

ANALISIS IMPLEMENTASI PROGRAM RUJUK BALIK PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TIDAR KOTA MAGELANG

Dianita Pertiwi, Putri Asmita Wigati, Eka Yunila Fatmasari
Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan
Universitas Diponegoro
Email : dianitapertiwi16@gmail.com

RSUD Tidar Kota Magelang merupakan salah satu rumah sakit yang melaksanakan Program Rujuk Balik (PRB). Tujuan PRB adalah meningkatkan aksesibilitas, kualitas pelayanan, dan efisiensi biaya kesehatan. Angka rujuk balik dari RSUD Tidar tertinggi se-Kota Magelang tetapi angka rujuk balik di FKTP masih rendah dan antrian pasien di rumah sakit masih tinggi. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis implementasi PRB peserta JKN di RSUD Tidar Kota Magelang dan menganalisis faktor-faktor yang berpengaruh, yaitu faktor komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Jenis penelitian yang dilakukan merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa RSUD Tidar Kota Magelang dalam pelaksanaan PRB belum optimal dari faktor komunikasi (dokter spesialis di FKTL dengan dokter umum di FKTP) di aspek kejelasan. Hal ini terbukti dengan informasi yang seharusnya disampaikan oleh dokter spesialis melalui surat rujuk balik tidak dituliskan. Surat rujuk balik yang digunakan oleh FKTL juga masih berubah-ubah. Sumber daya belum memenuhi (SDM secara kuantitas masih kurang mencukupi, tetapi secara kualitas sudah mampu, sedangkan segi fasilitas terkendala pada persediaan obat yang masih sering kosong). Disposisi pelaksana program sudah mendukung. Struktur birokrasi dari segi SOP sudah tersedia tetapi belum dilaksanakan dengan baik. Struktur organisasi untuk PRB belum dibentuk dan koordinasi dilakukan secara langsung. Disarankan bagi BPJS Kesehatan untuk melakukan evaluasi bersama dengan FKTP dan FKTL dan membuat suatu sistem di mana FKTL dan FKTP dapat terhubung untuk berkomunikasi tentang kondisi pasien. Bagi RSUD Tidar Kota Magelang disarankan untuk melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan PRB, khususnya kepada dokter spesialis yang menuliskan form rujuk balik.

Kata Kunci : implementasi, program rujuk balik
Kepustakaan : 36, 1988-2015

Pendahuluan

A. Latar Belakang

Upaya pemenuhan hak setiap manusia atas kesehatan merupakan prinsip dasar pembangunan kesehatan di Indonesia. Upaya kesehatan yang diselenggarakan meliputi upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif yang didukung oleh sistem rujukan dalam pemberian pelayanan kesehatan.^{1,2} Sistem

rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab dalam pemberian pelayanan kesehatan secara timbal balik baik secara vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan dan fasilitas kesehatan.³ Sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan tidak hanya

hal pengiriman pasien, tetapi dapat berupa pemeriksaan penunjang diagnostik, spesimen, dan rujukan pengetahuan tentang penyakit. Sistem rujukan ini dilaksanakan dengan tujuan untuk menjamin pasien dalam menerima pelayanan kesehatan perseorangan secara berkualitas dan memuaskan, mulai dari lokasi pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau, biaya yang paling sesuai dengan pasien, sehingga pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien. Sistem rujukan yang diterapkan pada era JKN ini dilaksanakan secara berjenjang, termasuk rujukan balik dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).^{1,4}

Pelayanan rujuk balik merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien di fasilitas kesehatan atas rujukan dari dokter spesialis atau sub spesialis yang merawat. Berdasarkan Surat Edaran Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan Nomor 047 Tahun 2014 tentang Pelayanan Program Rujuk Balik bagi Peserta JKN, pelayanan rujuk balik ini diberikan kepada pasien yang menderita penyakit kronis yang kondisinya sudah stabil tetapi masih membutuhkan perawatan jangka panjang guna meningkatkan kualitas pelayanan bagi peserta JKN dan memudahkan akses dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Fasilitas kesehatan yang menjadi tempat rujukan dapat menentukan apakah pasien dirawat di fasilitas kesehatan tersebut, dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi, atau dirujuk balik ke fasilitas kesehatan

yang merujuk. Adapun jenis penyakit yang termasuk dalam program rujuk balik antara lain diabetes mellitus, hipertensi, jantung, asma, penyakit paru onstruktif kronik (PPOK), epilepsi, *schizophrenia*, stroke, dan *systemic lupus erythematosus* (SLE).⁵

