

## Determinan Rujukan Non Spesialistik Dengan Kriteria TACC di FKTP Kabupaten Batang Hari Tahun 2022

Bathari Yanthi<sup>1</sup>, Julita Hendrartini<sup>2</sup>, Dwi Handono Sulisty<sup>3</sup>

<sup>1-3</sup> Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada, bathari.yanthi84@gmail.com

**Abstract:** The capacity of primary healthcare as gatekeepers to handle 144 comprehensive and independent primary diagnoses is a form of strengthening primary healthcare facilities for the implementation of both quality and cost control. Non-specialist Referral diagnoses with TACC (Time, Age, Comorbidity, Complication) included in the 4A competency level for primary doctors allows the doctors to refer patients to Advanced Referral Health Facilities. This study aimed to identify the determinants that affect Non-Specialist Referral with TACC in FKTP Batang Hari Regency. This research was a cross-sectional mixed-method study with a sequential explanatory design using primary doctors as the total sampling and heads of FKTP and National Health Insurance patients as sample representatives. The quantitative method using Chi-square analysis was used to determine the effect of each independent variable on the dependent variable. Qualitative analysis was carried out by quantitative data triangulation. The results of the statistical test show that there was a significant association between the availability of medical devices and drugs wNon-Specialist Referral with TACC (medical devices  $p=0.017$ , drugs  $p=0.002$ ), while doctors' knowledge, doctors' competence, FKTP location, and type did not show a significant association. In-depth interviews revealed that patients' request was one of the reasons for doctors' referral. There is a significant association between the availability of medical devices and drugs with NonSpecialist Referral with TACC supported by patients' request for referral.

**Keywords:** Non-Specialist Referrals, TACC (Time, Age, Comorbidity, Complication), Referral Criteria, Gatekeeper.

**Abstrak:** Kemampuan FKTP sebagai gatekeeper yang menangani 144 diagnosa primer tuntas dan mandiri merupakan bentuk penguatan di fasilitas pelayanan kesehatan primer untuk pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya. Diagnosa RNS (Rujukan Non Spesialistik) dengan kriteria TACC (*Time, Age, Comorbidity, Complication*) yang masuk kategori kompetensi 4A dokter primer masih memungkinkan dokter dapat merujuk pasien ke tingkat lanjutan. Penelitian ini untuk mengidentifikasi determinan yang mempengaruhi Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC di FKTP Kabupaten Batang Hari. Penelitian ini menggunakan metode mixed method dengan model sequential explanatory design dengan rancangan penelitian cross sectional. Sampel yang digunakan adalah total sampling dokter primer dan perwakilan

sampel dari kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan pasien JKN di Kabupaten Batang Hari. Metode kuantitatif menggunakan analisis Chi kuadrat untuk mengetahui pengaruh dari setiap variabel independen terhadap variabel dependen. Metode kualitatif sebagai triangulasi data kuantitatif dengan unit analisis penelitian adalah FKTP. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara ketersediaan alat medis dan ketersediaan obat dengan Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC (alat medis  $p=0,017$ , obat  $p=0,002$ ) secara signifikan sedangkan pengetahuan dokter terkait RNS TACC, kemampuan dokter, lokasi dan jenis FKTP tidak mempunyai hubungan bermakna dengan Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC. Dari wawancara mendalam didapatkan permintaan pasien untuk dirujuk menjadi salah satu alasan dokter merujuk. Terdapat hubungan yang signifikan antara ketersediaan alat medis dan ketersediaan obat terhadap Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC didukung dengan permintaan pasien untuk dirujuk.

*Kata Kunci:* Rujukan Nonspesialistik, Rujukan Kriteria TACC (*Time, Age, Comorbidity, Complication*), Gatekeeper.

