

Ketersediaan Sumber Daya Era JKN Di Puskesmas Ngawi***Resources Availability In The Era Of National Health Assurance To Ngawi Public Health Centre*****Maria Yeny Eskawati^{1*}**^{1*} Program Studi Kesehatan dan Keselamatan Kerja, STIKes Bhakti Mulia Kediri**Informasi Artikel**

Submit: 9 – 1 – 2024

Diterima: 23 – 1 – 2024

Dipublikasikan: 28 – 1 – 2024

ABSTRACT

The availability of resources is important in running a program. The implementation of the Non-Specialist Referral Policy has experienced many obstacles due to the lack of resource availability. This study aims to determine the availability of resources for the implementation of the Non-Specialist Outpatient Referral Policy in the National Health Insurance Era at the Public health center in Ngawi Regency, East Java. This study was a qualitative study conducted at Public Health Center, A total of 7 sources was selected by mapping and purposive sampling. The data were collected by means of triangulation of sources and in-depth interviews, observation, secondary document study. The data were analyzed by reduction, presentation and verification. Obstacles stems from the absence of a recruitment decree from the regent and no funding from Public health center to recruit under the BLUD scheme. Health equipment available is only 40% to 60% of the need. The main obstacle is the regent approves the high price of equipment and not all budget estimates. Good medicine, if certain conditions are less spent than capitation funds. Finance is sufficient because the sources of funds vary, from capitation, DAK, DAU, BK, BOK, etc. The availability of medicine and finance is sufficient, but human resources and equipment are still lacking. It requires commitment and policies from Ngawi District Government, public health center policies and public health center commitments to realize the BLUD scheme to overcome resource shortages.

Keywords: *resources, non-specialistic referral, jkn, public health center***ABSTRAK**

Ketersediaan sumber daya merupakan aspek penting dalam pelaksanaan kebijakan atau program. Kebijakan rujukan rawat jalan non spesialisistik mengalami banyak kendala karna kekurangan sumber daya dalam pelaksanaannya. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui ketersediaan sumber daya untuk implementasi kebijakan rujukan rawat jalan non spesialisistik Era Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Kabupaten Ngawi, Jawa Timur. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif, di Puskesmas, lokasi penelitian dipilih dengan metode stratifikasi dan informan dengan purposive sampling dan mapping informan sehingga terpilih 7 orang. Keabsahan data menggunakan triangulasi sumber dan teknik. Data dikumpulkan dengan indepth interview, review dokumen dan observasi. Dianalisis dengan reduksi, penyajian dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketersediaan sumberdaya masih kurang, peralatan kesehatan tersedia 40% - 60% dari kebutuhan, sumberdaya manusia kurang karna

***Alamat Penulis Korespondensi:**
Maria Yeny Eskawati, M.K.M.;
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Bhakti Mulia, Jl. Matahari No. 1,
Kediri, Indonesia 64212.
Phone: 08979634818
Email:
mariayenyekawati@gmail.com

tidak ada rekrutmen, kemudian obat mencukupi dan dana diperoleh dari beberapa sumber baik dari kapitasi DAK, DAU, BK, BOK dan lainnya. Hal tersebut menunjukkan diperlukan komitmen semua pihak baik pemda, Puskesmas untuk memenuhi kebutuhan sumber daya dan upaya merealisasikan skema BLUD.

Kata kunci: sumber daya, RRNS, JKN, puskesmas

PENDAHULUAN

Pendahuluan Kesehatan merupakan hak bagi setiap orang dan sesuai amanat resolusi WHA (World Health Assembly) ke 58 tahun 2005 di Jenewa menginginkan setiap negara mengembangkan Universal Health Coverage (UHC) bagi seluruh penduduk dengan mekanisme asuransi sosial karena sesuai dengan komponen pokok Universal Health Coverage (UHC) bahwa setiap orang membutuhkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan melindungi setiap orang dari risiko finansial terhadap pelayanan kesehatan yang tinggi.