Program rujuk balik ini penting untuk dilaksanakan karena merupakan program yang salah satu tujuannya untuk menekan biaya pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang sesuai dengan dengan misi BPJS Kesehatan untuk melaksanakan sistem kerja yang efisien. Selain untuk efisiensi biaya, program rujuk balik juga sangat berguna bagi fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk dapat meningkatkan fungsi faskes sebagai *gatekeeper* dan meningkatkan kompetensi penanganan medik melalui bimbingan dari dokter spesialis.⁶

Data BPJS Nasional menunjukkan jumlah peserta program rujuk balik hingga bulan Desember 2015 adalah 401.848 peserta. Dari jumlah tersebut hanya 34,05% dari 1,18 juta peserta dengan diagnosa rujuk balik yang mengikuti program rujuk balik.⁷ BPJS Kesehatan mengungkapkan bahwa tantangan dalam program rujuk balik yakni ketersediaan obat yang ada di apotek, FKTP yang belum siap melaksanakan program rujuk balik, dan kriteria stabil untuk pasien yang berbeda di setiap rumah sakit.⁸ Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang yang menjadi rumah sakit rujukan dari FKTP yang ada di kota Magelang, adalah rumah sakit yang paling banyak

melakukan rujuk balik ke FKTP untuk wilayah Kota Magelang. Dari empat rumah sakit yang ada di Kota Magelang, 79,04% rujuk balik dilakukan oleh RSUD Tidar Kota Magelang. Sedangkan angka kunjungan untuk pasien yang dirujuk balik di puskesmas hanya 15-17 kunjungan dalam satu tahun atau masih berkisar 21,25% dari total peserta rujuk balik yang ada di puskesmas tersebut. Masalah dalam tidak optimalnya pelaksanaan Program Rujuk Balik didukung oleh penelitian yang telah dilakukan oleh Jauharotin 2014, di mana disebutkan bahwa mayoritas dokter PPK I tidak meminta surat rujuk balik (SRB) dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL). Dokter spesialis di FKTL tidak memberikan surat rujuk balik kepada pasien, kecuali jika pasien meminta, baru dokter akan membuat surat rujuk balik.⁹

B. Rumusan Masalah

Belum optimalnya pelaksanaan program rujuk balik di pelayanan kesehatan, khususnya pada pencatatan kunjungan rujuk balik yang tidak dilaksanakan oleh FKTP dan FKTL serta masih rendahnya angka kunjungan rujuk balik peserta BPJS Kesehatan menjadi permasalahan dalam pelayanan program rujuk balik selama dua tahun keberlangsungan BPJS Kesehatan. Untuk melihat permasalahan tersebut di lapangan, peneliti memilih lokasi di RSUD Tidar Kota Magelang karena rumah sakit tersebut menjadi rumah sakit rujukan dari FKTP yang ada di Kota Magelang dan RSUD Tidar Kota Magelang memiliki angka rujuk balik tertinggi di Kota Magelang yaitu

79,04%. Belum diketahui bagaimana pelaksanaan program rujuk balik di FKTP maupun FKTL, dan faktor-faktor apa saja yang membuat pelaksanaan rujuk balik tersebut menjadi kurang optimal sehingga rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “bagaimana implementasi program rujuk balik peserta Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Tidar Kota Magelang?”.

C. Tujuan Penelitian

Untuk menganalisis implementasi Program Rujuk Balik peserta Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Tidar Kota Magelang dan faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi program dilihat dari faktor komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi.

D. Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif.^{10,11}

E. Hasil dan Pembahasan

1. Implementasi Program Rujuk Balik

Dalam pelaksanaan program rujuk balik terdapat tiga hal yakni pendaftaran peserta rujuk balik baru yang dilakukan di Pojok PRB atau BPJS Center, pelayanan pasien rujuk balik oleh dokter, dan pelayanan obat rujuk balik. Untuk pelayanan obat rujuk balik pasien sudah dilaksanakan sesuai dengan pedoman yang ada dan dokter di FKTP sudah melaksanakan peresepan di batas kewenangannya yaitu tidak melakukan penggantian resep kepada peserta rujuk balik. Akan tetapi dalam hal pendaftaran peserta baru belum sesuai dengan pedoman yang ada.

