



KEPERAWATAN MATERNITAS II

(NSA 417)

MODUL 14

**SISTEM LAYANAN KESEHATAN UNTUK PASIEN DENGAN GANGGUAN
SISTEM REPRODUKSI (RUJUKAN, PMO, GAKIN, JAMKESMAS)**

DISUSUN OLEH

Ety Nurhayati, S.Kp.,M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Mat

Universitas
Esa Unggul

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

2019/2020

SISTEM LAYANAN KESEHATAN UNTUK PASIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI (RUJUKAN, PMO, GAKIN, JAMKESMAS)

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Mengetahui apa yang dimaksud dengan Sistem Pelayanan Kesehatan
2. Mengetahui apa yang dimaksud dengan Rujukan
3. Mengetahui apa yang dimaksud dengan Gakin
4. Mengetahui apa yang dimaksud dengan Jamkesmas

B. Uraian dan Contoh

Sistem layanan Kesehatan

Menurut Dubois & Miley (2005: 317) Sistem pelayanan kesehatan merupakan jaringan pelayanan interdisipliner, komprehensif, dan kompleks, terdiri dari aktivitas diagnosis, treatment, rehabilitasi, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan untuk masyarakat pada seluruh kelompok umur dan dalam berbagai keadaan.

1. Konsep Dasar Sistem Pelayanan Kesehatan

Pelayanan merupakan kegiatan dinamis berupa membantu menyiapkan, menyediakan dan memproses, serta membantu keperluan orang lain. Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.[1]

Sistem pelayanan kesehatan merupakan bagian penting dalam meningkatkan derajat kesehatan. Keberhasilan sistem pelayanan kesehatan tergantung dari berbagai komponen yang masuk dalam pelayanan kesehatan. Sistem terbentuk dari subsistem yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Sistem terdiri dari : input, proses, output, dampak, umpan balik dan lingkungan.

- a. Input, merupakan subsistem yang akan memberikan segala masukan untuk berfungsi nya sebuah sistem. Input sistem pelayanan: potensi masyarakat, tenaga dan sarana kesehatan dan sebagainya.
- b. Proses, kegiatan yang mengubah sebuah masukan menjadi sebuah hasil yang diharapkan dari sitem tersebut. Proses dalam pelayanan kesehatan berbagai kegiatan dalam pelayanan kesehatan.
- c. Output, merupakan hasil yang diperoleh dari sebuah proses. Output pelayanan kesehatan: pelayanan yang berkualitas dan terjangkau sehingga masyarakat sembuh dan sehat.

- d. Dampak, merupakan akibat dari output/hasil suatu sistem, terjadi dalam waktu yang relatif lama. Dampak sistem pelayanan kesehatan adalah masyarakat sehat, angka kesakitan dan kematian menurun.
- e. Umpan balik/ feedback, merupakan suatu hasil yang sekaligus menjadi masukan. Terjadi dari sebuah sistem yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Umpan balik dalam yankes: kualitas tenaga kesehatan.
- f. Lingkungan, semua keadaan diluar sistem tetapi dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan.

Menurut pendapat Haodenganetts dan Cascio (1983), ada dua macam jenis pelayanan kesehatan yaitu:[2]

a. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (public health services) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit dan sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat.

b. Pelayanan kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (medical service) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (solo practice) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (institution), tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

Karena ruang lingkup pelayanan kesehatan masyarakat menyangkut kepentingan rakyat banyak, maka peranan pemerintah dalam pelayanan kesehatan masyarakat mempunyai porsi yang besar. Namun demikian karena keterbatasan sumber daya pemerintah, maka potensi masyarakat perlu digali atau diikutsertakan dalam upaya pelayanan kesehatan masyarakat tersebut.

Pemerintah dalam hal ini Departmen Kesehatan mempunyai kewajiban dan tanggung jawab dalam menggali dan membina potensi masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan masyarakat mencakup 3 dimensi, yaitu[3]:

- 1) Potensi masyarakat dalam arti komunitas (misalnya RT, RW, Kelurahan dan sebagainya). Misalnya dengan adanya dana sehat, iuran untuk pengadaan PMT (Pembinaan Makanan Tambahan) untuk anak balita, kadar kesehatan, sebagainya.
- 2) Menggalang potensi masyarakat melalui organisasi-organisasi masyarakat atau sering disebut Lembaga-lembaga Swadaya Masyarakat (LSM).
- 3) Menggalang potensi masyarakat melalui perusahaan-perusahaan swasta yang ikut membantu meringankan beban penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat (Puskesmas, Balkesmas dan sebagainya).

Pelayanan kesehatan masyarakat, yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta perlu memperhatikan beberapa ketentuan, antara lain:

1) Penanggung jawab

Suatu sistem pelayanan kesehatan masyarakat harus ada penanggung jawab baik oleh pemerintah maupun swasta. Di Indonesia pemerintah, Departemen Kesehatan merupakan tanggung jawab yang paling tinggi. Pengawasan, standar pelayanan dan sebagainya bagi pelayanan kesehatan masyarakat baik pemerintah (Puskesmas), maupun swasta (Balikesmas) adalah dibawah koordinasi Departemen Kesehatan.

2) Standar pelayanan

Sistem pelayanan kesehatan masyarakat, baik pemerintah maupun swasta harus berdasarkan pada suatu standar tertentu. Di Indonesia ditetapkan oleh Departemen Kesehatan.

3) Hubungan kerja

Sistem pelayanan kesehatan masyarakat harus mempunyai pembagian kerja yang jelas antara bagian yang satu dengan yang lain. Fasilitas kesehatan tersebut harus mempunyai struktur organisasi yang jelas yang menggambarkan hubungan kerja baik horizontal maupun vertikal.

4) Pengorganisasian potensi masyarakat

Upaya ini penting (terutama di Indonesia), karena adanya keterbatasan sumber-sumber daya dari penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat, perlu keikutsertaan masyarakat.

