

MATRA PEMBARUAN

www.matrapembaruan.com

e-ISSN: 2549-5283

p-ISSN: 2549-5151

Matra Pembaruan 2 (1) (2018): 1-13

DOI: [10.21787/mp.2.1.2018.1-13](https://doi.org/10.21787/mp.2.1.2018.1-13)

Keywords: *Health Services, BPJS, Hospital*

Kata Kunci: Pelayanan Kesehatan, BPJS, Rumah Sakit

*Korespondensi

Phone : +62 815 5958 0434

Email : amirlitbang@yahoo.com



**BADAN PENELITIAN
DAN PENGEMBANGAN
(BPP) KEMENTERIAN
DALAM NEGERI**

Jl. Kramat Raya No 132, Jakarta Pusat,
10450

© M. Amir H. T., Nakkok Aruan, M S Rifki



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

LAYANAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) DI RUMAH SAKIT MILIK PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR

M. Amir. HT¹, Nakkok Aruan²

^{1,2} Badan Penelitian dan Pengembangan (BPP) Provinsi Jawa Timur, Jl. Gayung Kebonsari No. 56 Surabaya

M S Rifki³

³ Badan Penelitian dan Pengembangan (BPP) Kementerian Dalam Negeri, Jl. Kramat 132, Jakarta Pusat

Dikirim: 19 Februari 2018; Direvisi: 26 Februari 2018;

Disetujui: 5 Maret 2018

Abstrak

BPJS service has been considered not maximal, even far from the ideals of the government as stipulated in the 1945 Constitution Article 28 and Act No. 23 of 1992 on Health. This research about BPJS service in two hospitals in East Java that is RSUD Dr. Saiful Anwar Malang and Dr. Soedono Madiun. The purpose of this study was to analyze BPJS service in both hospitals to the poor and incapable, research also to find out what kind of service BPJS patients in both hospitals. The study method uses a qualitative approach, with descriptive method. This method is done by interview and observation and direct survey to RSUD Dr. Saiful Anwar Malang and Dr. Soedono Madiun. The findings of this research conclude that BPJS services in both hospitals have not been effective since apart from the weak coordination between puskesmas and referral hospitals managed by BPJS, the coverage area of referral hospitals in both areas is so wide that they can not accommodate patients service BPJS.

Intisari

Pelayanan BPJS selama ini dinilai belum maksimal, bahkan jauh dari cita-cita pemerintah yang tertuang dalam UUD 1945 Pasal 28 dan UU No 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Penelitian ini tentang layanan BPJS di dua rumah sakit di Jawa Timur yaitu RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dan RSUD Dr. Soedono Madiun. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis pelayanan BPJS di kedua rumah sakit tersebut terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu, penelitian juga untuk mengetahui seperti apa pelayanan pasien BPJS di kedua rumah sakit tersebut. Metode kajian menggunakan pendekatan kualitatif, dengan metode deskriptif. Metode ini dilakukan dengan wawancara serta observasi dan survei langsung ke RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dan RSUD Dr. Soedono Madiun. Temuan penelitian ini menyimpulkan, layanan BPJS di kedua rumah sakit tersebut selama ini masih belum efektif, karena selain masih lemahnya koordinasi antara puskesmas dengan rumah sakit rujukan yang dikelola BPJS, juga wilayah cakupan rumah sakit rujukan di kedua daerah tersebut sangat luas sehingga tidak bisa menampung pasien layanan BPJS.

I. PENDAHULUAN

Penelitian ini adalah tentang pelayanan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial/Kesehatan) di rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Jawa Timur, penelitian ini mengambil lokasi di dua rumah sakit berbeda yaitu di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dan RSUD Dr. Soedono Madiun. BPJS merupakan salah satu layanan penting untuk masyarakat. BPJS menjadi salah satu pelayanan kesehatan sekaligus pelayanan dasar yang termaktub dalam UUD 1945 pasal 28 dan UU No 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Kedua peraturan tersebut menetapkan, setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Program BPJS merupakan jaminan kesehatan masyarakat, tak terkecuali masyarakat miskin.

Sejumlah persoalan masih dihadapi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Masalah yang sering dihadapi secara umum oleh rumah sakit adalah rumah sakit belum mampu memberikan sesuatu hal yang benar-benar diharapkan pengguna jasa. Faktor utama tersebut karena pelayanan yang diberikan berkualitas rendah sehingga belum dapat menghasilkan pelayanan yang diharapkan pasien. Beberapa permasalahan yang kerap kali muncul seperti pelayanan yang kurang ramah, kurang informatif, antrian panjang, penolakan peserta yang tidak terdaftar, penolakan pasien luar wilayah dan lain sebagainya. Selain itu juga masih banyak pasien yang mengeluhkan ketepatan waktu pelayanan yang berkaitan dengan waktu tunggu dan proses yang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah. Jaminan Kesehatan Nasional yang pelaksanaannya dipercayakan pada BPJS Kesehatan masih jauh dari makna keadilan, Pasalnya BPJS masih memiliki persoalan. Sebagai contoh lembaga jasa kesehatan yang ditunjuk BPJS Kesehatan masih sangat terbatas dan tidak fleksibel. Peserta BPJS hanya boleh memilih satu fasilitas kesehatan untuk memperoleh rujukan dan tak bisa ke faskes lain meski sama-sama bekerja sama dengan BPJS. Hal itu menyulitkan orang yang sering bepergian dan bekerja di tempat jauh. Masalah lainnya, misalnya, rumitnya alur pelayanan BPJS Kesehatan karena menerapkan alur pelayanan berjenjang. Sebelum ke rumah sakit, peserta wajib terlebih dulu ke faskes tingkat pertama, yaitu puskesmas. Selain itu, banyak peserta yang mengeluhkan pembayaran biaya pengobatan yang tak ditanggung sepenuhnya oleh BPJS, padahal, sesuai dengan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS seharusnya menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasar asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia (Hartini, Arso, & Sriatmi, 2016), (Tempo.com, 2015).

Penelitian tentang layanan BPJS sudah banyak dilakukan, namun beberapa penelitian hanya

melihat kekurangan tenaga medis serta sarana dan prasarana kesehatan. Kajian ini tidak hanya melihat masalah-masalah penanganan pasien BPJS RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dan RSUD Dr. Soedono Madiun, tetapi memberikan rekomendasi model rujukan kesehatan yang dilengkapi tahap-tahap yang harus dilakukan oleh penyelenggara jaminan kesehatan dan rumah sakit, untuk mengatasi kekurangan-kekurangan pelayanan termasuk membludaknya pasien yang menyebabkan antrian panjang di rumah sakit.

BPJS adalah badan yang mengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). JKN merupakan salah satu program yang dilaksanakan pada awal 2014. Sebelum JKN dilaksanakan, masyarakat menggunakan Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat), yang merupakan bantuan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, dan dilaksanakan secara Nasional. Selain Jamkesmas ada juga Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah), anggarannya berasal dari *sharing* dana antara provinsi (50%) dan kabupaten (50%) dalam rangka pelayanan kesehatan masyarakat tidak mampu (Budiarto & Ristrini, 2013, p. 195). Namun setelah JKN lahir, Jamkesmas kemudian dihilangkan menjadi JKN, sementara Jamkesda tetap ada. Alih-alih meningkatkan pelayanan, JKN senyatanya tidak membuat pelayanan maksimal, khususnya bagi masyarakat tidak mampu dan tergolong miskin. Primasari (2015) dalam penelitiannya yang dilaksanakan di Banten terkait *Analisis Sistem Rujukan Jaminan Kesehatan Nasional RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak* menyatakan, JKN tidak membawa perubahan pada beberapa aspek dan masih diperlukan perbaikan untuk dapat mewujudkan sistem rujukan yang optimal dalam skema jaminan kesehatan menyeluruh.