Pendaftaran peserta baru seharusnya dilakukan di Pojok PRB atau di BPJS center yang ada di rumah sakit. Selain dilakukan pendaftaran peserta PRB baru, pasien dapat diedukasi oleh tenaga pelaksana yang ada agar termotivasi untuk melaksanakan rujuk balik ke FKTP. Yang terjadi di fasilitas kesehatan adalah pendaftaran peserta baru dilakukan oleh FKTP. Hal ini terjadi karena belum diterapkannya Pojok PRB. Penatalaksanaan pasien di FKTL juga masih ada yang belum sesuai dengan SOP dalam Program Rujuk Balik yang terdapat pada Pedoman Sistem Rujukan Nasional Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Dalam SOP tersebut disebutkan bahwa FKTL dalam mengembalikan pasien kepada FKTP disertai dengan kelengkapan informasi dan kejelasan proses pelaksanaannya. Rujukan balik pasien disertai jawaban atas rujukan yang dikirimkan semula, disertai dengan ringkasan hasil pemeriksaan dan tindakan, serta saran-saran untuk tindak lanjut pelayanan pasien di FKTP. Akan tetapi yang terjadi adalah dokter tidak lengkap dan tidak jelas dalam mengisi surat rujuk balik sehingga dokter umum di FKTP merasa informasi yang diberikan tidak jelas dan tidak terbaca. Hal ini terkait dengan sumber daya di mana jumlah dokter yang minim membuat dokter spesialis menangani banyak pasien dan terburu-buru dalam melayani pasien sehingga yang dituliskan dalam surat rujuk balik tidak lengkap bahkan tidak dituliskan tindak lanjutnya.

Kendala dalam pelaksanaan rujuk balik selama ini adalah pasien yang tidak mau kembali ke FKTP. Rendahnya kunjungan rujuk balik pasien di FKTP berhubungan dengan faktor sumber daya yakni fasilitas obat yang ketersediaan sering kosong sehingga membuat pasien tidak mau kembali ke FKTP. Selain karena obat yang kosong, alasan lain pasien tidak kembali ke FKTP yakni dokter di FKTP adalah dokter umum, sedangkan di rumah sakit adalah dokter spesialis sehingga pasien merasakan ada perbedaan pelayanan yang diberikan dan lebih senang ditangani oleh dokter spesialis di rumah sakit.

2. Faktor Komunikasi

a. Transmisi

Proses penyampaian informasi mengenai kebijakan Program Rujuk Balik disampaikan melalui forum yang dihadiri oleh dokter-dokter yang bertugas di fasilitas kesehatan. Forum ini diadakan oleh BPJS Kesehatan untuk menyampaikan segala hal yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dalam lingkup jaminan kesehatan nasional (JKN), termasuk Program Rujuk Balik. Informasi yang disampaikan kepada fasilitas kesehatan sudah jelas melalui forum yang diadakan oleh BPJS Kesehatan di Kabupaten Magelang di mana dalam forum ini metode yang digunakan yakni diskusi sehingga pihak dari fasilitas kesehatan dapat memberikan *feedback* dari informasi yang diberikan oleh BPJS Kesehatan.

Komunikasi secara tidak langsung juga diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan dengan mengirimkan surat melalui *e-mail*.

Sedangkan proses penyampaian informasi antara dokter spesialis dengan dokter umum di FKTP terjadi melalui surat rujuk balik yang dibawa oleh pasien. Tidak ada media komunikasi lain yang dilakukan selain menggunakan surat rujuk balik tersebut. Komunikasi langsung juga tidak pernah dilakukan. Apabila ada hal-hal yang masih perlu didiskusikan oleh dokter umum kepada dokter spesialis melalui form tersebut di mana pasien kemudian dikembalikan lagi ke rumah sakit.

b. Kejelasan

Informasi yang disampaikan kepada fasilitas kesehatan dari sisi kejelasan informasi sudah sangat cukup. Fasilitas kesehatan sudah mengetahui Program Rujuk Balik dan melaksanakan sesuai dengan pedoman pelaksanaan rujuk balik yang ada.