## PENDAHULUAN

*Managed healthcare* dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia saat ini merupakan perpaduan antara pelayanan kesehatan yang bermutu dengan pembiayaan terkendali. Pelayanan kesehatan yang dimaksud meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan beberapa pola pembiayaan sebagai bentuk upaya pengendalian biaya pelayanan kesehatan JKN. Salah satu pola pembayaran di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama adalah sistem kapitasi yang merupakan *prospective payment system*. Konsep ini memungkinkan agar kualitas pelayanan dan pembiayaan kesehatan dapat diselenggarakan secara efektif dan efisien untuk mencegah pembiayaan yang berlebihan atau *over utilization*, pemberian pelayanan kesehatan yang tidak perlu atau *unnecessary utilization* bahkan kemungkinan penyalahgunaan atau *abuse of care* (Ariastanto dkk, 2018).

Konsep *Primary Health Care* dalam penguatan fasilitas pelayanan kesehatan primer harus didukung peran FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) sebagai *gatekeeper* yang mampu menangani 144 diagnosa tuntas dan mandiri untuk memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisiensi. Kriteria TACC (*Time, Age, Comorbidity, Complication*) memungkinkan dokter dapat merujuk ke pelayanan tingkat lanjutan walaupun masih termasuk dalam 144 jenis diagnosa FKTP dan masuk tingkat kompetensi level 4 dokter primer.

Berdasarkan hasil monitoring evaluasi BPJS Kesehatan KC Jambi Tahun 2021 terkait angka capaian rujukan FKTP, kabupaten Batang Hari memiliki capaian rasio rujukan non spesialistik sebesar 4,65 %, Rujukan Non Spesialistik dengan TACC sebesar 2,85 % di Tahun 2021 yang mengalami penurunan dibandingkan capaian di Tahun 2020 dengan capaian rasio rujukan non spesialistik sebesar 10,75 %, RNS dengan TACC sebesar 5,05 %. Meskipun demikian masih diatas target nasional sebesar 2 %.

Rumusan masalah penelitian adalah mengidentifikasi determinan rujukan Non Spesialistik dengan Kriteria TACC (*Time, Age, Comorbidity, Complication*) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kabupaten Batang Hari melihat dari tiga karakteristik yaitu karakteristik dokter (pengetahuan terkait RNS, kemampuan dokter, lama praktik), karakteristik pasien (permintaan pasien untuk dirujuk) dan karakteristik pelayanan kesehatan (ketersediaan alat medis, ketersediaan obat, lokasi FKTP, jenis FKTP).

## **METODE**

Jenis penelitian yang digunakan adalah metode campuran (*mixed method*) model *sequential explanatory design*. Metode kuantitatif digunakan dalam penelitian ini untuk mengetahui variabel dari ketiga karakteristik (karakteristik dokter, pasien dan fasilitas pelayanan kesehatan) tentang rujukan kriteria TACC. Metode kualitatif digunakan untuk menjelaskan secara mendalam faktor-faktor penyebab RNS dengan kriteria TACC di Kabupaten Batang Hari. Subjek Penelitian adalah seluruh dokter umum yang bekerja di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dengan teknik pengambilan sampel untuk metode kuantitatif adalah *total sampling* dan metode kualitatif dengan *non probabilistic atau purposive sampling* melalui wawancara mendalam kepada dokter umum, pasien dan kepala FKTP.

Analisis data kuantitatif dilakukan dengan analisis deskriptif dilanjutkan dengan analisis Chi kuadrat untuk menghubungkan antar variabel bebas (pengetahuan, kemampuan dokter, lokasi FKTP, jenis FKTP, ketersediaan alat medis dan ketersediaan obat – obatan) dengan variabel terikat yaitu Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC rendah atau tinggi. Analisis data kualitatif dilakukan dengan cara analisis tematik dan dilakukan triangulasi hingga mengintegrasikan data dan dikaitkan dengan hasil penelitian kuantitatif sebelumnya.

Pengukuran variabel bebas untuk data kuantitatif terdiri dari hasil jawaban responden dari kuesioner yang dibagikan dengan metode likert berdasarkan tingkat pengalaman dan wawasan yang dimiliki responden dalam hal ini dokter dan kepala FKTP untuk mengukur tingkat pengetahuan, untuk kemampuan dokter diukur dengan persentase dari jawaban dokter terkait kemampuan dokter dalam menangani 20 diagnosa RNS dengan kriteria TACC terbanyak, untuk variabel lain dengan menggunakan cek list. Dan kemudian didukung dengan data kualitatif dari hasil wawancara mendalam dengan pengambilan sampel dokter, pasien dan kepala FKTP.