Selain itu sengkabut pelayanan BPJS juga bisa dilihat dari sistem rujukan yang diberikan kepada pasien. BPJS belum mampu menangani jumlah pasien yang membludak. Data peningkatan dan pengembangan sistem rujukan kesehatan Provinsi Jawa Timur 2014 menunjukkan hanya 45% yang bisa ditangani puskesmas dari 144 kasus yang ada. Keadaan tersebut diperkuat dengan penelitian Yandrizal dkk (2016) yang menyatakan, minimnya fasilitas kesehatan (faskes) tingkat pertama dengan jumlah tenaga medis di puskesmas yang memenuhi standar dan dokter spesialis seperti di RSUD. Dampaknya kapitasi untuk puskesmas dan klaim RSUD sangat terbatas pada tindakan kecil kategori ringan. Yandrizal juga menyarankan perlunya tenaga kesehatan yang telah mendapatkan pelatihan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED), ditempatkan di semua puskesmas. Keberadaan puskesmas yang memadai juga belum mampu mengatasi banyaknya pasien, mereka harus merujuk beberapa pasien ke RSUD, di

Puskesmas Dinoyo Malang dan Puskesmas Patihan Madiun, misalnya, kedua puskesmas tersebut sudah memiliki fasilitas rawat inap. Alasan dirujuk dikarenakan kedua puskesmas yang terletak di dua daerah tersebut berada di daerah padat penduduk dan setiap harinya padat pengunjung.

Berbeda dengan kedua penelitian sebelumnya penelitian yang dilakukan oleh Maimun dan Tobing (2016) menyebutkan, membludaknya pasien dikarenakan beberapa klinik pelayanan kesehatan pada umumnya masih kurang, khususnya alat kesehatan untuk mendiagnosa penyakit di pelayanan dasar. Sejalan dengan Maimun, Rahayu (2016) dalam penelitiannya menyimpulkan, pelayanan tidak terlalu memberikan kontribusi yang signifikan. Pasalnya pelayanan rumah sakit selama ini hanya mengurus administrasi dan komplain pasien terkait tanggungan biaya BPJS maupun tidak. Seperti contoh penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2015), hambatan pada pelayanan di RSUD Panembahan Senopati Bantul terutama pada pasien rawat jalan peserta BPJS adalah masalah ruangan dan fasilitas, waktu tunggu yang lama, kurang jumlah tenaga di bagian pendaftaran dan BPJS, sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) masih versi lama, dan tata cara sistem rujukan yang belum terlaksana dengan sempurna.

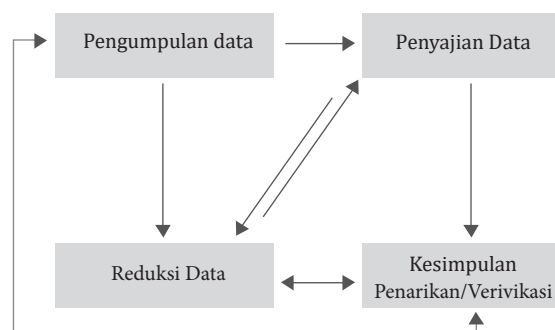
Untuk meminimalisasi beberapa permasalahan pelayanan BPJS tersebut, sebenarnya Pemprov Jawa Timur menetapkan program kesehatan (*Pro Poor Health Policy*) yang diperuntukkan bagi warga miskin. Namun kebijakan tersebut juga memunculkan beragam masalah seperti pasien yang diwakilkan keluarga ketika tahap pemeriksaan. Fakta tersebut diungkapkan juga oleh Ratnasari (2017) dalam penelitiannya yang menyatakan, banyak pasien yang diberi rujukan dan seharusnya datang ke puskesmas untuk diperiksa kondisi medisnya, justru malah keluarganya yang datang, masalah lain dari kebijakan ini juga ditemukan seperti pemberian lembar *informed consent*, dan lembar rujukan. Sebenarnya yang pokok dalam sistem rujukan berjenjang adalah ketersediaan fasilitas sarana dan prasarana kesehatan di tingkat pertama yaitu puskesmas, kalau puskesmas mampu menangani kasus-kasus kesehatan dan fasilitas memadai maka tidak akan banyak pasien yang dirujuk ke rumah sakit (Parman, Majid, & Lisnawaty, 2017).

II. METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, dengan metode deskriptif. Sebagaimana dinyatakan Miles dan Huberman (2009:20), pendekatan tersebut dapat menggambarkan keadaan yang sebenarnya saat penelitian. Sebagai contoh peneliti melihat tata kelola dan prosedur pelayanan rujukan dari Faskes I Primer (puskesmas) hingga ke Faskes II Sekunder, kemudian ke tingkat

lanjutan seperti pengumpulan data sekunder berupa referensi yang digunakan puskesmas, RSUD/RSU, dan data primer melalui wawancara/FGD dengan aparat penyedia layanan (para medis: dokter, perawat, dan bidan serta petugas BPJS) yang kemudian diinterpretasikan satu sama lain sehingga diperoleh perumusan dan analisis terhadap masalah yang ada.

Penelitian ini memilih dua lokasi penelitian di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang, dan RSU Dr. Soedono Kota Madiun, pasalnya kedua rumah sakit tersebut milik pemerintah dan berada di provinsi yang sama Jawa Timur. Rumah sakit pemerintah dipilih karena pemerintah memiliki kewajiban untuk menjadikan pelayanan lebih optimal. Peneliti juga memilih informan di kedua rumah sakit tersebut seperti tenaga medis (dokter, perawat, bidan, tenaga penunjang administrasi rumah sakit) karena mereka merupakan aparat pelayanan yang terlibat langsung dengan pasien. *Accidental sampling* juga dilakukan dalam penentuan informan, berdasarkan kebetulan yaitu siapa saja secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat dijadikan sebagai informan seperti pasien, petugas rumah sakit, kepala rumah sakit, dan tenaga medis/perawat di dua kota dimaksud.



Gambar 1. Komponen Analisis Data Model Interaktif

Sumber: Miles & Huberman. 1992 : 20

Pengumpulan data yaitu data pertama atau data mentah dikumpulkan dalam satu penelitian. Reduksi/penyederhanaan data yaitu proses memilih, memfokuskan, menyederhanakan dan membuat abstraksi, mengubah data mentah yang dikumpulkan kedalam catatan yang telah disortir atau diperiksa. Penyajian data dilakukan dengan cara mendeskripsikan data yang ada secara sederhana, rinci, utuh dan interaktif yang digunakan sebagai pijakan untuk menentukan langkah berikutnya. Apakah peneliti sudah dapat menarik kesimpulan dari data yang ada, apakah peneliti masih perlu melakukan penelusuran kembali sebelum menarik kesimpulan. Penarikan kesimpulan /Verifikasi adalah langkah terakhir yang meliputi: pemberian makna dan data yang telah

disederhanakan dan disajikan dalam penyajian data dengan cara mencatat keteraturan, pola-pola penjelasan secara logis dan metodologis konfigurasi yang memungkinkan diprediksi, hubungan sebab akibat melalui hukum-hukum empiris. Kemudian untuk memvalidasi data, peneliti melakukan teknik triangulasi data untuk menguji kredibilitas data. Pengujian dengan mengecek langsung kepada informan sebagai sumber data dengan cara wawancara kemudian observasi dan dokumentasi.