Di Indonesia sendiri pemerintah berupaya mengembangkan jaminan kesehatan dengan mengeluarkan payung hukum UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) atau dikenal dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Untuk pelaksana pemberian layanan kesehatan dilakukan oleh Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Rs baik negeri maupun swasta sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL).

Puskesmas difungsikan memberikan pelayanan kesehatan komprehensif dengan mengutamakan promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan. Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan primer diharapkan mampu menjadi gatekeeper dalam skema pelayanan kesehatan era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini sehingga diharapkan sebagian besar pelayanan kesehatan dapat diselesaikan di Puskesmas. Dimana salah satu permasalahan yang diharapkan mampu ditangani adalah terkait rujukan rawat jalan non spesialisik yang juga merupakan indikator dari pembayaran kapitasi.

Dalam perjalanan selama ini masih banyak kendala yang dialami dalam mengimplementasikan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yaitu salah satunya dalam hal penyediaan layanan kesehatan. Dalam penyediaan layanan kesehatan terdapat berbagai masalah salah satunya mengenai rujukan rawat jalan yang dilakukan di Puskesmas. Penelitian yang dilakukan oleh Ali, *et al* (2014) di Puskesmas Siko dan Kalumata menyatakan bahwa pelaksanaan sistem rujukan belum berjalan dengan baik karena pemahaman petugas yang buruk, obat dan bahan habis pakai yang terlambat dikirim, kemudian keberadaan fasilitas dan alat kesehatan yang kurang memenuhi membuat pasien dengan mudah dirujuk karena tidak mendapat pelayanan yang sesuai. Mendasari hal tersebut, tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui ketersediaan dan kesiapan sumber daya dalam implementasi kebijakan sistem rujukan rawat jalan non spesialisik era jaminan kesehatan nasional (JKN) di Puskesmas Kabupaten Ngawi, Jawa Timur.

METODE

Penelitian ini lokasi penelitian di Puskesmas Kabupatn Ngawi, dimana lokasi dipilih dengan purposive sampling menggunakan metode startifikasi Puskesmas sehingga dihasilkan tiga (3) Puskesmas dengan stratifikasi baik, menengah dan kurang, yaitu Puskesmas Gemarang, Ngawi dan Kasreman.

Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan mendeskripsikan kondisi yang ada di lokasi penelitian.

Target/Subjek Penelitian

Pemilihan informan dengan teknik purposive sampling dan *mapping* informan sehingga diperoleh 7 informan dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas. Kemudian kriteria inklusi dan eksklusi penelitian ini

adalah pertama, bersedia menjadi narasumber. Kedua, mengetahui sistem pelaksanaan rujukan rawat jalan non spesialis di Puskesmas Ngawi.

Data dan Teknik Analisis Data

Data dikumpulkan dengan indepth interview, data sekunder dan observasi. Keabsahan data menggunakan triangulasi sumber dan teknik. Data dianalisis dengan reduksi, penyajian dan penarikan kesimpulan.

HASIL

Penelitian yang dilaksanakan di beberapa Puskesmas Kabupaten Ngawi ini melibatkan informan yang cukup variatif baik stake holder yang berasal dari Dinas Kesehatan, kemudian Kepala Puskesmas juga tenaga kesehatan yang membidangi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, baik dari pelayanan, operator ataupun bagian rujukan. Berikut pada table ini menyajikan data karakteristik informan yang terlibat dalam penelitian:

Tabel 1. Data Karakteristik Informan

| KODE | USIA | PENDIDIKAN | JABATAN |
|------|------|--------------------------|---------------------------------------|
| SN | 56 | S2 (S.KM,M.Kes) | Kabid SDK Dinkes Ngawi |
| ES | 47 | S1 Kedokteran | Kepala Puskesmas Gemarang |
| DW | 34 | D3 Keperawatan | Bagian Pelayanan |
| SA | 45 | S1 Kedokteran | Kepala Puskesmas Ngawi |
| RS | 37 | D3 Hiperkes | Bagian TU, Keuangan BLUD dan JKN |
| MD | 38 | S2 (Kedokteran, M.M.Kes) | Kepala Puskesmas Kasreman |
| DB | 55 | D3 Keperawatan | Bagian Pelayanan dan Programmer Kusta |

Sumber; Data Primer, 2017

Setelah dilakukan wawancara dengan narasumber yang berasal dari pihak Dinas Kesehatan dan Puskesmas yang disajikan pada Tabel 1. (Data Karakteristik Informan) maka dipaparkan hasil mengenai ketersediaan sumberdaya, upaya pemenuhan dan kendala yang ada.