## **HASIL**

Kabupaten Batang Hari merupakan salah satu kabupaten masuk wilayah kerja BPJS Kesehatan Cabang Jambi yang memiliki peserta JKN terdaftar sebanyak 86,75 % dari total penduduk 266.106

jiwa. Jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan sebanyak 21 FKTP yang terdiri dari 17 Puskesmas, dan 4 Klinik Pratama.

### **Karakteristik Responden Dokter Umum di FKTP Kabupaten Batang Hari**

Analisis ini bertujuan untuk mendeskripsikan distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing variabel yaitu karakteristik responden seperti umur, status kepegawaian, lama praktik, jenis FKTP, lokasi FKTP. Berikut hasil penelitian yang menunjukkan distribusi frekuensi variabel-variabel penelitian ini.

**Tabel 1. Distribusi Karakteristik Dokter Umum di FKTP BPJS Kesehatan Kabupaten Batang Hari Tahun 2022**

<b>Variabel</b>	<b>N= 60</b>	<b>Frekuensi (%)</b>
<b>Umur Dokter</b>		
26-35	45	75,00
36-45	8	13,33
46-55	6	10,00
56-65	1	1,67
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	17	28,33
Perempuan	43	71,67
<b>Jenis FKTP</b>		
Puskesmas	53	88,33
Klinik Pratama	7	11,67
<b>Lokasi FKTP</b>		
Terpencil	36	60,00
Pedesaan	15	25,00
Perkotaan	9	15,00
<b>Status Kepegawaian</b>		
Dokter PNS di Puskesmas	20	33,33
Dokter Non PNS di Puskesmas	34	56,67
Dokter praktik di Klinik Pratama	6	10,00
<b>Lama Praktik</b>		
0-4	36	60,00
5-9	13	21,67
10-14	6	10,00
≥ 15	5	,33

Tabel 1 di atas menunjukkan gambaran karakteristik 60 responden dokter umum dengan umur terbanyak responden antara 26 - 35 tahun (75 %) dan pengalaman praktik 0 – 4 tahun yang dimiliki responden sebesar 60 %. Status dokter Non PNS di Puskesmas mendominasi sebanyak 34 orang (56,67 %) dengan lokasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama didominasi kategori daerah terpencil.

### **Pengetahuan Terkait RNS dengan Kriteria TACC**

Dari proporsi tingkat pengetahuan dokter terkait Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC di FKTP Kabupaten Batang Hari Tahun 2022 didapatkan bahwa sebanyak 61,67% dokter memiliki tingkat pengetahuan baik terkait Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC dan 38,33 % dengan tingkat pengetahuan terkait Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC kurang

baik. Selain pengetahuan dokter terkait Rujukan Non Speseialistik dengan TACC berdasarkan pengalaman secara keilmuan, hasil triangulasi didapatkan sebagian dokter belum mengetahui secara detil karena belum disosialisasikan secara menyeluruh. Hal ini diungkapkan dari pernyataan dokter berikut :

*“Jadi...kalo secara sosialisasi langsung kepada dokternya sih... kebetulan saya sih...belum pernah tetapi kalau di sini kan ada yang menangani terkait rujukan BPJS kan ada penanggung jawabnya (PIC) kita diberikan informasi.”(D1)*

*“Enggak ada ini saya cari cari sendiri aja. sebenarnya kalau di perkuliahan kan enggak ada, tahunya saya ini karena saya cari ini aja dari BPJS Kesehatan atau baca di google.”(D5)*

