalam polis asuransi dengan tetap mengikuti pelayanan kesehatan berjenjang (Permenkes RI, 2012).

##### **2.1.2 Indikasi Rujukan**

Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut dibutuhkan oleh pasien atas indikasi medis. Di mana FKTP harus merujuk ke FKRTL terdekat sesuai tingkat kesehatan menurut sistem rujukan yang telah diatur dalam ketentuan perundang-undangan (Permenkes RI, 2013).

Pasien akan dirujuk jika salah satu dari kriteria “TACC” (*Time-Age-Complication-Comorbidity*) berikut terpenuhi.

1. *Time*, apabila perjalanan penyakit tergolong ke dalam kondisi kronis atau melampaui *Golden Time Standard*.
2. *Age*, apabila usia pasien terkategori usia yang dikhawatirkan dapat membuat risiko komplikasi meningkat maupun risiko penyakit jadi lebih berat.
3. *Complication*, apabila komplikasi yang ditemui pada pasien dapat memperberat kondisinya.

4. *Comorbidity*, apabila ada keluhan atau gejala penyakit lain yang dapat memperberat kondisi pasien.

Selain dari empat kriteria tersebut, terdapat satu hal yang juga dapat menjadi dasar bagi dokter untuk melakukan rujukan yaitu kondisi fasilitas pelayanan demi menjamin keberlangsungan penatalaksanaan dengan persetujuan pasien (Permenkes RI, 2014). Jika pasien membutuhkan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut berdasarkan indikasi medis yang dimiliki, maka pasien harus membawa surat rujukan dari puskesmas atau FKTP lain yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Kecuali dalam keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, bencana ataupun pertimbangan geografis (Permenkes RI, 2013).

### **2.1.3 Syarat-Syarat Pemberian Rujukan**

Menurut Permenkes RI No. 001 Tahun 2012, adapun rujukan diberikan dengan syarat:

1. Rujukan wajib memperoleh persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya.
2. Persetujuan diberikan usai pasien dan/atau keluarganya memperoleh penjelasan dari tenaga kesehatan yang berwenang. Penjelasan tersebut mencakup:
  - a. Diagnosis dan terapi atau tindakan medis yang diperlukan.
  - b. Alasan dan tujuan dibuat rujukan.
  - c. Risiko yang bisa muncul jika tidak dilaksanakan rujukan.
  - d. Transportasi rujukan.
  - e. Risiko yang dapat muncul sewaktu di perjalanan.

3. Hal-hal yang harus diperhatikan perujuk sebelum memberi rujukan, yaitu:
  - a. Melaksanakan pertolongan pertama dan/atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai dengan indikasi medis dan kemampuan untuk keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan.
  - b. Menjalin komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan jika penerima rujukan bisa menerima pasien dalam kondisi gawat darurat. Penerima rujukan memiliki kewajiban untuk menginformasikan tentang ketersediaan sarana dan prasarana, kompetensi dan ketersediaan tenaga kesehatan serta memberikan pertimbangan medis terkait keadaan pasien.
  - c. Membuat surat pengantar rujukan untuk penerima rujukan yang minimal harus tertera identitas pasien, hasil pemeriksaan (anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan, diagnosis kerja, terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan, tujuan rujukan serta nama dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan.

#### **2.1.4 Prosedur Rujukan**

Berdasarkan Permenkes RI No. 28 Tahun 2014, berikut merupakan prosedur pelayanan kesehatan:

1. Pelayanan pada FKTP
  - a. Setiap peserta wajib terdaftar pada FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan.
  - b. Menunjukkan nomor identitas peserta JKN.
  - c. Peserta menerima pelayanan kesehatan pada FKTP.
  - d. Apabila dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis, maka pasien bisa mendapatkan pelayanan rawat inap di FKTP maupun dirujuk ke FKRTL.

## 2. Pelayanan pada FKRTL

- a. Pasien menunjukkan nomor identitas peserta JKN dan surat rujukannya saat datang ke Rumah Sakit. Kecuali pada kasus *emergency* yang tanpa surat rujukan.
- b. Pasien mendapat Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk memperoleh pelayanan.
- c. Pasien dapat menerima pelayanan rawat jalan ataupun rawat inap sesuai indikasi medis.
- d. Pasien bisa langsung datang ke FKRTL (tanpa harus ke FKTP dahulu) untuk kunjungan selanjutnya apabila sebelumnya dokter spesialis/sub spesialis ada memberikan surat keterangan bahwa pasien masih memerlukan perawatan di FKRTL tersebut.
- e. Jika dokter spesialis/sub spesialis memberikan surat keterangan rujuk balik maka pasien langsung ke FKTP dengan membawa surat rujuk balik dari dokter tersebut untuk mendapat perawatan selanjutnya.
- f. Dan jika dokter spesialis/sub spesialis tidak ada memberikan surat keterangan sebagaimana yang dimaksud pada poin d dan e, maka pasien harus tetap ke FKTP terlebih dahulu untuk kunjungan selanjutnya.

## **2.2 Sistem Rujukan Berjenjang**

### **2.2.1 Tata Cara Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang**

Berikut tata cara dalam pelaksanaan sistem rujukan secara berjenjang:

1. Sistem rujukan pada pelayanan kesehatan dilakukan berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis, yakni:



- a. Dimulai dari pelayanan di FKTP seperti puskesmas, klinik pratama maupun praktik dokter perorangan.
  - b. Jika pasien memerlukan pelayanan tingkat lanjut maka bisa diberi rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat kedua yang terdapat dokter spesialis dengan pengetahuan serta teknologi spesialisik misal Rumah Sakit Tipe C dan B.
  - c. Pelayanan kesehatan tingkat kedua di fasilitas kesehatan sekunder bisa diberi atas rujukan dari fasilitas kesehatan primer saja.
  - d. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga bisa diberi atas rujukan dari fasilitas kesehatan primer dan sekunder saja. Di mana pelayanan kesehatan tersebut dilakukan oleh dokter dengan pengetahuan serta teknologi kesehatan sub spesialisik misal Rumah Sakit Tipe A atau Rumah Sakit Khusus.
2. Pelayanan kesehatan yang bisa langsung dirujuk dari fasilitas kesehatan primer ke fasilitas kesehatan tersier yaitu kasus yang diagnosis nya sudah ditegakkan saja dan rencana terapinya merupakan pelayanan berulang yang hanya terdapat pada fasilitas kesehatan tersier.
  3. Beberapa kondisi yang terjadi pengecualian dalam ketentuan pelayanan rujukan secara berjenjang, di antaranya:
    - a. Keadaan gawat darurat dengan mengikuti ketentuan yang berlaku.
    - b. Bencana dengan kriteria yang ditetapkan oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah.
    - c. Kekhususan permasalahan kesehatan pasien seperti kasus yang telah ditegakkan rencana terapinya dan hanya bisa ditangani pada fasilitas kesehatan lanjutan.
    - d. Pertimbangan geografis.

- e. Pertimbangan ketersediaan fasilitas.
4. Pelayanan oleh bidan dan perawat.
- a. Bidan dan perawat bisa memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama menurut ketentuan peraturan perundang-undangan pada keadaan tertentu.
  - b. Bidan dan perawat hanya bisa melakukan rujukan ke dokter atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama selain dari kondisi gawat darurat dan kekhususan permasalahan kesehatan pasien, yaitu kondisi di luar kompetensi dokter dan dokter gigi di FKTP.
5. Rujukan Parsial.
- a. Rujukan parsial merupakan pengiriman pasien atau spesimen ke pemberi pelayanan kesehatan lain guna penegakan diagnosis atau pemberian terapi yang termasuk dalam serangkaian perawatan pasien di fasilitas kesehatan tersebut.
  - b. Rujukan parsial meliputi:
    - 1. Pengiriman pasien untuk pemeriksaan penunjang atau mendapat tindakan.
    - 2. Pengiriman spesimen untuk pemeriksaan penunjang.
  - c. Penjaminan pasien rujukan parsial dilakukan oleh fasilitas kesehatan perujuk (BPJS Kesehatan, 2014).

### **2.2.2 Ketentuan Umum Sistem Rujukan**

Ketentuan umum sistem rujukan berdasarkan Buku Panduan Praktis BPJS (2014), antara lain:

- 1. Pelayanan kesehatan perorangan terdiri atas tiga tingkatan, yakni:
  - a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama.

- b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua.
  - c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga.
2. Pelayanan kesehatan tingkat pertama ialah pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh FKTP.
  3. Pelayanan kesehatan tingkat kedua ialah pelayanan kesehatan spesialisik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dengan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik.
  4. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga ialah pelayanan kesehatan sub spesialisik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis dengan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik.
  5. Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, sistem rujukan wajib dilakukan oleh seluruh fasilitas kesehatan baik tingkat pertama maupun lanjutan dengan mengikuti peraturan perundang-undangan yang berlaku.
  6. Peserta yang ingin memperoleh pelayanan tak sesuai dengan sistem rujukan bisa dimasukkan dalam kategori pelayanan yang tidak sesuai prosedur sehingga tidak bisa dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.
  7. Fasilitas kesehatan yang tidak menjalankan sistem rujukan maka BPJS Kesehatan akan melakukan *recredentialing* terhadap kinerjanya dan bisa berdampak pada kelanjutan kerja sama.
  8. Pelayanan rujukan bisa dilaksanakan secara horizontal ataupun vertikal.
  9. Rujukan horizontal merupakan rujukan yang diselenggarakan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan jika perujuk tak mampu memberikan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasien akibat keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang bersifat sementara maupun menetap.

10. Rujukan vertikal merupakan rujukan yang diselenggarakan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, bisa dari pelayanan tingkat rendah ke pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.
11. Rujukan vertikal dari pelayanan tingkat rendah ke pelayanan yang lebih tinggi dilakukan jika:
  - a. Pasien perlu pelayanan kesehatan spesialisik atau sub spesialisik.
  - b. Perujuk tidak bisa memberikan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasien sebab keterbatasan fasilitas, peralatan maupun ketenagaan.
12. Rujukan vertikal dari pelayanan tingkat tinggi ke pelayanan yang lebih rendah dilakukan jika:
  - a. Permasalahan kesehatan pasien bisa ditangani pada tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai kompetensi dan kewenangannya.
  - b. Kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut.
  - c. Pasien perlu pelayanan lanjutan yang bisa ditangani pada tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah untuk alasan kemudahan, efisiensi serta pelayanan jangka panjang.
  - d. Perujuk tidak bisa memberikan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasien sebab keterbatasan fasilitas, peralatan maupun ketenagaan.

### **2.2.3 Pembinaan dan Pengawasan Sistem Rujukan Berjenjang**

Penanggung jawab sistem rujukan berjenjang menurut tingkatannya, yaitu:

1. Pada pelayanan kesehatan tingkat pertama, pembinaan dan pengawasan rujukan ditanggungjawab oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta organisasi profesi.

2. Pada pelayanan kesehatan tingkat kedua, pembinaan dan pengawasan rujukan ditanggungjawab oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi serta organisasi profesi.
3. Pada pelayanan kesehatan tingkat ketiga, pembinaan dan pengawasan rujukan ditanggungjawab oleh menteri (BPJS Kesehatan, 2014).

#### **2.2.4 Forum Komunikasi Antar Fasilitas Kesehatan**

Forum komunikasi antar fasilitas kesehatan baik yang setingkat maupun antar tingkatan perlu dibentuk guna mengoptimalkan sistem rujukan berjenjang. Koordinasi rujukan antar fasilitas kesehatan dilakukan dengan sarana komunikasi yang tersedia agar:

1. Fasilitas kesehatan perujuk memperoleh informasi terkait ketersediaan sarana dan prasarana, kompetensi dan ketersediaan tenaga kesehatan serta bisa memastikan apabila penerima rujukan bisa menerima pasien sesuai kebutuhan medis.
2. Fasilitas kesehatan tujuan rujukan memperoleh informasi secara cepat terkait kondisi pasien sehingga bisa mempersiapkan serta menyediakan perawatan sesuai kebutuhan medis.

Forum komunikasi antar fasilitas kesehatan dibentuk oleh masing-masing Kantor Cabang BPJS Kesehatan berdasarkan wilayah kerjanya dengan menunjuk PIC yang bertugas menyediakan informasi terkait pelayanan rujukan dari masing-masing fasilitas kesehatan. Terdapat beberapa hal yang penting untuk diperhatikan terkait sistem rujukan berjenjang, yaitu:

1. Peserta yang ingin memperoleh pelayanan tak sesuai dengan sistem rujukan bisa dimasukkan dalam kategori pelayanan yang tidak sesuai prosedur

sehingga tidak bisa dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kecuali dalam keadaan tertentu di antaranya kondisi gawat darurat, kekhususan permasalahan pasien, bencana, pertimbangan geografis serta pertimbangan ketersediaan fasilitas.

2. Jika tidak memungkinkan untuk dirujuk dalam satu kabupaten berdasarkan pertimbangan geografis dan keselamatan pasien maka rujukan lintas kabupaten diperbolehkan (BPJS Kesehatan, 2014).

## **2.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan**

### **2.3.1 Definisi BPJS Kesehatan**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan ialah suatu badan hukum berbentuk seperti asuransi yang memiliki tujuan melaksanakan program jaminan kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dibentuk dari empat Badan Usaha Milik Negara di antaranya PT TASPEN, PT JAMSOSTEK, PT ASABRI serta PT ASKES (BPJS Kesehatan, 2013).

### **2.3.2 Kepesertaan BPJS Kesehatan**

Dalam pelayanan kesehatan bagi pasien peserta BPJS Kesehatan, FKTP lebih berfokus pada pelayanan rujukan, medis primer atau dasar dan rawat inap bagi fasilitas kesehatan yang memiliki sarana rawat inap. Terdapat dua kelompok peserta BPJS Kesehatan, yakni:

1. Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Penerima bantuan iuran merupakan peserta dalam program jaminan kesehatan yang diperuntukkan bagi fakir miskin serta orang tidak mampu yang telah ditetapkan dan diatur dalam peraturan pemerintah. Dalam hal ini, pemerintah yang membayarkan iurannya.

## 2. Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI)

Sedangkan yang termasuk sebagai bukan penerima bantuan iuran yaitu masyarakat secara umum yang mampu membayar iuran bulanan. Setiap peserta BPJS Kesehatan memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem JKN.

### **2.4 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)**

#### **2.4.1 Definisi Puskesmas**

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, puskesmas sebagai UPTD Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota akan mengikuti kebijakan pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bersangkutan yang termuat dalam RPJMD serta Rencana Lima Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Permenkes RI, 2016).

#### **2.4.2 Fungsi Puskesmas**

Menyelenggarakan kebijakan kesehatan demi mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya untuk mendukung terwujudnya kecamatan sehat merupakan tugas yang dimiliki puskesmas. Dan dalam melakukan tugasnya tersebut, puskesmas juga memiliki fungsi sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya yang meliputi:
  - a. Membuat perencanaan menurut analisis masalah kesehatan masyarakat serta analisis kebutuhan pelayanan yang dibutuhkan.
  - b. Melakukan advokasi dan juga sosialisasi kebijakan kesehatan.
  - c. Melakukan komunikasi, informasi, reduksi serta pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi serta menuntaskan masalah kesehatan di setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan sektor terkait.
  - e. Melakukan pembinaan teknis pada jaringan pelayanan serta upaya kesehatan berbasis masyarakat.
  - f. Meningkatkan kompetensi sumber daya manusia puskesmas.
  - g. Mengawasi penyelenggaraan pembangunan supaya berwawasan kesehatan.
  - h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan serta evaluasi terkait akses, mutu dan juga cakupan pelayanan kesehatan.
  - i. Memberi rekomendasi tentang masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan pada sistem kewaspadaan dini serta respon penanggulangan penyakit.
2. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya yang meliputi:
- a. Melaksanakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu.
  - b. Mengutamakan upaya promotif dan preventif dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.
  - c. Melaksanakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok serta masyarakat.
  - d. Mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.
  - e. Menerapkan prinsip koordinatif, kerja sama inter dan antar profesi dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.



- f. Melakukan rekam medis.
- g. Melakukan pencatatan, pelaporan serta evaluasi terkait mutu dan akses pelayanan kesehatan.
- h. Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan.
- i. Melakukan koordinasi serta pembinaan pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- j. Melakukan penapisan rujukan sesuai indikasi medis dan juga sistem rujukan (Permenkes RI, 2014).

#### **2.4.3 Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas**

Sumber daya manusia di puskesmas menurut Permenkes RI No. 75 Tahun 2014 meliputi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Jenis serta jumlah tenaga tersebut dihitung menggunakan analisis beban kerja dengan mempertimbangkan jumlah pelayanan yang diselenggarakan, jumlah penduduk dan persebarannya, karakteristik wilayah kerja, luas wilayah kerja, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya di wilayah kerja serta pembagian waktu kerja. Tenaga non kesehatan semestinya bisa mendukung kegiatan tata usaha, administrasi keuangan, sistem informasi serta kegiatan operasional lainnya di puskesmas.

Adapun minimal tenaga kesehatan di puskesmas terdiri dari:

- a. Dokter
- b. Dokter Gigi
- c. Perawat
- d. Bidan
- e. Tenaga Kesehatan Masyarakat

- f. Tenaga Kesehatan Lingkungan
- g. Ahli Teknologi Laboratorium Medik
- h. Tenaga Gizi
- i. Tenaga Kefarmasian

Dari penelitian Gulo (2015) diketahui jika pada pelayanan kesehatan di Puskesmas Botombawo, ketersediaan sumber daya manusianya tidak terpenuhi. Maka hal ini mengakibatkan proses pelayanan pemeriksaan penunjang yang seharusnya dapat mendukung penegakan diagnosis dokter menjadi tidak berjalan sesuai prosedur dan berdampak pada peningkatan rujukan di puskesmas tersebut. Berikut Standar Ketenagaan Minimal SDM Puskesmas sesuai Permenkes No. 75 tahun 2014:

**Tabel 2.1 Standar Ketenagaan Minimal SDM Puskesmas**

No	Jenis Tenaga	Puskesmas Kawasan Perkotaan		Puskesmas Kawasan Perdesaan		Puskesmas Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil	
		Non Rawat Inap	Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap
1.	Dokter atau dokter layanan primer	1	2	1	2	1	2
2.	Dokter gigi	1	1	1	1	1	1
3.	Perawat	5	8	5	8	5	8
4.	Bidan	4	7	4	7	4	7
5.	Tenaga Kesmas	2	2	1	1	1	1
6.	Tenaga Kesling	1	1	1	1	1	1
7.	Ahli teknologi Lab. Medik	1	1	1	1	1	1
8.	Tenaga gizi	1	2	1	2	1	2

9.	Tenaga kefarmasian	1	2	1	1	1	1
10.	Tenaga administrasi	3	3	2	2	2	2
11.	Pekarya	2	2	1	1	1	1
	Jumlah	22	31	19	27	19	27

**Keterangan:**

Standar ketenagaan yang tersebut di atas:

1. Merupakan kondisi minimal yang diharapkan sehingga puskesmas bisa terselenggara dengan baik.
2. Belum termasuk tenaga di puskesmas pembantu serta bidan desa.

**2.4.4 Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Kesehatan di Puskesmas**

Pada pelayanan kesehatan, sarana dan fasilitas merupakan faktor yang penting guna mengoptimalkan kualitas pelayanan bagi masyarakat. Oleh sebab itu, peralatan kesehatan di puskesmas harus sesuai menurut Lampiran Permenkes No. 75 Tahun 2014.

Beberapa persyaratan mengenai peralatan yang harus dipenuhi di Puskesmas di antaranya: a) standar mutu, keamanan, keselamatan, b) memiliki izin edar sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, dan c) diuji serta dikalibrasi secara berkala oleh institusi penguji dan juga pengkalibrasi yang berwenang.

Selain itu, adapun prasarana paling sedikit yang harus dimiliki oleh puskesmas terdiri dari: sistem penghawaan atau ventilasi, sistem pencahayaan, sistem sanitasi, sistem kelistrikan, sistem komunikasi, sistem gas medik, sistem proteksi petir, sistem proteksi kebakaran, sistem pengendalian kebisingan, sistem transportasi vertikal untuk bangunan lebih dari satu lantai, kendaraan puskesmas keliling serta kendaraan ambulans.

Puskesmas juga wajib memiliki sarana kesehatan meliputi: imunisasi kit, meja ginekologi, tempat tidur, lemari, kursi, *white board* dan kulkas. Serta sarana pendukung meliputi: poliklinik SET, KIA KIT, PHN KIT, imunisasi KIT, dental KIT, laboratorium sederhana, *gynekologi bed*, timbangan dewasa, timbangan bayi dan puskesmas keliling (Permenkes RI, 2014).

Menurut penelitian Gulo (2015) ditemukan jika kelengkapan sarana dan prasarana di Puskesmas Botombawo amat terbatas sehingga berpengaruh pada pemberian pelayanan yang dilakukan dokter yang akhirnya terpaksa memberi rujukan kepada pasien.