Ketersediaan Sumber Daya

Ketersediaan sumberdaya merupakan suatu hal yang penting dalam implementasi suatu kebijakan atau program. Dari hasil wawancara dengan narasumber didapatkan hasil bahwa ketersediaan SDM masih kurang di Puskesmas, sampai saat ini tersedia 50% dari total kebutuhan, kemudian untuk ketersediaan peralatan kesehatan sangat bervariasi antara satu Puskesmas dengan yang lain, namun secara umum ketersediaan alat Kesehatan ada sekitar 50% - 60% dari total kebutuhan dan standart yang ada.. Untuk obat dan keuangan cukup karena sumber dana berasal dari pusat, juga kapitasi, BOK dan hasil dari upaya BLUD yang dilaksanakan oleh Puskesmas. Adapun ketersediaan sumberdaya disajikan secara lebih lengkap pada tabel di bawah ini:

Tabel 2. Ketersediaan Sumberdaya di Puskesmas Kabupaten Ngawi

| No. | Aspek | Informan | Ketersediaan Sumber Daya |
|-----|-----------|----------|--|
| 1 | SDM | SN | Kurang, hanya tersedia 50% |
| | | ES | Kurang, tersedia 2 dokter |
| | | DW | Kurang, tersedia 2 dokter |
| | | SA | Kurang, tersedia 2 dokter |
| | | RS | Kurang, tersedia 2 dokter |
| | | MD | Kurang, tersedia 1 dokter standby dan 1 dokter paruh hari |
| | | SD | Kurang, tersedia 1 dokter umum standby dan 1 dokter paruh hari |
| 2 | Peralatan | SN | Kurang, rekapitulasi semua Puskesmas tersedia 43% – 47% |
| | | ES | Kurang, tersedia 50% - 60% |
| | | DW | Kurang, mungkin 60%an |
| | | SA | Cukup, tersedia 65% – 70% |

| No. | Aspek | Informan | Ketersediaan Sumber Daya |
|-----|----------|----------|--|
| 3 | Obat | RS | Cukup, tersedia 70% |
| | | MD | Kurang, tersedia kurang dari 50% |
| | | SD | Kurang |
| | | SN | Cukup |
| | | ES | Cukup |
| | | DW | Cukup |
| | | SA | Kurang |
| | | RS | Kurang |
| 4 | Keuangan | MD | Cukup |
| | | SD | Cukup |
| | | SN | Cukup, bersumber dari DAK, DAU, BK, BOK, Kapitasi dan Cukai Rokok |
| | | ES | Cukup, bersumber dari BOK, Kapitasi dan hasil BLUD (pemeriksaan laborat, surat sehat dan parkir) |
| | | DW | Cukup, bersumber dari BOK dan Kapitasi |
| | | SA | Cukup, bersumber dari BOK, Kapitasi dan hasil BLUD (pemeriksaan laborat, surat sehat dan parkir) |
| | | RS | Cukup, bersumber dari BOK, Kapitasi dan hasil BLUD (pemeriksaan laborat, surat sehat dan parkir) |
| | | MD | Cukup, bersumber dari BOK dan Kapitasi |
| | | SD | Tidak paham |