Dari sisi kejelasan informasi dari dokter di FKTL kepada dokter di FKTP, informasi yang disampaikan melalui surat rujuk balik tersebut kadang tidak terbaca jelas oleh dokter umum sehingga dokter umum kesulitan untuk melakukan tindak lanjut pelayanan kepada pasien. Informasi yang tidak jelas ini

berupa tulisan yang tidak terbaca dan tidak adanya keterangan apapun dalam surat rujuk balik. Tidak jelasnya informasi yang diberikan ini dapat menimbulkan perbedaan persepsi antara dokter spesialis dengan dokter umum sehingga pelayanan yang diberikan kepada pasien di FKTP menjadi tidak terlaksana sesuai harapan dari dokter spesialis.

c. Konsistensi

Informasi mengenai Program Rujuk Balik masih sering berubah dan perubahan informasi tersebut disampaikan kepada fasilitas kesehatan melalui *e-mail*. Surat rujuk balik yang digunakan oleh dokter untuk mengkomunikasikan kondisi pasien juga masih berubah-ubah hingga saat ini.

3. Faktor Sumber Daya

a. Jumlah dan Mutu Staf

Dari segi kuantitas staf yang dimiliki oleh RSUD Tidar Kota Magelang belum mencukupi, masih dibutuhkan penambahan petugas medis terutama dokter spesialis. Hal ini sangat diperlukan guna dapat memaksimalkan pelayanan yang ada karena tingginya angka kunjungan pasien di rumah sakit. Di BPJS Kesehatan dan puskesmas juga masih kekurangan SDM karena banyaknya pekerjaan yang harus dilakukan dengan jumlah tenaga yang terbatas. Sedangkan pada dokter keluarga tidak ada masalah dalam kuantitas SDM.

Untuk kualitas staf yang dimiliki oleh RSUD Tidar Kota Magelang, BPJS Kesehatan, puskesmas dan dokter keluarga sudah memadai. Para tenaga tersebut memiliki keahlian dan merupakan tenaga yang terdidik sesuai dengan bidangnya masing-masing. Untuk tenaga pelayanan medis juga dilakukan oleh dokter yang sudah profesi.

b. Informasi

Informasi berkaitan dengan ketersediaan acuan yang dimiliki berkenaan dengan pelaksanaan Program Rujuk Balik. BPJS Kesehatan Kantor Cabang Magelang berpedoman pada UU No 40 tahun 2004, UU tentang SJSN No 24 tahun 2011, Permenkes No 71 Tahun 2013, Peraturan BPJS No 1 tahun 2014, Surat Edaran Menkes No 21 tahun 2014, Perdir no 28 tahun 2014 dan Surat Edaran Direktur Pelayanan tentang Pelayanan Program Rujuk Balik bagi Peserta JKN Nomor 47 Tahun 2014.

Sedangkan pada fasilitas kesehatan, dalam melaksanakan Program Rujuk Balik mengacu pada tugas pokok dan fungsi dari fasilitas kesehatan. Untuk peraturan atau pedoman khusus yang dibuat oleh pimpinan fasilitas kesehatan tidak ada sehingga pelayanan yang diberikan mengacu pada tugas pokok dan fungsinya saja. Informasi mengenai Program Rujuk Balik diperoleh melalui forum dan media komunikasi tidak langsung yang berupa *e-mail*.

c. Kewenangan

Masing-masing tenaga di FKTP juga memiliki wewenang masing-masing. Dokter umum berwenang untuk menerima pasien, mendokumentasikan baik itu di rekam medis maupun di buku rujuk balik, kemudian memeriksa dan menatalaksana pasien yang dirujuk balik. Untuk tenaga administrasi menghubungi pasien untuk kontrol kembali ke FKTP, membuat SPJ. Untuk pelapor berwenang untuk merekap jumlah peserta PRB tiap bulan yang ada di FKTP kemudian melaporkan ke Dinas Kesehatan Kota Magelang.