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Status RSUD DR. Saiful Anwar Malang

RSUD Dr. Saiful Anwar merupakan rumah sakit kelas A sesuai surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No 673/Menkes/SK/VI/2007. Saat ini selain sebagai wahana pendidikan kepaniteraan klinik madya Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, juga terakreditasi penuh untuk 12 jenis pelayanan. Pada 2005 terakreditasi penuh tingkat lengkap untuk 16 jenis pelayanan dengan sertifikat ISO 9001 : 2008. Kota Malang memiliki 15 puskesmas dan 30 puskesmas pembantu (*pustu*). Dari 15 puskesmas tersebut, empat di antaranya sudah terakreditasi, yakni Puskesmas Dinoyo, Bareng, Janti, dan Pandanwangi. Sementara puskesmas yang membuka layanan rawat inap adalah Puskesmas Dinoyo dan Kendalsari di Kecamatan Lowokwaru, Puskesmas Pandanwangi di Kecamatan Blimbing, Puskesmas Kedungkandang di Kecamatan Kedungkandang, dan Puskesmas Mulyosari di Kecamatan Sukun. Sejak Januari hingga Maret 2017, terdapat 15 Puskesmas se-Kota Malang mengeluarkan 7.547 surat rujukan. Rinciannya, pada Januari 2017 sebanyak 2.241

rujukan, Februari 2.492 rujukan, dan Maret 2.814 rujukan. Rujukan itu ditujukan ke tiga rumah sakit milik pemerintah, yakni Rumah Sakit Saiful Anwar (RSSA), RST Soepraen, dan RS Jiwa Radjiman Lawang.

B. Status RSUD DR. Soedono Madiun

RSU Dr. Soedono Madiun yaitu salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Provinsi, dan termasuk kedalam Rumah Sakit Kelas B. Rumah Sakit ini telah terdaftar sejak 31 Mei 2012 dengan Nomor Surat Izin p2t/5/03.23/02/IV/2012 dari Gubernur Jawa Timur dengan Sifat Perpanjang, dan berlaku 4 Juni 2012 sampai dengan 4 Juni 2017. Setelah akreditasi rumah sakit seluruh Indonesia dengan proses Pentahapan III (*16 Pelayanan*) akhirnya diberikan status Tingkat Paripurna Akreditasi Rumah Sakit. Kemudian untuk melihat personal SDM di RSU Dr. Soedono dapat dilihat, pada tabel 1.

Jumlah dokter umum dan spesialis yang ada di RSU Dr. Soedono sangat diperlukan, terlebih RSU Dr. Soedono adalah rumah sakit kelas B yang seharusnya memiliki berbagai dokter spesialis berbagai penyakit. Ini juga dalam rangka meningkatkan pelayanan yang lebih baik. Seperti yang dikemukakan oleh Novrialdi (2016), dalam penelitian yang dilakukan di RSUD Siak, ia menyimpulkan perlu penambahan dokter spesialis guna meningkatkan layanan yang lebih baik kepada masyarakat, Sehingga Masyarakat akan percaya, RSUD Kabupaten Siak merupakan penyedia pelayanan kesehatan yang baik profesional. Jika kita cermati tabel di atas, beberapa dokter spesialis masih kosong, sehingga rujukan pasien ke RSU kelas

Tabel 1. Jumlah dokter umum dan Spesialis

NO	URAIAN	JUMLAH	NO	URAIAN	JUMLAH
1.	Dokter Umum	28 Orang	16.	Dokter Spesialis A	2 Orang
2.	Dokter Spesialis Og	4 Orang	17.	Dokter Sp Okupasi	0 Orang
3.	Dokter Spesialis Pd	5 Orang	18.	Dokter Sp Urologi	2 Orang
4.	Dokter Spesialis B	3 Orang	19.	Dokter Sp Orthopedi	2 Orang
5.	Dokter Spesialis Rad	2 Orang	20.	Dr. Sp Kulit & Kelamin	1 Orang
6.	Dokter Spesialis RM	1 Orang	21.	Dokter Sp Forensik	0 Orang
7.	Dokter Spesialis An	3 Orang	22.	Dokter Sp Psikiatri	0 Orang
8.	Dokter Spesialis Jp	2 Orang	23.	Dr. Sp Oftalmologi	0 Orang
9.	Dokter Spesialis M	2 Orang	24.	Dr. Sp Patologi Anatomi	2 Orang
10.	Dokter Spesialis THT	2 Orang	25.	Dr. Sp Kes. Jiwa	2 Orang
11.	Dokter Spesialis PK	2 Orang	26.	Dokter Spesialis Saraf	2 Orang
12.	Dokter Spesialis Paru	2 Orang	27.	Dokter Spesialis Lainnya	1 Orang
13.	Dokter Sp Bedah Thoraks	0 Orang	28.	Dr. Sp Bedah Saraf	1 Orang
14.	Dokter Sp Bedah Anak	0 Orang	29.	Dr. Sp Bedah Plastik	0 Orang
15.	Dokter Sp Bedah Orthopedi	1 Orang	30.	Dokter Sub Spesialis	1 Orang

Sumber: Profil RSU Dr. Soedono Madiun 2017 (diolah)

di atasnya tidak bisa dihindarkan. RSU rujukan juga harus siap menyediakan layanan ke faskes tingkat III, RSU/ RSUD kelas A. Selain dokter umum dan Spesialis jumlah dokter gigi dan spesialis gigi juga masih kurang, dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Jumlah Dokter Gigi dan Spesialis

NO	URAIAN	JUMLAH	KET
1.	Dokter Gigi	2 Orang	
2.	Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut	0 Orang	
3.	Dokter Gigi Spesialis Konservasi	0 Orang	
4.	Dokter Gigi Spesialis Penyakit Mulut	0 Orang	
5.	Dokter Gigi Spesialis Radiologi	0 Orang	
6.	Dokter Gigi Spesialis Karang Gigi	0 Orang	
7.	Dokter Gigi Spesialis Aank	0 Orang	
8.	Dokter Gigi Spesialis Tiruan	0 Orang	
9.	Dokter Gigi Spesialis Periodonsia	0 Orang	
10.	Dokter Gigi Spesialis Lainnya	0 Orang	

Sumber: Profil RSU Dr. Soedono Madiun 2017

Jumlah dokter gigi dan spesialis di RSU Dr. Soedono Madiun hanya ada 2 orang, ini sangat kurang, pasalnya RSU ini sudah kelas B tentu harus tersedia semua layanan pasien gigi. Keadaan tersebut tidak hanya terjadi di Madiun, di Jember, Jawa Timur juga sama ketersediaan dokter, obat, dan alat kesehatan kurang mencukupi, diagnosis penyakit rujukan masih banyak yang merupakan kompetensi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), pasien peserta JKN yang dirujuk tidak semuanya membutuhkan pelayanan kesehatan spesialis/ subspesialis serta masih banyak pasien peserta JKN yang meminta dirujuk (Faulina, Khoiri, & Herawati, 2016). Jumlah perawat dan spesialis dapat dilihat pada tabel 3:

Tabel 3. Jumlah Perawat dan Spesialisnya

NO	URAIAN	JUMLAH	KET
1.	Ners	0 Orang	
2.	Perawat Bedah	0 Orang	
3.	Perawat Maternitas	0 Orang	
4.	Perawat Komunitas	422 Orang	
5.	Perawat Gigi	4 Orang	
6.	Perawat Anesta	0 Orang	
7.	Perawat Anak	0 Orang	
8.	Perawat lainnya	0 Orang	

Sumber: Profil RSU Dr. Soedono Madiun 2017

Jika kita lihat di tabel 3 di atas jumlah perawat dan spesialis di RSU Dr. Soedono Madiun, merupakan perawat komunitas sebanyak 422 orang, dan tidak ada perawat anak. Selain itu jumlah bidan dan farmasi dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4. Jumlah Bidan dan Farmasi

NO	URAIAN	JUMLAH
1.	Bidan Pendidik	0 Orang
2.	Bidan Klinik	0 Orang
3.	Apoteker	9 Orang
4.	Analisa Farmasi	0 Orang

Sumber: Profil RSU Dr. Soedono Madiun 2017

Jumlah bidan dan farmasi pada RSU Dr. Soedono Madiun belum terisi, hanya ada Apoteker berjumlah 9 orang, pada hal penting bagi sebuah RSU, seorang bidan perlu ada. Jumlah keteknisian medis dan kesehatan masyarakat dapat disimak pada tabel 5.