Sumber; Data Primer, 2017

Upaya yang dilakukan

Fasilitas kesehatan tentunya melakukan usaha dalam mengatasi kekurangan sumberdaya yang ada, adapun yang dilakukan Puskesmas selama ini adalah:

a. SDM

- Mengoptimalkan tenaga yang ada
Bentuk dari mengoptimalkan tenaga yang ada disini adalah satu orang memegang beberapa tanggung jawab sehingga lebih efisien.
- Menunggu perekrutan dari Pemda
Sampai saat ini Pemda masih mengeluarkan kebijakan untuk mengoptimalkan tenaga yang sudah ada.
- Melakukan perekrutan mandiri utamanya dokter dengan MOU antara dokter dengan Puskesmas.
Beberapa puskesmas yang memiliki pendapatan dari kapitasi yang tinggi dan juga kegiatan BLUD yang sudah berjalan berani menempuh jalan tersebut, namun Puskesmas di Ngawi pada umumnya belum berani karena melihat situasi dan kondisi keuangan yang ada.

b. Peralatan Kesehatan

- Memenuhi secara bertahap
- Biasanya dilihat terlebih dahulu peralatan urgent atau skala prioritas kebutuhan dan gambaran kasus per tahun sebagai refleksi upaya pemenuhan ke depan.
- Mengoptimalkan peralatan yang ada
- Melakukan upaya dengan terus mengajukan peralatan yang agak lumayan mahal ke Dinas Kesehatan dan alat yang terjangkau dibeli dengan kapitasi.
- Melakukan inovasi alkes

c. Obat

Untuk obat selama ini cukup dan jika kurang belanja dengan dana kapitasi.

d. Keuangan

Keuangan cukup, karena ada beberapa sumber dana di Puskesmas baik berasal dari DAK, DAU, BOK dan kapitasi, juga beberapa Puskesmas sudah melakukan upaya mencari dana mandiri melalui skema BLUD.

Tabel 3. Upaya Pemenuhan Sumberdaya di Puskesmas Kabupaten Ngawi

| No. | Aspek | Informan | Upaya Pemenuhan |
|-----|-----------|----------|---|
| 1 | SDM | SN | Optimalisasi tenaga yang ada |
| | | ES | Belum ada dan menunggu dari Dinkes |
| | | DW | Belum ada |
| | | SA | Perekrutan mandiri dengan MOU antara Puskesmas dan Dokter |
| | | RS | Perekrutan mandiri dengan MOU antara Puskesmas dan Dokter |
| | | MD | Belum ada dan menunggu dari Dinkes |
| | | SD | Belum ada dan menunggu dari Dinkes |
| | | SN | 1. Memenuhi secara bertahap 2. Alokasi peralatan dengan harga terjangkau ditolak Dinkes dan Puskesmas bisa memenuhi dengan kapitasi |
| | | ES | Membeli dengan kapitasi yang terjangkau |
| 2 | Peralatan | DW | Membeli dengan kapitasi yang terjangkau |
| | | SA | Membeli dengan kapitasi yang terjangkau |
| | | RS | Membeli dengan kapitasi yang terjangkau |
| | | MD | Inovasi alat dan mengoptimalkan yang ada |
| | | SD | Tidak tau |
| | | SN | - |
| | | ES | - |
| | | DW | - |
| | | SA | Membelanjakan dengan kapitasi |
| 3 | Obat | RS | Membelanjakan dengan kapitasi |
| | | MD | - |
| | | SD | - |
| | | SN | - |
| | | ES | - |
| | | DW | - |
| | | SA | - |
| | | RS | - |
| | | MD | - |
| 4 | Keuangan | SD | - |
| | | SN | - |
| | | ES | - |
| | | DW | - |
| | | SA | - |
| | | RS | - |
| | | MD | - |
| | | SD | - |
| | | SN | - |

Sumber; Data Primer, 2017

Kendala

Adapun yang menjadi kendala dalam upaya pemenuhan sumber daya selama ini ada beberapa sebab, antara lain seperti di bawah ini:

a. SDM

Adapun yang menjadi kendala dalam pemenuhan sumber daya manusia adalah:

- Tidak ada SK perekrutan
Hal tersebut dikarenakan kebijakan untuk mengoptimalkan tenaga yang ada.
- Tidak ada regulasi mengenai salary dokter
Tidak adanya regulasi membuat beberapa nakes utamanya dokter enggan untuk bekerja di Puskesmas sebagai honorer, karena harapannya Pendidikan yang mahal juga ditunjang dengan penghasilan yang jelas.