Selaras dengan penelitian Suhartati (2015) yang juga menunjukkan jika di Puskesmas 5 Ilir dan Puskesmas Merdeka, ketersediaan fasilitas alat kesehatannya belum lengkap sehingga menyebabkan puskesmas melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan akibat keterbatasan tersebut sewaktu pasien datang ke puskesmas untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Hal ini tentu menjadi kendala terhadap pelaksanaan sistem rujukan sebab keterbatasan fasilitas alat kesehatan akan menghambat proses diagnosis pasien yang membuat petugas terpaksa merujuknya ke rumah sakit dan rasio rujukan di puskesmas tersebut pun menjadi tinggi.

#### **2.4.5 Ketersediaan Obat-Obatan di Puskesmas**

Menurut Permenkes No. 28 tahun 2014, pengadaan obat untuk peserta JKN tidak terpisah dengan obat-obatan lain. Kemudian, karena 20% dari dana kapitasi yang dibayarkan ke puskesmas sudah termasuk biaya pembelian obat-obatan maka saat membeli obat, pasien peserta JKN tidak akan dibebankan lagi.

Pada fasilitas kesehatan, pelayanan obat untuk peserta JKN merujuk pada daftar obat sesuai formularium nasional yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia dengan harga yang termuat dalam e-katalog obat. Obat-obatan tersebut diajukan oleh setiap puskesmas ke dinas kesehatan menurut pola konsumsi masing-masing puskesmas. Penggunaan obat di FKTP yang di luar dari formularium nasional bisa digunakan jika sesuai indikasi medis serta standar pelayanan kedokteran (Kepmenkes RI, 2014).

Gulo (2015) menyatakan bahwa kebutuhan obat di Puskesmas Botombawo masih belum terpenuhi. Di mana puskesmas menyelenggarakan proses perencanaan dengan mengajukan LPLPO kepada bidang pelayanan kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Nias, lalu pihak dinas kesehatan memverifikasi LPLPO dari puskesmas tersebut tapi terdapat kendala yang selama ini kerap ditemui yaitu perencanaan yang disampaikan puskesmas terkadang tak sesuai dengan permintaan obat puskesmas. Hal ini membuat pihak puskesmas kadang terkendala dalam melakukan pelayanan.

Dari penelitian Suhartati (2015) juga diketahui jika ketersediaan obat di Puskesmas 5 Ilir belum lengkap sedangkan di Puskesmas Merdeka sudah lengkap. Hal ini diketahui dari hasil observasi yang ditemui yakni Puskesmas 5 Ilir tidak mempunyai panduan formularium nasional sedangkan di Puskesmas Merdeka mempunyai panduan tersebut.

#### **2.4.6 Puskesmas Sebagai *Gatekeeper***

Menurut *Health First* (2015) dalam (Anita, dkk, 2019) *gatekeeper* adalah pengacu pada dokter pelayanan primer yang mengontrol rujukan pasien untuk tes, jasa dokter spesialis dan rawat inap. Model *gatekeeper* adalah model di mana

dokter pelayanan primer berfungsi sebagai “penjaga gerbang” pasien atau kontak awal untuk semua pelayanan kesehatan. *Gatekeeper concept* adalah konsep sistem pelayanan kesehatan di mana FKTP berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan medik (BPJS Kesehatan, 2014).

Puskesmas sebagai pelayanan primer harus memberi pelayanan pertama sebelum merujuk pasien ke rumah sakit. Puskesmas memberi pelayanan kepada pasien JKN yang menderita penyakit infeksi maupun penyakit tidak menular (Anita, dkk, 2019). Dokter layanan primer diharapkan bisa terbantu dalam meningkatkan mutu pelayanan dan juga menurunkan angka rujukan dengan cara:

1. Memberi pelayanan sesuai bukti sah terkini yang cocok dengan kondisi pasien, keluarga dan masyarakatnya.
2. Menyediakan fasilitas pelayanan sesuai dengan kebutuhan standar pelayanan.
3. Meningkatkan mawas diri untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan profesional sesuai kebutuhan pasien serta lingkungan.
4. Mempertajam kemampuan sebagai *gatekeeper* pelayanan kedokteran dengan menapis penyakit dalam tahap dini untuk bisa membuat penatalaksanaan secara cepat dan tepat sebagaimana layanan primer semestinya.

Terdapat empat fungsi pokok puskesmas sebagai *gatekeeper* yakni:

#### **1. Kontak Pertama Pelayanan (*First Contact*)**

FKTP merupakan tempat pertama yang dikunjungi pasien setiap kali memiliki masalah kesehatan.

## **2. Pelayanan Berkelanjutan (*Continuity*)**

Hubungan FKTP dengan pasien bisa berlangsung secara berkelanjutan sehingga penanganan penyakit mampu berjalan optimal.

## **3. Pelayanan Paripurna (*Comprehensiveness*)**

FKTP memberikan pelayanan secara komprehensif terutama pada pelayanan promotif dan preventif.

## **4. Koordinasi Pelayanan (*Coordination*)**

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien sesuai kebutuhannya, FKTP mengoordinasikan pelayanan dengan penyelenggara kesehatan lainnya (*Gatekeeper Concept* BPJS Kesehatan).

Keempat fungsi pokok pelayanan primer adalah inti dari peran serta fungsinya sebagai *gatekeeper*. Kredensialing dan rekredensialing ialah syarat awal FKTP yang akan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, selanjutnya penyelenggaraan peningkatan kompetensi FKTP adalah kegiatan penunjang dalam menjalankan keempat fungsi pelayanan primer tersebut. Sementara itu, kendali mutu dan biaya akan berjalan saat pengimplementasian keempat fungsi pelayanan primer sudah dioptimalkan (Lasari, dkk, 2020).

## **2.5 Analisis Kebijakan**

### **2.5.1 Definisi Analisis Kebijakan Kesehatan**

Analisis kebijakan kesehatan terdiri atas tiga kata dengan kandungan arti yang luas yakni analisis, kebijakan dan kesehatan. Analisis adalah penyelidikan terhadap suatu peristiwa untuk mengetahui keadaan yang sebenarnya, sebab-musabab atau duduk perkaranya. Kebijakan adalah rangkaian dan asas yang

menjadi garis besar serta dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan kepemimpinan dan cara bertindak, pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip atau maksud sebagai garis pedoman untuk manajemen dalam usaha mencapai sasaran tertentu. Dan, kesehatan ialah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Undang-Undang, 2009). Jadi, analisis kebijakan kesehatan adalah penggunaan berbagai metode penelitian dan argumen untuk menghasilkan dan memindahkan informasi yang relevan dengan kebijakan sehingga dapat dimanfaatkan di tingkat politik dalam rangka memecahkan masalah kebijakan kesehatan (Gurning dan Pratama, 2017).

Analisis kebijakan kesehatan pada awalnya merupakan hasil pengembangan dari analisis kebijakan publik. Bidang kajian analisis kebijakan kesehatan muncul akibat dari kian majunya ilmu pengetahuan dan kebutuhan terkait analisis kebijakan dalam bidang kesehatan. Analisis kebijakan pada bidang kesehatan juga merupakan satu bentuk riset terapan yang dilakukan untuk mendapat pemahaman lebih mendalam tentang masalah kesehatan masyarakat secara utuh sehingga bisa mengarahkan alternatif solusi untuk masalah tersebut (Gurning dan Pratama, 2017).

Kebijakan kesehatan ialah bagian dari institusi kesehatan, kekuatan dari aspek politik yang memengaruhi kesehatan masyarakat mulai dari tingkat daerah, nasional sampai internasional. Adapun tujuan dari kebijakan kesehatan yakni untuk mendesain program-program di tingkat pusat dan daerah supaya bisa dilaksanakannya perubahan terkait determinan-determinan kesehatan termasuk kesehatan internasional. Makna kebijakan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu



susunan rancangan tujuan serta dasar pertimbangan program pemerintah terhadap masalah kesehatan dan juga merupakan pilihan pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan di bidang kesehatan (Dachi, 2017)

### **2.5.2 Ruang Lingkup Kebijakan Kesehatan**

Kebijakan kesehatan mengarah pada area studi yang berfokus pada *output* dan *outcome* yang dihasilkan oleh komunitas yang terkait dengan kesehatan. Seperti proses pembuatan kebijakan lainnya, kebijakan kesehatan juga melalui sebuah siklus proses yang tidak memiliki akhir. Isu kebijakan kesehatan tidak pernah habis dan tidak pernah terselesaikan secara tuntas. *Output* maupun *outcome* dari kebijakan kesehatan sebelumnya akan memengaruhi sistem kebijakan kesehatan selanjutnya (Siyoto dan Supriyanto, 2015). Ada beberapa proposisi tentang kebijakan:

Proposisi 1 : Semua kebijakan sosial adalah kebijakan kesehatan (*All social policy is health policy*).

Proposisi 2 : Pemeliharaan kesehatan adalah bagian dari kebijakan kesehatan (*Health care policy is subset health policy*).

Proposisi 3 : Semua program yang terkait dengan perubahan sosial mencerminkan kebijakan kesehatan (*All social change programs reflect health policy*).

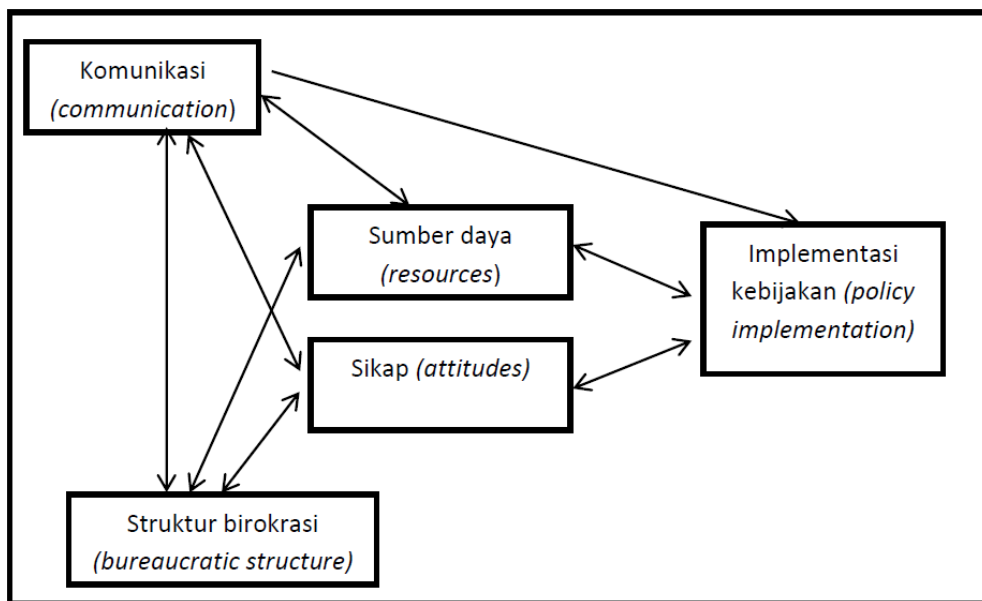
### **2.5.3 Model Analisis Implementasi Kebijakan**

Ada empat isu pokok menurut Edward III (George, 1980) dalam Ayuningtyas (2018) agar tercipta keefektifan dalam implementasi kebijakan di antaranya ialah:

1. Komunikasi terkait bagaimana kebijakan pada suatu organisasi atau publik dikomunikasikan, ketersediaan sumber daya dalam pelaksanaan program,

sikap dan tanggapan dari pihak yang terlibat serta bagaimana struktur organisasi pelaksana kebijakan.

2. Sumber daya terkait ketersediaan sumber daya manusia sebagai pendukung serta kecakapan pelaksana kebijakan publik untuk *carry out* kebijakan secara efektif.
3. Disposisi atau sikap terkait kesediaan para implementor dalam mengimplementasikan kebijakan.
4. Struktur birokrasi terkait kesesuaian organisasi birokrasi yang merupakan penyelenggara implementasi.



**Gambar 2.1 Model Edward III**

## 2.6 Kajian Integrasi Keislaman

Islam merupakan sistem akidah, syariah, dan akhlak. Islam telah mengajarkan kepada seluruh umat manusia agar senantiasa memberikan pelayanan yang berkualitas (Rachmadi dan Muslim, 2015). Dalil yang

menganjurkan agar kita baik dalam melayani serta memperlakukan seseorang sebagaimana kita memperlakukan diri sendiri, yaitu:

إِنْ أَحْسَنْتُمْ أَحْسَنْتُمْ لِأَنْفُسِكُمْ وَإِنْ أَسَأْتُمْ فَلَهَا<sup>ج</sup>

“Jika kamu berbuat baik (berarti) kamu berbuat baik bagi dirimu sendiri dan jika kamu berbuat jahat, maka (kejahatan) itu bagi dirimu sendiri” (QS. Al-Isra’ : 7).

Islam telah menjelaskan betapa pentingnya melayani dan juga memperlakukan seseorang dengan baik sebagaimana ia memperlakukan dirinya sendiri. Begitu juga tentunya bagi para petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan hendaknya bisa memberikan pelayanan terbaiknya kepada setiap pasien tanpa terkecuali.

Dalam ayat lain juga dijelaskan hal serupa, yakni:

وَلَا تَيَمَّمُوا الْخَبِيثَ مِنْهُ تُنْفِقُونَ وَلَسْتُمْ بِكَافِرِينَ بِهِ إِلَّا أَنْ تُغْمِضُوا فِيهِ<sup>ج</sup>

“Dan janganlah kamu memilih yang buruk untuk kamu keluarkan, padahal kamu sendiri tidak mau mengambilnya, melainkan dengan memicingkan mata (enggan) terhadapnya” (QS. Al-Baqarah : 267).

Selain itu, maka sudah sepantasnya petugas kesehatan harus menepati janji (akad) sesuai sumpah profesinya dan tugas menurut apa yang telah diamanahkan kepadanya. Sebagaimana diterangkan pada ayat berikut:

يٰٓأَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا أَوْفُوا بِالْعُقُودِ

“Wahai orang-orang yang beriman! Penuhilah janji-janji” (QS. Al-Ma’idah : 1).

Adapun dimensi kualitas pelayanan menurut Othman dan Owen (2001) yang dikenal dengan istilah CARTER terdiri dari *Compliance, Assurance, Reliability, Tangibles, Empathy* dan *Responsiveness*.

## 1. *Compliance* (Kepatuhan)

*Compliance with Islamic Law* yaitu kemampuan suatu lembaga mematuhi prinsip-prinsip Islami dalam kegiatan operasionalnya, tak terkecuali dalam bidang pelayanan (Putra, 2014). Salah satu nilai Islami yang hendaknya diterapkan oleh instansi penyedia layanan kesehatan dalam bidang pelayanan ialah penuh tanggung jawab (amanah).

Allah *Ta'ala* berfirman,

إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَىٰ أَهْلِهَا وَإِذَا حَكَمْتُمْ بَيْنَ النَّاسِ أَنْ تَحْكُمُوا بِالْعَدْلِ إِنَّ اللَّهَ نِعْمًا يَعِظُكُم بِهِ إِنَّ اللَّهَ كَانَ سَمِيعًا بَصِيرًا ﴿٥٨﴾

“*Sungguh, Allah menyuruhmu menyampaikan amanat kepada yang berhak menerimanya, dan apabila kamu menetapkan hukum di antara manusia hendaknya kamu menetapkannya dengan adil. Sungguh, Allah sebaik-baiknya yang memberi pengajaran kepadamu. Sungguh, Allah adalah Maha Mendengar lagi Maha Melihat*” (QS. An-Nisa’ : 58).

Ayat di atas memerintahkan agar amanah wajib disampaikan kepada yang berhak menerimanya yakni orang yang benar-benar mempunyai keahlian di bidang tersebut. Jika dalam konteks pelayanan kesehatan, bekerja adalah sebuah amanah, maka makna amanah ini dapat diartikan apabila petugas telah ditempatkan sesuai dengan kapasitasnya maka ia harus selalu melakukan tugasnya dengan penuh rasa tanggung jawab.

## 2. *Assurance* (Jaminan)

*Assurance* (jaminan) merupakan pengetahuan juga kesopanan dari pegawai serta kemampuan untuk menyampaikan kepercayaan dan keyakinan (Othman dan Owen, 2001).

Allah Ta'ala berfirman,

قَالَتْ إِحْدَاهُمَا يَأْتِبَتِ أَسْتَجِرَهُ<sup>ط</sup> إِنَّ خَيْرَ مَنِ اسْتَجَرْتَ الْقَوِيُّ الْأَمِينُ ﴿٢٦﴾

“Dan salah seorang dari kedua (perempuan) itu berkata: "Wahai ayahku jadikanlah dia sebagai pekerja (pada kita), sesungguhnya orang yang paling baik yang engkau ambil sebagai pekerja (pada kita) ialah orang yang kuat dan dapat dipercaya” (QS. Al-Qasas : 26).

Dalam memilih dan menempatkan seseorang untuk mengemban tugas dan pekerjaan tertentu, haruslah berdasarkan kemampuan dan kelayakannya. Serupa dengan penempatan petugas di bidang pelayanan kesehatan yang memang harus kompeten juga memiliki etika serta sopan santun yang baik sehingga pasien yang dilayani dapat merasa terjamin dan yakin sepenuhnya dengan pelayanan yang ia terima tanpa adanya keragu-raguan.

### 3. *Reliability* (Keandalan)

*Reliability* (keandalan) ialah kemampuan suatu lembaga dalam memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya (Othman dan Owen, 2001).

Allah Ta'ala berfirman,

وَأَوْفُوا بِعَهْدِ اللَّهِ إِذَا عَاهَدْتُمْ وَلَا تَنْقُضُوا الْأَيْمَانَ بَعْدَ تَوْكِيدِهَا وَقَدْ جَعَلْتُمُ اللَّهَ عَلَيْكُمْ كَفِيلًا إِنَّ اللَّهَ يَعْلَمُ مَا تَفْعَلُونَ ﴿٩١﴾

“Dan tepatilah perjanjian dengan Allah apabila kamu berjanji dan janganlah kamu membatalkan sumpah-sumpah(mu) itu, sesudah meneguhkannya, sedang kamu telah menjadikan Allah sebagai saksimu (terhadap sumpah-sumpahmu itu). Sesungguhnya Allah mengetahui apa yang kamu perbuat” (QS. An-Nahl : 91).

Kandungan ayat di atas menegaskan tentang janji yang apabila telah dibuat maka jangan dibatalkan atau diingkari. Sama halnya dengan sumpah profesi yang telah diikrarkan oleh petugas pelayanan kesehatan yang kemudian menjadi janjinya dan harus ia tepati dengan cara memberikan pelayanan kesehatan secara optimal kepada seluruh pasien. Sebab, janji itu adalah hutang dan kelak pasti akan diminta pertanggungjawabannya.

#### **4. *Tangibles* (Wujud Fisik)**

*Tangibles* (wujud fisik) yaitu kemunculan fasilitas fisik, peralatan, personil serta bahan komunikasi dari jasa bisa berupa fisik gedung, peralatan yang dipergunakan, pegawai maupun sarana komunikasi (Othman dan Owen, 2001).

Allah *Ta'ala* berfirman,

يَبْنِيْءَ اٰدَمَ قَدْ اَنْزَلْنَا عَلَيْكُمْ لِبَاسًا يُوَارِيْ سَوْءَ تِكُمْ وَرِيْشًا ط

“Wahai anak cucu Adam, sesungguhnya Kami telah menyediakan pakaian untuk menutupi auratmu dan untuk perhiasan bagimu” (QS. Al-A’raf : 26).

Dalam konsep Islam, santun dalam berpakaian juga termasuk pada wujud fisik yang harus dijaga. Dari itu, sesuai dengan surah Al A’raf ayat 26, ketika bekerja sebaiknya seorang petugas pelayanan kesehatan memperhatikan penampilan dan pakaiannya agar terlihat sopan dan membuat nyaman tanpa mengumbar aurat.

#### **5. *Empathy* (Kepedulian)**

*Empathy* (kepedulian) yakni kemampuan untuk memberi perhatian yang tulus dan bersifat pribadi kepada para pelanggan (Othman dan Owen, 2001). Salah satu bentuk kepedulian dapat berupa berlaku adil kepada orang lain.

Allah *Ta'ala* berfirman,

إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ

“*Sesungguhnya Allah menyuruh (kamu) berlaku adil dan berbuat kebajikan*”  
(QS. An-Nahl : 90).

Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas seharusnya memperlakukan setiap pasien secara adil sesuai kebutuhannya tanpa memandang status dan kedudukannya. Sebab dengan berlaku adil, berarti petugas tersebut telah berbuat kebaikan dan menunjukkan kepeduliannya saat bekerja.

#### **6. Responsiveness (Daya Tanggap)**

*Responsiveness* (daya tanggap) merupakan kemauan untuk membantu pelanggan serta memberikan pelayanan yang cepat (Othman dan Owen, 2001). Islam turut menganjurkan agar kita bekerja secara cepat dan tanggap sehingga amanat yang ditanggung tidak tersia-siakan.