Tabel 5. Jumlah Keteknisian Medis dan Kesehatan Masyarakat

NO	URAIAN	JUMLAH
1.	Radiografer	14 Orang
2.	Radioterapis	0 Orang
3.	Elektromedis	9 Orang
4.	Teknisi Gigi	3 Orang
5.	Analisis Kesehatan	24 Orang
6.	Refraksionis	1 Orang
7.	Rekam Medik	16 Orang
8.	Ortotik	1 Orang
9.	Teknisi Transfusi Darah	0 Orang
10.	Teknisi Kardiovaskular	0 Orang
11.	Epidemiologi	0 Orang
12.	Promosi Kesehatan	0 Orang
13.	Perilaku	0 Orang
14.	Kesja	0 Orang
15.	Administrasi Kesehatan	0 Orang
16.	Biostatistik	0 Orang
17.	Reproduksi	0 Orang
18.	Informasi Kesehatan	0 Orang
19.	Kesmas Lainnya	1 Orang

Sumber: Profil RSU Dr. Soedono Madiun 2017

Jumlah tenaga teknis medis dan kesehatan masyarakat di RSU Dr. Soedono Madiun sangat terbatas. Kemudian untuk menyimak jumlah tenaga kesehatan lainnya yang ada di RSU Dr. Soedono Madiun dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 6. Jumlah Tenaga Kesehatan Lainnya

NO	URAIAN	JUMLAH
1.	Sanitasi	0 Orang
2.	Entomologi	0 Orang
3.	Mikrobiologi	0 Orang
4.	Kesehatan Laingkungan	7 Orang
5.	Terapi Wicara	0 Orang
6.	Nutrisi	24 Orang
7.	Dietisien	0 Orang
8.	Fisioterapi	6 Orang
9.	Terapi Okupasi	1 Orang
10.	Akupunturis	0 Orang

Sumber: Profil RSU Dr. Soedono Madiun 2017

Jumlah tenaga kesehatan lainnya pada RSU Dr. Soedono Madiun, masih sangat kurang bila dilihat pada tabel diatas, ada beberapa job yang tidak terisi, perlu dipertimbangkan keberadaannya. Jumlah tenaga non kesehatan yang ada pada RSU Dr. Soedono Madin dapat dilihat pada tabel 7:

Tabel 7. Jumlah Tenaga Non Kesehatan

NO	URAIAN	JUMLAH
1.	Program Kesehatan	0 Orang
2.	Administrasi Keuangan	34 Orang
3.	Humas	17 Orang
4.	Perencana	4 Orang
5.	Jaminan Kesehatan	0 Orang
6.	Dosen	0 Orang
7.	Psikologi	0 Orang
8.	Pelapor	0 Orang
9.	Informasi Teknologi	2 Orang
10.	Hukum	0 Orang
11.	Pekarya	102 Orang
12.	Perpustakaan	0 Orang
13.	Widyaiswara	0 Orang
14.	Tenaga Non Kesehatan	208 Orang

Sumber: Profil RSU Dr. Soedono Madiun 2017

Jumlah tenaga non kesehatan di RSU Dr. Soedono Madiun hanya ada tenaga pekarya dan administrasi keuangan, dan masih banyak job yang kosong. Menyimak jumlah peralatan di RSU Dr.

Soedono Madiun dapat dilihat pada tabel 8 dibawah ini:

Tabel 8. Peralatan di Rumah Sakit

NO	URAIAN	STATUS	KETERANGAN
1.	Meja Operasi	Ada	Berfungsi
2.	Mesin Anestesi	Ada	Berfungsi
3.	Inkubator	Ada	Berfungsi
4.	Ventilator	Ada	Berfungsi
5.	Blue Light	Ada	Berfungsi
6.	USG	Ada	Berfungsi
7.	X-Ray	Ada	Berfungsi
8.	CT Sean	Ada	Berfungsi
9.	M R I	Tidak Ada	-
10.	E E G	Ada	Berfungsi
11.	E K G	Ada	Berfungsi
12.	Defibrilator	Ada	Berfungsi
13.	Autoelya	Ada	Berfungsi

Sumber: Profil RSU Dr. Soedono Madiun 2017

Peralatan yang ada di RSU Dr. Soedono Madiun seperti ang terdapat dalam tabel di atas sudah berfungsi sesuai peruntukannya, hanya ada satu peralatan yang belum ada yaitu Magnetic Resonance Imaging (M R I).

Dari tabel-tabel yang ada diatas, menunjukkan perlu penguatan sarana dan prasarana RSU Dr. Soedono Madiun. Menurut Hilda dkk (2015), sistem JKN yang telah diberlakukan di Indonesia menuntut fasilitas kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan yang optimal. Melalui JKN, sistem pelayanan kesehatan diharapkan dapat meningkatkan jangkauan layanan kesehatan dan berpihak pada masyarakat. Peningkatan pelayanan juga bisa dilakukan dengan mengoptimalkan penerapan *Formularium Nasional* (Fornas) sebagai acuan dalam perencanaan dan penyediaan obat di fasilitas kesehatan dan meningkatkan peran tenaga kesehatan dalam melakukan pemantauan penggunaan obat dalam sistem JKN berdasarkan Fornas (Mendrofa & Suryawati, 2016).

C. Wilayah Kerja Rujukan RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSU Dr. Soedono

Beberapa daerah yang termasuk dalam wilayah kerja layanan rujukan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yaitu Kota/Kabupaten Malang, Kota Batu, Kota/Kabupaten Pasuruan, Kota/Kabupaten Probolinggo, Kabupaten Lumajang dan Kota/Kabupaten Blitar.

Tabel 9. Jumlah Penduduk dan Penduduk Miskin Kabupaten/Kota di Jawa Timur

No.	Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk 2015	Jumlah Penduduk Miskin (000)	(%)
1.	Kota Malang	851 298	41.00	0.48
2.	Kabupaten Malang	2 544 315	288.60	11.48
3.	Kota Batu	200 485	9.40	4.77
4.	Kota Pasuruan	194 815	14.60	7.60
5.	Kabupaten Pasuruan	1 581 787	175.70	11.26
6.	Kota Probolinggo	229 013	19.20	8.55
7.	Kabupaten Probolinggo	1 140 480	238.70	21.21
8.	Kabupaten Lumajang	1 030 193	124.40	12.14
9.	Kota Blitar	137 908	10.10	7.42
10.	Kabupaten Blitar	1 145 396	120.30	10.57

Sumber: Badan Pusat Statistik 2017 (diolah)

Wilayah dengan enduduk terbanyak dari sejumlah kabupaten/kota yang menjadi wilayah rujukan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, dari tabel 9 di atas adalah Kabupaten Malang 2.544.315 jiwa, dengan jumlah penduduk miskinnya 288.60 jiwa atau 11,48%. sementara proyeksi penduduk miskin yang dilayani dapat disimak pada tabel 10 sebagai berikut:

Tabel 10. Jumlah Pasien Berdasarkan Jenis Bayar (Warga Miskin) di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

NO	JENIS BAYAR	TAHUN	
		2016	2017 (TRIWULAN I)
1.	Jamkesda	2.337	367
2.	SPM (Surat Pernyataan Miskin)	1.763	877
3.	Terlantar	107	42
Jumlah Total		4.207	1.286

Sumber: RSUD Dr. Saiful Anwar Malang (2017)

Dari tabel di atas menunjukkan pasien warga miskin yang berobat ke RSUD Dr. Saiful Anwar Malang cukup variatif, seperti pengguna Jamkesda untuk triwulan I tahun 2017 sebanyak 367 jiwa, dan pengguna Surat Pernyataan Miskin (SPM) sebanyak 877 jiwa serta warga miskin terlantar 42 jiwa.