- Jika harus memenuhi melalui jalur mandiri (Puskesmas merekrut secara mandiri) tidak ada dana.
Hal ini dikarenakan kapitasi yang diterima Puskesmas berbeda, bergantung pada KBK (Pemenuhan komitmen pelayanan) dimana bergantung pada angka kunjungan, pemenuhan program prolanis dan tentunya rujukan non spesialisik, ditambah kegiatan penunjang kunjungan keluarga.
 - Tuntutan honorer atau dari pekerja kontrak untuk bisa menjadi PNS setelah mengabdikan di Puskesmas.
- b. Alat Kesehatan
- Harga alat Kesehatan mahal
Selama ini untuk harga peralatan Kesehatan yang sifatnya urgent dan mahal, pihak Puskesmas melakukan pengajuan melalui Dinas Kesehatan untuk dibawa ke Pemerintah Daerah, namun pada prosesnya tidak semua disetujui mengingat anggaran daerah tidak hanya untuk sektor kesehatan saja, sehingga untuk peralatan kesehatan keberadaannya belum bisa memenuhi 100% dari standart dan kebutuhan yang ada.
 - Tidak semua estimasi anggaran alat kesehatan disetujui.
 - Dana kapitasi kecil sehingga hanya mampu membeli peralatan ringan atau tidak mahal yang belum di acc oleh pemerintah daerah. Selain itu juga dana kapitasi ini tidak semua difokuskan ke alat karena utamanya untuk salary, sisanya untuk peralatan, obat, ATK dan kebutuhan Puskesmas lainnya yang tidak terduga.
- c. Obat
- Obat sudah tercukupi
- d. Keuangan
- Keuangan sudah tercukupi.

PEMBAHASAN

Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional tergolong sudah cukup berjalan walaupun masih banyak aspek yang memerlukan pembenahan. Tujuan dari adanya JKN tersebut adalah agar masyarakat terlindungi secara finansial dari beban kesehatan dan tentunya dapat mengakses dan mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan indikasi medis yang dihadapi.

Dalam mengakses suatu pelayanan, selalu ada rintangan yang menghambat, hal tersebut muncul baik dari segi internal maupun eksternal. Hambatan eksternal muncul dari beberapa hal baik kondisi geografis, alat untuk mengakses maupun penerimaan persepsi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang ada. Secara internal muncul dari kualitas layanan, ketersediaan sumber daya baik obat dan sarana prasarana yang ada(1).

Hal yang perlu diperhatikan ketika masyarakat mengakses pelayanan kesehatan adalah bergantung pada ketersediaan fasilitas, staff dan obat – obat atau medical supplies. Selain itu, model akses individu juga dipengaruhi oleh model perilaku pasien, model fit yang terdiri dari ketersediaan, penerimaan, akses, akomodasi dan keterjangkauan pelayanan. Terakhir adalah kemudahan mengakses informasi dan pelayanan kesehatan (2,3).

Ketersediaan sumberdaya manusia memegang peranan penting dalam pelaksanaan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (4). Sumberdaya manusia berfungsi sebagai implementator dan evaluator suatu program dan merupakan ujung tombak dalam keberhasilan implementasi suatu kebijakan ataupun program tersebut. Selain itu, ketersediaan tenaga kesehatan berpengaruh terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan agar masyarakat mendapatkan pelayanan yang optimal (5). Pada saat ini upaya dalam memenuhi sumberdaya manusia kesehatan masih belum bisa optimal baik dari segi jenis, kualifikasi, jumlah dan pelayagunaannya (6). Ada beberapa tantangan yang dihadapi dalam masa atau

dekade ini, antara lain: regulasi yang belum mendukung, perencanaan kebijakan dan program tenaga kesehatan yang masih lemah, dukungan sumberdaya pembiayaan dan lainnya yang belum cukup.