Yang kedua untuk wewenang dari pelaksana di FKTL, yakni dokter spesialis hanya berwenang mulai tahap pelayanan kepada pasien sampai tahap menentukan apakah kondisi pasien stabil atau tidak. Untuk tahapan selanjutnya seperti merekap surat rujukan balik, menyerahkan resep obat kronis kepada pasien, dan melengkapi identitas pasien dilakukan oleh perawat yang ada di poliklinik. Untuk tahapan pemberian obat merupakan wewenang dari tenaga farmasi yang ada di apotek.

Yang ketiga yakni wewenang dari pelaksana di BPJS Kesehatan, yakni untuk staf yang ada di unit MPKP memiliki wewenang masing-masing. Untuk Staf manajemen manfaat berwenang apabila ada keluhan obat kosong, kemudian membuat laporan

untuk diteruskan ke BPJS Divisi Regional, BPJS Divisi Regional yang melanjutkan ke kantor pusat. Staf manajemen utilisasi dan anti fraud berwenang menerima klaim dari FKTP ataupun dari apotek ataupun dari laboratorium ke BPJS Kantor Cabang Magelang (menerima dan menyerahkan hasil verifikasi dari verifikator). Untuk verifikator berwenang untuk verifikasi tagihan, verifikasi obat, dan verifikasi laboratorium. Tenaga BPJS Kesehatan di FKTL berwenang dalam pendaftaran pasien PRB yang dilakukan di FKTL.

d. Fasilitas

Dilihat dari fasilitas fisiknya, fasilitas kesehatan sudah baik dalam menyediakan fasilitas fisik untuk pelayanan rujuk balik. Akan tetapi ada satu fasilitas dari BPJS Kesehatan yang belum diterapkan atau belum disediakan di FKTL. Fasilitas tersebut yakni Pojok PRB. Untuk media KIE, media KIE yang disediakan oleh BPJS Kesehatan hanya berupa leaflet yang kemudian disebarluaskan melalui FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Kemudian untuk kelengkapan berkas peserta rujuk balik yang meliputi surat rujuk balik, buku kontrol PRB, dan buku obat. Ketiganya sudah ada dan diberikan kepada peserta rujuk balik.

Yang terakhir yakni dari fasilitas obat-obatan. Persediaan obat di fasilitas kesehatan masih sering

kosong. Dari RSUD Tidar Kota Magelang selalu berkoordinasi dengan rumah sakit lain terkait persediaan obat. Apabila di RSUD Tidar Kota Magelang obatnya kosong atau habis, maka pihak rumah sakit akan menghubungi rumah sakit lain untuk meminjam obat yang dibutuhkan. Tidak hanya dengan rumah sakit lain saja, pihak rumah sakit juga berkoordinasi dengan apotek di luar rumah sakit untuk hal obat-obatan. Berbeda dengan RSUD Tidar Kota Magelang, FKTP yaitu puskesmas, apabila terjadi kekosongan obat maka pasien harus mencari obat diluar puskesmas tersebut, di apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

4. Faktor Disposisi

Suatu implementasi kebijakan tidak akan berjalan dengan efektif jika implementor tidak memiliki sikap atau perspektif yang sama dengan pembuat kebijakan. Hasil dari penelitian menunjukkan sikap positif dan mendukung terhadap pelaksanaan Program Rujuk Balik. Semua informan penelitian menyatakan setuju dan bersedia untuk melaksanakan Program Rujuk Balik. Hal ini dapat dilihat dari adanya surat rujuk balik yang ada di FKTP dan *informed consent* yang diberikan oleh dokter di FKTP kepada pasien yang kembali ke FKTP. Berdasarkan dari hasil observasi yang dilakukan di 5 puskesmas sebagai FKTP yang ada di Kota Magelang, semua FKTP

tersebut berpartisipasi dalam pelaksanaan Program Rujuk Balik. Dokter spesialis di FKTL juga bersedia untuk melaksanakan rujuk balik agar pasien dirawat di FKTP dan mengurangi penumpukan pasien di rumah sakit. Melihat beban kerja dokter di mana dokter spesialis dapat menangani 50 hingga 100 pasien dalam sehari membuat dokter bersedia untuk melaksanakan rujuk balik agar pasien kembali ke FKTP dan dapat dilakukan perawatan di FKTP. Akan tetapi, terkadang sikap dokter tidak mau untuk melakukan rujuk balik karena ketersediaan obat yang kosong di FKTP. Hal ini berkaitan dengan faktor sumber daya di mana motivasi dokter spesialis untuk melakukan rujuk balik ke FKTP menjadi rendah karena ketersediaan obat yang sering kosong.