Dari hasil wawancara tergambar, selama ini

komunikasi antar fasilitas kesehatan perujuk dan penerima rujukan belum dilaksanakan sebagaimana yang terdapat dalam pedoman sisten rujukan nasional. Semestinya staf dan manajemen rumah sakit melaksanakan pelayanan rujukan sesuai dengan Permenkes No 1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Nasional. Sedangkan petunjuk teknis harus mengacu pada Pelayanan Kesehatan Perorangan dan Pedoman Sistem Rujukan Nasional. Ini dimaksudkan agar pelaksanaan tata kelola rujukan harus mengacu kepada aturan yang sudah ditetapkan, dan diperlukan unsur koordinasi pada setiap jenjang rujukan yang dipersyaratkan oleh BPJS (Hartini et al., 2016). Sementara itu jumlah pasien rujukan dari puskesmas ke RDUD Dr. Saiful Anwar Malang dapat dilihat pada tabel 11 di bawah ini:

Tabel 11. Jumlah Pasien Rujukan dari Puskesmas Berdasarkan Jenis Bayar (Warga Miskin) di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

NO	JENIS BAYAR	TAHUN	
		2016	2017 (TRIWULAN I)
1.	Jamkesda	205	52
2.	SPM (Surat Pernyataan Miskin)	157	60
3.	Terlantar	5	2
Jumlah Total		367	114

Sumber: RSUD Dr. Saiful Anwar Malang (2017)

Jumlah pasien rujukan pengguna Jamkesda dari puskesmas ke RSUD Dr. Saiful Anwar untuk triwulan I Tahun 2017 sebanyak 52 jiwa, dan pengguna SPM (*Surat Pernyataan Miskin*) 60 jiwa serta warga miskin terlantar 2 jiwa. sebagaimana dinyatakan oleh Pertiwi dkk (2017), selama ini pelayanan program rujuk balik (PRB) juga masih ada yang tidak sesuai dengan pedoman pelaksanaan rujuk balik, seperti contoh dokter di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (FKTL) tidak memberikan keterangan secara lengkap dan jelas pada surat rujuk balik yang dibawa oleh pasien.

Kemudian Jumlah Kabupaten/ Kota wilayah kerja RSUD Dr. Soedono yang meliputi eks keresidenan Madiun dan Kediri, dapat disimak pada tabel 12.

Dari tabel tersebut menunjukkan, jumlah penduduk yang terbesar diwilayah kerja RSUD Dr. Soedono yaitu Kabupaten Kediri sebesar 1.546.883 jiwa dengan penduduk miskin sebanyak 202.70 jiwa atau 13,23%, sedangkan Kota Madiun sendiri di

Tabel 12. Jumlah Penduduk dan Penduduk Miskin Wilayah Kerja RSUD Dr. Soedono Meliputi Kabupaten/Kota

No	Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk 2015	Jumlah Penduduk Miskin (000)	(%)
1	2	3	4	5
1.	Kota Kediri	280 004	22.80	8.23
2.	Kabupaten Kediri	1 546 883	202.70	13.23
3.	Kabupaten Nganjuk	1 041 716	140.80	13.60
4.	Kabupaten Tulungagung	1 021 190	91.70	9.07
5.	Kabupaten Trenggalek	689 200	92.80	13.56
6.	Kota Madiun	174 995	8.70	5.02
7.	Kabupaten Madiun	676 087	83.70	12.45
8.	Kabupaten Pacitan	550.986	91.70	16.73
9.	Kabupaten Ponorogo	867 393	103.00	11.92
10.	Kabupaten Ngawi	828 783	127.50	15.45
11.	Kabupaten Magetan	627 413	76.30	12.19

Sumber: Badan Pusat Statistik 2017 (diolah)

mana letak RSUD Dr. Soedono berpenduduk 174.995 jiwa, dan penduduk miskinnya hanya 8.70 jiwa atau 5.02%.

Sedangkan jumlah pasien dan pasien Warga Miskin yang dilayani oleh RSUD Dr. Soedono kurang waktu tahun 2016 – 2017, dapat disimak pada tabel 13 sebagai berikut:

Tabel 13. Jumlah Pasien RSUD Dr. Soedono Madiun (2016 – 2017)

NO	UNIT KERJA	JUMLAH PASIEN			
		TAHUN 2016		TAHUN 2017	
		Total	Warga Miskin	Total	Warga Miskin
1.	Rawat Jalan	209.914	28.919	59.349	9.140
2.	UGD	48.692	6.728	11.625	1.880
3.	Rawat Inap	46.179	4.872	11.540	1.259
Jumlah Total		304.785	30.519	82.514	12.279

Sumber: RSUD Dr. Soedono Madiun (2017).

Jumlah pasien yang dilayani oleh RSUD Dr. Soedono Madiun, selama kurun waktu 2016 menunjukkan jumlah warga miskin sebanyak 28.919 jiwa, sedangkan pada 2017 triwulan I berjumlah 9.140 jiwa untuk pasien rawat jalan, sedangkan untuk rawat inap pada 2016 sebanyak 4.872 jiwa dan 1.250 jiwa pada triwulan I 2017.

Jumlah pasien rujukan dari berbagai puskesmas yang dilayani RSUD Dr. Soedono dapat disimak pada tabel 14 dibawah ini:

Tabel 14. Jumlah Pasien Rujukan dari Puskesmas ke RSUD Dr. Soedono (Warga Miskin)

NO	UNIT KERJA	PASIEN RUJUKAN	
		TAHUN 2016	TAHUN 2017
1.	Rawat Jalan	6.891	1.535
2.	UGD	376	27
Jumlah Total		7.267	1.362

Sumber: RSUD Dr. Soedono Madiun (2017).

Jumlah pasien rujukan dari puskesmas ke RSUD Dr. Soedono tahun 2016 warga miskin berjumlah 7.267 jiwa, sedangkan tahun 2017 triwulan I berjumlah 1.362 jiwa. Realisasi anggaran program pelayanan kesehatan bagi warga miskin pada 2016 termasuk dana jamkesda dan SPM, dapat dilihat pada tabel 15:

Tabel 15. Realisasi Anggaran Program Pelayanan Miskin 2016

No	Bulan	Jumlah Klaim (Rp)	Diterima (Rp)	Keterangan
1.	Januari s.d. Desember	4.070.483.446	3.142.236.937	Masih ada piutang Rp.928.246.509

Sumber: Aplikasi Lakip Bag. Keuangan dan Akuntansi RSUD Dr. Soedono 2017

Menyimak dari realisasi anggaran program pelayanan bagi warga miskin selama 2016, jumlah klaim sebesar Rp 4.070.483.446,00 dan jumlah realisasi yang dibayarkan/diterima sebesar Rp3.142.236.937,00,- maka terjadi sisa piutang yang harus dibayarkan sebesar Rp 928.246.509,00. Namun piutang dimaksud sudah dibayarkan/dilunasi.

D. Prosedur Pelayanan BPJS Kesehatan

Untuk menyukseskan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama harus diperkuat karena program kesehatan melibatkan semua warga hingga 2019 mendatang. Saat ini, rujukan dalam program JKN dinilai belum maksimal. Memasuki tahun kedua triwulan pertama 2015 saja, data Kompas 3 Februari 2015 tercatat 9,5% dari total jumlah pasien dianggap salah rujukan, yakni berupa rujukan nonspesialistik ke rumah sakit. Padahal, sebenarnya bisa diselesaikan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (Kompas, 2015).