Allah *Ta'ala* berfirman,

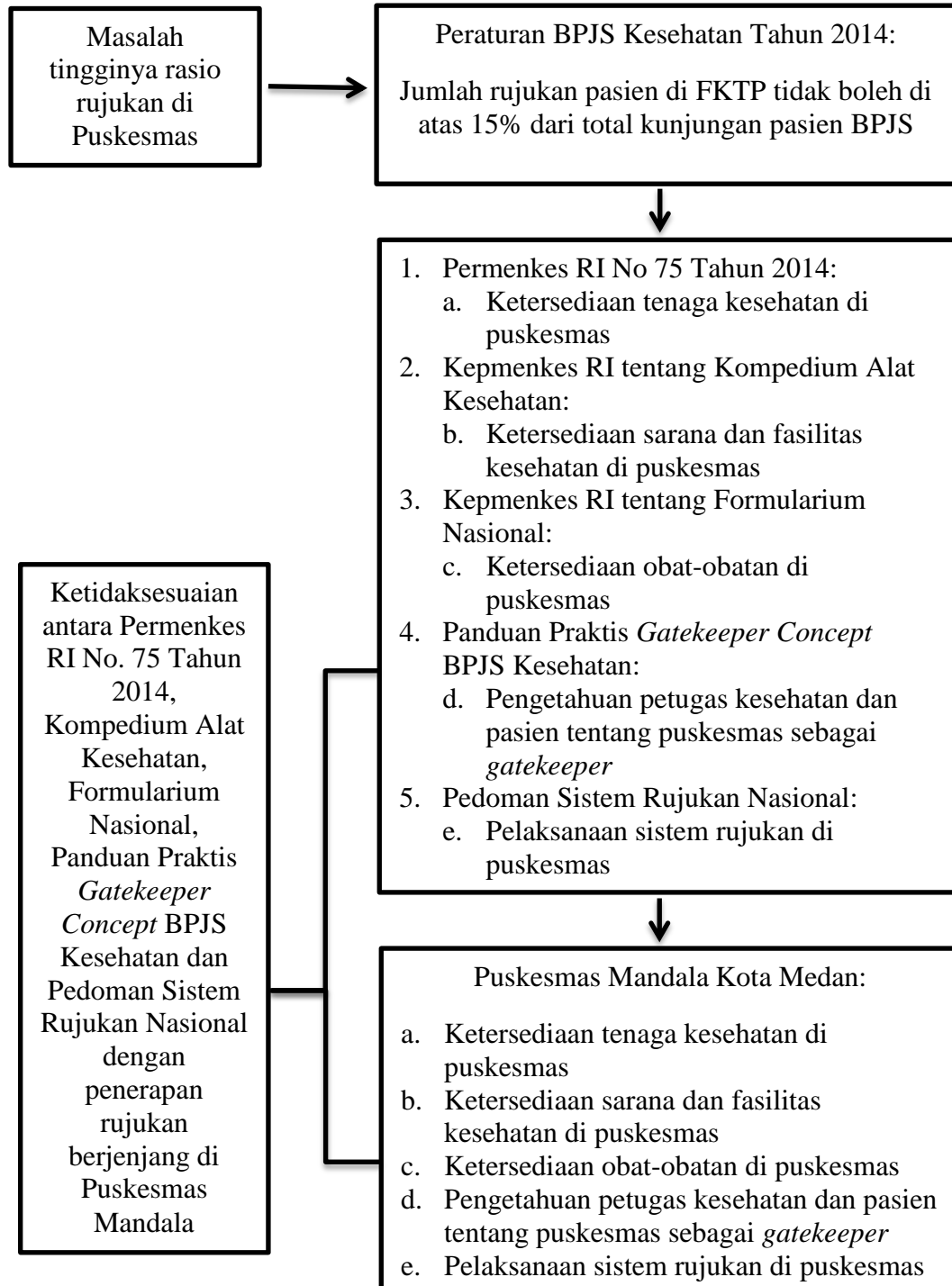
فَإِذَا فَرَغْتَ فَانصَبْ

“*Maka apabila kamu telah selesai (dari sesuatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain*” (QS. Al-Insyirah : 7).

Dengan memberikan pelayanan kesehatan secara cepat dan tepat kepada para pasien, hal itu menunjukkan jika petugas tanggap dan bersikap profesional sehingga menghasilkan kinerja yang berkualitas. Maka, itu akan membuat kepercayaan pasien terhadap pelayanan kesehatan tersebut bisa terjaga dengan baik. Atau dengan kata lain, petugas berhasil untuk tidak menyalah-nyai amanat yang diberikan kepadanya.

## 2.7 Kerangka Pikir

Berlandaskan kajian teori tersebut maka secara ringkas disusun alur fokus penelitian sebagai berikut:



Gambar 2.2 Kerangka Pikir



## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Jenis dan Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah penelitian kombinasi (*mix methods*) yaitu metode yang menggabungkan antara metode kualitatif dan kuantitatif. Metode penelitian ini bertujuan untuk memperoleh data yang lebih komprehensif, valid, reliabel dan objektif. Sedangkan desain penelitian ini menggunakan model *sequential exploratory* (kualitatif-kuantitatif) yakni dengan cara mengumpulkan data serta menganalisis data kualitatif pada tahap pertama kemudian mengumpulkan data dan menganalisis data kuantitatif pada tahap kedua dan berikutnya menganalisis data secara keseluruhan untuk diambil kesimpulan dari analisis data tersebut (Sugiyono, 2011). Dalam penelitian ini, peneliti berusaha memberi gambaran mengenai Analisis Penerapan Rujukan Berjenjang Pasien Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala Kota Medan.

#### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Mandala yang terletak di Jalan Cucak Rawa II Perumnas Mandala sejak bulan Januari hingga Agustus 2020.

#### **3.3 Informan Penelitian**

Dalam metode kualitatif, dibutuhkan informan yang diambil secara *purposive* (bertujuan) yaitu metode pemilihan informan dengan terlebih dulu menentukan kriteria yang akan dimasukkan ke dalam penelitian (Sugiyono 2016). Kriteria yang dimaksud ialah orang-orang yang berhubungan dengan penerapan

rujukan berjenjang di Puskesmas Mandala maka informan yang dipilih yaitu 1 orang Kepala Puskesmas Mandala (Informan 1), 1 orang dokter umum (Informan 2), 1 orang dokter gigi (Informan 3) dan 1 orang pengelola obat (Informan 4).

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien rujukan di Puskesmas Mandala dari Januari hingga Juli 2019 sebanyak 710 orang. Adapun penentuan besar sampel pada penelitian ini digunakan rumus perhitungan sampel untuk data deskriptif kategorik, yaitu:

$$n = \frac{(Z\alpha)^2 \times p \times (1 - p)}{(d^2)}$$

Di mana:

n = jumlah sampel

Z $\alpha$  = tingkat kemaknaan (ditetapkan peneliti)

p = proporsi keadaan yang akan dicari (dari kepustakaan)

d = derajat kesalahan yang masih bisa diterima (ditetapkan peneliti)

Jadi, jumlah sampel dalam penelitian ini adalah:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,22 \times (1 - 0,22)}{(0,1^2)}$$

$$n = \frac{0,65921856}{0,01}$$

$$n = 65,92$$

Berdasarkan perhitungan menggunakan rumus di atas didapatkan jumlah n sebesar 65,92. Sehingga besar sampel minimal yang diperlukan dapat dibulatkan menjadi 66 orang.

Adapun teknik pengambilan sampel dilakukan secara *non random (non probability) sampling* menggunakan teknik *purposive sampling*. Metode ini memakai kriteria yang telah ditetapkan peneliti dalam memilih sampel. Kriteria pengambilan sampel tersebut ialah sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian pada populasi. Dan pada penelitian ini yang termasuk dalam kriteria inklusi adalah:

1. Pasien peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala yang pernah melakukan rujukan dengan diagnosis kasus non spesialisik.
2. Bersedia menjadi responden.

### 3.4 Definisi Operasional

**Tabel 3.1 Definisi Operasional**

<b>Variabel</b>	<b>Definisi Operasional</b>	<b>Alat Ukur</b>	<b>Cara Ukur</b>	<b>Hasil Ukur</b>	<b>Skala Ukur</b>
Ketersediaan Tenaga Kesehatan	Informasi tentang ketersediaan orang yang mengabdikan diri di bidang kesehatan dan mempunyai pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang pada jenis tertentu membutuhkan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan di Puskesmas Mandala	Kuesioner, <i>in-depth interview</i>	Terdapat 2 pernyataan, responden menjawab Ya diberi nilai 1 dan menjawab Tidak diberi nilai 0 Nilai tertinggi 2 dan nilai terendah 0	0 = Tidak memadai jika skor 0-1 1 = Memadai (tercukupi dari segi kuantitas) jika skor 2	Ordinal
Ketersediaan	Informasi tentang	Kuesioner	Terdapat 2	0 = Tidak	Ordinal

an Sarana dan Fasilitas Kesehatan	ketersediaan peralatan kesehatan yang mendukung terselenggaranya pelayanan berkualitas untuk masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Mandala	oner, <i>in-depth interview</i> dan <i>check list</i>	pernyataan, responden menjawab Ya diberi nilai 1 dan menjawab Tidak diberi nilai 0 Nilai tertinggi 2 dan nilai terendah 0	memadai jika skor 0-1 1 = Memadai (tercukupi dari segi kuantitas) jika skor 2	Ordinal
Ketersediaan Obat-Obatan	Informasi tentang ketersediaan jenis obat di Puskesmas Mandala	Kuesioner, <i>in-depth interview</i> dan <i>check list</i>	Terdapat 2 pernyataan, responden menjawab Ya diberi nilai 1 dan menjawab Tidak diberi nilai 0 Nilai tertinggi 2 dan nilai terendah 0	0 = Tidak memadai jika skor 0-1 1 = Memadai (tercukupi dari segi kuantitas) jika skor 2	Ordinal
Pengetahuan tentang <i>Gatekeeper</i>	Kemampuan petugas kesehatan maupun pasien di Puskesmas Mandala dalam memahami dan mengingat informasi tentang puskesmas yang berfungsi sebagai kontak pertama pasien dan penapis rujukan	Kuesioner, <i>in-depth interview</i>	Terdapat 2 pernyataan, responden menjawab Ya diberi nilai 1 dan menjawab Tidak diberi nilai 0 Nilai tertinggi 2 dan nilai terendah 0	0 = Tidak tahu jika skor 0-1 1 = Tahu jika skor 2	Ordinal
Pelaksanaan Sistem Rujukan	Informasi tentang tata laksana rujukan dari Puskesmas Mandala sebagai FKTP ke tingkat dua meliputi syarat dan prosedur standar merujuk pasien yakni prosedur klinis dan	Kuesioner, <i>in-depth interview</i>	Terdapat 8 pernyataan, responden menjawab Ya diberi nilai 1 dan menjawab Tidak diberi nilai 0 Nilai	0 = Tidak terlaksana jika skor 0-4 1 = Terlaksana jika skor 5-8	Ordinal

prosedur administratif rujukan	tertinggi 8 dan nilai terendah 0
--------------------------------	----------------------------------

### 3.5 Metode Pengumpulan Data

#### 3.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat bantu bagi peneliti dalam mengumpulkan data (Arikunto, 2009). Pada penelitian ini, instrumen yang digunakan yaitu alat tulis, buku catatan (*notes*), kamera, alat perekam (*recorder*), daftar pertanyaan untuk pedoman wawancara mendalam kepada informan serta kuesioner.

#### 3.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan sumber data yang diperoleh melalui:

##### 1. Wawancara

Wawancara mendalam (*indepth interview*) adalah interaksi atau pembicaraan yang terjadi antara satu orang pewawancara dengan satu orang informan (Manzilati, 2017). Informan 1, 2 dan 3 akan ditanya perihal ketersediaan tenaga kesehatan sesuai bidangnya masing-masing, sarana dan fasilitas kesehatan, obat-obatan serta pengetahuan tentang *gatekeeper* di Puskesmas Mandala. Sedangkan informan 4 hanya ditanya perihal obat-obatan. Dan perihal pelaksanaan sistem rujukan, khusus ditanyakan kepada informan 2 dan 3.

##### 2. Observasi

Observasi ialah cara pengumpulan data dengan melakukan pengamatan secara langsung terhadap responden penelitian guna mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Dalam metode observasi ini, instrumen yang bisa

digunakan di antaranya: lembar observasi, panduan pengamatan (observasi) atau lembar *checklist* (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

### 3. Kuesioner

Kuesioner ialah teknik pengumpulan data dengan cara memberi seperangkat pertanyaan ataupun pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2016). Kuesioner yang diberikan kepada sampel pada penelitian ini berupa pertanyaan perihal ketersediaan tenaga kesehatan, sarana dan fasilitas kesehatan, obat-obatan, pengetahuan tentang *gatekeeper* serta pelaksanaan sistem rujukan di Puskesmas Mandala.

### 4. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi diperoleh dari sumber-sumber data seperti Profil Puskesmas Mandala, data dasar Puskesmas Mandala mengenai jumlah kunjungan dan rujukan pasien, berbagai referensi dan literatur berupa buku, dokumen, laporan serta jurnal atau penelitian terdahulu yang relevan dengan permasalahan pada penelitian ini yakni penerapan rujukan berjenjang di puskesmas.

#### **3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data**

Terdapat beberapa tahapan dalam pengumpulan data penelitian ini. Dimulai dari tahap pertama yakni mengumpulkan data dari hasil wawancara, kuesioner, observasi serta telaah dokumen yang didapatkan. Data hasil dari wawancara mendalam kemudian dicatat dalam bentuk transkrip wawancara sedangkan data hasil dari kuesioner dibuat dalam bentuk deskriptif tabel. Usai pencatatan, selanjutnya peneliti mengelompokkan data berdasarkan variabel penelitian dan juga kerangka pikir. Dan terakhir, hasilnya tersaji dalam bentuk teks naratif berupa catatan lapangan.

### 3.6 Keabsahan Data

Penelitian ini menggunakan uji keabsahan data berupa uji kredibilitas atau kepercayaan terhadap data penelitian kualitatif dengan cara perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan, triangulasi serta *membercheck* (Sugiyono, 2014). Dalam penelitian ini, triangulasi yang digunakan ialah triangulasi sumber yakni memperoleh data dari sumber berbeda-beda namun menggunakan teknik yang sama dengan memilih informan yang dianggap mampu memberi jawaban sesuai pertanyaan yang diajukan (Sugiyono, 2016). Triangulasi ditujukan kepada informan penelitian.

Sedangkan pada penelitian kuantitatif, uji validitas dengan *product moment* dilakukan guna mengetahui apakah kuesioner dapat mengukur apa yang hendak diukur. Dengan demikian, pertanyaan dinyatakan valid bila nilai  $r_{hitung} > r_{tabel}$ , sebaliknya pertanyaan dinyatakan tidak valid bila  $r_{hitung} < r_{tabel}$ . Setelah itu, dilakukan pengukuran reliabilitas dari pertanyaan-pertanyaan yang telah dinyatakan valid. Reliabilitas diketahui dari uji *Cronbach's Alpha* dengan keputusan uji apabila nilai uji *Cronbach's Alpha*  $> 0,60$  artinya variabel reliabel, sebaliknya jika *Cronbach's Alpha*  $< 0,60$  artinya variabel tersebut tidak reliabel (Hastono, 2016). Berikut merupakan hasil uji validitas dan reliabilitas pada 20 orang responden:

**Tabel 3.2 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian**

Item Pertanyaan	r hitung	(Variabel) Cronbach's Alpha
Nakes1	0,972	(Var. Tenaga Kesehatan) 0,943
Nakes2	0,974	
Sarana1	0,835	(Var. Sarana) 0,660
Sarana2	0,836	
Obat1	0,833	(Var. Obat) 0,669
Obat2	0,841	
<i>Gatekeeper1</i>	0,908	(Var. Pengetahuan) 0,797

<i>Gatekeeper2</i>	0,916	
Syarat1	0,841	
Syarat2	0,783	
Prosedur1	0,794	
Prosedur2	0,749	(Var. Pelaksanaan Rujukan) 0,888
Prosedur3	0,489	
Prosedur4	0,924	
Prosedur5	0,783	
Prosedur6	0,647	

Jumlah sampel atau N adalah 20. Diketahui dari distribusi nilai r tabel *product moment*, r tabel untuk N 20 dengan signifikansi 5% (tingkat kepercayaan 95% atau alpha 0,05) adalah 0,444. Dari tabel di atas dapat dilihat jika r hitung dari seluruh item pertanyaan lebih besar daripada r tabel atau r hitung  $> 0,444$  maka seluruh pertanyaan dikatakan valid. Serta apabila *Cronbach's Alpha* setiap variabel lebih besar daripada 0,60 maka seluruh pertanyaan dikatakan reliabel atau konsisten.

Apabila hasil yang diperoleh dari metode kualitatif dan kuantitatif berbeda maka hasil kualitatif yang akan dipercaya dibandingkan dengan data kuantitatif. Hal tersebut dikarenakan peneliti menjadikan hasil kuantitatif hanya sebagai data pendukung guna memvalidasi hasil kualitatif yang menjadi data utama dalam penelitian ini.

### 3.7 Analisis Data

Analisis data merupakan proses mencari serta menyusun data yang didapat dari hasil wawancara, catatan lapangan dan juga dokumentasi secara sistematis yakni dengan mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesis, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang



penting dan yang akan dipelajari serta membuat kesimpulan sehingga mudah dimengerti oleh diri sendiri ataupun orang lain (Sugiyono, 2016).

Analisis data kualitatif dilakukan secara induktif serta terus-menerus dan menurut Sugiyono (2016) memiliki tiga jalur yaitu reduksi data, penyajian data hingga penarikan kesimpulan. Sementara itu, analisis data kuantitatif dilakukan dengan analisis univariat berupa distribusi frekuensi. Di mana analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik dari setiap variabel.

## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Penelitian**

##### **4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Puskesmas Mandala merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) dari Dinas Kesehatan Kota Medan, didirikan pada bulan Juni 1982 dan terletak di Jalan Cucak Rawa II Perumnas Mandala. Secara geografi, Puskesmas Mandala yang merupakan puskesmas rawat jalan ini berada di Kelurahan Kenangan Baru Kecamatan Percut Sei Tuan Kabupaten Deli Serdang Adapun batas wilayah kerja Puskesmas Mandala adalah:

- a. Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Percut Sei Tuan.
- b. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Medan Denai.
- c. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Medan Perjuangan.
- d. Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Percut Sei Tuan.

Wilayah kerja Puskesmas Mandala terdiri dari empat kelurahan di antaranya: Bandar Selamat, Bantan, Bantan Timur dan Tembung. Secara umum, wilayah kerja Puskesmas Mandala berupa dataran rendah dengan luas mencakup 394,5 Ha. Terdapat 48 lingkungan dengan jumlah penduduk sebanyak 75.251 jiwa serta jumlah rumah tangga sebanyak 17.385 KK. Penduduk laki-laki berjumlah 37.436 jiwa dan perempuan berjumlah 37.815 jiwa. Secara rinci terdapat pada tabel berikut:

**Tabel 4.1 Distribusi Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Mandala**

<b>Kelurahan</b>	<b>Laki-Laki (Orang)</b>	<b>Perempuan (Orang)</b>	<b>Jumlah</b>
Bandar Selamat	9.170	9.641	18.811
Bantan	15.839	15.566	31.404
Bantan Timur	7.244	7.434	14.647
Tembung	5.244	5.174	10.388
<b>Total</b>	<b>37.436</b>	<b>37.815</b>	<b>75.251</b>

Sumber: Profil Kesehatan Puskesmas Mandala Tahun 2019

Puskesmas Mandala memiliki sarana kesehatan yang meliputi berbagai fasilitas seperti fasilitas gedung permanen, alat-alat kesehatan, obat-obatan, administrasi, imunisasi serta media penyuluhan.