### **Kemampuan Dokter**

Terdapat proporsi sebesar 38% dokter memiliki persepsi tingkat kemampuan 3 dalam menangani 20 Diagnosa RNS Dengan Kriteria TACC dimana dokter mampu mendiagnosa, melakukan tatalaksana awal non emergensi dan melakukan proses rujukan sedangkan 36,42% dokter memiliki tingkat kemampuan 4 dalam menangani 20 Diagnosa RNS Dengan Kriteria TACC. Diagnosa suppurative and unspecified otitis media (56,67%) berdasarkan persepsi dokter berada pada tingkat kemampuan 3, dimana dokter mampu mendiagnosa, melakukan tatalaksana awal non emergensi dan melakukan proses rujukan. Sementara itu, penyakit yang paling sedikit dapat ditangani dokter pada tingkat kemampuan 4 adalah astigmatisma (13,33%)

Kriteria penyebab dari 20 diagnosis non spesialistik yang sering dirujuk adalah pada kasus mata seperti *Astigmatism, Disorders of Refraction and Accommodation, Myopia* dokter menyatakan bahwa pemeriksaan refraksi membutuhkan penanganan tindakan yang spesifik dan berbeda dibanding kasus penyakit lain yang ditangani di FKTP disamping dengan keahlian khusus dan sarana pendukung di FKTP sendiri. Seperti yang disampaikan sebagai berikut :

*“Puskesmas disini juga misalkan gangguan refraksi kan banyak ya ada Myopia, ada Hipermetrop Nah itu kan kita butuh pemeriksaan ya, jadi kalau misal dicek visusnya, cek Pin Holenya, .....kendala pertama jujur untuk pemeriksaan refraksi ini kita butuh waktu itu lebih panjang daripada pemeriksaan biasanya kemudian kendala yang kedua adalah kita nggak punya Trial Lensa juga ya.”(D3)*

*“...yang Astigmatisma dirujuk horizontal ke Klinik Tanggo Rajo karena kita nggak ada alat utk pemeriksaan visusnya yang seperti busur.”(D4)*

### **Ketersediaan Alat Medis**

Dari total 60 dokter yang bekerja di FKTP Kabupaten Batang Hari terdapat 68,3% bekerja di FKTP dengan ketersediaan alat medis mencukupi. Hal ini menunjukkan bahwa secara rata-rata FKTP seharusnya mampu dalam penanganan diagnosa Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria

TACC di FKTP kabupaten Batang Hari. Namun masih ada beberapa FKTP terkendala untuk pemeriksaan refraksi mata hanya memiliki *Snellen Chart* atau bahkan sama sekali tidak ada, Pin Hole dan Trial Lensa tidak tersedia di FKTP. Alat medis untuk melakukan tindakan bedah minor tersedia di puskesmas, namun jumlahnya kurang mencukupi untuk digunakan para dokter dikarenakan jumlah alatnya yang terbatas. Seperti yang disampaikan sebagai berikut:

*“Kalo alat medis masih kurang lah ya seperti penunjang medis dan refraksi, sebenarnya yang dibutuhkan itu adalah tenaga terlatihnya juga.”(D5)*

*“Untuk kasus Bronchopnemonia, kemarin kita dikasih nebu tapi peruntukannya buat pasien anak bukan dewasa, sebenarnya kan bisa ditangani disini.”(D4)*

### **Ketersediaan Obat**

Sama hal seperti pemenuhan alat medis (alat penunjang diagnosa dan penunjang terapi) pemenuhan obat di FKTP milik Pemerintah memiliki permasalahan yang sama terkait upaya pemenuhan alat medis dan obat di FKTP, ketersediaan obat menunggu dari Dinkes dan wewenang penggunaan dana BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) belum leluasa dapat digunakan. Seperti pernyataan dari kepala FKTP berikut :

*“Puskesmas ini kan pada prinsipnya nah BLUD tapi belanja BLUD ini tidak ...ee...tidak mesti harus terpenuhi seluruhnya Bu mengingat obat-obatan yang belanja oleh APBD ini di sini ya banyak, jadi kalau BLUD ini kita hanya melengkapi itu pun kita beli dalam jangka waktu untuk persediaan kita paling lama untuk 2 minggu.....ya dua minggu berikutnya kita lihat lagi stok kalau umpamanya habis kita beli lagi... tapi bukan untuk seterusnya kita belanja dari BLUD.”(K1)*