BPJS Kesehatan adalah sebuah perusahaan BUMN yang bergerak di bidang jaminan sosial, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dibentuk untuk menyelenggarakan program pemerintah yaitu Program JKN (*Jaminan Kesehatan Nasional*). BPJS Kesehatan sendiri merupakan bentuk transformasi dari Askes (*Asuransi Kesehatan*) yang dipegang oleh kalangan PNS/ASN. Jadi, para peserta Askes secara otomatis menjadi Peserta BPJS Kesehatan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 71 tahun 2014 tentang Proses Prosedur Pemberian Pelayanan Jaminan Kesehatan untuk Seluruh Peserta dengan Sistem Rujukan Berjenjang. Berdasarkan pasal 14 ayat 1, Peserta yang mengalami gangguan kesehatan sesuai dengan indikasi medis dapat berobat ke Faskes tingkat pertama terlebih dahulu, untuk mendapatkan jaminan kesehatan dari BPJS. Masing-masing peserta sudah ditentukan pada saat awal pendaftaran, dan tercantum pada kartu peserta. Jadi ketika seseorang sakit bisa langsung berobat ke faskes yang tertera pada kartu peserta yang ia miliki.

Berdasarkan Pasal 15 ayat (2) dan ayat (3): Ketika pelayanan faskes tingkat pertama tidak menangani pasien baik itu karena keterbatasan tenaga medis atau alat medis, peserta bisa dialihkan ke rumah sakit sebagai fasilitas tingkat lanjutan, tentunya untuk bisa ke rumah sakit harus mendapatkan rujukan dari faskes 1. Sistem rujukan merupakan prosedur berobat atau prosedur pelayanan yang dapat dijamin BPJS, sehingga peserta wajib mengikuti prosedur yang telah ditetapkan jika ingin mendapatkan jaminan dari BPJS.

Prosedur tersebut tidak berlaku dalam keadaan gawat darurat, peserta dapat langsung ke

UGD Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS. Untuk informasi pelayanan di rumah sakit, peserta dapat menghubungi petugas di BPJS Kesehatan. Namun terkait pelayanan, BPJS kurang melakukan sosialisasi kepada masyarakat pengguna. Untuk itu perlu adanya sosialisasi tentang peraturan BPJS melalui puskesmas-puskesmas khususnya kelengkapan syarat administrasi rujukan terutama untuk pasien KIS yang tinggal jauh dipedalaman sehingga peserta KIS mengerti dan mendapatkan pelayanan saat pertamakali datang ke rumah sakit (Hartini et al., 2016).

Untuk penguatan di bidang kesehatan Provinsi Jawa Timur, sudah menerbitkan pedoman yang lebih spesifik yang mengatur sistem rujukan sebelum lahir Permenkes No 71 tahun 2014, yang disempurnakan dengan SK Gubernur No 188/786/KPTS/013/2013. Pedoman tersebut lahir atas dukungan AIPHSS/ Australia - Indonesia Partnership for Health Systems Strengthening (Program Kemitraan Indonesia-Australia untuk Penguatan Sistem Kesehatan).

E. Proses Penataan dan Regionalisasi Sistem Rujukan di Jawa Timur

Pengaturan sistem rujukan di Jawa Timur dikembangkan berdasarkan hasil studi kasus di Kabupaten lokasi Australia Indonesia Partnership for Health Systems Strengthening (IPHSS) di antaranya Kabupaten Sampang, Bangkalan, Situbondo, dan Bondowoso. Keseriusan Pemda Jawa Timur dimotori oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur untuk menghasilkan dasar hukum yang mengatur Sistem Rujukan di tingkat Provinsi. hal tersebut cukup beralasan, pasalnya saat itu belum terpenuhinya standard kualitas sebagian besar fasilitas pelayanan kesehatan, di mana capaian mutu pelayanan Puskesmas dan rumah sakit kurang dari 20% dari total fasilitas layanan kesehatan yang ada. Selain itu belum semua kabupaten/kota mempunyai sistem rujukan yang mengatur prosedur dan alur rujukan, belum semua prosedur, alur, pencatatan dan pelaporan rujukan dilaksanakan dengan baik oleh kabupaten/kota meskipun telah terbit SK Gubernur tentang itu pada 2013. Selain itu, belum adanya pembinaan dan pengawasan yang kontinyu dalam pelaksanaan sistem rujukan, serta banyaknya kasus ketidakpatuhan dalam melakukan rujukan sehingga tidak dapat dibiayai oleh BPJS.

Penerbitan Surat Keputusan Gubernur yang baru melewati tujuh tahapan proses peningkatan dan pengembangan sistem rujukan, yakni: 1) Pengembangan instrumen penilaian untuk puskesmas dan rumah sakit, termasuk ToT (training of trainer) untuk Focus Group Discussion (FGD); 2) Penilaian fasilitas kesehatan dan FGD, termasuk pemetaan fasilitas kesehatan, DKT untuk puskesmas, rumah sakit, komunitas dan Dinkes Provinsi dan

Kabupaten/ Kota serta analisis hasil assessment; 3) Diseminasi hasil penilaian dan FGD melalui lokakarya di tingkat Provinsi dan Kabupaten/ kota; 4) Pengembangan model sistem rujukan, termasuk proses diseminasi dan finalisasi model sistem rujukan di tingkat provinsi dan kabupaten/ kota; 5) Diseminasi model sistem rujukan melalui lokakarya di tingkat provinsi dan kabupaten/ kota; 6) Uji coba sistem rujukan, termasuk monitoring and evaluation, draft dan pengkajian pedoman sistem rujukan untuk tingkat Provinsi dan Kabupaten/ Kota; dan 7) Finalisasi pedoman sistem rujukan, termasuk lokakarya untuk hasil pelaksanaan sistem rujukan.

Sejalan dengan kajian ini, Mustofa & Dewi, (2017) mengungkapkan, kebijakan akan berpengaruh terhadap jumlah kunjungan peserta dan kepuasan peserta JKN. Pemerintah Jawa Timur kemudian menetapkan regionalisasi sistem rujukan dibagi ke dalam delapan regional, di antaranya: 1). RSUD Dr Saiful Anwar Malang; 2). RSUD Haji Surabaya; 3). RSUD Ibnu Sina Gresik; 4). RSUD Sidoarjo; 5). RSUD Jombang; 6). RSUD Iskak Tulung Agung; 7). RSUD Dr Soedono Madiun; 8). RSUD Dr Soebandi Jember. Masing-masing menjadi Pusat Rujukan untuk daerah-daerah sekitarnya. Ruang lingkup rujukan kesehatan Pergub No 41 tahun 2016 yang mengatur sistem rujukan kesehatan sudah jelas peruntukannya meliputi rujukan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan rujukan upaya kesehatan perorangan (UKP). Namun hal ini perlu dikawal agar sistem rujukan regional dapat dipastikan implementasinya berkelanjutan, dan perlu adanya komitmen yang dituangkan dalam APBD serta didukung APBN.

Menyimak perkembangan kualitas pelayanan dasar kesehatan dengan berbagai problem yang dirasakan masyarakat terutama warga miskin, maka perlu disimak indikator pelayanan rumah sakit, sebagaimana tabel 16 dibawah ini:

Tabel 16. Indikator Pelayanan RS Tahun Sebelumnya

No	Uraian	Jumlah
1.	Rawat Jalan	167.277
2.	Rawat Inap	19.924
3.	IGD	24.686
4.	BOR	66.52
5.	ALOS	5
6.	TOI	2
7.	NDR	56.61
8.	GDR	105.72

Sumber: Profil RSUD Dr. Soedono Madiun 2017

Dari indikator pelayanan rumah sakit, RSUD Dr. Soedono Madiun pada 2016, rawat inap sejumlah 19.924 jiwa dan rawat jalan sejumlah 167.277 jiwa. Peningkatan kunjungan jumlah pasien tersebut tidak terlepas dari kebijakan BPJS. Namun tentu masih banyak masalah dalam hal pelayanan seperti adanya komplain fasilitas ruang tunggu, sering terlambanya dokter pada poli pelayanan, dan waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan relatif lama (Hastuti, Mudayana, Nurdhila, & Hadiyatma, 2017).