2. Pelayanan Kesehatan

Menurut pendapat Levey dan Loomba (1973), Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.[4]

Pelayanan kesehatan mencakup pelayanan kedokteran (medical services) dan pelayanan kesehatan masyarakat (public health services). Jika dijabarkan dari pendapat Hodgetts dan Cascio (1983) adalah :

- a. Pelayanan kedokteran ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri atau secara bersama sama dalam satu organisasi, tujuan utamanya ialah untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasaran utama untuk orang dan keluarga.
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya bersama sama dalam satu organisasi, tujuan utamanya ialah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat.
- c. Bentuk pelayanan kesehatan

Secara umum, ada 3 tingkat atau gradasi penyakit yaitu sakit ringan (mild), sakit sedang (moderate) dan sakit parah (severe) yang menuntut bentuk pelayanan kesehatan yang berbeda pula. Oleh sebab itu, perlu dibedakan adanya 3 bentuk pelayanan, yakni :

- 1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama (primary health care) pelayanan kesehatan ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Pelayanan yang diperlukan pada jenis ini bersifat pelayanan kesehatan dasar (basic health services) atau juga merupakan pelayanan kesehatan primer atau utama (primary health care), bentuk pelayanan ini seperti puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling, dan Balkesmas
- 2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua (secondary health services) pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan nginap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Bentuk pelayanan ini misalnya Rumah sakit Tipe C dan D, dan memerlukan tersedianya tenaga tenaga spesialis.
- 3) Pelayanan kesehatan tingkat 3 (tertiary health services) pelayanan kesehatan ini diperlukan untuk kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Pelayanan kesehatan ini sudah kompleks, dan memerlukan tenaga tenaga super spesialis. Contohnya Rumah sakit bertipe A dan B.

Ruang lingkup pelayanan kesehatan masyarakat menyangkut kepentingan masyarakat banyak, maka peran pemerintah dalam pelayanan kesehatan masyarakat mempunyai bagian atau porsi yang besar. Namun karena keterbatasan sumber daya pemerintah, maka potensi masyarakat perlu digali atau diikutsertakan dalam upaya pelayanan kesehatan masyarakat tersebut.

Menggalang potensi masyarakat mencakup 3 dimensi, yaitu :

- 1) Potensi masyarakat dalam arti komunitas (misalnya masyarakat RT, RW, kelurahan dan sebagainya) bentuk bentuk partisipasi dan penggalian potensi masyarakat dalam pelayanan kesehatan masyarakat seperti adanya dana sehat, iuran untuk PMT (pembinaan makanan tambahan) untuk anak balita dan sebagainya.
- 2) Menggalang potensi masyarakat melalui organisasi organisasi masyarakat atau sering disebut lembaga lembaga swadaya masyarakat (LSM). Penyelenggaraan pelayanan pelayanan kesehatan masyarakat oleh LSM-LSM pada hakikatnya merupakan bentuk partisipasi masyarakat dalam sistem pelayanan kesehatana masyarakat.
- 3) Menggalang potensi masyarakat melalui perusahaan perusahaan swasta yang ikut membantu meringankan beban penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat (Puskesmas, Balkesmas dan sebagainya)

Ada beberapa ketentuan yang perlu diperhatikan dalam pelayanan kesehatan masyarakat, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta, antara lain:

- 1) Penanggung jawab, pengawasan, standar pelayanan dan sebagainya dalam pelayanan kesehatan masyarakat baik pemerintah (Puskesmas) maupun swasta (Balkesmas) berada dibawah koordinasi penanggung jawab seperti departemen kesehatan.
- 2) Standar pelayanan pelayanan kesehatan masyarakat, baik pemerintah maupun swasta harus berdasarkan pada suatu dasar tertentu. Di Indonesia standar ini telah ditetapkan oleh departemen kesehatan, dengan adanya "Buku Pendoman Puskesmas"
- 3) Hubungan kerja: dalam hal ini harus ada pembagian kerja yang jelas antara bagian satu dengan yang lain. Artinya fasilitas kesehatan harus mempunyai struktur organisasi yang jelas yang menggambarkan hubungan kerja baik horizontal maupun vertical.
- 4) Pengorganisasian potensi masyarakat; keikutsertaan masyarakat atau pengorganisasian masyarakat ini penting, karena adanya keterbatasan sumber sumber daya penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat.

3. Syarat Pokok pelayanan Kesehatan

Suatu pelayanan kesehatan dikatakan baik apabila:

- a. Tersedia (available) dan berkesinambungan (countinous), artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.
- b. Dapat diterima (acceptable) dan bersifat wajar (appropriate), artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik
- c. Mudah dicapai (accessible). Ketercapaian yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian, untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja dan sementara itu tidak ditemukan didaerah pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik
- d. Mudah dijangkau (affordable). Keterjangkauan yang dimaksud adalah terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti itu harus dapat di upayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.
- e. Bermutu (quality). Mutu yang dimaksud disini adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehaa yang diselenggarakan, yang disitu pihak tata cara penyelenggaraan sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

- **Prinsip pelayanan prima di bidang kesehatan:**

- a. Mengutamakan pelanggan
- b. Sistem yang efektif
- c. Melayani dengan hati nurani (soft system)
- d. Perbaikan yang berkelanjutan
- e. Memberdayakan pelanggan

Berbagai upaya pengembangan pelayanan kesehatan masyarakat yang dilakukan melalui puskesmas di dasarkan pada misi didirikannya puskesmas sebagai pusat pengembangan kesehatan (center for health Development) di wilayah kerja tertentu. Adapun upaya untuk pengembangan pelayanan kesehatan masyarakat, antara lain:

- a. Meluaskan jangkauan pelayanan kesehatan sampai ke desa-desa dengan membangun puskesmas yang baru. Puskesmas pembantu, pos kesehatan, posyandu, dan penempatan Bidan di desa yang mengelola sebuah polindes (Poliklinik Persalinan Desa)
- b. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, baik dengan meningkatkan keterampilan dan motivasi kerja staf dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat maupun dengan cara mencukupi berbagai jenis kebutuhan peralatan dan obat-obatan.
- c. Pengadaan peralatan dan obat-obatan disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat. Perencanaan pengadaan obat seharusnya didasarkan pada analisis epidemiologi penyakit yang berkembang di wilayah kerjanya.
- d. Sistem rujukan di tingkat pelayanan kesehatan dasar lebih di perkuat dengan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sampai ke tingkat desa. Pelayanan kesehatan akan dapat terlaksana bila pembangunan sector lain di tingkat kecamatan juga mendukung yaitu tersedianya fasilitas transportasi yang lebih memadai dan peningkatan pendapatan keluarga.
- e. Peran serta masyarakat melalui pengembangan pembangunan kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Kegiatan ini perlu dilakukan secara gotong royong dan swadaya sehingga masyarakat mampu mencapai mutu hidup yang sehat dan sejahtera.

4. Sistem Pelayanan Kesehatan Indonesia

Sistem kesehatan adalah suatu jaringan penyedia pelayanan kesehatan (supply side) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (demand side) di setiap wilayah, serta Negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, dalam bentuk manusia maupun dalam bentuk material. Sistem kesehatan tidak terbatas pada seperangkat institusi yang mengatur, membiayai, atau memberikan pelayanan, namun juga termasuk kelompok aneka organisasi yang memberikan input pada pelayanan kesehatan, utamanya sumber daya manusia, sumber daya fisik (fasilitas dan alat), serta pengetahuan/teknologi (WHO SEARO, 2000). Organisasi ini termasuk

universitas dan lembaga pendidikan lain, pusat penelitian, perusahaan konstruksi, serta serangkaian organisasi yang memproduksi teknologi spesifik seperti produk farmasi, alat dan suku cadang.

WHO mendefinisikan sistem kesehatan sebagai seluruh kegiatan yang mana mempunyai maksud utama untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan. Mengingat maksud tersebut diatas, maka termasuk dalam hal ini tidak saja pelayanan kesehatan formal, tapi juga non formal, seperti halnya pengobatan tradisional. Selain aktivitas kesehatan masyarakat tradisional seperti promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, peningkatan keamanan lingkungan dan jalan raya, pendidikan yang berhubungan dengan kesehatan merupakan bagian dari sistem.

Sistem kesehatan paling tidak mempunyai 4 fungsi pokok yaitu : pelayanan kesehatan, pembiayaan kesehatan, penyediaan sumberdaya dan stewardship / regulator. Fungsi-fungsi tersebut akan direpresentasikan dalam bentuk subsistem dalam sistem kesehatan, dikembangkan sesuai kebutuhan. Masing-masing fungsi /subsistem akan dibahas tersendiri. Di bawah ini digambarkan bagaimana keterkaitan antara fungsi-fungsi tersebut dan juga keterkaitannya dengan tujuan utama sistem kesehatan.

Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia meliputi pelayanan rujukan yang berupa :

a. Pelayanan kesehatan dasar

Pada umumnya pelayanan dasar dilaksanakan dipuskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling dan pelayanan lainnya diwilayah kerja puskesmas selain dirumah sakit.

b. Pelayanan kesehatan rujukan

Pada umumnya dilaksanakan dirumah sakit. Pelayanan keperawatan diperlukan, baik dalam pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan kesehatan rujukan.

Sistem Rujukan (Referral System). Di negara Indonesia sistem rujukan telah dirumuskan dalam SK. Menteri Kesehatan RI No.32 tahun 1972, yaitu suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertical dalam arti unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti antara unit – unit yang setingkat kemampuannya . macam rujukan yang berlaku di Indonesia telah ditentukan atas dua macam dalam sistem kesehatan nasional, yaitu :

a. Rujukan Kesehatan

Rujukan kesehatan pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kesehatan masyarakat (public health services). Rujukan ini dikaitkan dengan upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan. Macamnya ada tiga , yaitu : rujukan teknologi , rujukan sarana dan rujukan operasional.

b. Rujukan Media

Pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kedokteran (medical services). Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya penyembuhan penyakit. Macamnya tiga , yaitu : Rujukan penderita , rujukan pengetahuan, dan rujukan bahan – bahan pemeriksaan.

5. Faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

a. Ilmu pengetahuan dan teknologi baru

Mengingat adanya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka akan diikuti oleh perkembangan pelayanan kesehatan atau juga sebagai dampaknya pelayanan kesehatan jelas lebih mengikuti perkembangan dan teknologi seperti dalam pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah penyakit-penyakit yang sulit penyembuhannya maka digunakanlah alat seperti laser, terapi perubahan gen dan lain-lain.

b. Pergeseran nilai masyarakat.

Masyarakat yang sudah maju dengan pengetahuan tinggi, maka akan memiliki kesadaran yang lebih dalam penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan, demikian juga sebaliknya pada masyarakat yang memiliki pengetahuan kurang akan memiliki kesadaran yang rendah terhadap pelayanan kesehatan, sehingga kondisi demikian akan sangat mempengaruhi sistem pelayanan.

c. Aspek legal dan etik.

Dengan tingginya kesadaran masyarakat terhadap penggunaan atau pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan, maka akan semakin tinggi pula tuntunan hukum dan etik dalam pelayanan kesehatan, sehingga pelaku memberi pelayanan kesehatan harus dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan secara professional dengan memperhatikan norma dan etik yang ada dalam masyarakat.

d. Ekonomi

Semakin tinggi ekonomi seseorang pelayanan kesehatan lebih mudah diperoleh dan di jangkau dan begitu sebaliknya dengan orang yang tergolong ekonomi rendah.

e. Politik

Kebijakan pemerintah memulai sistem politik yang ada akan sangat berpengaruh sekali dalam sistem pemberian pelayanan kesehatan.