Kendala lain selain dari segi kuantitas SDM adalah belum meratanya penyebaran SDM, dimana hal tersebut menjadi satu fenomena tersendiri yang ada di Puskesmas. (7). Misalnya petugas farmasi (apoteker) tidak ada sehingga harus meminjam apoteker dari Puskesmas lain sebagai apoteker penanggung jawab untuk pengajuan obat – obatan . Hal lain yang penting dan turut serta menjadi sorotan adalah beban kerja SDM yang ada di Puskesmas, beban kerja yang berlebihan akan berpengaruh pada layanan yang kurang optimal dan kepuasan pasien dalam mendapatkan pelayanan kesehatan (4)

Kendala pasti akan muncul dalam implementasi sebuah program atau suatu kebijakan, namun adanya kendala haruslah diimbangi dengan upaya untuk mengatasi. Pada beberapa hal sebetulnya pihak Puskesmas sudah melakukan suatu upaya selain daripada mengoptimalkan tenaga yang ada, yaitu dengan penambahan secara mandiri nakes yang dirasa kurang (8).

Penambahan nakes inipun belum optimal karena berkaitan dengan kemampuan Puskesmas perihal anggaran, sehingga tetap saja memberdayakan yang ada dianggap sebagai suatu solusi saat ini. Selain itu, untuk jenis nakes nakes tertentu cukup sulit untuk dicari karena berkaitan dengan regulasi terkait salary yang belum ada, sehingga keluar masuknya tenaga dokter honorer sering terjadi di Puskesmas.

Penguatan regulasi merupakan langkah penting dalam mendukung pengembangan dan pemberdayaan sumberdaya kesehatan, antara lain melalui percepatan pelaksanaan, Kerjasama lintas sector dan pengelolaan yang efektif secara berjenjang di daerah maupun pusat. Kemudian pada perencanaan disesuaikan kebutuhan berdasarkan masalah kesehatan yang ada dan arah pengembangan program pembangunan kesehatan, begitu pula dengan pengadaan harus disesuaikan perencanaan kebutuhan. (6,9)

Perencanaan sumber daya kesehatan juga harus memperhatikan beberapa aspek baik topologi wilayah, distribusi tenaga kesehatan dan tantangan yang ada di masing – masing wilayah. Dukungan baik dalam bentuk kebijakan, regulasi dan pendanaan sangat diprlukan dalam hal ini, agar perencanaan, pengadaan dan pendistribusian dapat berjalan dengan baik. (10)

Kedua, ketersediaan peralatan kesehatan juga menjadi hal penting dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan. Kekurangan sarana yang ada dapat menurunkan efektifitas pelayanan kesehatan yang akan diberikan pada pasien, oleh karena itu penting sekali untuk memahamami kebutuhan dan pemanfaatan sarpras yang ada (11). Ketersediaan sarana dan prasarana yang ada berdasarkan hasil penelitian ada sekitar 50 – 70 persen dari kebutuhan, padahal keberadaan sarpras ini akan sangat menunjang keberhasilan dalam penanganan penyakit sehingga memperkecil kemungkinan untuk merujuk pasien. Secara kondisi peralatan kesehatan rata – rata masih bagus dan layak digunakan, secara usia peralatan tersebut juga masih baru dan terstandart dengan baik.

Pada era JKN, puskesmas sebagai gate keeper harus mampu menangani 155 penyakit sesuai dengan peraturan Konsil Kedokteran Indonesia. Tugas yang harus diemban tersebut tidak mudah apalagi jika fasilitas dan sarana prasarana yang tersedia kurang mendukung. Banyak kendala yang dihadapi puskesmas dalam memenuhi kebutuhan peralatan kesehatan tersebut, antara lain: harga peralatan kesehatan yang dibutuhkan cukup mahal, sehingga pengadaan alat tersebut diajukan ke Dinas Kesehatan dengan menunggu dana dari APBD, namun tidak semua peralatan kesehatan yang diajukan tersebut diberikan semua mengingat keterbatasan dana yang ada dan penggunaan tidak hanya untuk memenuhi sector kesehatan. Selain itu beberapa puskesmas berusaha memenuhi alat kesehatan yang terjangkau dengan dana kapitasi yang dimiliki, beberapa Puskesmas memenuhi secara bertahap sesuai dengan kondisi penyakit yang dihadapi masyarakat, juga mengoptimalkan peralatan yang ada, sehingga jika

tidak mampu menangani maka pasien akan dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi kedudukannya di wilayah tersebut.