5. Faktor Struktur Birokrasi

a. SOP

SOP dapat menjadi pedoman dalam bertindak dan dapat menyeragamkan tindakan-tindakan dari para pelaksana. Dari hasil penelitian, SOP sudah ada dan disediakan serta diinformasikan kepada fasilitas kesehatan. SOP disampaikan pada forum dan diberikan secara tertulis melalui surat yang dikirim melalui *e-mail*. Fasilitas kesehatan juga sudah mengetahui akan adanya SOP tersebut. Sedangkan untuk

keterlaksanaannya, pelayanan yang diberikan kepada pasien rujuk balik belum sesuai dengan standar yang ada.

Pada SOP Program Rujuk Balik disebutkan bahwa FKTL menginformasikan kepada FKTP yang merujuk dengan beberapa catatan tindak lanjut yang dituliskan dalam jawaban atas rujukan. Berhubungan dengan komunikasi yang dilakukan oleh dokter spesialis di FKTL dengan dokter umum di FKTP yang menyatakan bahwa dokter spesialis tidak menuliskan catatan tindak lanjut pasien dalam surat rujuk balik. Hal ini berarti dokter spesialis tidak melaksanakan pelayanan sesuai dengan SOP yang ada yang menyebabkan informasi yang diberikan kepada FKTP menjadi tidak jelas yang menjadi salah satu faktor pelaksanaan program rujuk balik menjadi tidak optimal.

b. Struktur Organisasi

Struktur organisasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pembentukan struktur organisasi dalam pelaksanaan Program Rujuk Balik dan melihat koordinasi yang dilakukan berdasarkan struktur organisasi tersebut. Dari hasil penelitian, pada koordinasi dalam instansi, tidak ada struktur

organisasi yang dibentuk untuk Program Rujuk Balik baik itu BPJS Kesehatan, RSUD Tidar Kota Magelang, maupun puskesmas sebagai FKTP. Struktur organisasi mengikuti struktur organisasi kedinasan masing-masing. Karena tidak ada struktur organisasi yang dibentuk maka koordinasi dilaksanakan secara langsung sehingga dapat dilaksanakan secara mudah dan cepat. Berdasarkan hasil penelitian tidak ada hambatan dalam melaksanakan koordinasi dalam instansi.

Untuk koordinasi antar instansi, yang masih menjadi masalah selama ini adalah tidak adanya jalur koordinasi antara FKTP dengan FKTL. BPJS Kesehatan tidak memberikan sarana yang dapat membuat koordinasi FKTP dan FKTL dapat dilakukan. Yang ada hanya media komunikasi yang berupa surat rujuk balik yang dibawa oleh pasien. Padahal koordinasi ini dapat membantu dan memudahkan pada faktor komunikasi yakni dari sisi kejelasan, di mana informasi yang diterima FKTP yang tidak jelas dapat langsung ditanyakan oleh FKTP kepada FKTL apabila ada jalur koordinasi yang dibentuk.

F. Kesimpulan dan Saran

1. Kesimpulan

Dalam implementasi program rujuk balik pendaftaran peserta PRB yang seharusnya dilakukan oleh BPJS Kesehatan pada kenyataannya dilakukan oleh FKTP karena belum diterapkannya Pojok PRB sebagai fasilitas pendaftaran peserta PRB di FKTL. Pelayanan PRB juga masih ada yang tidak sesuai dengan pedoman pelaksanaan rujuk balik, yaitu dokter di FKTL tidak memberikan keterangan secara lengkap dan jelas pada surat rujuk balik yang dibawa oleh pasien. Kendala dalam pelaksanaan rujuk balik yakni pasien tidak mau kembali ke FKTP dengan alasan ketersediaan obat yang sering kosong dan lebih senang dirawat oleh dokter spesialis di rumah sakit. Hal ini berkaitan dengan faktor sumber daya di mana fasilitas obat di FKTP memang masih sering kosong ketersediannya.