### **Lokasi FKTP**

Gambaran distribusi lokasi FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan wilayah Kabupaten Batang Hari di dominasi oleh FKTP yang berlokasi di daerah terpencil, dimana jarak tempuh dan akses dari pasien ke faskes tergolong sulit dengan kondisi geografis wilayah Kabupaten Batang Hari. Termasuk kondisi untuk pasien PRB (Program Rujuk Balik) yang mengambil obat PRB di Apotek jejaring dan pasien yang membutuhkan pelayanan rujukan horizontal ke FKTP jejaring untuk pelayanan refraksi pada mata yang berada di Ibu kota Kabupaten.

### **Permintaan Pasien**

Permintaan pasien untuk dirujuk merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi rujukan pasien ke rumah sakit, seperti pernyataan dari kepala FKTP yang mengetahui permintaan pasien mempengaruhi rujukan ke rumah sakit. Sebagaimana berikut hasil wawancaranya:

“Jadi gini bu, untuk rujukan kadang-kadang masyarakat sendiri meminta, padahal dokter sudah memberikan penjelasan ini loh penyakit ini bisa ditangani di Puskesmas, kadang kehendak masyarakat itu.”(K5)

“Kalo masih ada, kadang – kadang pasien ngotot mau ke rumah sakit, kadang- kadang karena time dan komorbid yang menyebabkan rujukan pasien disini.”(K6)

### Analisis Bivariate

Ada hubungan signifikan antara ketersediaan alat medis ( $p=0,017$ ) dan ketersediaan obat ( $p=0,002$ ) terhadap rujukan non spesialistik dengan kriteria TACC) tetapi tidak ada hubungan antara pengetahuan dokter, kemampuan dokter, lokasi dan jenis FKTP.

**Tabel 2. Analisis Bivariat Hubungan Karakteristik Dokter dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dengan Rujukan Non Spesialistik Kriteria TACC**

Variabel	RNS Kriteria TACC			p-value
	Tinggi	Rendah	Total	
<b>Pengetahuan</b>				
Kurang baik	10 (43,5%)	13 (56,5%)	23 (100%)	0,121
Baik	9 (24,3%)	28 (75,7%)	37 (100%)	
<b>Kemampuan</b>				
Kurang baik	15 (30,0%)	35 (70,0%)	50 (100%)	0,535
Pedesaan	3 (20,0%)	12 (80,0%)	15 (100%)	
Perkotaan	1 (11,1%)	8 (88,9%)	9 (100%)	
<b>Lokasi</b>				
Terpencil	15 (41,7%)	21 (58,3%)	36 (100%)	1,113
Pedesaan	3 (20,0%)	12 (80,0%)	15 (100%)	
Perkotaan	1 (11,1%)	8 (88,9%)	9 (100%)	
<b>Jenis FKTP</b>				
Puskesmas	17 (32,1%)	36 (67,9%)	53 (100%)	0,851
Klinik pratama	2 (28,6%)	5 (71,4%)	7 (100%)	
<b>Ketersediaan Alat Medis</b>				
Kurang	2 (10,5%)	17 (89,5%)	19 (100%)	0,017
Baik	17 (41,5%)	24 (58,5%)	41 (100%)	
<b>Ketersediaan Obat</b>				
Kurang	4 (100%)	0	4 (100%)	0,002
Cukup	15 (26,8%)	41 (68,3%)	56 (100%)	
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>41</b>	<b>60</b>	

Ada hubungan signifikan ketersediaan alat medis dan ketersediaan obat FKTP dengan Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC dengan nilai alat medis ( $p= 0,017$ ) dan obat ( $p=0,002$ ). Untuk tingkat pengetahuan RNS, kemampuan dokter, lokasi dan jenis FKTP Tidak terdapat hubungan dengan Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC. Triangulasi dengan hasil wawancara mendalam responden dilapangan didapatkan permintaan pasien untuk dirujuk mempengaruhi alasan dokter untuk merujuk pasien ke tingkat lanjut. Pengetahuan sebagian dokter masih di nilai kurangnya sosialisasi dari BPJS Kesehatan, Dinas kesehatan dan organisasi profesi IDI terkait rujukan non spesialistik dengan kriteria TACC dan pelatihan peningkatan dokter dalam menangani 144 diagnosa FKTP masih jarang dilakukan dan tidak berkala.