Ketersediaan obat memegang peranan penting dalam pelayanan kesehatan, dimana ketercukupan dan akses yang mudah dalam mendapatkan obat sesuai dengan keluhan dan penyakit yang diderita akan mengoptimalkan kesembuhan pasien dan pelayanan kesehatan yang ada di fasilitas kesehatan tersebut. Rata – rata ketersediaan obat di puskesmas sudah cukup baik, pengadaan sudah sesuai dengan standart formularium nasional hanya saja masih terbatas jumlah apoteker penanggung jawab obat.

Pengadaan obat juga mempertimbangkan kebutuhan saat ini dan kasus penyakit pada tahun sebelumnya, selain itu pengadaan obat – obatan tidak hanya dicukupi dari hasil pengajuan ke Dinkes namun juga dengan dana kapitasi. Terakhir obat juga dikelola dengan baik dan secara jumlah tidak pernah berlebihan yang pada akhirnya tertimbun dan kadaluarsa. Ketersediaan dan pengelolaan yang baik tersebut karena staf sudah terlatih dan memahami standart pengelolaan. (12)

Faktor terakhir yang tidak kalah penting dalam pelaksanaan implementasi suatu program adalah sumber daya berupa money. Sumber pendanaan kegiatan puskesmas cukup variatif, selain berasal dari APBD juga berasal dari kapitasi, BOK dan beberapa puskesmas cukup berhasil mendapatkan dana BLUD dengan mengembangkan kegiatan layanan mandiri yang hasilnya bisa digunakan untuk memenuhi kebutuhan internal Puskesmas sendiri, seperti: pelayanan surat keterangan sehat dokter, pelayanan narkoba, parkir.

Beberapa puskesmas mampu memanfaatkan dana tersebut dengan baik, tidak hanya untuk menutupi kekurangan alat dan obat, namun juga untuk kebutuhan rumah tangga lain dan merekrut tenaga kesehatan yang dibutuhkan utamanya dokter dengan skema dan pendanaan mandiri dari Puskesmas agar pelayanan lebih optimal dan berkualitas. Dana yang ada selain digunakan untuk kebutuhan kuratif, juga digunakan untuk kebutuhan preventif dan promotif yang menjadi tuntutan di Era JKN ini, salah satunya program PIS PK (Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga) yang juga menjadi komponen yang harus dipenuhi agar kapitasi berbasis komitmen pelayanan bisa diterima optimal oleh Puskesmas dari pihak BPJS.

Secara umum ketersediaan sumber daya untuk kebijakan RRNS belum semua tercukupi, padahal angka RRNS ini merupakan salah satu indikator dari kapitasi berbasis komitmen pelayanan atau KKBPK, selain dari angka kunjungan, program prolanis yang ditangani dan rasio kunjungan keluarga atau RKR, dimana setiap komponen yang dinilai tersebut memiliki zona penilaian yang harus dipenuhi(11,13). Pada angka kontak atau kunjungan harus memenuhi target 150 per mil, RRNS 5% dan rasio prolanis yang berkunjung 50%, sehingga apabila ketiga komponen tersebut terpenuhi seluruhnya maka kapitasi akan diterima 100% penuh oleh pihak Puskesmas.