Salah satu bentuk pelaksanaan dan pengembangan upaya kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah rujukan upaya kesehatan. Dalam pengertiannya, sistem rujukan upaya kesehatan adalah suatu tatanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas timbulnya masalah dari suatu kasus atau masalah kesehatan masyarakat, baik secara vertikal maupun horizontal, kepada yang berwenang dan dilakukan secara rasional.

Pelayanan kesehatan dapat diperoleh dari tingkat puskesmas, rumah sakit, dokter praktik swasta, dan lain lain. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dibutuhkan tenaga kesehatan yang terampil dan fasilitas rumah sakit yang baik.

6. Masalah Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan hak dasar masyarakat yang harus dipenuhi dalam pembangunan kesehatan. Hal tersebut harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia dan mendukung pembangunan ekonomi, serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan.

Berbagai masalah penting dalam pelayanan kesehatan antara lain disparitas status kesehatan: beban ganda penyakit: kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan: perlindungan masyarakat di bidang obat dan makanan: serta perilaku hidup bersih dan sehat. Beberapa masalah penting lainnya yang perlu ditangani segera adalah peningkatan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, penanganan masalah gizi buruk, penanggulangan wabah penyakit menular, pelayanan kesehatan di daerah bencana, dan pemenuhan jumlah dan penyebaran tenaga kesehatan.

Langkah-langkah yang telah ditempuh adalah peningkatan akses kesehatan terutama bagi penduduk miskin melalui pelayanan kesehatan gratis: peningkatan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular. Permasalahan penting lainnya yang dihadapi adalah terjadinya beban ganda penyakit, yaitu belum teratasinya penyakit menular yang diderita masyarakat seperti tuberkulosis paru, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), malaria dan diare, serta munculnya kembali penyakit polio dan flu burung. Namun, pada waktu bersamaan terjadi peningkatan penyakit tidak menular seperti penyakit jantung dan pembuluh darah, serta diabetes melitus dan kanker.

Pelindungan masyarakat di bidang obat dan makanan masih rendah. Dalam era perdagangan bebas, kondisi kesehatan masyarakat makin rentan akibat meningkatnya kemungkinan konsumsi obat dan makanan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan. Ketersediaan, mutu, keamanan obat dan pembekalan kesehatan masih belum optimal serta belum dapat dijangkau dengan mudah oleh masyarakat. Selain itu, obat asli Indonesia (OAI) belum sepenuhnya dikembangkan dengan baik meskipun potensi yang dimiliki sangat besar.

Perilaku masyarakat juga sering mendukung perilaku hidup bersih dan sehat dan bersih. Hal ini dapat terlihat dari meluasnya kebiasaan merokok, rendahnya pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif, tingginya prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada balita, serta kecenderungan meningkatnya jumlah penderita HIV/AIDS, penderita penyalahgunaan narkotika, psikotropika, zat adiktif (Napza) dan kematian akibat kecelakaan.

Sistem Rujukan

Sistem rujukan adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dimana terjadi pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kesehatan yang timbul baik secara vertikal (komunikasi antar unit yang sederajat) maupun secara horizontal (komunikasi internal yang lebih tinggi ke unit yang rendah). Salah satu kelemahan pelayanan kesehatan adalah pelaksanaan rujukan yang kurang cepat

dan tepat. Rujukan bukanlah suatu kekurangan, tetapi suatu tanggung jawab yang tinggi dan mendahulukan kebutuhan masyarakat. Dengan adanya sistem rujukan maka diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu. Karena tindakan rujukan ditunjukkan tergolong resiko tinggi.

Setiap peserta Jamkesmas berhak mendapat pelayanan kesehatandasar meliputi pelayanan kesehatan Rawat Jalan (RJ) dan Rawat Inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.

Ada 3 sub tema yang muncul dalam sistem rujukan yaitu[13] sebagai berikut:

1. Mekanisme Sistem Rujukan

- a) Menentukan kegawatdaruratan penderita
- b) Menentukan tempat tujuan rujukan
- c) Pemberian informasi kepada penderita dan keluarganya
- d) Mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju
- e) Persiapan penderita
 - 1) Sebelum dikirim, keadaan umum penderita harus diperbaiki terlebih dahulu. keadaan umum perlu dipertahankan selama dalam perjalanan. untuk itu obat-obatan yang diperlukan untuk mempertahankan keadaan umum perlu disertakan pada waktu pasien diangkut.
 - 2) Surat rujukan perlu disiapkan dengan format rujukan
 - 3) Dalam hal penderita gawat darurat maka seorang perawat/bidan perlu mendampingi penderita dalam perjalanan untuk menjaga keadaan umum penderita
 - a. Pengiriman penderita menggunakan sarana transformasi
 - b. Tindak lanjut penderita setelah dikembalikan maka memerlukan tindak lanjut dengan sarana yang diberikan, bago penderita yang memerlukan tindak lanjut tapi tidak melapor, maka dilakukan kunjungan rumah.

2. Tempat Rujukan

Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis. Pada pelayanan kesehatan tingkat pertama, peserta dapat berobat ke fasilitas kesehatan primer seperti puskesmas, klinik, atau dokter keluarga yang tercantum pada kartu peserta BPJS Kesehatan. Apabila peserta memerlukan pelayanan lanjutan oleh dokter spesialis, maka peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua atau fasilitas kesehatan sekunder. Pelayanan kesehatan di tingkat ini hanya bisa diberikan jika peserta mendapat rujukan dari fasilitas primer.