## **PEMBAHASAN**

### **Hubungan Pengetahuan dokter dengan Rujukan Non Spesialistik dengan Kriteria TACC**

Hasil uji statistik pada penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan dokter dengan Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC ( $p=0,121$ ). Hasil menunjukkan bahwa pengukuran tingkat pengetahuan dokter sebagian besar tinggi namun tidak mempengaruhi Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC langsung. Hal ini dikarenakan banyak faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan itu sendiri. Dari hasil wawancara sebagian responden belum memahami dengan tepat tentang kriteria rujukan TACC. Penyampaian informasi dalam bentuk sosialisasi kepada dokter yang dilakukan bersama BPJS Kesehatan, Dinkes dan IDI masih belum merata disosialisasikan secara menyeluruh, dokter masih mencari secara mandiri terkait regulasi dan aturan yang berlaku. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ali (2015) yang melakukan penelitian serupa, dimana penelitian tersebut menunjukkan pemahaman dokter sudah cukup baik, namun tidak ada hubungan antara pengetahuan dokter Puskesmas dengan tingginya angka rujukan ( $p= 0,171$ ).

### **Hubungan Kemampuan Dokter dengan Rujukan Non Spesialistik dengan Kriteria TACC**

Kemampuan dokter menurut persepsi dokter dalam menangani 20 diagnosa RNS dengan kriteria TACC memiliki rerata 3,00. Hasil ini menunjukkan bahwa persepsi terhadap tingkat kemampuan dokter di FKTP Kabupaten Batang Hari masih belum mencapai tingkat kemampuan 4 dimana hasilnya menunjukkan sebesar 38 % adalah persepsi tingkat kemampuan dokter terhadap diagnosa Rujukan Non Spesialistik ada di tingkat kemampuan 3. Hasil di atas juga diperkuat dari hasil analisis kualitatif sebagian dokter memang jarang mendapatkan pelatihan atau updating keilmuan terkait klinis dan tata laksana penanganan penyakit di FKTP, selama masa pandemi covid dimana dari pernyataan dokter yang pernah mendapatkan pelatihan hanya melalui zoom atau online sehingga untuk peningkatan kompetensi dirasakan masih kurang.



Selain itu lama Praktik dari dokter umum yang berada di FKTP kabupaten Batang Hari bervariasi, dari data responden bahwa masih banyak sekali dokter yang pengalaman praktik masih baru sebesar 60 % dari total responden sejalan dengan usia responden sebesar 75 % berusia 26 – 35 Tahun dan menjadi perhatian ada dokter yang masa lama praktek kurang dari 1 tahun. Teknik dan keahlian juga mempengaruhi dokter dalam melakukan tata laksana tindakan medis. Ada beberapa tindakan yang memang memerlukan keahlian atau teknik dalam melakukan pemeriksaan khusus, disamping secara keilmuan dokter memiliki nya selama perkuliahan.

### **Hubungan Lokasi Fasilitas Kesehatan Tingkat pertama dengan Rujukan Non Spesialistik dengan Kriteria TACC**

Lokasi Fasilitas Kesehatan Tingkat pertama antara kategori wilayah terpencil, pedesaan dan perkotaan pada penelitian ini tidak berhubungan langsung dengan Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC seperti pada hipotesis awal yang menyatakan bahwa lokasi FKTP berhubungan signifikan terhadap Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC dimana FKTP daerah perkotaan lebih banyak merujuk dari pada FKTP daerah pedesaan. Hal ini berbeda dengan penelitian Blank (2015) yang dikaitkan dengan jarak ke rumah sakit menyatakan bahwa semakin dekat jarak ke pelayanan spesialisik atau rumah sakit maka angka rujukan akan semakin tinggi.