Selain itu, Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) merupakan indikator optimalnya koordinasi antara dan kerjasama antara FKTP dengan FKRTL, dimana menggunakan perhitungan jumlah RRNS dibagi jumlah rujukan FKTP X 100%. Jumlah RRNS ini adalah jumlah peserta yang dirujuk dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang menjadi kompetensi dokter di FKTP sesuai aturan undang – undang. Jumlah diagnosa penyakit kurang lebih 155 diagnosa penyakit harus ditangani tuntas di FKTP dan selanjutnya disepakati melalui pertemuan antara BPJS dan FKTP yang melibatkan Dinkes, Tim Kendali Mutu dan Biaya dan Organisasi Profesi wilayah setempat. Dimana hasil kesepakatan akan menjadi dasar perhitungan RRNS di masing – masing FKTP dengan target zona aman 5% dan zona prestasi 1 % (14)

Berdasarkan kondisi di atas, masih diperlukan perbaikan dalam penyediaan sumber daya, dimana hal tersebut kerjasama dengan pemda baik berupa regulasi dan pendanaan juga kerjasama pihak internal

puskesmas melalui pengoptimalan dana kapitasi, sumber daya, pelatihan tenaga kesehatan dan kegiatan BLUD. (15) Kerjasama lintas sector juga diharapkan dapat membantu baik dari stake holder pusat, daerah, pihak asuransi, penyelenggara kesehatan dan NGO (16). Harapannya dengan perbaikan tersebut kebutuhan sumber daya terpenuhi dan program dapat berjalan dengan baik.

KESIMPULAN

Ketersediaan sumber daya untuk implementasi program RRNS era Jaminan Kesehatan Nasional belum terpenuhi secara keseluruhan, utamanya pada aspek sumber daya manusia, keuangan dan peralatan kesehatan, namun untuk obat sudah mencukupi kebutuhan pasien.

SARAN

Diperlukan kerjasama baik *stake holder* pusat, daerah, penyelenggara asuransi kesehatan, fasilitas kesehatan dan lainnya. Perlu diupayakan terobosan usaha Puskesmas melalui pelaksanaan usaha BLUD sehingga mampu menghasilkan dana mandiri untuk memenuhi kebutuhan yang kurang

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada pihak yang telah berkontribusi untuk penelitian ini, baik instansi maupun pihak – pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis dalam artikel ini tidak memiliki konflik dan kepentingan

DAFTAR PUSTAKA

1. Domapielle MK. Health Insurance And Access To Health Care Services In Developing Countries. 2014;
2. Alhassan YN. the Role of the National Health Insurance Scheme in Shaping Equity of Access To Healthcare in Ghana. 2014;
3. Nicholson D, Yates R, Warburton W, Fontana G. Delivering Universal Health Coverage : a Guide for Policymakers. Report of the WISH Universal Health Coverage Forum 2015. 2015;1–54.
4. Yuniar Y, Penelitian P, Daya S, Litbangkes B, Ri K. Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional di Delapan Kabupaten-Kota di. 2016;(75):201–10.
5. Logistik M, Kesehatan A. Higeia Journal Of Public Health. 2020;4(2):212–22.
6. UU-No.-36-Th-2014-ttg-Tenaga-Kesehatan.pdf.
7. Gazette G, Notice G. National Health Insurance. 2015;(39506):4–101.
8. Pelaksana M, Kesehatan P. Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2015;11(1):32–42.
9. Needs S, Di W, Lombok K. No Title. 2019;05(01):108–24.
10. Smith A, Ranchod S, Strugnell D, Wishnia J. Human resources for health planning and National Health Insurance: the urgency and the opportunity. S Afr Health Rev. 2018;(1):23–32.
11. Access O. Studi Literatur : Analisis Faktor Penyebab Tingginya Angka Rujukan di Puskesmas Pada Era JKN Analysis of Factors Causing High Referral Rates at Primary Health Center in the JKN Era : A Literature Review. 2020;
12. Medicine E, Before A, Implementation ANHI, Health AT, In C, District K, et al. Provinsi Papua Evaluation Medicine Availability Before And After Nhi Implementation. 2017;7:30–9.
13. Pemenuhan B, Pelayanan K. Sumber Daya Terhadap Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBPKP). 2020;18(1).

14. Larasati W. Pemetaan Akar Masalah terhadap Partisipasi Preventif Promotif Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS) di Puskesmas Teladan (Doctoral dissertation, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara).
15. Systems H, Vol T. The Republic of Indonesia Health System Review. Vol. 7. 2017.
16. Project HP. Scaling Up National Health Insurance Learning from Case. 2013. 1–52 p.