Layanan lain di RSUD Dr. Soedono Madiun belum semua termanfaatkan dimanfaatkan oleh pengguna (*masyarakat*), apalagi warga miskin seperti pada tabel 17 di bawah ini:

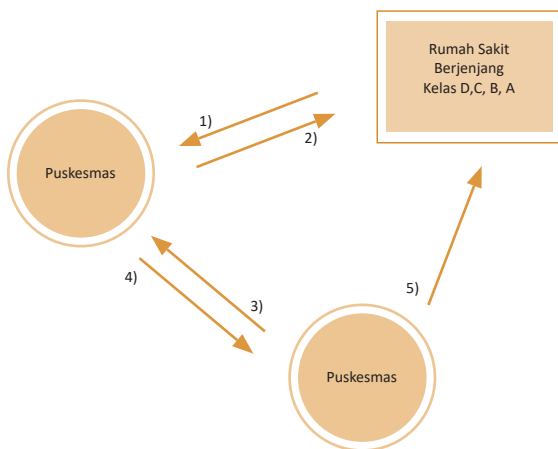
Tabel 17. Lain-lain Layanan

NO	URAIAN	STATUS	KET
1.	Layanan Unggulan: U.Stroke, Pelayanan Urologi (ESWL), Manajemen Nyeri. MRI		
2.	SIMRS	Ada	Berfungsi
3.	Ambulan	Ada	Berfungsi
4.	Bank Darah	Ada	Berfungsi

Sumber: Profil RSUD Dr. Soedono Madiun 2017

LayananlainyangadadiRSUDr.SoedonoMadiun seperti tabel di atas, masih belum terisi layanan U. Stroke dan layanan lainnya yang sebenarnya sangat diperlukan untuk dipertimbangkan ke depan, sebagaimana dinyatakan oleh Putri dkk (2017), penerapan program JKN dirasa belum mencapai tingkat ideal, karena masih banyak permasalahan yang terjadi dalam penerapannya. Sebagai contoh Putri mengatakan banyaknya pasien JKN di RS Hermani Bogor dikarenakan masyarakat tidak mengetahui alur program JKN.

Kemudian untuk mengetahui prosedur, mekanisme dan tata kelola pelayanan kesehatan rujukan dari Puskesmas Fasilitas Pelayanan Kesehatan I (*Primer*) ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan lanjutan (*Sekunder*) RSUD/ RSU, dapat disimak pada Gambar dibawah ini.



Gambar 2. Rujukan dari Puskesmas ke RS

Sumber: Analisa peneliti

Keterangan:

- Panah 3 Pasien berobat dulu ke Puskesmas,-
- Panah 4 hasil pemeriksaan dokter dinyatakan rawat jalan, pasien pulang
- Panah 1 hasil pemeriksaan dokter dinyatakan dirujuk ke RSUD/RSUD
- Panah 2 hasil pemeriksaan dokter rujukan RSUD/RSUD menyatakan bisa ditangani kasus kesehatannya di Puskesmas maka dirujuk balik ke Puskesmas
- Panah 5 kecuali dalam keadaan emergency/ darurat yang diderita oleh pasien bisa langsung ke RSUD/RSUD rujukan.

Dari hasil pengamatan di lapangan, selama ini pemahaman dokter sebagai *gatekeeper* secara umum sudah baik. Contohnya ketika ada pasien yang meminta dirujuk atas keinginan sendiri, dokter akan memberikan penjelasan terlebih dahulu kepada pasien. Jika pasien tetap berkeinginan untuk dirujuk, maka akan diberikan keterangan atas permintaan sendiri. Lebih lanjut alur tata kelola

fasilitas pelayanan kesehatan rujukan puskesmas ke RSUD/ RSU dapat disimak pada tabel 18.

Tabel menunjukkan implementasi kegiatan tata kelola pelayanan kesehatan dari puskesmas ke rumah sakit (RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSU Dr. Soedono Madiun). Tabel menunjukkan adanya pembagian tugas layanan untuk peningkatan pelayanan kesehatan rujukan. Keberhasilan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional sangat tergantung kepada akses dan mutu pelayanan kesehatan yang disediakan oleh fasilitas kesehatan milik Pemerintah yang bekerjasama dengan BPJS (Yandrizal et al., 2016).

IV. KESIMPULAN

Penyelenggara JKN sebaiknya menetapkan beberapa tahap yang harus dilakukan oleh, meliputi menetapkan level regional wilayah kerja rujukan, pasalnya masih ditemukan begitu luasnya cakupan wilayah rujukan untuk RSUD Dr. Soedono Madiun yang meliputi eks-Keresidenan Madiun dan Kediri. (sebelas Kabupaten/ Kota) dan regional wilayah kerja untuk RSUD Dr. Saiful Anwar Malang meliputi sepuluh Kabupaten/ Kota, bila dibandingkan kesiapan fasilitas sarana dan prasarana kedua Rumah Sakit dimaksud selaku Rumah Sakit rujukan tidak dapat menampung pasien yang ada. Kemudian penyelenggara sebaiknya membangun model digital (*online*) teknologi informasi secara luas, dengan aplikasi antara puskesmas dengan rumah sakit, seperti dokter pemberi dengan penerima rujukan. BPJS provinsi dan BPJS kabupaten/kota harus

Tabel 18.
Alur Tata Kelola Fasilitas Pelayanan Kesehatan
Dari Puskesmas Ke RSUD/ RSU

PUSKESMAS	BPJS	RSU/RSUD
1	2	3
<p>Prosedur Klinis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dokter puskesmas melakukan pemeriksaan fisik pasien • dokter memberi tindakan sesuai SOP apakah dirujuk • dokter menentukan unit pelayanan tujuan rujukan • pasien yang dirujuk mutlak didampingi tenaga medis yang kompeten • RSU/RSUD menempatkan pasien sesuai level layanan yang dipersyaratkan BPJS • Kecuali dalam keadaan emergency pasien langsung ke RSUD/ RSUD. 	<p>Prosedur Administrasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proses administrasi rujukan dilakukan setelah ada tindakan medis dari dokter. • BPJS melihat rekan medis pasien • BPJS memberi penjelasan pasien sesuai level layanan • membuat surat rujukan rangkap tiga • mencatat identitas pasien • menyiapkan sarana transportasi pasien ke tempat RSUD/RSUD rujukan. 	<ul style="list-style-type: none"> • menerima pasien rujuk dari beberapa puskesmas sesuai jenjang yang dipersyaratkan BPJS • menyiapkan persyaratan pengobatan sesuai syarat BPJS • Umumnya RSU/ RSUD yang sudah bekerjasama BPJS, sudah menyiapkan loket, tempat pengurusan administrasi • rumah sakit wajib melayani pasien sesuai level layanan yang dipersyaratkan BPJS.

Sumber: Hasil FGD di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSU Dr. Soedono (diolah)

menjadi penggerak dengan menyosialisasikan secara intens kepada pengguna layanan kesehatan dan penguatan Fasyenkes (Fasilitas Pelayanan Kesehatan) termasuk layanan kesehatan rawat inap, Fasyenkes Rumah Sakit rujukan (kelas D dan C).