Berdasarkan Permenkes No. 75 Tahun 2014, puskesmas memiliki jejaring dan jaringan untuk meningkatkan aksesibilitas pelayanan puskesmas. Adapun jejaring yang dimiliki Puskesmas Mandala adalah:

**Tabel 4.2 Jumlah Jaringan dan Jejaring Puskesmas Mandala**

<b>Sarana Kesehatan</b>	<b>Jumlah</b>
Puskesmas Pembantu	2
Praktik Dokter Umum	23
Praktik Dokter Spesialis	6
Praktik Dokter Gigi	6
Klinik Pratama	3
Klinik Utama	1
Bidan Praktik Swasta	9
Apotek/Toko Obat	8
Laboratorium	0

Sumber: Profil Kesehatan Puskesmas Mandala Tahun 2019

#### **4.1.2 Karakteristik Informan Penelitian**

Data dikumpulkan melalui wawancara kepada narasumber yang merupakan informan penelitian. Dalam penelitian ini, informan berjumlah 4 orang, yaitu: 1 orang Kepala Puskesmas Mandala (Informan 1), 1 orang dokter

umum (Informan 2), 1 orang dokter gigi (Informan 3) dan 1 orang pengelola obat (Informan 4). Berikut karakteristik informan menurut hasil penelitian:

**Tabel 4.3 Distribusi Informan Penelitian Berdasarkan Karakteristik**

<b>Nomor Informan</b>	<b>Jenis Kelamin</b>	<b>Jabatan</b>
Informan 1	Perempuan	Kepala Puskesmas
Informan 2	Perempuan	Dokter Umum
Informan 3	Perempuan	Dokter Gigi
Informan 4	Perempuan	Pengelola Obat

#### **4.1.3 Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Mandala**

Dari hasil wawancara mendalam terhadap beberapa informan di Puskesmas Mandala diketahui bahwa dalam menjalankan fungsinya sebagai FKTP, Puskesmas Mandala memiliki jumlah tenaga kesehatan yang dari segi kuantitas sudah memadai bahkan berlebih. Ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas Mandala sudah sesuai menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 tahun 2014 terkait jumlah standar sumber daya manusia pada pelayanan tingkat pertama. Berikut adalah kutipan dari wawancara dengan informan mengenai ketersediaan tenaga kesehatan:

**Tabel 4.4 Hasil Wawancara Mendalam tentang Ketersediaan Tenaga Kesehatan**

<b>Informan</b>	<b>Pernyataan</b>
<b>1</b>	<i>“Udah, berlebih pun. Sudah sesuai, nggak ada masalah. Dia kan kalau BPJS dia ada aturan, lima ribu pasien untuk satu dokter. Kita jumlah kapitasi berapa, jadi satu dokter membawahi lima ribu penduduk. Jadi kalau berdasarkan jumlah penduduk kita, harusnya kita mempunyai sembilan dokter, kita udah mencukupi.”</i>
<b>2</b>	<i>“Kalau jumlahnya, jumlah dokternya ya sudah mencukupi, sudah memadai. Kalau lengkap itu nanti ada standarnya lagi, ada dokter mata, dokter THT. Kalau di sini belum ada.”</i>
<b>3</b>	<i>“Udah sesuai, sejauh ini nggak ada sih kekurangan.”</i>

Ketersediaan jumlah tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Mandala bisa dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 4.5 Jumlah Tenaga Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Mandala**

No	Tenaga Kesehatan Puskesmas Induk dan Pustu	Puskesmas Mandala, Pustu Bantan dan Pustu Tembung
1.	Dokter Umum	9 orang
2.	Dokter Gigi	3 orang
3.	Perawat	19 orang
4.	Bidan	18 orang
5.	Perawat Gigi	2 orang
6.	Analisis	2 orang
7.	Apoteker	1 orang
8.	Asisten Apoteker	3 orang
9.	Gizi	1 orang
10.	Penyuluh	5 orang
11.	Sanitarian	2 orang

Sumber: Profil Kesehatan Puskesmas Mandala Tahun 2019

#### 4.1.4 Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Kesehatan di Puskesmas Mandala

Ketersediaan sarana dan fasilitas kesehatan di pelayanan kesehatan merupakan faktor yang penting untuk mencapai penegakan diagnosis serta mendukung pelayanan yang berkualitas bagi masyarakat. Dari hasil wawancara mendalam terhadap informan 1 dan 2 memperlihatkan bahwa ketersediaan sarana dan fasilitas kesehatan di Puskesmas Mandala sudah memadai. Sedangkan menurut informan 3, ketersediaan obat di poli gigi masih ada juga kekurangan sedikit-sedikit. Berikut adalah kutipan dari wawancara dengan informan:

**Tabel 4.6 Hasil Wawancara Mendalam tentang Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Kesehatan**

Informan	Pernyataan
1	<i>“Lengkap. Apa yang perlu kau tanya maksudnya apa yang kau rasa ini ada atau nggak gitu, ada. Lab ada, laboratorium kita ada lah. Alat-alat kesehatan semua sampai USG pun ada. Misalnya di puskesmas ini alat kesehatan yang mau dipakai itu tiba-tiba rusak atau bagaimana kan ada persediaan. Ada cadangan, terus setiap tahun dikalibrasi. Ada alatnya, jadwal kalibrasinya pun ada.”</i>
2	<i>“Sarananya... kalau kami kan faskesnya pelayanan dasar jadi ya</i>

	<i>sudah memadai. Untuk diagnosa terapi dasar itu sudah cukup memadai, lah. Nggak ada masalah di situ. Kalau alat-alat kesehatannya tiba-tiba ada yang nggak bisa difungsikan, bisa aja sih kadang-kadang kalau tensinya error kan butuh juga tensi yang manual gitu. Karena tensi manual kan udah terbatas. Tapi selalu ada cadangannya yang manual.”</i>
<b>3</b>	<i>“Ada jugalah sikit-sikit. Saat misalnya ada pasien ini tapi alatnya nggak ada gitu ya kita rujuk. Kalau alat cadangan yang lain nggak ada, dia nggak bisa digantikan alatnya itu. Memang seharusnya ada di sini cuma karena nggak ada, ya dirujuk ke tempat yang ada lah.”</i>

Sedangkan berdasarkan lembar observasi, ketersediaan sarana dan fasilitas kesehatan di Puskesmas Medan Mandala diketahui belum sesuai Kompendium Alat Kesehatan yang termuat dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 118/Menkes/SK/IV/2014. Hal tersebut bisa dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 4.7 Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 118/MENKES/SK/IV/2014 tentang Kompendium Alat Kesehatan di Puskesmas Mandala**

<b>KOMPENDIUM ALAT KESEHATAN</b>	<b>KETERSEDIAAN DI PUSKESMAS</b>
<b>A. Alat Kesehatan Elektromedik</b>	
1. Anaesthesia Vaporizer	
2. Apnea Monitor	
3. Argon Surgical Laser	
4. Aspirator	
5. Audiometer	
6. Autotransfusion Unit	
7. Automatic Sphygmomanometer	✓
8. Blood Pressure Monitor, Invasive	
9. Blood/Solution Warmer	
10. Capnometer (CO2 Monitor)	
11. Cardiac Resuscitator	
12. Co2 Surgical Laser	
13. Cryosurgical Unit	
14. Defibrilator	
15. Dental Unit	✓
16. Diathermy/Shortwave	
17. Electrosurgical Unit (ESU)	
18. Elektrokardiograf (EKG)	✓
19. Heart Lung Bypass Unit	
20. Hemodialysis Unit	
21. Hospital Bed	✓

22. Hypo/Hyperthermia Units	
23. Infusion Pump	
24. Baby Incubator	
25. Intra Aortic Balloon Pump	
26. Laparoscopy	
27. Mammography Unit	
28. Anaesthesia Machine	
29. Mobile C-Arms X-Ray	
30. Mobile X-Ray Unit	
31. Oxygen Analyzer	
32. Pacemaker External, Non Invasive	
33. Phototherapy Unit	
34. Portable Ventilator	
35. Pressure Transducers	
36. Pulse Oxymeter	
37. Radiant Warmer	
38. Radiographic/Fluoroscopic Unit	
39. Smoke Evacuator	
40. Traction Unit	
41. Transcutaneous Co2 Monitor	
42. Transcutaneous Oxygen (O2) Monitor	
43. Ultrasound Scanner (USG Diagnostik)	✓
44. X-Ray Unit General Purpose	
45. Electroencephalograph (Eeg)	
46. Lampu Periksa Halogen	✓
47. Sterilisator Kering	✓
48. Ekstraktor Vakum Manual	
49. Pocket Fetal Hearth Rate Monitor (Doppler)	✓
<b>B. Alat Kesehatan Non Elektromedik</b>	
1. Blood Bag	
2. Blood Transfusion Set	
3. Cat Gut (Benang Bedah)	
4. Dental Cement	✓
5. Disposable Syringe	✓
6. Auto Disable Disposable Syringe	
7. Hypodermic Syringe With Reuse Prevention Feature	
8. Foley Catheter	
9. Glass Ionomer Cement	✓
10. Gutta Percha	
11. Impression Material	
12. Infusion Set	
13. Instrumen Bedah	✓
14. Iv Catheter	
15. Kapas Berlemak	
16. Kapas Pembalut/Absorben	
17. Kasa Hidrofil	✓

18. Kasa Hidrofil Terdeteksi Sinar-X	
19. Kasa Pembalut	
20. Kasa Pembalut Elastis	
21. Kondom	✓
22. Manual Hospital Bed	✓
23. Masker Bedah	✓
24. Masker Oksigen	✓
25. Pembalut Gips	
26. Plester	
27. Pulmonary Resuscitator	
28. Sarung Tangan Bedah	✓
29. Silk Suture (Benang Bedah Sutera)	✓
30. Stethoscope Manual	✓
31. Tensimeter Manual dengan Air Raksa	
32. Tensimeter Manual dengan Jarum	✓
33. Urine Bag	
34. Wing Needle	
35. Termometer Raksa	
36. Timbangan Bayi	✓
37. Timbangan Injak Dewasa	✓
38. Stand Infus	✓
39. Tabung Oksigen + Regulator	✓
40. Tempat Tidur Periksa	✓
41. Tempat Tidur Persalinan	✓
<b>C. Produk Diagnostik In Vitro</b>	
1. Utomated Blood Grouping Analyzer	✓
2. Bilirubin Test System	
3. Blood Gas/Ph/Chemistry Point of Care Analyzer	
4. Cholesterol Test Strip	✓
5. Clinical Chemistry Analyzer	
6. C-Reactive Protein Reagent (CRP)	
7. Creatine Kinase Reagent	
8. Creatine Reagent	
9. Diff Diluent	
10. Glucose Analyzer	✓
11. Glucose Test Strip	✓
12. Hematology Control	
13. Hematology Point Of Care Analyzer	
14. Hiv Combi	
15. Immunoassay Analyzer	
16. Tes Hepatitis B ( <i>Hbsab Rapid Test</i> )	✓
17. Tes Kehamilan Cepat ( <i>Pregnancy Rapid Test</i> )	✓
18. Tes Masa Subur ( <i>Luteinizing Hormone Test System</i> )	
19. Toxo Igg Ii Assay	
20. Uji Mycobacterium Tuberculosis – Igg/Igm	
21. Uric Acid Reagent	



22. Uric Acid Test Strip	✓
23. Urinalysis Reagent Strips	
24. Whole Blood Coagulation Analyzer	
25. Reagensia In Vitro untuk Pewarna Biologi	

#### 4.1.5 Ketersediaan Obat-Obatan di Puskesmas Mandala

Hasil wawancara mendalam terhadap informan 1, 2 dan 4 menunjukkan bahwa ketersediaan obat-obatan di Puskesmas Mandala sudah memadai. Sedangkan menurut informan 3, ketersediaan obat di poli gigi terkadang masih mengalami kekosongan juga. Berikut adalah kutipan dari wawancara mendalam mengenai ketersediaan obat:

**Tabel 4.8 Hasil Wawancara Mendalam tentang Ketersediaan Obat**

<b>Informan</b>	<b>Pernyataan</b>
<b>1</b>	<i>“Obat selalu ada. Ini kan mengenai JKN, kan? Ya sesuai standart kita lah namanya kan kalau dia misalnya minta obat paten, misalnya obat yang harganya tidak ditanggung, kan BPJS itu punya standartnya apa yang mau dikasih gitu. Orang misalnya biogesic, di sini nggak biogesic misalnya paracetamol kan fungsinya sama. Semua obat itu nggak bisa dia minta sesuai dengan merek yang dia mau.”</i>
<b>2</b>	<i>“Obat-obatnya selalu ada. Kalau kosong itu jarang, lah. Ada sih ada lah, obat kan nggak mungkin nggak ada. Alternatifnya obat pengganti ajalah. Pasien nggak pernah disuruh beli obat sendiri. Obatnya selalu dari sini, carilah alternatif obat yang lain.”</i>
<b>3</b>	<i>“Ya kadang kalau misalnya ada tersedia, kadang kalau misalnya habis ya kosong jugalah. Nggak sering sih kosong tapi kalau pas kosong misalnya pasiennya mau nunggu kita suruh tunggu sampai ada, pasiennya datang lagi di minggu depan.”</i>
<b>4</b>	<i>“Dari proses perencanaannya, kita merencanakan ada lembar yang namanya LPLPO, di situ dibuat jumlah kebutuhan kita per bulan. Kita sih per bulan, per tanggal 5 itu LPLPO sudah masuk ke Dinas karena hari Rabu minggu pertama itu kan rapat. Rapat bulanan langsung memberikan LPLPO itu, diproses di sana seminggu dua minggu obat didistribusikan gitu. Rata-rata sih udah, cuma nggak semua terpenuhi karena kan berdasarkan kebutuhan aja. Untuk apa kita lengkapi toh akhirnya nanti nggak dipakai, akhirnya ED sia-sia, kan? Jadi, mungkin kalau untuk Puskesmas lain mungkin ada yang mereka rawat inap, ini rawat jalan, ya kan? Kalau Puskesmas kita kebetulan nggak pernah kosong. Selalu ada, dia tepat waktu. Karena kan jumlah itu berdasarkan dari</i>

*perencanaan obat kita, ya kan? Jadi nggak sampai kehabisan gitu. Mungkin kalau Puskesmas lain pasti ada, cuma kita kan merencanakannya, misalnya perhitungan kita betul-betul. Kalau mereka butuh seribu minta seribu, kita nggak kan, biasa dilebihkan jadi nggak pernah kosong. Kalau pun pernah ada kita ngadain swakelola, namanya swakelola kita buat sendiri. Kita kan ada dana juga, dananya ada jadi kita pergunakan itu.*

*Pada dasarnya sih belum pernah ada, kalau pun yang dituliskan dokter tidak ada, kita kembali lagi ke dokternya. Kita suruh ganti obat yang lain yang efeknya sama. Nggak ada ya. Karena kita kan udah tau 20 penyakit terbesar itu biasa kan. Ispa paling tinggi, karena kita udah tau mana yang paling sering itu yang paling banyak kita minta.*

*Kita sih belum, cuma memang distribusi obat dari Dinas ke Puskesmas kadang memang suka terlambat, cuma memang belum pernah. Kalau keterlambatan mungkin pernah, cuma kosong karena terlambat belum. Tapi mungkin Puskesmas lain ada karena kami kan punya grup, ada mereka.”*

Akan tetapi berdasarkan lembar observasi, kelengkapan obat di Puskesmas Mandala diketahui belum sesuai Formularium Nasional yang tertera dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 159/Menkes/SK/V/2014. Hal tersebut bisa dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 4.9 Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 159/Menkes/Sk/V/2014 tentang Formularium Nasional di Puskesmas Mandala**

<b>KELAS TERAPI</b>	<b>SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK</b>	<b>KETERSEDIAAN DI PUSKESMAS</b>
<b>1. ANALGESIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID, ANTIPIRAI</b>		
	1. Kodein	
	2. Asam mefenamat	✓
	3. Ibuprofen	✓
	4. Natrium diklofenak	✓
	5. Parasetamol	✓
	6. Tramadolol	✓
	7. Alopurinol	✓
	8. Probenesid	
<b>2. ANESTESIK</b>		
	1. Etil klorida	✓
	2. Lidokain	✓
	3. Ketamin	
	4. Oksigen	✓

5. Atropin	
6. Diazepam	✓
<b>3. ANTIALERGI DAN OBAT UNTUK ANAFILAKSIS</b>	
1. Dekسامetason	✓
2. Difenhidramin	✓
3. Epinefrin (adrenalin)	✓
4. Klorfeniramin	✓
5. Loratadin	✓
<b>4. ANTIDOT DAN OBAT UNTUK KERACUNAN</b>	
1. Atropin	
2. Kalsium glukonat	✓
3. Natrium bikarbonat	✓
4. Natrium tiosulfat	
5. Karbon adsorben	
6. Magnesium sulfat	✓
<b>5. ANTIPILEPSI-ANTIKONVULSI</b>	
1. Adiazepam	
2. Fenitoin na	
3. Fenobarbital	✓
4. Karbamazepin	
5. Magnesium sulfat	✓
6. Valproat	
<b>6. ANTIINFEKSI</b>	
1. Albendazol	✓
2. Mebendazol	
3. Pirantel pamoat	
4. Prazikuantel	
5. Dietikarbamazin	
6. Prazikuantel	
7. Amoksisilin	✓
8. Ampisilin	
9. Benzatin penisilin	
10. Fenoksimetil penisilin (penisilin v)	
11. Prokain benzilpenisiin	
12. Doksisiklin	✓
13. Tetrasiklin	
14. Kloramfenikol	✓
15. Kotrimoksazole (dewasa kombinasi)	✓
16. Trimetropin	
17. Kotrimoksazol forte kombinasi	
18. Eritomisin	✓
19. Siprofloksasin	✓
20. Metronidazol	✓
21. Depson	
22. Klofazimin, <i>micronized</i>	

23. Rifampisin	
24. Etambutol	
25. Isoniazid	
26. Pirazinamid	
27. Streptomisin	
28. kombinasi: Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk dewasa 4KDT (FDC)	✓
29. kombinasi: Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk dewasa 2KDT (FDC)	✓
30. kombinasi: Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk anak 3KDT (FDC)	
31. kombinasi: Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk anak 2KDT (FDC)	
32. kombinasi: Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk Dewasa Kombipak II	✓
33. kombinasi: Paduan dalam bentuk Kombipak untuk dewasa Kombipak III	✓
34. kombinasi: Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk anak Kombipak A	
35. kombinasi: Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk anak Kombipak B	
36. Metenamin mandelat (heksamin mandelat)	
37. Nitrofurantoin	
38. Griseofulvin (micronized)	
39. Ketokonazol	✓
40. Nistatin	
41. Metronidazol	✓
42. Doksisisiklin	✓
43. Antimalaria kombinasi	
44. Artemether	
45. Artesuna	
46. Artesunat tab 50 mg	
47. Kombinasi (kombipak)	
48. Kombinasi (kombipak)	

49. Primakuin	
50. Asiklovir	✓
51. Zidovudin	
<b>7. ANTIMIGREN</b>	
1. Propanolol	
2. Ergotamin	
<b>8. ANTIPARKINSON</b>	
1. Kombinasi (benserazid, levodopa)	
2. Triheksifenidil	
<b>9. OBAT YANG MEMENGARUHI DARAH</b>	
1. Asam folat	✓
2. Ferro sulfat	✓
3. Kombinasi (asam sulfat, ferro sulfat)	
4. Sianokobalamin (vit b12)	✓
5. Fitomenadion (vit k1)	✓
<b>10. MATA</b>	
1. Fluoresein.	
<b>11. DISINFEKTAN</b>	
1. Etanol 70%	
2. Paraformaldehid	
<b>12. OBAT DAN BAHAN UNTUK GIGI</b>	
1. Eugenol	✓
2. Formokresol	✓
3. Gutta percha dan paper points	
4. Kalsium hidroksida	✓
5. Klorfenol kamfer mentol (chkm)	✓
6. Klorheksidin	
7. Natrium hipoklorit	✓
8. Pasta pengisi saluran akar	✓
9. Nistatin	
10. Fluor	✓
11. Bahan tumpatan sementara	✓
12. Glass ionomer art (atraumatic restorative treatment)	✓
13. Komposit resin	✓
14. Anestetik lokal gigi kombinasi : lidokain hcl 2% + epinefrin 1 : 80.000	✓
15. Articulating paper	
16. Etil klorida	✓
17. Lidokain	✓
18. Pasta devitalisasi (non arsen)	✓
19. Amilorid	
20. Furosemid	✓
21. Spironolakton	✓
<b>13. HORMON, OBAT ENDOKRIN DAN KONTRASEPSI</b>	
1. Glibenklamid	✓

2. Glimepirid	✓
3. Glipizid	
4. Metformin	✓
5. Kombinasi: levonorgestrel 150 mcg, etinilestradiol 30 mcg	
6. Medroksi progesterone asetat	
7. Copper t	
8. Etonogestrel	
9. Levonorgestrel	
10. Lugol	
11. Propiltiourasil	
12. Hidrokortison	✓
13. Prednison	✓
14. Deksametason	✓
15. Linestrenol	
<b>14. OBAT KARDIOVASKULER</b>	
1. Atenolol	
2. Diltiazem hcl	
3. Gliseril trinitrat	
4. Isosorbid dinitrat	✓
<b>15. ANTIARITMIA</b>	
1. Digoksin	
2. Propranolol	
<b>16. ANTIHIPERTENSI</b>	
1. Amlodipin	✓
2. Atenolol	
3. Hidroklorotiazid	✓
4. Kaptopril	✓
5. Klortalidon	
6. Nifedipin	✓
7. Propanolol	
<b>17. ANTIAGREGASI PLATELET</b>	
1. Asam asetilsalisilat (asetosal)	
2. Digoksin	
3. Furosemid	✓
4. Kaptopril	✓
5. Epinefrin	
6. Norepinefrin	
7. Simvastin	✓
<b>18. OBAT TOPIKAL UNTUK KULIT</b>	
1. Kloramfenikol	✓
2. Perak sulfadiazine	
3. Antifungsi, kombinasi : asam benzoat, asal silisilat	✓
4. Mikonazol	✓
5. Nistatin	
6. Betametason	✓

7. Hidrokortison	✓
8. Kalamín	
9. Permetrin	
10. Saep 2-4 kombinasi	✓
11. Asam silisilat	
12. <i>Cal tar</i>	
13. Bedak salisil	✓
<b>19. LARUTAN ELEKTROLIT, NUTRISI DAN LAIN-LAIN</b>	
1. Garam orait kombinasi	✓
2. Natrium bikarbonat	✓
3. <i>Zinc</i>	✓
4. Air untuk injeksi	✓
5. Tetrasiklin	
6. Kloramfenikol	
7. Betametason	
8. Olopatadin	
9. Metilergometrin	✓
10. Oksitosin	
11. Diazepam	✓
12. Amitriptilin	✓
13. Haloperidol	✓
14. Klorpromazin	
<b>20. OBAT UNTUK SALURAN CERNA</b>	
1. Antasida kombinasi	✓
2. Omeprazol	✓
3. Ranitidin	✓
4. Dimenhidrinat	✓
5. Domperodon	✓
6. Klorpromazin	
7. Metoklopramid	✓
8. Antihemoroid, kombinasi	✓
9. Atropin	
10. Hiosina butilbromida	
11. Atapulgit	✓
12. Garam oralin, kombinasi	✓
13. <i>Zinc</i>	✓
14. Kombinasi : koalin, pektin	
15. Bisakodil	✓
16. Gliserin	
17. Aminofilin	
18. Deksametason	✓
19. Epinefrin	✓
20. Salbutamol	✓
21. Teofilin	
22. Terbutain	
23. Kombinasi : salmeterol, flutikason	