Rujukan hanya diberikan jika pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik dan fasilitas kesehatan primer yang ditunjuk untuk melayani peserta, tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan peserta karena keterbatasan fasilitas, pelayanan, dan atau ketenagaan. Jika penyakit peserta masih belum dapat tertangani di fasilitas kesehatan sekunder, maka peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tersier. Di sini, peserta akan

mendapatkan penanganan dari dokter sub-spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub-spesialistik.

Peserta JKN harus mengikuti sistem rujukan yang ada. Sakit apa pun, kecuali dalam keadaan darurat, harus berobat ke fasilitas kesehatan primer, tidak boleh langsung ke rumah sakit atau dokter spesialis. Jika ini dilanggar peserta harus bayar sendiri. Namun realitas di lapangan tak semudah membalikkan telapak tangan. Perpindahan jaminan kesehatan ini banyak mengalami kendala. Sistem rujukan pasien dirasakan masih tidak efektif dan efisien, masih banyak masyarakat belum mendapat menjangkau pelayanan kesehatan, akibatnya terjadi penumpukan pasien yang luar biasa di rumah sakit besar tertentu.

Rujukan harus dibuat oleh orang yang mempunyai kompetensi dan wewenang untuk merujuk, mengetahui kompetensi sasaran atau tujuan rujukan dan mengetahui kondisi serta kebutuhan objek yang dirujuk. Rujukan dan rujukan balik mengacu pada standar rujukan pelayanan medis Daerah.

3. Kasus yang Dirujuk

Sesuai Permenkes Nomor 001 tahun 2013 tentang sistem rujukan berjenjang, pasien tidak berhak meminta di rujuk tetapi harus berdasarkan diagnosa penyakit atau indikasi medis dari dokter pemeriksa, sesuai permenkes tentang sistem rujukan apabila di rujuk bukan berdasarkan indikasi medis dan masih terdapat dalam 144 diagnosa berarti rumah sakit akan menolak pasien.

Program Rujuk Balik (PRB) pada penyakit-penyakit kronis (diabetes mellitus, hipertensi, jantung, asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), epilepsi, skizofren, stroke, dan Sindroma Lupus Eritematosus) wajib dilakukan bila kondisi pasien sudah dalam keadaan stabil, disertai dengan surat keterangan rujuk balik yang dibuat dokter spesialis/sub spesialis.

Rujukan partial dapat dilakukan antar fasilitas kesehatan yang di buat oleh dokter spesialis dan sub spesialis. Semua informan menjelaskan kalau tahu ada program rujuk balik pada penyakit tertentu. Program rujuk balik merupakan merupakan salah satu kewajiban Rumah Sakit untuk mengembalikan pasien ke Puskesmas awal ketika pasien dinilai dapat ditangani kembali di Puskesmas

PMO (Pengawas Menelan Obat)

Suatu penyakit yang jangka waktu kesembuhannya panjang akan mengancam seseorang akan mengalami putus obat. Penyakit yang sering dikaitkan dalam hal ini adalah penyakit TB. Penyakit Tuberkulosis (TB) paru merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman Mycobacterium Tuberculosis, ditularkan melalui udara yaitu percikan dahak penderita Tb paru.

Waktu pengobatan yang panjang dengan jenis obat lebih dari satu menyebabkan penderita sering terancam putus berobat selama masa penyembuhan dengan berbagai alasan, antara lain merasa sudah sehat atau karena faktor ekonomi. Akibatnya pola pengobatan harus dimulai dari awal serta menghabiskan waktu berobat yang lebih lama.

Penyakit yang tergolong lambat dalam penyembuhannya dapat mendatangkan kerugian sosial ekonomi luar biasa memerlukan waktu pengobatan jangka panjang

yang harus diikuti dengan manajemen kasus dan tatalaksana pengobatan yang baik (Anonim, 2007). Tbc paru dipertimbangkan sebagai penyakit sosial, membutuhkan pengendalian terhadap sosial, ekonomi dan intervensi lingkungan. Jadi kemiskinan, kepadatan dan sanitasi yang buruk sudah dihubungkan dengan tuberkulosis paru.

Faktor resiko lainnya adalah penyalahgunaan alkohol, rokok dan malnutrisi. Penyakit dengan dampak signifikan terhadap mekanisme daya tahan tubuh, seperti human immunodeficiency virus (HIV) dan diabetes, termasuk meningkatkan kerentanan terhadap Tbc paru, seperti pengobatan immunosuppressive (Ladefoged et al, 2011). Faktor-faktor yang masih mempengaruhi perilaku seseorang dalam menjalani pengobatannya antara lain umur, pekerjaan, peran PMO, pelayanan kesehatan, dukungan dari keluarga serta diskriminasi yang diterima oleh pasien (Green, 2005).

Perilaku berobat akan terjadi bila hilangnya atau kurangnya gejala penyakit sudah merupakan ukuran kesembuhan bagi penderita menghentikan pengobatannya, tapi dengan menggunakan strategi DOTS, maka keteraturan minum obat sebagai kontrol pasien akan dapat diatasi karena adanya petugas menelan obat (PMO) dan petugas kesehatan yang selalu memberikan bimbingan kepada PMO dan penderita, sehingga individu tersebut akan mengalami perubahan perilaku dari dalam maupun dari luar, aspek-aspek yang mempengaruhi perilaku dari dalam individu tersebut yaitu persepsi, sikap, motivasi dan emosi (Pasaribu, 2005).

Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang PMO. Persyaratan PMO sebagai berikut:

- a. Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun pasien, selain itu harus disegani dan dihormati oleh pasien.
- b. Seseorang yang tinggal dekat dengan pasien.
- c. Bersedia membantu pasien dengan sukarela.
- d. Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan pasien

PMO Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya Bidan di Desa, Perawat, Pekarya, Sanitarian, Juru Immunisasi, dan lain lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI, PKK, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga. Peran ataupun tugas seorang PMO adalah sebagai berikut:

- a. Mengawasi pasien agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan.
- b. Memberi dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur.
- c. Mengingatkan pasien untuk periksa ulang pada waktu yang telah ditentukan.
- d. Memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien yang mempunyai gejala-gejala mencurigakan untuk segera memeriksakan diri ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- e. Tugas seorang PMO bukanlah untuk mengganti kewajiban pasien mengambil obat dari unit pelayanan kesehatan.
- f. Informasi penting yang perlu dipahami PMO untuk disampaikan kepada pasien dan keluarganya.
- g. Memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien

Namun, dari sebuah penelitian yang berjudul “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keteraturan Minum Obat Penderita Tuberkulosis Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Modayag, Kabupaten Bolaang Mongondow Timur tahun 2016” menyatakan bahwa, tidak terdapat hubungan yang bermakna antara PMO dengan keteraturan minum obat, dengan nilai OR sebesar 5,833.[23] Perilaku individu dipengaruhi oleh pengetahuan dan keyakinan, sikap mental, tingkat kebutuhan, tingkat keterikatan dalam kelompok dan tingkat kemampuan yang dimiliki individu. Pengawas menelan obat merupakan faktor eksternal yang ada di lingkungan individu yang akan berpengaruh terhadap perilakunya.

Pengetahuan yang baik akan memunculkan sikap untuk bereaksi terhadap objek dengan menerima, memberikan respon, menghargai dan membahasnya dengan orang lain dan mengajak untuk mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon terhadap apa yang telah diyakininya. (Notoatmodjo, 2007). Peran serta petugas kesehatan dan PMO bagi penderita sangat berperan penting dalam keteraturan minum obat. Dengan mengetahui dan menyadari peran PMO dalam proses penyembuhan penyakitnya, maka penderita akan memberikan respon dan sikap yang positif untuk minum obat secara teratur demi kesembuhan penyakitnya, dengan minum secara teratur.

Keluarga Miskin (Gakin)

Konferensi Dunia untuk Pembangunan Sosial dalam Roebiyanto (2011:19), mendefinisikan Kemiskinan sebagai: “rendahnya tingkat pendapatan dan sumber daya produktif yang menjamin kehidupan berkesinambungan; kelaparan dan kekurangan gizi; rendahnya tingkat kesehatan; keterbatasan dan kurangnya akses pada pendidikan dan layanan-layanan pokok lainnya; kondisi tak wajar akibat penyakit yang terus meningkat; kehidupan bergelandang dan tempat tinggal yang tidak memadai; lingkungan yang tidak aman, serta diskriminasi dan keterasingan sosial; dan dicirikan juga oleh rendahnya tingkat partisipasi dalam proses pengambilan keputusan dan dalam kehidupan sipil, sosial dan budaya.”

Diantaranya pada saat keluarga miskin tersebut mengalami masalah masalah kesehatan seperti yang disampaikan Soendoro (1999) dalam Suryawati (2006:125) yang menyatakan : Dalam hal kesehatan orang miskin cenderung menghindari fasilitas rawat jalan, menunda pelayanan RS, menghindari penggunaan jasa spesialis yang mahal, cenderung memperpendek rawat inap, membeli separo atau bahkan sepertiga obat yang diresepkan sehingga tidak menjalani pengobatan total, mencari pengobatan lokal yang kadang-kadang dapat menimbulkan efek berbahaya, para ibu cenderung melahirkan di rumah dengan bantuan dukun yang memperbesar risiko persalinan, penyakit menjadi kronis karena menghindari pengobatan yang mahal. Pasien cenderung mengobati sendiri yang berakibat terjadi komplikasi, tingkat pengguguran kandungan meningkat karena biaya dan implikasi sosial ekonomi, pasien menolak atau menunda prosedur operasi karena ketiadaan biaya.

Di Indonesia, wujud spirit jaminan kesehatan dapat dilihat sejak tahun 1998. Di tahun itu pemerintah telah mulai membiayai pemeliharaan kesehatan dengan memprioritaskan bagi keluarga miskin (Gakin), yaitu melalui program jaminan

pemeliharaan kesehatan keluarga miskin (JPK-Gakin). Cakupan JPK-Gakin meliputi pelayanan kesehatan dasar, yang kemudian diperluas untuk pelayanan pencegahan dan pemberantasan penyakit menular (khususnya malaria, diare, dan TB paru). Kemudian, pada akhir tahun 2001, Pemerintah menyalurkan dana subsidi bahan bakar minyak untuk pelayanan rumah sakit (RS) bagi keluarga miskin. Program ini diselenggarakan untuk mengatasi dampak krisis yaitu dengan cara memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin melalui subsidi biaya operasional puskesmas, bidan di desa (BDD), gizi, posyandu, pemberantasan penyakit menular (P2M), dan rujukan rumah sakit.

Seiring perjalanan waktu, dan dalam rangka memelihara derajat kesehatan masyarakat dalam keterbatasan pembiayaan kesehatan sebagaimana diulas di atas, maka dirancang beberapa konsep dan sistem perlindungan dan jaminan sosial di bidang kesehatan, untuk keluarga miskin yaitu:

- a. Pembiayaan berbasis solidaritas sosial, dalam bentuk Jamkesmas. Jamkesmas adalah bentuk jaminan kesehatan prabayar yang bersifat wajib untuk seluruh masyarakat guna memenuhi kebutuhan kesehatan utama setiap warga negara.
- b. Pembiayaan berbasis sukarela, dalam bentuk: asuransi kesehatan (askes) komersial – berdasarkan UU No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian; dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sukarela – berdasarkan UU No. 23 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Konstitusi WHO.
- c. Pembiayaan kesehatan bagi sektor informal, dalam bentuk: jaminan kesehatan mikro – dari oleh dan untuk masyarakat, misalnya dalam bentuk Dana Sehat; dan dana sosial masyarakat yang dihimpun untuk pelayanan sosial dasar, termasuk kesehatan, misalnya dihimpun dari dana sosial keagamaan dari semua agama (kolekte, dana paramitha, infaq, dll).
- d. Pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin dengan prinsip asuransi, dalam bentuk pembiayaan premi oleh pemerintah untuk JPK-Gakin. (Misalnya dengan memadukan dana Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) dengan dana subsidi bahan bakar minyak agar pemanfaatannya maksimal di berbagai tingkat pelayanan mulai dari pelayanan dasar hingga ke rujukan RS).