Adapun konsep model rujukan yang ditawarkan peneliti dalam hal ini sebagai berikut: a) puskesmas penerima awal pasien, kemudian mendiagnosa penyakit oleh dokter secara cermat, dengan mengabaikan permintaan pasien untuk dirujuk, b) dari hasil diagnosa dokter dinyatakan dirujuk, apabila ada permintaan pasien layanan lebih tinggi dari level pasien, maka dokter berkoordinasi dengan pihak BPJS sebelum mengeluarkan surat rujukan, c) pihak BPJS Kesehatan memberikan pengertian dan pemahaman level dan standar layanan yang diperoleh pasien ke RSU/ RSUD rujukan, apabila ditemukan kasus kesehatan yang memungkinkan dirujuk balik, dokter harus konsisten, merujuk balik atau (tingkatan kelas RSU/ RSUD dibawahnya), d) pihak RSU/ RSUD mutlak harus menerima pasien sesuai level, dan memberi layanan kesehatan tanpa membedakan status sosial pasien, dengan memperhatikan administrasi yang diterapkan BPJS dan, e) pihak RSU/ RSUD memberi layanan kesehatan atas koordinasi pihak BPJS, sesuai level dan standar layanan bagi warga miskin.

Tahap-tahap yang harus dilakukan Rumah Sakit (RSU/ RSUD) milik Pemerintah Provinsi Jawa Timur untuk dapat meningkatkan tata kelola pelayanan kesehatan, meliputi: a) memetakan sarana kesehatan, untuk mengetahui distribusi dan kemampuan pelayanan kesehatan, b) menetapkan level regional wilayah kerja rujukan secara berjenjang sesuai syarat BPJS, dengan menyimak Peraturan Gubernur Jawa Timur, c) membagi peran sesuai Standar Pelayanan Umum (SPU), c) penguatan Fasyenkes (*fasilitas pelayanan kesehatan*), d) menyesuaikan Pedoman Pelayanan Kedokteran (PPK), e) menyusun Standar Prosedur Operasional masing-masing, dan f) membangun Sistem Informasi Teknologi Rujukan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Kepala Balitbang Provinsi Jawa Timur yang memfasilitasi kegiatan kajian ini, kepada Pemerintah Kota Malang, Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, dan Pemerintah Kota Madiun, RSUD Dr. Soedono Madiun, beserta OPD terkait, yang memberi data-data yang diperlukan.

V. DAFTAR PUSTAKA

- Budiarto, W., & Ristrini. (2013). Komparasi Implementasi Program Jamkesmas dan Jamkesda di Tiga Kabupaten/Kota di Jawa Timur. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16(2), 194–202. Retrieved from <https://media.neliti.com/media/publications/20848-ID-komparasi-implementasi-program-jamkesmas-dan-jamkesda-di-tiga-kabkota-di-jawa-ti.pdf>
- Dwi Ratnasari. (2017). Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Bagi Peserta JKN di Puskesmas X Kota Surabaya. *JAKI*, 5(2), 145–154. Retrieved from <https://e-journal.unair.ac.id/JAKI/article/download/4642/pdf>.
- Faulina, A. C., Khoiri, A., & Herawati, Y. T. (2016). Kajian Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di UPT Pelayanan Kesehatan Universitas Jember. *Jurnal IKESMA*, 12(2), 91–102. Retrieved from <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/IKESMA/article/download/4826/3558/>.
- Firdaus, F. F., & Dewi, A. (2015). Evaluasi Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan Peserta BPJS di RSUD Panembahan Senopati Bantul. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 4(2), 1–19.
- Hartini, H., Arso, S. P., & Sariatmi, A. (2016). Analisis Pelayanan Rujukan Pasien BPJS di RSUD Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun Provinsi Jambi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (E-Journal)*, 4(4), 49–59. Retrieved from <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/13940>
- Hastuti, S. K. W., Mudayana, A. A., Nurdhila, A. P., & Hadiyatma, D. (2017). Hubungan Mutu Pelayanan dengan Kepuasan Pasien Peserta BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Yogyakarta. *Kes Mas: Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat*, 11(2), 165–173. Retrieved from http://journal.uad.ac.id/index.php/KesMas/article/download/7260/pdf_105
- Hilda S, Fudholi, A., & Puspadari, D. A. (2015). Kepuasan Pasien Diabetes Melitus Rujukan Balik Peserta BPJS Kesehatan terhadap Pelayanan Kefarmasian di Klinik dan Apotek Kota Yogyakarta. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmasi*, 5(4), 249–254. Retrieved from <https://jurnal.ugm.ac.id/jmpf/article/view/29445/17589>
- Kompas. (2015). Sistem Rujukan BPJS Belum Maksimal. *Kompas*.

- Mendrofa, D. E., & Suryawati, C. (2016). Analisis Pengelolaan Obat Pasien BPJS di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 4(3), 214–221. <https://doi.org/10.14710/JMKI.V4I3.13757>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2009). *Analisis Data Kualitatif: Buku Sumber Tentang Metode-Metode Baru*. Jakarta: UI Press.
- Mustofa, A., & Dewi, A. (2017). Analisis Kebijakan Regionalisasi Rujukan terhadap Jumlah Kunjungan dan Kepuasan Peserta JKN Faskes Rujukan Tingkat Lanjutan. *Journal of Health Studies*, 1(2), 186–196. Retrieved from <https://ejournal.unisayogya.ac.id/ejournal/index.php/JHeS/article/view/338>
- Novrialdi, J. (2016). Pelayanan Kesehatan Bagi Pasien BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Siak Tahun 2016. *JOM FISIP*, 4(2), 1–15. Retrieved from <https://jom.unri.ac.id/index.php/JOMFSIP/article/download/16245/15736>.
- Nur Maimun, J. T. (2016). Analisis Diagnosa Rujukan Peserta BPJS Kesehatan Terhadap 144 Diagnosa di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Klinik Sat Brimob Polda Riau. *Jurnal Martenity and Neonatal*, 2(2), 114–120. Retrieved from <http://e-journal.upp.ac.id/index.php/akbd/article/view/1082/783>
- Parman, P., Majid, R., & Lisnawaty, L. (2017). Studi Pelaksanaan Sistem Rujukan Rawat jalan Tingkat Pertama (RJTP) pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Perumnas Kota Kendari Tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(5). Retrieved from <http://ojs.uho.ac.id/index.php/JIMKESMAS/article/view/2096>
- Pertiwi, Dianita; Wigati, Putri Asmita; Fatmasari, E. Y. (2017). Analisis Implementasi Program Rujuk Balik Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(3), 1–11. Retrieved from <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/17160>
- Primasari, K. L. (2015). Analisis Sistem Rujukan Jaminan Kesehatan Nasional RSUD. Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak. *Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan*, 1(2), 78–86.
- Rahayu, S., & Magister, J. M. (2016). Analisis Kualitas Pelayanan BPJS dan Kualitas Pelayanan Rumah sakit terhadap Kepuasan Konsumen di Rumah Sakit Natar Medika Natar Lampung Selatan. *Jurnal Manajemen Magister Darmajaya*, 2(2), 173–194. Retrieved from <https://jurnal.darmajaya.ac.id/index.php/jmmd/article/view/900>
- Tempo.com. (2015). 4 Masalah Paling Dikeluhkan dalam Pelayanan BPJS Kesehatan. Retrieved March 5, 2018, from <https://nasional.tempo.co/read/690357/4-masalah-paling-dikeluhkan-dalam-pelayanan-bpjs-kesehatan>
- Yandrizal, Y., Suryani, D., Anita, B., Febriawati, H., Yanuarti, R., Pratiwi, B. A., & Saputra, H. (2016). Analisis Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan Pencapaian Universal Health Coverage Jaminan Kesehatan Nasional se Provinsi Bengkulu. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 5(3), 143–150. <https://doi.org/10.22146/JKKI.V5I3.30668>