24. Kodein	
<b>21. OBAT UNTUK PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS</b>	
1. Ipratropium bromida	
2. Kombinasi : ipratrobium br, salbutamol	
<b>22. OBAT YANG MEMENGARUHI SISTEM IMUN</b>	
1. Hepatitis b immunoglobulin (human)	
2. <i>Human tetanus immunoglobulin</i>	
3. Serum anti bisa ular	
4. Serum antidifteri (a.d.s)	
5. Serum antirabies	
6. Serum antitetanus (a.t.s)	
7. Tetanus toxoid	
<b>23. VAKSIN</b>	
1. Vaksin bcg	✓
2. Vaksin campak	✓
3. Vaksin kombinasi dpt + hepatitis b	✓
4. Vaksin jerap difteri tetanus (dt)	✓
5. Vaksin jerap difteri tetanus pertusis (dtp)	✓
6. Vaksin jerap tetanus (tetanus adsorbed toxoid )	
7. Vaksin polio	✓
8. Vaksin rabies untuk manusia	
<b>24. OBAT UNTUK THT</b>	
1. Hidrogen peroksida	✓
2. Karbogliserin	
3. Lidokain	✓
4. Oksimetazolin	
<b>25. VITAMIN DAN MINERAL</b>	
1. Asam askorbat (vitamin c)	✓
2. Ergokalsiferol (vitamin d2)	
3. Ferro fumarat	
4. Ferro sulfat	✓
5. Kalsium glukonat	
6. Kalsium karbonat	
7. Kalsium laktat (kalk)	✓
8. Kombinasi : ferro sulfat 200 mg, asam folat 0, 25 mg	✓
9. Nikotinamid	
10. Piridoksin (vitamin b6)	✓
11. Retinol (vitamin a)	✓
12. Sianokobalamin (vitamin b12)	✓
13. Tiamin (vitamin b1)	✓
14. Vitamin b kompleks	✓



#### 4.1.6 Pengetahuan tentang *Gatekeeper* di Puskesmas Mandala

Konsep *gatekeeper* ialah konsep sistem pelayanan kesehatan di mana FKTP berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan medik. Berikut adalah kutipan dari wawancara mendalam:

**Tabel 4.10 Hasil Wawancara Mendalam mengenai Pengetahuan tentang *Gatekeeper***

Informan	Pernyataan
1	<p><i>“Itu kan ada aturannya, ada kalau nggak salah 144 ya, 155 kan udah sama mata. Kalau mata sebenarnya minta kacamata kan kita nggak bisa laksanakan jadi ada dibuat itu yang tidak, dia termasuk ditangani di puskesmas tapi sampai saat ini untuk Medan tidak. Karena memang kacamata ya misalnya presbiop, miopia itu kan kita nggak bisa keluarkan kacamata. Kendalanya masyarakatnya tidak mau mengikuti aturan. Kita bilang ini tidak boleh dirujuk, dia ngamuk. Dia bilang saya kan udah bayar, ha itu yang selalu dia bilang dia sudah bayar, dia mau chek up itu kan nggak bisa karena aturannya itu ada kalau bisa ditangani di puskesmas tidak boleh kita rujuk. Tapi itulah kendala kita sama masyarakat ini, masyarakat tuh memaksakan kehendaknya sampai kita begadoh. Dia gini, misalnya dia bilang saya sakit perut, sakit perutnya, saya mau periksa di dalam entah ada tumor. Mana bisa gitu berobat, kita periksa dulu kalau kita rasa nggak ada benjolan mana pula kita rujuk. Dia maksa, itu yang selalu begadoh. Jadi kalau pasien yang minta rujukan atas permintaan sendiri itu masih banyak tapi kita nggak kasih, biar begadoh nggak kita kasih. Sering lah duduk situ, ngamuk dia situ entah apa-apa dibilangnya. Mukul meja lah dia, dokternya pun pernah mau dilempar pakai asbak. Iya kalau kita udah bukan dibilang apa ya, terlalu lah sampai kita udah nggak cocok lagi kita digituin masyarakat. Kami kan kemarin begadoh sama orang sini. Dia minta katanya dia mau scan mata istrinya. Kenapa rupanya, Pak? Mana istrinya? Nggak dibawa. Saya bilang gimana saya mau lihat istri Bapak kalau nggak ada dibawa. Masuk bulu mata katanya, nggak tau nanti infeksi dia cemani tanggung jawab kamu katanya. Ih, saya bilang saya bukan dukun mana bisa saya bilang dia sakit apa kalau nggak saya lihat. Dia ngamuk, jadi ditelponnya istrinya, nggak angkat pula. Banyak kali cerita kau katanya bilangin saya. Diam aja kita. Udah, dia bangkit ngamuk, dipukulnya meja pergi dia. Ya udah pergi, lah. Itu yang kita rasakan jadi kadang-kadang kita merasa kurang dihargai gara-gara ya rujukan ini. Kita bilang nggak, dia minta. Dari masyarakatnya bukan kurang lagi, memahami pun nggak.”</i></p>

- 
- 2 *“Ya terkadang masih menemukan kendala jugalah. Terkadang kan ada penyakit tertentu itu memang nggak bisa sembuh. Pertama itu tidak layak dirujuk, itu pun kadang-kadang katakanlah ada pasien yang alergi itu kan susah untuk sembuh dan dia harus pulang. Dan itu kan kategori harus tuntas di puskesmas kan, itu kadang-kadang pasien kurang bisa menerima. Dari masyarakatnya masih banyak yang minta rujukan atas permintaan sendiri. Ya wajiblah diperiksa dulu, mana mungkin lah diberi perawatan sebelum diperiksa. Kayak mana kami mendiagnosa penyakit sebelum diperiksa. Kalau kami pulanya apa yang kami kerjakan sudah memadai lah. Cuma pasien karena faktor usia juga kalau yang namanya orang tua itu kan penyakitnya nggak bisa tuntas gitu. Terus dia kan nggak puas kalau nggak ke rumah sakit padahal udah di rumah sakit pun dia ya sama ajanya itu. Terakhir dia balik juganya kemari, cuma karena rasa apanya ajalah. Namanya masyarakat ya kan, kalau memang udah itu pikirannya ya pasti diikuti pikirannya. Rujukan online aja pun nanti nggak percaya dia, misalnya kan kalau BPJS rumah sakitnya ini ini ini, kan udah online sekarang tapi mereka kurang bisa menerima. Misalkan BPJS ini kadang kan tiba-tiba nggak bisa lagi keluar, dia nggak terdaftar di situ nah di situlah dia marah, sama kami marahnya. Sementara BPJS juga berubah, nggak bisa di situ lagi kan gitu. Dulu bisa ke tipe B langsung kami rujuk kan, sekarang udah dibatasi tipe C dulu misalnya. Sedangkan dia udah biasa ke tipe B nah itulah kendalanya, nggak bisalah pasien nerima karena peraturannya berubah tapi masyarakat marahnya sama kami juga kan. Upaya untuk menekan angka rujukan atas permintaan sendiri yang masih banyak itu ya kami sudah berusaha menjelaskan. Cuma terkadang kan memang ada penyakit kayak osteoporosis itu kan memang susah sembuh gitu jadi dia kan nggak puas jadi ya udahlah kalau udah tiga kali karena kami kan ingin ngasih kepuasan ke pasien juga, kan dia juga bayar. Nggak bisa juga kita hitungin satu satu satu. Kalau udah berapa kali pun misalnya 155 penyakit itu memang udah kita obati nggak ada perubahan ya mau tidak mau kami kirim sajalah dan udah kami komunikasikan dulu kepada pasien. Kan tidak selamanya juga 155 penyakit itu bisa tuntas di sini, ya kan?”*
- 
- 3 *“Dari poli gigi yang minta rujukan atas permintaan sendiri banyak juga sih. Kalau upaya kami di sini saya rasa kami udah cukup memotivasi pasien tapi memang mungkin dalam bayangan pasien itu kayaknya kalau nggak ke rumah sakit itu nggak puas gitu, apalagi pasien-pasien JKN kan. Rasanya dia nggak puas kalau cuma di sini jadi maunya harus dirujuk ke rumah sakit. Kendalanya dari menghadapi pasiennya sendiri, kami udah berusaha lah sejauh ini gitu.”*
-

#### 4.1.7 Pelaksanaan Rujukan di Puskesmas Mandala

Pelaksanaan rujukan rawat jalan merupakan pelimpahan tugas oleh puskesmas ke tingkat lanjutan dikarenakan ketidakmampuan puskesmas menangani pasien. Pelaksanaan rujukan dalam era JKN dilaksanakan secara berjenjang. Diketahui jika pelaksanaan rujukan di Puskesmas Mandala sudah sesuai dengan Pedoman Sistem Rujukan Nasional yang ada. Hal tersebut bisa dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 4.11 Hasil Wawancara tentang Analisis Sistem Rujukan di Puskesmas Mandala Kota Medan Menurut Pedoman Sistem Rujukan Nasional**

No	Pedoman Sistem Rujukan Nasional	Pelaksanaan di Puskesmas Mandala	Telaah (Sesuai/Belum Sesuai)
Tata Laksana Rujukan dari Fasyankes Tingkat Pertama ke Tingkat Dua			
A. Syarat Merujuk Pasien			
1.	Pasien yang akan dirujuk sudah diperiksa, dan disimpulkan bahwa kondisi pasien layak serta memenuhi syarat untuk dirujuk, tanda-tanda vital ( <i>vital sign</i> ) berada dalam kondisi baik/stabil serta <i>transportable</i> , dan memenuhi salah satu syarat untuk dirujuk.		✓
B. Prosedur Standar Merujuk Pasien			
1.	Prosedur Klinis Rujukan:		✓
	1) Prosedur klinis pada kasus non emergensi, proses rujukan mengikuti prosedur rutin yang ditetapkan yaitu provider kesehatan menerima pasien di puskesmas, melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik yang mampu dilakukan puskesmas untuk menentukan diagnosis pada pasien.		
	2) Petugas yang berwenang segera melakukan pertolongan (prosedur <i>life saving</i> ) untuk menstabilkan kondisi pasien yang datang dalam keadaan emergensi dan membutuhkan pertolongan kedaruratan medik sesuai SOP.		✓

3) Menyimpulkan kasus bahwa pasien memenuhi syarat untuk dirujuk sesuai dengan salah satu kriteria dalam syarat merujuk pasien.	✓
4) Mempersiapkan rujukan untuk pasien dengan memberikan pasien/keluarganya penjelasan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti pasien/keluarga dan <i>informed consent</i> sebagai bagian dari prosedur operasional yang sangat erat kaitannya dengan prosedur teknis pelayanan pasien.	✓
5) Penjelasan berkaitan dengan penyakit/masalah kesehatan pasien dan kondisi pasien saat itu, tujuan dan pentingnya pasien harus dirujuk, kemana pasien akan dirujuk, akibat atau risiko yang terjadi apabila rujukan tidak dilakukan dan keuntungan dilakukannya rujukan.	✓
6) Dilakukan rencana dan proses pelaksanaan rujukan serta tindakan yang mungkin akan dilakukan di faskes rujukan yang dituju.	✓
7) Dijelaskan hal-hal yang perlu dipersiapkan oleh pasien/keluarga.	✓
8) Penjelasan-penjelasan lain yang berhubungan dengan proses rujukan termasuk berbagai persyaratan secara lengkap untuk memberi kesempatan pada pasien/keluarga.	✓
9) Putusan akhir rencana pelaksanaan rujukan ada pada pasien/ keluarganya untuk setuju atau menolak dirujuk sesuai alur rujukan yang ada serta kesepakatan akhir atau hasil penjelasan dinyatakan dengan pembubuhan tanda tangan dua belah pihak dalam format <i>informed consent</i> sesuai prosedur.	✓
10) Atas persetujuan rujukan dari pasien/keluarga puskesmas berwenang mempersiapkan rujukan dengan memberikan tindakan pra rujukan sesuai kondisi pasien sebelum dirujuk berdasarkan SPO.	✓

11) Puskesmas menghubungi kembali unit pelayanan di faskes rujukan untuk memastikan sekali lagi bahwa pasien dapat diterima di faskes rujukan atau harus menunggu sementara ataupun mencarikan faskes rujukan lainnya sebagai alternatif.	✓
2. Prosedur Administratif Rujukan:	✓
1) Dilakukan sejalan dengan prosedur teknis pada pasien.	
2) Melengkapi rekam medis pasien setelah tindakan untuk menstabilkan kondisi pasien pra rujukan.	✓
3) Setelah puskesmas memberikan penjelasan secara lengkap dan keputusan akhir telah diambil setuju ataupun menolak untuk dirujuk, tetap harus melengkapi <i>informed consent</i> sesuai format prosedur untuk tanda tangan kedua belah pihak, pihak puskesmas dan pasien/keluarga.	✓
4) Selanjutnya format <i>informed consent</i> yang telah ditandatangani disimpan dalam rekam medis pasien yang bersangkutan. Bila telah digunakan perangkat TIK/ICT, format <i>informed consent</i> dapat dilengkapi dengan foto, rekaman pembicaraan proses pengambilan keputusan dan lainnya.	✓
5) Selanjutnya apabila pasien sudah setuju untuk dirujuk maka puskesmas harus membuat surat rujukan pasien rangkap 2, lembar pertama dikirim ke faskes rujukan bersama pasien, lembar kedua disimpan sebagai arsip bersama rekam medis pasien yang akan dirujuk.	✓
6) Puskesmas harus mencatat pasien pada buku register rujukan pasien.	✓
7) Administrasi pengiriman pasien harus diselesaikan ketika pasien akan segera dirujuk.	✓

## 4.2 Hasil Kuesioner Penerapan Rujukan Berjenjang Pasien Peserta BPJS

### Kesehatan di Puskesmas Mandala

#### 4.2.1 Karakteristik Responden

Data dikumpulkan melalui kuesioner penelitian terhadap responden yang terpilih menjadi subjek penelitian yakni sebanyak 66 pasien peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala yang pernah melakukan rujukan dengan diagnosis kasus non spesialisik. Secara rinci, karakteristik responden menurut hasil penelitian tersaji pada tabel berikut:

**Tabel 4.12 Karakteristik Responden Penelitian**

No	Karakteristik Responden	Kategori	Frekuensi	%
1.	Usia	12-25 tahun (Remaja)	10	15,2
		26-49 tahun (Dewasa)	20	30,3
		50-65 tahun (Tua)	29	43,9
		>66 (Manula)	7	10,6
<b>Jumlah</b>			<b>66</b>	<b>100</b>
2.	Jenis Kelamin	Perempuan	48	72,7
		Laki-laki	18	27,3
<b>Jumlah</b>			<b>66</b>	<b>100</b>
3.	Pekerjaan	Pelajar	2	3,0
		Mahasiswa	5	7,6
		Pensiunan	11	16,7
		Wiraswasta	18	27,3
		ASN (Aparatur Sipil Negara)	13	19,7
		IRT (Ibu Rumah Tangga)	17	25,8
<b>Jumlah</b>			<b>66</b>	<b>100</b>
4.	Pendidikan Terakhir	SD/Sederajat	5	7,6
		SMP/Sederajat	6	9,1
		SMA/Sederajat	24	36,4
		PT/Sederajat	31	47,0
<b>Jumlah</b>			<b>66</b>	<b>100</b>

#### 4.2.2 Hasil Kuesioner terhadap Pasien Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala yang Melakukan Rujukan

Hasil kuesioner terhadap responden sebanyak 66 pasien peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala yang pernah melakukan rujukan dengan diagnosis kasus non spesialisik dapat dijadikan sebagai gambaran dari penerapan rujukan berjenjang di Puskesmas Mandala Kota Medan. Adapun hasil kuesioner yang diperoleh peneliti dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 4.13 Hasil Kuesioner Responden Penelitian**

No	Variabel	Tidak Memadai	%	Memadai	%
1.	Ketersediaan Tenaga Kesehatan	20	30,3	46	69,7
2.	Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Kesehatan	22	33,3	44	66,7
3.	Ketersediaan Obat-Obatan	13	19,7	53	80,3
No	Variabel	Tidak Tahu	%	Tahu	%
4.	Pengetahuan tentang <i>Gatekeeper</i>	45	68,2	21	31,8
No	Variabel	Tidak Terlaksana	%	Terlaksana	%
5.	Pelaksanaan Sistem Rujukan	7	10,6	59	89,4

### 4.3 Pembahasan

#### 4.3.1 Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Mandala

Tenaga kesehatan merupakan setiap orang yang mengabdikan diri di bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang pada jenis tertentu membutuhkan kewenangan agar bisa melaksanakan upaya kesehatan.

Berdasarkan hasil wawancara dari informan 1, 2 dan 3 diketahui bahwasannya jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Mandala sudah memadai

bahkan melebihi dari jumlah tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Pernyataan informan tersebut sesuai dengan hasil kuesioner terhadap pasien rujukan Puskesmas Mandala yang menunjukkan bahwa dari 66 responden secara keseluruhan diperoleh jawaban memadai (69,7%) lebih banyak dibandingkan jawaban tidak memadai (30,3%). Jadi, variabel ketersediaan tenaga kesehatan tidak termasuk dalam salah satu faktor yang memengaruhi tingginya angka rujukan di Puskesmas Mandala.

Walau demikian, menurut salah satu responden dalam penelitian ini yang memilih jawaban tidak tersedia pada variabel ketersediaan tenaga kesehatan alasannya adalah karena tidak tersedianya dokter spesialis. Hal ini pun selaras dengan kutipan dari informan 2 berikut, “... *jumlah dokternya ya sudah mencukupi, sudah memadai. Kalau lengkap itu nanti ada standarnya lagi, ada dokter mata, dokter THT. Kalau di sini belum ada.*” Pada dasarnya, jumlah dokter di Puskesmas Mandala memang sudah memadai jika ditinjau berdasarkan standar Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014, namun masih belum lengkap sebab tidak ada dokter spesialis seperti dokter mata ataupun dokter THT.

#### **4.3.2 Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Kesehatan di Puskesmas Mandala**

Kinerja puskesmas dalam melaksanakan pemeriksaan pasien bisa ditingkatkan dengan memadainya fasilitas alat kesehatan. Dan apabila terjadi keterbatasan sarana tersebut atau kurang lengkapnya fasilitas serta sarana penunjang kesehatan yang tersedia maka hal itu mengharuskan agar rujukan diberikan. Peralatan kesehatan di puskesmas harus sesuai dengan Lampiran Permenkes No. 75 Tahun 2014 dan memenuhi persyaratan: a) standar mutu, keamanan, keselamatan, b) memiliki izin edar sesuai ketentuan peraturan



perundang-undangan, dan c) diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh institusi penguji dan pengkalibrasian yang berwenang.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan 1 dan 2, ketersediaan sarana dan fasilitas kesehatan di Puskesmas Mandala sudah memadai, dapat membantu dokter dalam menegakkan diagnosis terapi dasar terhadap pasien, selalu ada persediaan atau cadangan alat lain untuk mengantisipasi jika sewaktu-waktu alat kesehatan yang digunakan tidak berfungsi optimal serta alat-alat tersebut juga rutin dikalibrasi setiap tahunnya. Sedangkan dari poli gigi sesuai penuturan informan 3, masih ada juga sedikit-sedikit alat kesehatan yang tidak tersedia sehingga itulah yang mengakibatkan pasien terpaksa harus dirujuk ke rumah sakit sebab alat tersebut memang tidak bisa digantikan.

Sementara itu, berdasarkan hasil kuesioner terhadap pasien rujukan Puskesmas Mandala yang menunjukkan bahwa dari 66 responden secara keseluruhan diperoleh jawaban memadai (66,7%) lebih banyak dibandingkan jawaban tidak memadai (33,3%). Akan tetapi, hal tersebut berbeda dengan hasil observasi yang menunjukkan bahwa alat-alat kesehatan yang tersedia di Puskesmas Mandala masih dalam keadaan kurang sebab belum sesuai menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 118/Menkes/SK/IV/2014 tentang Kompedium Alat Kesehatan. Hal ini dapat dilihat dari 115 jumlah item yang seharusnya tersedia di puskesmas namun hanya 34 item yang tersedia di Puskesmas Mandala.