Dalam sebuah penelitian “Strategi Optimalisasi Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Keluarga Miskin di Puskesmas Kedamean” pada tahun 2015 mendapatkan bahwa adanya faktor-faktor Eksternal yang mempengaruhi implementasi JKN untuk gakin di Puskesmas antara lain :

- a. Keadaan Penduduk miskin
- b. Kondisi Puskesmas Pembantu (Pustu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) pada JKN untuk gakin.
- c. Peran Tenaga Kesehatan (Tenakes) Swasta pada JKN untuk gakin, yang terdiri dari Dokter, Mantri, Perawat dan Bidan Desa.
- d. Peran Fasilitas Kesehatan (Faskes) Swasta pada JKN untuk gakin, yang terdiri dari Poliklinik umum dan apotik swasta.
- e. Peran Rumah Sakit (RS) pada JKN untuk gakin
- f. Peran Aparatur Desa pada JKN untuk gakin hingga tingkat dusun.

- g. Peran Aparatur Kecamatan pada JKN untuk gakin, dimana aparaturnya kecamatan menjembatani setiap program Pemerintah Kabupaten dengan Pemerintah Desa di semua sektor. termasuk gakin.
- h. Peran Posyandu pada JKN untuk gakin.
- i. Sistem JKN untuk gakin
- j. Kondisi Keluarga Miskin (Gakin) yang terdiri dari kondisi ekonomi, Persepsi dan Perilaku Gakin

Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat)

Jamkesmas merupakan program asuransi kesehatan keluarga miskin yang diberikan bagi keluarga yang kurang mampu (dikategorikan miskin) untuk menjalani perawatan kesehatan baik rawat inap maupun rawat jalan di Rumah Sakit pemerintah dengan cuma-cuma. Program ini direncanakan secara nasional, agar subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

Dalam Undang-Undang Dasar Negara RI Tahun 1945 (UUD 1945) pada Pasal 28 huruf (h) dicantumkan bahwa : “Setiap orang hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”

Dalam pasal 34 UUD 1945 ayat (3) juga dicantumkan bahwa :“Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.”Pasal 5 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, menetapkan bahwa : “Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan”

Dalam Pasal 19 ayat (2) Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional juga menyatakan bahwa “Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.Pasal 22 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang menjelaskan bahwa : “Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan.Jadi, pemerintah memberikan kepastian dalam jaminan kesehatan masyarakat kurang mampu dengan cara membayarkan iuran-iuran tersebut melalui anggaran yang dimiliki oleh pemerintah sehingga para warga yang kurang mampu mendapatkan hak-haknya khususnya dalam hal kesehatan.

Terdapat 3 (tiga) tahap yang harus dilalui oleh setiap peserta JAMKESMAS yang ingin mendapatkan pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan di Rumah Sakit, yaitu : Tahap Pendaftaran, Tahap Verifikasi kepesertaan dan Tahap Pelayanan Kesehatan.

a) Tahap Pendaftaran

Tahap Pendaftaran berguna untuk mendata seberapa besar dan banyaknya para peserta JAMKESMAS yang menggunakan haknya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak dengan fasilitas lengkap yang

telah disediakan oleh pemerintah untuk Warga Negara Indonesia yang harus dilindungi kesejahteraan hidupnya.

Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 903/Menkes/Per/v/2011 tidak dijelaskan tentang bagaimana seorang Peserta JAMKESMAS mendaftarkan dirinya untuk menjadi Peserta namun berdasarkan dari data yang diperoleh melalui Dinas Kesehatan bagian Pelayanan Kesehatan bahwa pendataan dilakukan oleh BPJS (Badan Pelaksana Jaminan Sosial) melalui laporan yang diberikan berdasarkan sensus oleh ketua RT, RW, Kelurahan dan kemudian Kecamatan. BPJS yang kemudian menyerahkan kepada Dinas Sosial Kota dan akhirnya berikan kepada Dinas Kesehatan.

b) Tahap Verifikasi Data

Tahap Verifikasi Kepesertaan berguna untuk mencocokkan kartu JAMKESMAS dari peserta yang berobat dengan data kepesertaan dalam database yang ada di PT. Askes (Persero). Untuk mendukung verifikasi kepesertaan dilengkapi dengan dokumen berupa Kartu Keluarga (KK)/Kartu Tanda Penduduk (KTP)/identitas lainnya untuk pembuktian kebenarannya. Setelah cocok, selanjutnya diterbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP).[32] Syarat ini adalah syarat yang diberlakukan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 903/Menkes/Per/V/2011. Untuk Syarat yang diberlakukan di Rumah Sakit diantaranya adalah harus mencantumkan surat rujukan dari puskesmas agar mempermudah pihak loket administrasi dalam menjelaskan di poli mana pihak peserta akan dilayani.

c) Tahap Pelayanan Kesehatan

Tahap Selanjutnya adalah Tahap Pemberian Pelayanan Kesehatan. Setiap peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) kelas III dan pelayanan gawat darurat. Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan Standar Pelayanan Medik.

Pemberian pelayanan kepada peserta oleh FASKES lanjutan harus dilakukan secara efisien dan efektif, dengan menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu, untuk mewujudkannya maka dianjurkan manajemen FASKES lanjutan melakukan analisis pelayanan dan memberi umpan balik secara internal kepada instalasi pemberi layanan. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan terstruktur dan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan.