Dari faktor komunikasi, informasi yang disampaikan belum jelas dari dokter spesialis kepada dokter umum terkait kondisi pasien, informasi yang masing-masing berubah-ubah dan surat rujuk balik yang belum baku.

Dari segi sumber daya yakni jumlah tenaga pelaksana masih dirasa kurang karena banyaknya pekerjaan yang harus dilakukan dan menumpuknya jumlah pasien di rumah sakit. Fasilitas juga masih kurang. Fasilitas tersebut diantaranya adalah media KIE yang masih sangat minim dan obat-obatan untuk peserta rujuk balik yang masih

kosong ketersediannya di apotek, serta pojok PRB yang belum diterapkan.

Dari faktor disposisi, semua tenaga pelaksana Program Rujuk Balik setuju dengan adanya program tersebut tetapi perlu perbaikan dalam hal komunikasi dan ketersediaan obat-obatan. \

Dari faktor struktur birokrasi terkait SOP di FKTL belum berjalan optimal karena pelayanan masih belum sesuai dengan SOP yang ada dan untuk struktur organisasi belum ada jalur komunikasi antara FKTP dengan FKTL yang memungkinkan terjadi komunikasi apabila terdapat ketidakjelasan dalam faktor komunikasi.

a. Saran

a. Bagi BPJS Kesehatan Kantor Cabang Magelang

1) Sebaiknya dibuatkan jalur koordinasi antara FKTP dengan FKTL sehingga dapat dilakukan komunikasi apabila terdapat ketidakjelasan informasi yang diberikan oleh FKTP kepada FKTP.

2) Untuk surat rujuk balik dapat dibakukan formatnya agar terjadi keseragaman informasi yang disampaikan untuk seluruh fasilitas kesehatan yang melaksanakan program rujuk balik.

3) Dilakukan monitoring dan evaluasi kepada faskes yang melaksanakan PRB serta diberikan

pembinaan agar kendala-kendala yang terjadi di lapangan dapat diberikan solusi.

b. Bagi RSUD Tidar Kota Magelang

1) Dokter spesialis dihibau untuk memberikan informasi yang jelas dan tidak sembarang dalam menggunakan surat rujuk balik karena akan menimbulkan ketidakjelasan informasi kepada FKTP yang menerima rujuk balik.

2) Dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan rujuk balik agar diketahui kendala-kendala yang terjadi dan dapat diberikan solusinya.

c. Bagi Peneliti Lain

1) Penelitian ini hanya melihat implementasi program rujuk balik dari sisi pemberi pelayanan kesehatan, akan lebih baik lagi jika dilakukan penelitian dari sisi masyarakat yang menjadi sasaran dari program rujuk balik.

G. Daftar Pustaka

1. Menteri Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. *Kementrian Kesehat RI*. 2014. doi:10.1002/cplu.201490022.
2. Kementerian Kesehatan RI Jakarta 2012. *Pedoman Sistem Rujukan Nasional*;

- 2012.
3. Hartini, Septo Pawelas Arso ASr. Analisis Pelayanan Rujukan Pasien BPJS di RSUD Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun Provinsi Jambi. 2016.
 4. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional. 2013. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
 5. BPJS Kesehatan. Surat Edaran Direktur Pelayanan tentang Pelayanan Program Rujuk Balik bagi Peserta JKN Nomor 47 Tahun 2014. 2014.
 6. BPJS Kesehatan. Panduan Praktis Program Rujuk Balik Bagi Peserta JKN. 2015. <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/4238e7d5f66cce4ccd89883c46fcebc.pdf>.
 7. BPJS Kesehatan. Bahan Paparan Jaminan Kesehatan Nasional Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Igarss* 2014. 2014;(1). doi:10.1007/s13398-014-0173-7.2.
 8. World Health Organizations. Management of Health Facilities: Referral Systems. 2012.
 9. Alkhamidah JN. Perbedaan Persepsi Pasien BPJS Kesehatan Eks Askes dan Eks Jamsostek terhadap Pelayanan Rujukan Berjenjang di RSUD Tidar Magelang. 2014.
 10. Moleong LJ. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. (Surjaman T, ed.). Bandung: PT Remaja Rosdakarya; 2000.
 11. Nazir M. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia; 1988.