Di antaranya, alat kesehatan elektromedik di Puskesmas Mandala yang hanya mempunyai ketersediaan sebanyak 8 item yaitu *Automatic Sphymomanometer*, *Dental Unit*, *Elektrokardiograf (EKG)*, *Hospital Bed*,

*Ultrasound Scanner (USG Diagnostik), Lampu Periksa Halogen, Sterilisator Kering dan Pocket Fetal Hearth Rate Monitor (Doppler).*

Alat kesehatan non elektromedik di Puskesmas Mandala yang memiliki ketersediaan 19 item saja yaitu *Dental Cement, Disposable Syringe, Glass Ionomer Cement, Instrumen Bedah, Kasa Hidrofil, Kondom, Manual Hospital Bed, Masker Bedah, Masker Oksigen, Sarung Tangan Bedah, Silk Suture (Benang Bedah Sutera), Stethoscope Manual, Tensimeter Manual dengan Jarum, Timbangan Bayi, Timbangan Injak Dewasa, Stand Infus, Tabung Oksigen + Regulator, Tempat Tidur Periksa dan Tempat Tidur Persalinan.*

Dan pada produk diagnostik in vitro di Puskesmas Mandala yang memiliki ketersediaan 7 item saja yaitu *Utomated Blood Grouping Analyzer, Cholesterol Test Strip, Glucose Analyzer, Glucose Test Strip, Tes Hepatitis B (Hbsab Rapid Test), Tes Kehamilan Cepat (Pregnancy Rapid Test) serta Uric Acid Test Strip.* Dengan demikian, variabel ketersediaan fasilitas dan sarana kesehatan termasuk dalam salah satu faktor yang memengaruhi tingginya angka rujukan di Puskesmas Mandala.

#### **4.3.3 Ketersediaan Obat-Obatan di Puskesmas Mandala**

Menurut Permenkes No. 28 tahun 2014, pengadaan obat-obatan untuk pasien peserta JKN dengan obat-obatan lain tidak terpisah. Dan pelayanan obat untuk pasien peserta JKN di FKTP dilakukan oleh apoteker. Kemudian, karena 20% dari dana kapitasi yang dibayarkan ke puskesmas sudah termasuk biaya pembelian obat-obatan maka saat membeli obat, pasien peserta JKN tidak akan dibebankan lagi.

Pada fasilitas kesehatan, pelayanan obat untuk pasien peserta JKN merujuk pada daftar obat sesuai formularium nasional yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia dengan harga yang tercantum dalam e-katalog obat. Program jaminan kesehatan nasional tidak memperbolehkan puskesmas untuk melakukan pembelian obat secara langsung tetapi perencanaan atau pengadaan obat dilakukan oleh dinas kesehatan berdasarkan pola konsumsi puskesmas.

Hal ini sesuai dengan yang dijelaskan oleh informan 4 bahwa dari proses perencanaannya, pihak puskesmas telah merencanakan LPLPO yang di dalamnya dibuat jumlah kebutuhan obat per bulan. Di mana per tanggal 5, LPLPO tersebut sudah masuk ke dinas kesehatan karena hari rabu di minggu pertama diadakan rapat bulanan. Setelah LPLPO diberikan lalu diproses di dinas kesehatan sekitar seminggu hingga dua minggu dan selanjutnya obat didistribusikan. Dalam perencanaan obat di Puskesmas Mandala, pengelola obat telah melakukan perhitungan secara matang. Berbeda dengan puskesmas lain yang apabila butuh seribu meminta seribu atau disebut pas-pasan, sedangkan petugas Puskesmas Mandala biasa meminta lebih terutama obat-obatan pada 20 penyakit terbesar dengan tujuan agar stok obat tak pernah kosong atau tak sampai kehabisan. Alhasil, meskipun dalam pendistribusian obat dari Dinas Kesehatan ke Puskesmas Mandala mungkin pernah terlambat namun keterlambatan itu belum pernah membuat stok obat sampai kosong.

Mengenai solusi alternatif saat terjadi kekosongan obat di Puskesmas Mandala walaupun jarang terjadi, informan 1 dan 2 berpendapat dengan maksud yang serupa yakni mencari obat lain yang berbeda merek namun memiliki

kesamaan efek sebagai pengganti obat yang tidak tersedia. Tanggapan tersebut pun sejalan dengan kutipan informan 4 berikut, “... *kalau pun yang dituliskan dokter tidak ada, kita kembali lagi ke dokternya. Kita suruh ganti obat yang lain yang efeknya sama...*” bila perlu dengan melakukan swakelola yaitu pengadaan obat secara mandiri menggunakan dana dari Puskesmas Mandala.

Oleh sebab itu, berdasarkan hasil kuesioner terhadap pasien rujukan Puskesmas Mandala menunjukkan bahwa dari 66 responden secara keseluruhan diperoleh jawaban tersedia (80,3%) lebih banyak dibandingkan jawaban tidak tersedia (19,7%). Hal ini selaras dengan kutipan informan 2 berikut, “... *pasien nggak pernah disuruh beli obat sendiri. Obatnya selalu dari sini, carilah alternatif obat yang lain...*” Sementara itu, menurut informan 3 mengenai ketersediaan obat-obatan di poli gigi Puskesmas Mandala walau tak sering mengalami kekosongan akan tetapi terkadang juga pernah kehabisan obat. Adapun solusi yang dilakukan dalam mengatasi kondisi tersebut ialah pasien akan disuruh untuk menunggu sampai ketersediaan obat yang dibutuhkan ada kembali dengan datang lagi di minggu depan.

Berbeda dengan hasil kuesioner yang menunjukkan ketersediaan obat-obatan di Puskesmas Mandala sudah memadai dan hasil wawancara yang cenderung menyatakan memadai juga, namun menurut hasil observasi yang dilakukan justru ditemukan bahwa ketersediaan obat di Puskesmas Mandala belum sesuai menurut formularium nasional yang termuat dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 159/Menkes/Sk/V/2014. Di mana dari 236 jenis obat yang seharusnya tersedia di puskesmas namun hanya 116 jenis obat yang tersedia di Puskesmas Mandala. Hal ini selaras dengan kutipan informan 4

berikut, “... *cuma nggak semua terpenuhi karena kan berdasarkan kebutuhan aja...*” Jadi, variabel ketersediaan obat-obatan termasuk dalam salah satu faktor yang memengaruhi tingginya angka rujukan di Puskesmas Mandala.

Ketersediaan obat-obatan tersebut di antaranya adalah beberapa jenis obat seperti analgesik, antipiretik, antiinflamasi non steroid, antipirai tersedia 6 item, anestesik tersedia 4 item, antialergi dan obat untuk anafilaksis tersedia 5 item, antidote dan obat lain untuk keracunan tersedia 3 item, antiepilepsi-antikonvulsi 2 item, antiinfeksi tersedia 16 item, antimigren 0 item, antiparkinson 0 item, obat yang memengaruhi darah tersedia 4 item, obat mata 0 item, disinfektan 0 item, obat dan bahan untuk gigi tersedia 16 item, hormon, obat endokrin dan kontrasepsi tersedia 6 item, obat kardiovaskuler 1 item, antiaritmia 0 item, antihipertensi tersedia 4 item, antiagregasi platelet tersedia 3 item, obat topikal untuk kulit tersedia 7 item, larutan elektrolit, nutrisi dan lain-lain tersedia 8 item, obat untuk saluran cerna tersedia 14 item, obat untuk penyakit paru obstruksi kronis 0 item, obat yang memengaruhi sistem imun 0 item, vaksin tersedia 6 item, obat untuk THT tersedia 2 item serta vitamin dan mineral tersedia 9 item.

#### **4.3.4 Pengetahuan tentang *Gatekeeper* di Puskesmas Mandala**

Puskesmas sebagai *gatekeeper* berfungsi sebagai kontak pertama pasien, penapis rujukan serta kendali mutu dan biaya. Tujuan dari konsep implementasi *gatekeeper* adalah:

1. Mengoptimalkan peran FKTP dalam sistem pelayanan kesehatan.
2. Mengoptimalkan fungsi fasilitas kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar kompetensinya.

3. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dengan melakukan penapisan pelayanan yang dirujuk sehingga mengurangi beban kerja rumah sakit.
4. Menata sistem rujukan.
5. Meningkatkan kepuasan peserta dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan 1, 2 dan 3 ditemukan persamaan tanggapan mengenai masyarakat yang masih banyak meminta rujukan atas permintaan sendiri (APS) di Puskesmas Mandala. Sebagaimana kutipan dari informan 1 berikut, “... kalau pasien yang minta rujukan atas permintaan sendiri itu masih banyak tapi kita nggak kasih, biar begaduh nggak kita kasih...” Kutipan dari informan 2 berikut, “... dari masyarakatnya masih banyak yang minta rujukan atas permintaan sendiri...” Dan kutipan dari informan 3 berikut, “... dari poli gigi yang minta rujukan atas permintaan sendiri banyak juga sih...”

Tingginya permintaan pasien untuk dirujuk terjadi akibat masih banyaknya pasien yang tidak tahu mengenai fungsi puskesmas sebagai *gatekeeper* atau penapis rujukan. Hal ini sesuai dengan hasil kuesioner terhadap pasien rujukan Puskesmas Mandala yang menunjukkan bahwa dari 66 responden secara keseluruhan diperoleh jawaban tahu (31,8%) lebih sedikit dibandingkan jawaban tidak tahu (68,2%). Padahal sesuai Permenkes No. 001 tahun 2012 tentang sistem rujukan berjenjang, pasien tidak berhak meminta dirujuk tetapi harus berdasarkan diagnosis penyakit atau indikasi medis dari dokter pemeriksa. Sesuai Permenkes tentang sistem rujukan, apabila dirujuk bukan berdasarkan indikasi medis dan

masih terdapat dalam 155 diagnosis yang telah ditetapkan berarti rumah sakit berhak menolak pasien tersebut.

Akan tetapi, itulah kendala yang dihadapi Puskesmas Mandala dalam menjalankan fungsinya sebagai *gatekeeper*. Sebagaimana pernyataan dari informan 1 yang mengatakan bahwa kendalanya adalah masyarakatnya yang tidak mau mengikuti aturan dan memaksakan kehendaknya. Alasan kebanyakan pasien yang meminta rujukan APS adalah karena mereka sudah membayar walaupun penyakit yang diderita saat berobat dan meminta rujukan itu termasuk dalam 155 penyakit yang harus tuntas ditangani di puskesmas atau dengan kata lain tak boleh dirujuk ke rumah sakit. Masih banyak pasien yang marah-marah sampai bergaduh dengan petugas kesehatan yang melayani saat meminta untuk dirujuk. Hal tersebut pun terkadang membuat petugas kesehatan merasa kurang dihargai karena masyarakat yang berobat tidak mau memahami.

Selain itu, pernyataan dari informan 2 juga mengatakan bahwa terkadang masih menemukan kendala. Kendalanya karena ada penyakit tertentu yang memang tidak bisa sembuh dan tidak layak dirujuk. Misalnya seperti pasien yang alergi, itu susah untuk sembuh dan dia harus pulang sementara itu masuk dalam kategori harus tuntas di puskesmas namun kadang-kadang pasien kurang bisa menerima. Kemudian, karena faktor usia yaitu orang tua dengan penyakit yang tak bisa tuntas dan dia tidak puas kalau tidak ke rumah sakit serta ketidakpercayaan pasien kepada dokter di puskesmas. Sementara itu, upaya yang dilakukan untuk menekan angka rujukan atas permintaan sendiri yang masih banyak tersebut adalah yang terpenting petugas kesehatan sudah berusaha menjelaskan. Tapi terkadang kalau ada penyakit seperti osteoporosis yang memang susah untuk

sembuh dan membuat si pasien tidak puas jika hanya ditangani di puskesmas maka kalau sudah tiga kali berobat dan tidak ada perubahan juga lantas pasien tersebut akhirnya diberi rujukan ke rumah sakit untuk menjaga kepuasannya karena dia juga telah membayar iuran BPJS Kesehatan miliknya.

Dan terakhir ialah pernyataan dari informan 2 yang mengatakan bahwa kendalanya yaitu dari menghadapi pasiennya sendiri. Kalau petugas kesehatan di Puskesmas Mandala sejauh ini sudah cukup berusaha dengan memotivasi pasien tapi mungkin dalam bayangan pasien kalau tidak ke rumah sakit maka tidak puas rasanya dan akhirnya rujukan APS pun masih juga sering terjadi. Dengan demikian, variabel pengetahuan tentang *gatekeeper* termasuk dalam salah satu faktor yang memengaruhi tingginya angka rujukan di Puskesmas Mandala.

#### **4.3.5 Pelaksanaan Rujukan di Puskesmas Mandala**

Sistem rujukan menurut Permenkes RI No 001 Tahun 2012 adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Dalam prosesnya, pelaksanaan rujukan di Puskesmas Mandala diketahui sudah sesuai pedoman sistem rujukan nasional yang ada. Hal ini dapat dilihat dari tanggapan informan 2 dan 3 tentang analisis sistem rujukan di Puskesmas Mandala menurut pedoman sistem rujukan nasional yang menunjukkan bahwa setiap pernyataan terkait tata laksana rujukan dari FKTP ke tingkat dua yang meliputi syarat merujuk pasien dan prosedur standar merujuk pasien yakni prosedur klinis hingga prosedur administratif rujukan seluruhnya dijawab dengan pilihan sesuai.



Pada syarat merujuk pasien, petugas kesehatan di Puskesmas Mandala sudah melakukan pemeriksaan terlebih dahulu kepada pasien yang datang berobat dan apabila kondisi pasien memang layak serta memenuhi syarat untuk dirujuk dengan tanda-tanda vital (*vital sign*) berada dalam kondisi baik/stabil serta *transportable* barulah pasien tersebut dirujuk. Dan dalam beberapa kasus jika pasien tidak datang langsung ke puskesmas untuk mendapatkan rujukan maka dokter dengan tegas tidak memberikan rujukan tersebut agar pelaksanaan sistem rujukan di Puskesmas Mandala dapat berjalan dengan semestinya.

Kemudian, pada prosedur standar merujuk pasien yakni prosedur klinis rujukan, pelaksanaan sistem rujukan di Puskesmas Mandala sudah mengikuti prosedur rutin yang ditetapkan terhadap rujukan kasus non emergensi serta memiliki SOP mengenai stabilisasi kondisi pasien yang datang dalam keadaan emergensi dan diberikan pertolongan kedaruratan pasien sesuai prosedur. Petugas kesehatan di Puskesmas Mandala sudah melakukan penyimpulan kasus bahwa pasien memenuhi syarat untuk dirujuk ketika hendak memberikan rujukan kepada yang bersangkutan. Dalam mempersiapkan rujukan, petugas juga sudah memberikan penjelasan kepada pasien/keluarga mengenai rujukan yang akan diberikan beserta lembar *informed consent*-nya.

Para petugas yang berwenang memberikan rujukan di Puskesmas Mandala juga memberikan penjelasan tentang rujukan dan hal-hal yang perlu dipersiapkan kepada pasien/keluarga dengan bahasa yang mudah dimengerti, penambahan informasi lain sesuai yang dibutuhkan dan meminta persetujuan dari pasien/keluarga terlebih dahulu sebelum mempersiapkan rujukan. Namun, petugas tidak menghubungi kembali unit pelayanan di fasilitas kesehatan rujukan untuk

memastikan sekali lagi bahwa pasien dapat diterima di fasilitas kesehatan rujukan tersebut atau justru harus menunggu sementara.

Dan pada prosedur administratif rujukan yang dilakukan sudah selaras dengan prosedur teknis terhadap pasien. Petugas Puskesmas Mandala sudah melengkapi rekam medis pasien yang akan dirujuk serta tindakan stabilisasi. Kelengkapan tersebut berupa tanggal berkunjung dan dirujuk, nomor kartu peserta, nama pasien, umur, alamat, diagnosis pasien, kode diagnosis serta rumah sakit dan poli yang akan dituju dan itu semua dicatat pada buku register rujukan pasien yang diisi secara rutin setiap hari Administrasi pengiriman pasien telah diselesaikan ketika pasien sudah setuju untuk dirujuk, kemudian puskesmas langsung membuat surat rujukan pasien rangkap 2, lembar pertama dikirim ke fasilitas kesehatan rujukan bersama pasien sedangkan lembar kedua disimpan sebagai arsip bersama rekam medis pasien tersebut.

Hasil yang diperoleh dari informan tersebut pun sejalan dengan hasil kuesioner terhadap pasien rujukan Puskesmas Mandala yang menunjukkan bahwa dari 66 responden secara keseluruhan diperoleh jawaban terlaksana (89,4%) lebih banyak dibandingkan jawaban tidak terlaksana (10,6%). Jadi, variabel pelaksanaan sistem rujukan tidak termasuk dalam salah satu faktor yang memengaruhi tingginya angka rujukan di Puskesmas Mandala.

#### **4.3.6 Posisi Wilayah Puskesmas Mandala**

Puskesmas Mandala merupakan salah satu FKTP yang bertugas di Kota Madya Medan meski secara geografi letaknya justru berada di Kabupaten Deli Serdang. Oleh karena itu, posisi wilayah puskesmas yang mencakup 4 kelurahan dengan 48 lingkungan sebagai wilayah kerjanya ini tumpang tindih dengan

puskesmas terdekat di kabupaten tersebut dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

#### **4.3.7 Teori-Teori Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Terdapat empat teori pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu:

##### **A. Model Andersen**

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh komponen predisposisi, pemungkin serta kebutuhan seseorang akan pelayanan kesehatan. Andersen menguraikan komponen predisposisi tersebut dalam tiga faktor, yaitu:

- a. Faktor demografi yang meliputi usia, jenis kelamin dan status perkawinan, struktur sosial yang meliputi tingkat pendidikan, pekerjaan dan ras serta kepercayaan yang meliputi keyakinan, sikap atau pandangan terhadap pelayanan kesehatan dan pengetahuan.
- b. Faktor pemungkin yang meliputi sumber daya keluarga yakni pendapatan, cakupan asuransi serta kualitas pelayanan dan jarak.
- c. Faktor kebutuhan yang meliputi tarif, fasilitas, pelayanan personil, lokasi, kecepatan pelayanan serta informasi.

Berikut faktor-faktor yang menentukan pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Andersen, yaitu:

- a. Karakteristik Pemungkin (*Predisposing Characteristics*) menerangkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda dan digolongkan atas ciri demografi seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan dan jumlah keluarga serta struktur sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan dan kesukaan, sikap dan keyakinan individu terhadap pelayanan kesehatan.

- b. Karakteristik Pendukung (*Enabling Characteristics*) menjelaskan bahwa meskipun individu mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, tidak akan bertindak menggunakannya kecuali mampu memperolehnya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung pada kemampuan konsumen untuk membayar. Yang termasuk karakteristik ini adalah sumber keluarga (*family resources*) meliputi pendapatan keluarga, cakupan asuransi kesehatan dan pihak-pihak yang membiayai individu atau keluarga dalam mengonsumsi pelayanan kesehatan, sumber daya masyarakat (*community resources*) meliputi tersedianya pelayanan kesehatan, ketercapaian pelayanan dan sumber-sumber yang ada di dalam masyarakat.
- c. Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristics*). Faktor predisposisi dan faktor pendukung bisa terwujud menjadi tindakan pencarian pengobatan jika tindakan itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan ialah dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Kebutuhan pelayanan kesehatan bisa dikategorikan meliputi kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*) atau keadaan kesehatan yang dirasakan, *evaluate/clinical* diagnosis yang merupakan penilaian keadaan sakit didasarkan oleh penilaian petugas.

## **B. Model Zschock**

Pada model ini, beberapa faktor yang memengaruhi seseorang menggunakan pelayanan kesehatan ialah sebagai berikut:

- a. Status kesehatan yakni makin tinggi status kesehatan makin sering memanfaatkan pelayanan kesehatan, pendapatan yakni pendapatan yang kurang akan sulit mendapatkan pelayanan kesehatan dan pendidikan yakni

pendidikan yang tinggi akan lebih mudah mendapat informasi pelayanan kesehatan.

- b. Faktor konsumen dan PPK *provider* sebagai pemberi jasa pelayanan memiliki peranan yang lebih besar dalam menentukan tingkat dan jenis pelayanan yang akan dikonsumsi jika dibandingkan dengan konsumen sebagai pembeli jasa pelayanan. Hal ini sangat memungkinkan *provider* melakukan pemeriksaan dan tindakan yang sebenarnya tidak diperlukan bagi pasien. Pada beberapa daerah yang telah maju serta sarana pelayanan kesehatannya banyak, masyarakat bisa menentukan pilihan terhadap *provider* yang sesuai dengan keinginan konsumen/pasien. Tetapi bagi masyarakat dengan sarana dan fasilitas kesehatan terbatas maka tidak ada pilihan lain kecuali menyerahkan semua keputusan tersebut kepada *provider* yang ada.
- c. Kemampuan dan penerimaan pelayanan kesehatan. Kemampuan membayar pelayanan kesehatan berhubungan erat dengan tingkat penerimaan serta penggunaan pelayanan kesehatan. Pihak ketiga (perusahaan asuransi) pada umumnya cenderung membayar pembiayaan kesehatan tertanggung lebih besar dibanding dengan perorangan.
- d. Risiko sakit dan lingkungan. Faktor risiko dan lingkungan juga memengaruhi tingkat utilisasi pelayanan kesehatan seseorang. Risiko sakit tidak sama pada setiap individu dan datangnya penyakit tidak terduga pada masing-masing individu. Di samping itu, faktor lingkungan sangat memengaruhi status kesehatan individu maupun masyarakat. Lingkungan hidup yang memenuhi persyaratan kesehatan memberikan risiko sakit yang lebih rendah kepada individu dan masyarakat.