C. Latihan

1. Apa yang dimaksud dengan Sistem Pelayanan Kesehatan ?
2. Keberhasilan sistem pelayanan kesehatan tergantung dari berbagai komponen yang masuk dalam pelayanan kesehatan. Sistem terbentuk

- dari subsistem yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Sistem terdiri dari ? Jelaskan !
3. Ada 3 sub tema yang muncul dalam sistem rujukan yaitu ? sebutkan dan jelaskan !
 4. Sebutkan Peran ataupun tugas seorang PMO ?
 5. Apa yang dimaksud dengan Jamkesmas ?

D. Kunci Jawaban

1. Sistem pelayanan kesehatan merupakan jaringan pelayanan interdisipliner, komprehensif, dan kompleks, terdiri dari aktivitas diagnosis, treatment, rehabilitasi, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan untuk masyarakat pada seluruh kelompok umur dan dalam berbagai keadaan.
2. Sistem terdiri dari:
 - a. Input, merupakan subsistem yang akan memberikan segala masukan untuk berfungsi nya sebuah sistem. Input sistem pelayanan: potensi masyarakat, tenaga dan sarana kesehatan dan sebagainya.
 - b. Proses, kegiatan yang mengubah sebuah masukan menjadi sebuah hasil yang diharapkan dari sitem tersebut. Proses dalam pelayanan kesehatan berbagai kegiatan dalam pelayanan kesehatan.
 - c. Output, merupakan hasil yang diperoleh dari sebuah proses. Output pelayanan kesehatan: pelayanan yang berkualitas dan terjangkau sehingga masyarakat sembuh dan sehat.
 - d. Dampak, merupakan akibat dari output/hasil suatu sistem, terjadi dalam waktu yang relatif lama. Dampak sistem pelayanan kesehatan adalah masyarakat sehat, angka kesakitan dan kematian menurun.
 - e. Umpan balik/ feedback, merupakan suatu hasil yang sekaligus menjadi masukan. Terjadi dari sebuah sistem yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Umpan balik dalam yankes: kualitas tenaga kesehatan.
 - f. Lingkungan, semua keadaan diluar sistem tetapi dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan.
3. Sistem rujukan:
 - a. **Mekanisme Sistem Rujukan**
 - 1) Menentukan kegawatdaruratan penderita
 - 2) Menentukan tempat tujuan rujukan
 - 3) Pemberian informasi kepada penderita dan keluarganya
 - 4) Mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju
 - 5) Persiapan penderita
 - b. Tempat rujukan

Pada pelayanan kesehatan tingkat pertama, peserta dapat berobat ke fasilitas kesehatan primer seperti puskesmas, klinik, atau dokter keluarga yang tercantum pada kartu peserta BPJS Kesehatan. Apabila peserta memerlukan pelayanan lanjutan oleh dokter spesialis, maka peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat

kedua atau fasilitas kesehatan sekunder. Pelayanan kesehatan di tingkat ini hanya bisa diberikan jika peserta mendapat rujukan dari fasilitas primer. Rujukan hanya diberikan jika pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik dan fasilitas kesehatan primer yang ditunjuk untuk melayani peserta, tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan peserta karena keterbatasan fasilitas, pelayanan, dan atau ketenagaan. Jika penyakit peserta masih belum dapat tertangani di fasilitas kesehatan sekunder, maka peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tersier.

- c. Kasus yang dirujuk
Program Rujuk Balik (PRB) pada penyakit-penyakit kronis (diabetes mellitus, hipertensi, jantung, asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), epilepsi, skizofren, stroke, dan Sindroma Lupus Eritematosus) wajib dilakukan bila kondisi pasien sudah dalam keadaan stabil, disertai dengan surat keterangan rujuk balik yang dibuat dokter spesialis/sub spesialis.
4. Peran atau tugas PMO, yaitu:
 - a. Mengawasi pasien agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan.
 - b. Memberi dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur.
 - c. Mengingatkan pasien untuk periksa ulang pada waktu yang telah ditentukan.
 - d. Memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien yang mempunyai gejala-gejala mencurigakan untuk segera memeriksakan diri ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
 - e. Tugas seorang PMO bukanlah untuk mengganti kewajiban pasien mengambil obat dari unit pelayanan kesehatan.
 - f. Informasi penting yang perlu dipahami PMO untuk disampaikan kepada pasien dan keluarganya.
 - g. Memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien
5. Jamkesmas adalah program asuransi kesehatan keluarga miskin yang diberikan bagi keluarga yang kurang mampu (dikategorikan miskin) untuk menjalani perawatan kesehatan baik rawat inap maupun rawat jalan di Rumah Sakit pemerintah dengan cuma-cuma. Program ini direncanakan secara nasional, agar subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

E. Daftar Pustaka

1. Fauziah Abdullah Ali. 2015. *Judul Jurnal: Analisis Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Puskesmas Siko Dan Puskesmas Kalumata Kota Ternate Tahun 2014. FKM Universitas Samtulanggi Manado.*
2. Ni wayan ariyani. 2016. *Judul Jurnal : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keteraturan Minum Obat Penderita Tuberkulosis Paru Di Wilayah*

- Kerja Puskesmas Modayag, Kabupaten Bolaang Mongondow Timur. FKM Universitas Sam Ratulangi Manado.*
3. *Roebyantho, Haryati, 2011, Dampak Sosial Ekonomi Program Penanganan Kemiskinan Melalui KUBE, P3KS, Jakarta,*
 4. *Syarifah Usman.2013. Pelaksanaan Pemberian Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan Bagi Peserta Jamkesmas. Fakultas Hukum Malang:Universitas Brawijaya.*
 5. *Syafrudin. 2015. Ilmu Kesehatan Masyarakat.Jakarta:TIM*
 6. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional*