### C. Model Andersen dan Anderson

Model ini menggolongkan tujuh kategori berdasarkan tipe dari variabel yang digunakan sebagai faktor yang menentukan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, di antaranya:

- a. Model Demografi (*Demographic Model*). Variabel-variabel yang dipakai adalah umur, seks, status perkawinan dan besarnya keluarga. Variabel ini digunakan sebagai utilisasi pelayanan kesehatan.
- b. Model Struktur Sosial (*Social Structural Model*). Variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan dan etnis. Variabel ini menggambarkan status sosial dari individu atau keluarga dalam masyarakat yang bisa juga mencerminkan terkait gaya hidup mereka. Struktur sosial dan gaya hidup masyarakat ini akan menggambarkan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat itu sendiri.
- c. Model Sosial Psikologis (*Social Psychological Model*). Variabel yang dipakai ialah pengetahuan, sikap dan keyakinan individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variabel psikologi ini memengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak dalam menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia.
- d. Model Sumber Daya Keluarga (*Family Resource Model*). Variabel yang digunakan adalah pendapatan keluarga dan cakupan asuransi kesehatan. Variabel ini bisa mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Makin komprehensif paket asuransi kesehatan yang sanggup individu beli, makin terjamin pelayanan kesehatan yang dibutuhkan bisa dikonsumsi oleh individu.

- e. Model Sumber Daya Masyarakat (*Community Resource Model*). Variabel yang digunakan adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat. Pada dasarnya model sumber daya masyarakat ini adalah suplai ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber kesehatan pada masyarakat. Artinya, semakin banyak PPK yang tersedia maka semakin tinggi aksesibilitas masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan.
- f. Model Organisasi (*Organization Model*). Variabel yang digunakan yaitu pencerminan perbedaan bentuk-bentuk system pelayanan kesehatan, meliputi gaya (*style*) praktik pengobatan misalnya sendiri, rekanan atau kelompok, sifat alamiah (*nature*) dari pelayanan tersebut misalnya membayar langsung atau tidak, lokasi dari pelayanan kesehatan misalnya pribadi, rumah sakit atau klinik, petugas kesehatan yang pertama kali dikontak oleh pasien misalnya dokter, perawat atau yang lainnya.
- g. Model Sistem Kesehatan. Model ini mengintegrasikan keenam model di atas ke dalam suatu model yang lebih sempurna sehingga apabila dilakukan analisis terhadap penyediaan dan utilisasi pelayanan kesehatan harus dipertimbangkan semua faktor yang berpengaruh di dalamnya.

#### **D. Model Green**

Menurut Green, terdapat tiga faktor yang memengaruhi tindakan seseorang, di antaranya:

- a. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factor*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan persepsi yang membangkitkan motivasi seseorang untuk bertindak.

- b. Faktor Pendukung (*Enabling Factor*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, keterampilan dan sumber daya yang dibutuhkan untuk mendukung perilaku kesehatan seseorang seperti fasilitas kesehatan, personalia, keterjangkauan biaya, jarak serta fasilitas transportasi.
- c. Faktor Pendorong (*Reinforcing Factor*) ialah faktor yang menentukan apakah tindakan seseorang memperoleh dukungan atau tidak. Misalnya dukungan dari pemimpin tokoh masyarakat, keluarga dan orang tua (Rini, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh diketahui bahwa responden yang merupakan pasien peserta BPJS Kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Mandala yang pernah melakukan rujukan dengan kasus non spesialisatik kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan saat berobat di FKTP tersebut dikarenakan mereka memiliki rasa kepercayaan yang rendah terhadap tenaga medis seperti dokter di FKTP. Sehingga apabila hanya berobat di puskesmas, mereka akan merasa kurang puas dan akhirnya memaksa untuk dirujuk berobat ke rumah sakit.

Hal tersebut terjadi karena kurangnya pengetahuan masyarakat tentang puskesmas yang berfungsi sebagai *gatekeeper* atau penapis rujukan di era JKN saat ini yang berarti jika setiap dokter di FKTP tentu telah memenuhi Standar Kompetensi Dokter Indonesia dan mampu menangani 155 diagnosis penyakit secara mandiri dan tuntas. Dengan demikian, masyarakat yang berobat dengan penyakit yang masih termasuk dalam 155 kasus non spesialisatik itu maka sudah semestinya percaya dengan pelayanan yang akan ia terima dari FKTP tersebut.



#### 4.3.8 Integrasi Keislaman

Tingginya angka rujukan berkaitan dengan kualitas pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan kepada pasien. Namun dalam hal ini, petugas di Puskesmas Mandala telah menerapkan pelayanan sesuai dengan istilah CARTER (*Compliance, Assurance, Reliability, Tangibles, Empathy* dan *Responsiveness*) seperti yang dikemukakan oleh Othman dan Owen (2001).

##### 1. *Compliance* (Kepatuhan)

Petugas kesehatan di Puskemas Mandala telah melaksanakan tugas pokok serta fungsinya masing-masing dengan penuh tanggung jawab (amanah) serta patuh dalam menaati peraturan maupun prosedur pelayanan yang telah ditetapkan. Hal ini sesuai sebagaimana yang dijelaskan dalam QS. An-Nisa' ayat 58 yaitu:

إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَىٰ أَهْلِهَا وَإِذَا حَكَمْتُمْ بَيْنَ النَّاسِ أَنْ تَحْكُمُوا بِالْعَدْلِ إِنَّ اللَّهَ نِعِمَّا يَعِظُكُمْ بِهِ إِنَّ اللَّهَ كَانَ سَمِيعًا بَصِيرًا ﴿٥٨﴾

“*Sungguh, Allah menyuruhmu menyampaikan amanat kepada yang berhak menerimanya, dan apabila kamu menetapkan hukum di antara manusia hendaknya kamu menetapkannya dengan adil. Sungguh, Allah sebaik-baiknya yang memberi pengajaran kepadamu. Sungguh, Allah adalah Maha Mendengar lagi Maha Melihat*” (QS. An-Nisa' : 58).

##### 2. *Assurance* (Jaminan)

Petugas kesehatan di Puskemas Mandala telah berusaha untuk memberikan jaminan sesuai kompetensi yang dimiliki dan juga etika yang baik kepada pasien agar dapat merasa terjamin dengan pelayanan yang ia terima. Hal ini sesuai sebagaimana yang dijelaskan dalam QS. Al-Qasas ayat 26 yaitu:

قَالَتْ إِحْدَاهُمَا يَأْتِيَنَّكَ اسْتَعْجِرُهُ ۖ إِنَّ خَيْرَ مَنِ اسْتَعَجَرْتَ الْقَوِيُّ الْأَمِينُ ﴿٢٦﴾

“Dan salah seorang dari kedua (perempuan) itu berkata: "Wahai ayahku jadikanlah dia sebagai pekerja (pada kita), sesungguhnya orang yang paling baik yang engkau ambil sebagai pekerja (pada kita) ialah orang yang kuat dan dapat dipercaya".” (QS. Al-Qasas : 26).

### 3. Reliability (Keandalan)

Petugas kesehatan di Puskesmas Mandala telah berusaha memberikan pelayanan kesehatan secara optimal kepada seluruh pasien sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat juga terpercaya. Hal ini sesuai sebagaimana yang dijelaskan dalam QS. An-Nahl ayat 91 yaitu:

وَأَوْفُوا بِعَهْدِ اللَّهِ إِذَا عَاهَدْتُمْ وَلَا تَنْقُضُوا الْأَيْمَانَ بَعْدَ تَوْكِيدِهَا وَقَدْ جَعَلْتُمُ اللَّهَ عَلَيْكُمْ كَفِيلًا إِنَّ اللَّهَ يَعْلَمُ مَا تَفْعَلُونَ ﴿٩١﴾

“Dan tepatilah perjanjian dengan Allah apabila kamu berjanji dan janganlah kamu membatalkan sumpah-sumpah(mu) itu, sesudah meneguhkannya, sedang kamu telah menjadikan Allah sebagai saksimu (terhadap sumpah-sumpahmu itu). Sesungguhnya Allah mengetahui apa yang kamu perbuat” (QS. An-Nahl : 91).

### 4. Tangibles (Wujud Fisik)

Petugas kesehatan di Puskesmas Mandala selalu menjaga penampilan dan pakaiannya saat memberikan pelayanan agar terlihat sopan dan membuat nyaman pasien tanpa mengumbar aurat. Hal ini sesuai sebagaimana yang dijelaskan dalam QS. Al-A'raf ayat 26 yaitu:

يَبْنَیْ ءَادَمَ قَدْ أَنْزَلْنَا عَلَيْكُمْ لِبَاسًا يُورِي سَوْءَ تِكُمْ وَرِيشًا ط

“Wahai anak cucu Adam, sesungguhnya Kami telah menyediakan pakaian untuk menutupi auratmu dan untuk perhiasan bagimu” (QS. Al-A'raf : 26).

### 5. *Empathy* (Kepedulian)

Petugas kesehatan di Puskesmas Mandala telah memperlakukan setiap pasien secara adil sesuai kebutuhannya tanpa memandang status dan kedudukannya saat datang untuk mendapatkan pelayanan. Hal ini sesuai sebagaimana yang dijelaskan dalam QS. An-Nahl ayat 90 yaitu:

إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ

“*Sesungguhnya Allah menyuruh (kamu) berlaku adil dan berbuat kebajikan*”

(QS. An-Nahl : 90).

### 6. *Responsiveness* (Daya Tanggap)

Petugas kesehatan di Puskesmas Mandala telah memberikan pelayanan kesehatan yang cepat dan tepat kepada para pasien, hal itu menunjukkan jika petugas tanggap dan bersikap profesional sehingga menghasilkan kinerja yang berkualitas. Hal ini sesuai sebagaimana yang dijelaskan dalam QS. Al-Insyirah ayat 7 yaitu:

فَإِذَا فَرَغْتَ فَانصَبْ

“*Maka apabila kamu telah selesai (dari sesuatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain*” (QS. Al-Insyirah : 7).

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian tentang analisis penerapan rujukan berjenjang pasien peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala Kota Medan diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Variabel ketersediaan tenaga kesehatan tidak termasuk dalam salah satu faktor yang memengaruhi tingginya angka rujukan di Puskesmas Mandala. Hal ini dapat dilihat dari jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Mandala yang sudah memadai bahkan berlebih jika ditinjau berdasarkan standar Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014, namun masih belum lengkap sebab tidak ada dokter spesialis seperti dokter mata ataupun dokter THT.
2. Variabel ketersediaan sarana dan fasilitas kesehatan termasuk dalam salah satu faktor yang memengaruhi tingginya angka rujukan di Puskesmas Mandala. Hal ini dapat dilihat dari alat-alat kesehatan yang tersedia di Puskesmas Mandala masih dalam keadaan kurang sebab belum sesuai menurut kompedium alat kesehatan yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 118/Menkes/SK/IV/2014. Di mana dari 115 jumlah item yang seharusnya tersedia di puskesmas namun hanya 34 item yang tersedia di Puskesmas Mandala.
3. Variabel ketersediaan obat-obatan termasuk dalam salah satu faktor yang memengaruhi tingginya angka rujukan di Puskesmas Mandala. Hal ini dapat dilihat dari ketersediaan obat di Puskesmas Mandala yang belum sesuai

dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 159/Menkes/Sk/V/2014 tentang formularium nasional. Di mana dari 236 jenis obat yang seharusnya tersedia di puskesmas namun hanya 116 jenis obat yang tersedia di Puskesmas Mandala.

4. Variabel pengetahuan tentang *gatekeeper* termasuk dalam salah satu faktor yang memengaruhi tingginya angka rujukan di Puskesmas Mandala. Hal ini dapat dilihat dari pernyataan para informan mengenai masyarakat yang masih banyak meminta rujukan atas permintaan sendiri (APS) akibat kurangnya pengetahuan terhadap fungsi puskesmas sebagai *gatekeeper* atau penapis rujukan dalam pelayanan kesehatan dan hal tersebut turut dibuktikan melalui hasil kuesioner yang diperoleh.
5. Variabel pelaksanaan sistem rujukan tidak termasuk dalam salah satu faktor yang memengaruhi tingginya angka rujukan di Puskesmas Mandala. Hal ini dapat dilihat dari jawaban para informan mengenai pelaksanaan pelayanan rujukan di Puskesmas Mandala yang sudah sesuai dengan Pedoman Sistem Rujukan Nasional yang ada dan hal tersebut turut dibuktikan melalui hasil kuesioner yang diperoleh.

## **5.2 Saran**

Berdasarkan hasil penelitian mengenai analisis penerapan rujukan berjenjang pasien peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala Kota Medan, ada beberapa saran yang perlu disampaikan yakni sebagai berikut:

### 1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Medan

Bagi pihak Dinas Kesehatan Kota Medan diharapkan untuk lebih kooperatif dengan pihak Puskesmas Mandala dalam melengkapi sarana dan fasilitas kesehatan sesuai kompedium alat kesehatan dan juga obat-obatan sesuai dengan formularium nasional yang telah ditetapkan.

### 2. Bagi Puskesmas Mandala

Bagi Puskesmas Mandala diharapkan agar lebih giat memberikan masyarakat sosialisasi mengenai sistem rujukan berjenjang dalam pelayanan kesehatan agar pasien dapat memahami dan menaati prosedur rujukan yang ada dan memiliki pengetahuan terkait fungsi puskesmas sebagai *gatekeeper* atau penapis rujukan sehingga tidak lagi meminta rujukan atas permintaan sendiri (APS).

### 3. Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat diharapkan untuk lebih kooperatif dalam melaksanakan rujukan sesuai dengan prosedur yang ada dan memang seyogianya ditaati bersama tanpa terkecuali.

### 4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan agar dapat melakukan kajian lebih mendalam mengenai penerapan rujukan berjenjang pasien peserta BPJS Kesehatan dari segi ketersediaan tenaga kesehatan, sarana dan fasilitas kesehatan, obat-obatan, pengetahuan tentang *gatekeeper* serta pelaksanaan sistem rujukan di puskesmas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anita, Betri., Febriawati, Henni dan Yandrizal. (2019). *Puskesmas dan Jaminan Kesehatan Nasional*. Yogyakarta: Deepublish.
- Arikunto, S. (2009). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi Revisi 6. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ashar, Robby., Wijayanegara, Hidayat dan Sutadipura, Nugraha. (2014). *Penilaian Rujukan Pasien Bersalin Peserta BPJS Kesehatan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Berdasarkan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional Periode 1 Oktober -31 Desember 2014*. Prosiding Pendidikan Dokter.
- Ayuningtyas, D. (2018). *Analisis Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Aplikasi* (1st ed.). Depok: Rajawali Pers.
- BPJS Kesehatan. (2013). *Panduan Layanan Bagi Peserta BPJS Kesehatan*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Buku Pegangan Sosialisasi JKN dalam SJSN*. 2014, Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Gatekeeper Concept Faskes BPJS Kesehatan*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- BPJS Kesehatan. (2015). *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2015 tentang Norma Penetapan Besaran Kapitasi dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada FKTP*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

- BPJS Kesehatan. (2016). *Peraturan BPJS Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pada Penyelenggaraan Program JKN*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- BPJS Kesehatan. (2017). *Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2017*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Dachi, Rahmat Alyakin. (2017). *Proses dan Analisis Kebijakan Kesehatan (Suatu Pendekatan Konseptual)*. Yogyakarta: Deepublish.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. (2017). *Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. 2017*. Medan: Dinkesprovsu.
- Dirjen BUK Kementerian Kesehatan RI (2012). *Pedoman Sistem Rujukan Nasional*. Jakarta: Dirjen BUK Kementerian Kesehatan RI.
- Gulo, Martimanjaya. (2015). *Analisis Rujukan Puskesmas Botombawo Kabupaten Nias Dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional*. (skripsi). Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Gurning, Fitriani P dan Pratama, Muchti Yuda. (2017). *Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*. Medan: Perdana Medika.
- Hastono, S. P. (2016). *Analisis Data Pada Bidang Kesehatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Kementerian Sekretariat Negara RI. (2015). *JKN: Perjalanan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.



- Kepmenkes Republik Indonesia. (2014). *Keputusan Menteri Kesehatan nomor 159/Menkes/SK/V/2014 tentang Formularium Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Lasari, Hadrianti, dkk. (2020). *Sistem Rujukan Online di Puskesmas*. Ponorogo: Myria Publisher.
- Manzilati, A. (2017). *Metodologi Penelitian Kualitatif Paradigma, Metode dan Aplikasi*. Malang: UB Press.
- Othman, Abdul Qawi dan Lynn Owen. (2001). *Adopting and Measuring Customer Service Quality (SQ) in Islamic Banking: A Case Study in Kuwait Finance House*. International Journal of Islamic Financial Services.
- Purwati, E., Nuryadi, & Herawati. (2017). *Pengambilan Keputusan Dalam Pelaksanaan Rujukan Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. E-Jurnal Pustaka Kesehatan.
- Purwoastuti, Endang dan Walyani, Elisabeth Siwi. (2015). *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan*. Yogyakarta: Pustakabarupress.
- Puskesmas Mandala. (2019). *Profil Puskesmas Mandala Tahun 2019*. Medan.
- Puskesmas Mandala. (2019). *Data Dasar Puskesmas Mandala Tahun 2019*. Medan.
- Puspitaningtyas, A., Indarwati., Kartikasari, D. (2014). *Pelaksanaan Sistem Rujukan di RSUD Banyudono*.
- Putra, Rizky Pratama. (2014). *Pengaruh Kualitas Pelayanan Islami Terhadap Kepuasan Dan Loyalitas Nasabah Bank BRI Syariah Surabaya*. Jurnal Universitas Airlangga Vol. 1, No. 9.

- Permenkes RI, (2012). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Permenkes RI. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Permenkes RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 5 Tahun 2014 Tentang Paduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Kesehatan Primer*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Permenkes RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 tahun 2014, tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Permenkes RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Permenkes RI. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Permenkes RI. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Rachmadi, Muhammad & Muslim. (2015). *Manajemen Pelayanan Publik Dalam Perspektif Islam (Studi di Rumah Sakit Ibnu Sina Kota Pekanbaru)*. JURIS Vol. 14, No. 2.

- Rini, Asep Setya. (2015). *Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat*. J Agromed Unila Vol. 2, No. 2.
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kombinasi (Mix Methods)*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suhartati, D. (2015). *Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) Pada Peserta BPJS Kesehatan Di Puskesmas 5 Ilir Dan Puskesmas Merdeka*.
- Siyoto, Sandu dan Supriyanto, S. (2015). *Kebijakan dan Manajemen Kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit Andi Offset.
- Undang-Undang. (2009). *Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1 Daftar Pertanyaan Wawancara Mendalam

#### **Informan 1 : Kepala Puskesmas Mandala**

Nama :

No. HP :

#### **A. Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas**

1. Bagaimana pendapat bapak/ibu tentang ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas Mandala? Apakah sudah cukup? Berapa jumlahnya secara keseluruhan? Apakah sudah sesuai dengan standar puskesmas?

#### **B. Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Kesehatan di Puskesmas**

1. Bagaimana pendapat bapak/ibu tentang ketersediaan sarana dan fasilitas kesehatan di Puskesmas Mandala dalam pelaksanaan diagnosis penyakit di era JKN? Apakah sudah lengkap sesuai dengan standar pelayanan primer dalam era JKN?
2. Apa yang akan bapak/ibu lakukan jika alat kesehatan yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada pasien tidak ada di puskesmas?

#### **C. Ketersediaan Obat-Obatan di Puskesmas**

1. Apakah ketersediaan obat dalam melayani pasien di Puskesmas Mandala sudah sesuai dengan formulasi nasional yang telah ditetapkan?
2. Apakah yang akan bapak/ibu lakukan jika obat yang diberikan kepada pasien tidak ada di puskesmas?

**D. Pengetahuan tentang *Gatekeeper***

1. Apakah yang bapak/ibu ketahui tentang konsep *gatekeeper* menurut BPJS Kesehatan yang maksudnya puskesmas berfungsi sebagai penapis rujukan?
2. Bagaimana pendapat bapak/ibu mengenai Puskesmas Mandala sebagai *gatekeeper*?
3. Apa saja kendala yang dihadapi Puskesmas Mandala dalam menjalankan fungsinya sebagai *gatekeeper*?

**Informan 2 : Dokter Umum Puskesmas Mandala**

Nama :

No. HP :

**A. Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas**

1. Bagaimana pendapat bapak/ibu tentang ketersediaan dokter umum di Puskesmas Mandala? Apakah sudah cukup? Berapa jumlahnya secara keseluruhan? Apakah sudah sesuai dengan standar puskesmas?

**B. Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Kesehatan di Puskesmas**

1. Bagaimana pendapat bapak/ibu tentang ketersediaan sarana dan fasilitas kesehatan Puskesmas Mandala dalam pelaksanaan diagnosis penyakit di era JKN? Apakah sudah lengkap sesuai dengan standar pelayanan primer dalam era JKN?
2. Apa yang akan bapak/ibu lakukan jika alat kesehatan yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien tidak ada di puskesmas?

**C. Ketersediaan Obat-Obatan di Puskesmas**

1. Apakah ketersediaan obat dalam melayani pasien sudah lengkap dan sesuai dengan formulasi nasional yang telah ditetapkan?
2. Apakah yang akan bapak/ibu lakukan jika obat yang diberikan kepada pasien tidak ada di puskesmas?

**D. Pengetahuan tentang *Gatekeeper***

1. Apakah yang bapak/ibu ketahui tentang konsep *gatekeeper* menurut BPJS Kesehatan yang maksudnya puskesmas berfungsi sebagai penapis rujukan?
2. Bagaimana pendapat bapak/ibu mengenai Puskesmas Mandala sebagai *gatekeeper*?
3. Apa saja kendala yang dihadapi Puskesmas Mandala dalam menjalankan fungsinya sebagai *gatekeeper*?
4. Apakah yang bapak/ibu lakukan jika ada pasien datang dan langsung meminta rujukan sendiri? Apakah di puskesmas ini banyak terjadi rujukan APS (atas permintaan sendiri)? Mengapa demikian? Adakah upaya untuk menekan angka rujukan tersebut?

**Informan 3 : Dokter Gigi Puskesmas Mandala**

Nama :

No. HP :

**A. Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas**

1. Bagaimana pendapat bapak/ibu tentang ketersediaan dokter gigi di Puskesmas Mandala? Apakah sudah cukup? Berapa jumlahnya secara keseluruhan? Apakah sudah sesuai dengan standar puskesmas?

**B. Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Kesehatan di Puskesmas**

1. Bagaimana pendapat bapak/ibu tentang ketersediaan sarana dan fasilitas kesehatan Puskesmas Mandala dalam pelaksanaan diagnosis penyakit di era JKN? Apakah sudah lengkap sesuai dengan standar pelayanan primer dalam era JKN?
2. Apa yang akan bapak/ibu lakukan jika alat kesehatan yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien tidak ada di puskesmas?

**C. Ketersediaan Obat-Obatan di Puskesmas**

1. Apakah ketersediaan obat dalam melayani pasien sudah lengkap dan sesuai dengan formulasi nasional yang telah ditetapkan?
2. Apakah yang akan bapak/ibu lakukan jika obat yang diberikan kepada pasien tidak ada di puskesmas?



**D. Pengetahuan tentang *Gatekeeper***

1. Apakah yang bapak/ibu ketahui tentang konsep *gatekeeper* menurut BPJS Kesehatan yang maksudnya puskesmas berfungsi sebagai penapis rujukan?
2. Bagaimana pendapat bapak/ibu mengenai Puskesmas Mandala sebagai *gatekeeper*?
3. Apa saja kendala yang dihadapi Puskesmas Mandala dalam menjalankan fungsinya sebagai *gatekeeper*?
4. Apakah yang bapak/ibu lakukan jika ada pasien datang dan langsung meminta rujukan sendiri? Apakah di puskesmas ini banyak terjadi rujukan APS (atas permintaan sendiri)? Mengapa demikian? Adakah upaya untuk menekan angka rujukan tersebut?

**Informan 4 : Pengelola Obat Puskesmas Mandala**

Nama :

No. HP :

**A. Ketersediaan Obat-Obatan di Puskesmas**

1. Bagaimana kebutuhan obat di puskesmas dan bagaimana proses perencanaannya?
2. Apakah ketersediaan obat sudah sesuai dengan formulasi nasional yang telah ditetapkan?
3. Apakah yang akan bapak/ibu lakukan jika obat yang diberikan kepada pasien tidak ada di puskesmas?
4. Obat untuk penyakit apa yang sering stoknya habis?
5. Apakah ada obat yang stoknya kosong karena keterlambatan stok dari Dinkes?
6. Berapa lama waktu stok obat dari Dinkes? (per 2 bulan/ per 3 bulan) jika stoknya kosong lalu bagaimana?

**Lampiran 2** Daftar Pertanyaan Wawancara Khusus Informan 2 & 3

**Tabel Analisis Sistem Rujukan di Puskesmas Mandala Kota Medan menurut Pedoman Sistem Rujukan Nasional**

No	Pedoman Sistem Rujukan Nasional	Pelaksanaan di Puskesmas Mandala	Telaah (Sesuai/Belum Sesuai)
Tata Laksana Rujukan dari Fasyankes Tingkat Pertama ke Tingkat Dua			
A. Syarat Merujuk Pasien			
1.	Pasien yang akan dirujuk sudah diperiksa, dan disimpulkan bahwa kondisi pasien layak serta memenuhi syarat untuk dirujuk, tanda-tanda vital ( <i>vital sign</i> ) berada dalam kondisi baik/stabil serta <i>transportable</i> , dan memenuhi salah satu syarat untuk dirujuk.		
B. Prosedur Standar Merujuk Pasien			
1.	Prosedur Klinis Rujukan:		
	1) Prosedur klinis pada kasus non emergensi, proses rujukan mengikuti prosedur rutin yang ditetapkan yaitu provider kesehatan menerima pasien di puskesmas, melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik yang mampu dilakukan puskesmas untuk menentukan diagnosis pada pasien.		
	2) Petugas yang berwenang segera melakukan pertolongan (prosedur <i>life saving</i> ) untuk menstabilkan kondisi pasien yang datang dalam keadaan emergensi dan membutuhkan pertolongan kedaruratan medik sesuai SOP.		
	3) Menyimpulkan kasus bahwa pasien memenuhi syarat untuk dirujuk sesuai dengan salah satu kriteria dalam syarat merujuk pasien.		
	4) Mempersiapkan rujukan untuk pasien dengan memberikan pasien/keluarganya penjelasan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti pasien/keluarga dan <i>informed consent</i> sebagai bagian dari prosedur operasional yang sangat erat kaitannya		

---

dengan prosedur teknis pelayanan pasien.

---

5) Penjelasan berkaitan dengan penyakit/masalah kesehatan pasien dan kondisi pasien saat itu, tujuan dan pentingnya pasien harus dirujuk, kemana pasien akan dirujuk, akibat atau risiko yang terjadi apabila rujukan tidak dilakukan dan keuntungan dilakukannya rujukan.

---

6) Dilakukan rencana dan proses pelaksanaan rujukan serta tindakan yang mungkin akan dilakukan di faskes rujukan yang dituju.

---

7) Dijelaskan hal-hal yang perlu dipersiapkan oleh pasien/keluarga.

---

8) Penjelasan-penjelasan lain yang berhubungan dengan proses rujukan termasuk berbagai persyaratan secara lengkap untuk memberi kesempatan pada pasien/keluarga.

---

9) Putusan akhir rencana pelaksanaan rujukan ada pada pasien/ keluarganya untuk setuju atau menolak dirujuk sesuai alur rujukan yang ada serta kesepakatan akhir atau hasil penjelasan dinyatakan dengan pembubuhan tanda tangan dua belah pihak dalam format *informed consent* sesuai prosedur.

---

10) Atas persetujuan rujukan dari pasien/keluarga puskesmas berwenang mempersiapkan rujukan dengan memberikan tindakan pra rujukan sesuai kondisi pasien sebelum dirujuk berdasarkan SPO.

---

11) Puskesmas menghubungi kembali unit pelayanan di faskes rujukan untuk memastikan sekali lagi bahwa pasien dapat diterima di faskes rujukan atau harus menunggu sementara ataupun mencarikan faskes rujukan lainnya sebagai alternatif.

---

2. Prosedur Administratif Rujukan:

1) Dilakukan sejalan dengan prosedur teknis pada pasien.

---

2) Melengkapi rekam medis pasien setelah tindakan untuk menstabilkan

---

---

kondisi pasien pra rujukan.

---

3) Setelah puskesmas memberikan penjelasan secara lengkap dan keputusan akhir telah diambil setuju ataupun menolak untuk dirujuk, tetap harus melengkapi *informed consent* sesuai format prosedur untuk tanda tangan kedua belah pihak, pihak puskesmas dan pasien/keluarga.

---

4) Selanjutnya format *informed consent* yang telah ditandatangani disimpan dalam rekam medis pasien yang bersangkutan. Bila telah digunakan perangkat TIK/ICT, format *informed consent* dapat dilengkapi dengan foto, rekaman pembicaraan proses pengambilan keputusan dan lainnya.

---

5) Selanjutnya apabila pasien sudah setuju untuk dirujuk maka puskesmas harus membuat surat rujukan pasien rangkap 2, lembar pertama dikirim ke faskes rujukan bersama pasien, lembar kedua disimpan sebagai arsip bersama rekam medis pasien yang akan dirujuk.

---

6) Puskesmas harus mencatat pasien pada buku register rujukan pasien.

---

7) Administrasi pengiriman pasien harus diselesaikan ketika pasien akan segera dirujuk.

---

**Lampiran 3** Kuesioner Penelitian

Tgl:	No. Responden:
------	----------------

**Identitas Responden**

Nama/Usia :

Pekerjaan :

Pendidikan terakhir :

**Keterangan Rujukan APS**

**Petunjuk:** Pilih salah satu jawaban yang paling tepat dan lingkari jawaban yang Anda pilih!

1. Apakah Anda pernah melakukan rujukan di Puskesmas Mandala atas permintaan sendiri (APS)?

**(Jika Tidak silakan lewati pertanyaan nomor 2)**

b. Ya                      Tidak

2. Jika ya, apakah sering?

a. Ya                      Tidak

3. Alasan melakukan rujukan atas permintaan sendiri (APS):

.....

4. Apa penyakit yang Anda derita saat melakukan rujukan?

.....

**Petunjuk:** Pilih salah satu jawaban yang paling tepat dan berikan tanda ceklis (√) pada jawaban yang Anda pilih!

No	Pernyataan	Ya	Tidak
<b>A. Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas</b>			
1.	Dokter yang menangani penyakit Anda tersedia di Puskesmas Mandala		

		Ya	Tidak
2.	Petugas ada di tempat ketika Anda ingin mengambil rujukan		
<b>B. Ketersediaan Sarana dan Fasilitas Kesehatan di Puskesmas</b>			
3.	Ketika berobat di Puskesmas Mandala tersedia alat fasilitas kesehatan yang dibutuhkan		
4.	Anda tidak pernah diarahkan untuk periksa lab di laboratorium yang lain		
<b>C. Ketersediaan Obat-Obatan di Puskesmas</b>			
5.	Ketika berobat di Puskesmas Mandala tersedia obat yang dibutuhkan		
6.	Anda tidak pernah diarahkan untuk membeli obat di apotek yang lain		
<b>D. Pengetahuan tentang Gatekeeper</b>			
7.	Jika semakin sedikit pasien yang dirujuk dari puskesmas ke rumah sakit maka semakin baik		
8.	Jika petugas memberikan saja rujukan atas permintaan sendiri (APS) kepada pasien maka tindakan tersebut salah		
<b>E. Pelaksanaan Sistem Rujukan</b>			
<b>A. Syarat Merujuk Pasien</b>			
1.	Anda datang langsung ke puskesmas untuk mendapat rujukan <b>(Jika Tidak silakan lewati pertanyaan nomor 2)</b>		
2.	Anda diperiksa terlebih dahulu oleh dokter puskesmas sebelum menerima surat rujukan		
<b>B. Prosedur Standar Merujuk Pasien</b>			
Prosedur Klinis Rujukan:			
1.	Pada kasus <b>tidak darurat</b> , pasien harus diperiksa terlebih dahulu sebelum dirujuk		
2.	Pada kasus <b>darurat</b> , pasien dapat langsung dibawa ke rumah sakit tanpa harus meminta rujukan dari puskesmas		
3.	Petugas meminta persetujuan (lembar <i>informed consent</i> ) dari Anda/keluarga terlebih dahulu sebelum mempersiapkan rujukan		
4.	Petugas telah memberikan penjelasan yang jelas kepada Anda/keluarga mengenai rujukan yang akan diberikan		
5.	Petugas memberikan penjelasan mengenai rujukan kepada Anda/keluarga dengan bahasa yang mudah dimengerti		
6.	Petugas telah memberikan penjelasan mengenai hal-hal yang perlu dipersiapkan oleh Anda/keluarga saat melakukan rujukan		

### Lampiran 4 Pengolahan dan Analisis Data

#### Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 12-25 TAHUN	10	15.2	15.2	15.2
26-49 TAHUN	20	30.3	30.3	45.5
50-65 TAHUN	29	43.9	43.9	89.4
>66 TAHUN	7	10.6	10.6	100.0
Total	66	100.0	100.0	

#### JenisKelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Perempuan	48	72.7	72.7	72.7
Laki-Laki	18	27.3	27.3	100.0
Total	66	100.0	100.0	

#### Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pelajar	2	3.0	3.0	3.0
Mahasiswa	5	7.6	7.6	10.6
Pensiunan	11	16.7	16.7	27.3
Wiraswasta	18	27.3	27.3	54.5
ASN	13	19.7	19.7	74.2
IRT	17	25.8	25.8	100.0
Total	66	100.0	100.0	

#### Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD/Sederajat	5	7.6	7.6	7.6
SMP/Sederajat	6	9.1	9.1	16.7
SMA/Sederajat	24	36.4	36.4	53.0
PT/Sederajat	31	47.0	47.0	100.0
Total	66	100.0	100.0	



**TotalNakes**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Tidak	20	30.3	30.3	30.3
Valid	Ya	46	69.7	69.7	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

**TotalSarana**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Tidak	22	33.3	33.3	33.3
Valid	Ya	44	66.7	66.7	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

**TotalObat**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Tidak	13	19.7	19.7	19.7
Valid	Ya	53	80.3	80.3	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

**TotalPengetahuan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Tidak	45	68.2	68.2	68.2
Valid	Ya	21	31.8	31.8	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

**TotalPelaksanaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Tidak	7	10.6	10.6	10.6
Valid	Ya	59	89.4	89.4	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

## Lampiran 5 Surat Izin Survei Awal dari Dinas Kesehatan Kota Medan



### PEMERINTAH KOTA MEDAN DINAS KESEHATAN

Jalan Rotan Komplek Petisah Telepon/Faksimile (061) – 4520331  
Website : [dinkes.pemkomedan.go.id](http://dinkes.pemkomedan.go.id) email : [dinkes@pemkomedan.go.id](mailto:dinkes@pemkomedan.go.id)

Medan – 20112

Medan, 08 Januari 2020

Nomor : 440/08.12/11/2020  
Lamp. :  
Perihal : Survey Awal

Kepada Yth :  
**Dekan Fak. Kesehatan Masyarakat  
Universitas Islam Negeri Sumatera Utara**  
di-

#### MEDAN

Sehubungan dengan Surat Dekan Fak. Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Nomor B.1998/Un.11/KM.V/PP.00.9/12/2019 Tanggal 18 Desember 2019 Perihal tentang permohonan melaksanakan survey awal lingkungan Dinas Kesehatan Kota Medan, kepada:

NAMA	NIM	JUDUL
Bella Adelia Putri	0801162027	Analisis Penerapan Rujukan Berjenjang Pasien Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala Kota Medan.

Berkenaan hal tersebut diatas, maka dengan ini kami sampaikan bahwa kami dapat menyetujui kegiatan survey awal yang dilaksanakan oleh yang bersangkutan tersebut sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan yang berlaku.

Dalam rangka meningkatkan Validasi Data hasil penelitian maka diharapkan kepada saudara agar salah satu Dosen Penguji dalam Ujian Proposal dan Ujian Akhir berasal dari Dinas Kesehatan Kota Medan.

Demikian kami sampaikan agar dapat dimaklumi, atas kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

  
**Dr. H. IRMA SURYANI, MKM**  
**PEMBINA TINGKAT I**  
**Nip.19680113 199112 2 001**

Tembusan :

1. Kepala Puskesmas Mandala
2. Yang Bersangkutan
3. Pertinggal.-

Lampiran 6 Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Medan



**PEMERINTAH KOTA MEDAN**  
**DINAS KESEHATAN**

Jalan Rotan Komplek Petisah Telepon/Faksimile (061) – 4520331  
Website : [dinkes.pemkomedan.go.id](http://dinkes.pemkomedan.go.id) email : [dinkes@pemkomedan.go.id](mailto:dinkes@pemkomedan.go.id)  
Medan – 20112

Medan, 20 Juli 2020

Nomor : 440/ 272.07 /VII/2020  
Lamp. :  
Perihal : Izin Riset

Kepada Yth :  
**Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat**  
**Universitas Islam Negeri Sumatera Utara**  
di-

**M E D A N**

Sehubungan dengan Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Nomor : B.783/Un.11/KM.I/PP.00.9/06/2020 Tanggal 29 Juni 2020 Perihal tentang permohonan melaksanakan Izin Riset di Lingkungan Dinas Kesehatan Kota Medan, kepada :

Nama : Bella Adelia Putri  
NIM : 0801162027  
Judul : **Analisis Penerapan Rujukan Berjenjang Pasien Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Mandala Kota Medan.**

Berkenaan hal tersebut diatas, maka dengan ini kami sampaikan bahwa kami dapat menyetujui kegiatan Izin Riset yang dilaksanakan oleh yang bersangkutan tersebut sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan yang berlaku, serta mematuhi pelaksanaan protokol kesehatan penanganan Covid – 19 di Puskesmas Mandala.

Dalam rangka meningkatkan hasil penelitian maka diharapkan kepada Ibu agar salah satu Dosen Penguji dalam Ujian Proposal dan Ujian Akhir berasal dari Dinas Kesehatan Kota Medan

Demikian kami sampaikan agar dapat dimaklumi, atas kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

PEMERINTAH KOTA MEDAN  
DINAS KESEHATAN  
DINAS KESEHATAN  
Drs. H. IRMA SURYANI, MKM  
PEMBINA TINGKAT I  
Nip.19680113 199212 2 001

- Tembusan :
1. Kepala Puskesmas Mandala
  2. Yang Bersangkutan
  3. Peringgal-

Lampiran 7 Surat Balasan Selesai Penelitian dari Puskesmas Mandala



**PEMERINTAH KOTA MEDAN**  
**DINAS KESEHATAN**  
**PUSKESMAS MANDALA**

Jalan Cucak Rawa II Perumnas Mandala - M E D A N  
 Email : [medan.pkm.mandala@gmail.com](mailto:medan.pkm.mandala@gmail.com) Telp : (061) 7351781

Nomor : 445 176/PKM/VII/2020  
 Hal : Balasan Selesai Penelitian

Medan, 27 Juli 2020  
 Kepada Yth  
 Dekan FKM UIN  
 Sumatera Utara  
 Di -  
 Medan


Dengan Hormat,

Sehubungan dengan surat dari Dinas Kesehatan NO:440/272.07/VII /2020  
 Perihal izin penelitian atas nama :

Nama : Bella Adelia Putri  
 NPM : 0801162027  
 Fakultas : Ilmu Kesehatan Masyarakat

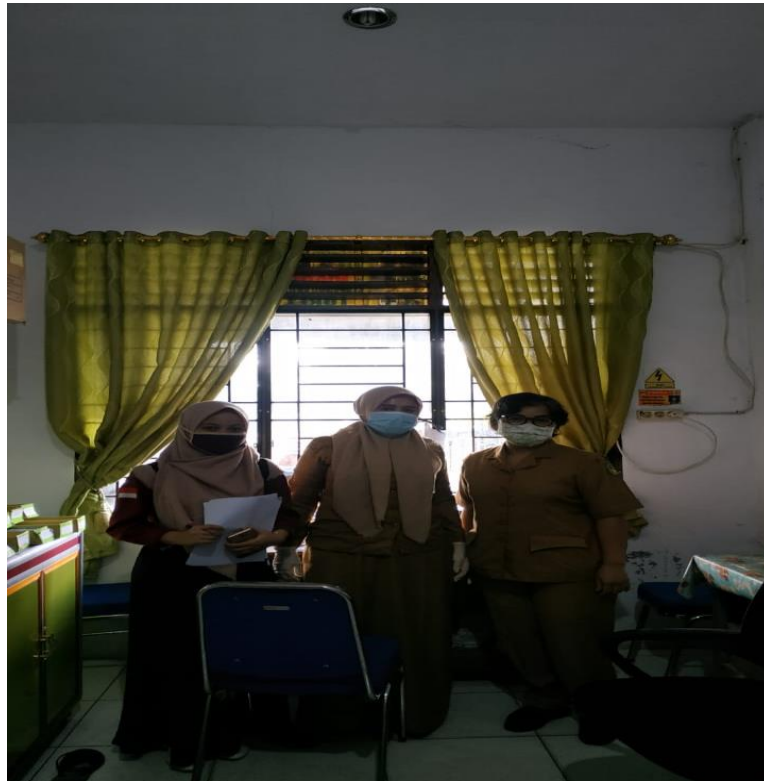
Telah Selesai melaksanakan penelitian di puskesmas mandala dengan Judul  
***“Analisis Penerapan Rujukan Berjenjang Pasien Peserta BPJS Kesehatan di  
 Puskesmas Mandala Kota Medan “***

Demikian surat ini kami perbuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana  
 mestinya.

Kepala UPT Puskesmas Mandala  
  
 Dr. Hafni Tanjung  
 Nip : 19640519 199903 2 001

**Lampiran 8 Dokumentasi Penelitian**

Dokumentasi Penelitian



Dokumentasi Penelitian



## Dokumentasi Penelitian





Dokumentasi Penelitian