Perbedaan ini disebabkan kemungkinan halnya ketidakmampuan FKTP daerah tepencil terkait penanganan diagnosa RNS yang harus selesai dengan tuntas di FKTP, dipengaruhi juga kondisi pasien yang sudah datang ke FKTP sudah kondisi kronis dan komplikasi. Sejalan dengan persepsi pasien yang diwawancarai bahwa pemahaman mereka untuk berobat ke FKTP masih kurang dan menunggu kondisi kesehatan parah atau kronis baru datang ke FKTP sehingga minimnya penanganan menyebabkan FKTP melakukan rujukan dengan spesialisik. Banyak faktor yang menghambat masyarakat pedesaan untuk mengakses layanan kesehatan dasar sehingga pasien datang dalam keadaan sakit yang parah yang mengakibatkan pasien harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi dengan biaya yang lebih besar termasuk kondisi Apotek jejaring yang melayani kebutuhan obat PRB atau klinik jejaring yang berada di ibukota kabupaten.

### **Hubungan Jenis Fasilitas Kesehatan dengan Rujukan Non Spesialistik dengan Kriteria TACC**

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara jenis FKTP dengan Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC ( $p=0,851$ ). Pada kondisi Jenis FKTP di wilayah Kabupaten Batang Hari memiliki 17 Puskesmas dan 4 Klinik Pratama. Hal ini berarti sebaran paling banyak dan dominan adalah Fasilitas milik Pemerintah disamping itu melihat ketersediaan dokter yang bekerja di klinik pratama sebagian adalah dokter-dokter yang bekerja di puskesmas dan memiliki pengalaman praktek yang cukup lama.

Berbeda dengan teori bahwa dokter praktik perorangan memiliki kemampuan yang lebih rendah daripada dokter puskesmas. Menurut Grace et al. (2014), dokter praktik perorangan cenderung memiliki kemampuan yang kurang dibandingkan dokter yang praktiknya tidak secara perorangan.

Dalam penelitian ini didapatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan JKN di FKTP masih rendah. Monitoring dan evaluasi menunjukkan kontak rate FKTP dan pasien yang berkunjung ke FKTP masih kecil dan dengan kondisi keadaan di Tahun 2021 masih membatasi kontak langsung kepada pasien. Berdasarkan penelitian Cahyani, Anam, & Arsyad (2020) menunjukkan adanya hubungan antara persepsi peserta JKN tentang sakit dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada peserta JKN, individu yang mengetahui persepsi sakit yang benar cenderung akan memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik dan tidak menunggu hingga kondisi sakitnya memburuk.

### **Hubungan Ketersediaan Alat Medis dengan Rujukan Non Spesialistik dengan Kriteria TACC**

Ketersediaan alat medis pada penelitian ini mempunyai hubungan negatif terhadap Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC sebesar 0,017 secara signifikan. Persepsi dokter menyatakan bahwa beberapa jenis pemeriksaan, penegakkan diagnosis, maupun tindakan untuk beberapa kasus belum dapat dilakukan dengan alat yang tersedia. Terutama untuk kasus-kasus yang memerlukan pemeriksaan penunjang dan tindakan bedah minor.

Dari penelitian ini juga didapat alat medis yang kurang berada pada FKTP yang nilai RNS nya rendah. Faktor yang kemungkinan menyebabkan perbedaan ini berdasarkan dari hasil triangulasi dokter, kepala FKTP dan pasien bahwa ketidakterediaan alat membuat dokter mengeluarkan rujukan pasien tetapi ada kalanya dokter tetap menyarankan untuk dirujuk namun dari sisi pasiennya yang tidak mau dikarenakan akses atau jarak tempuh dan bisa jadi pasien malas untuk mengikuti prosedur rujukan yang dirumah sakit sehingga pasien memilih menjadi peserta umum atau menuju ke rumah sakit diluar yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Pola rujukan horizontal ke faskes jejaring belum dilakukan peginputan secara sistem melalui aplikasi PCare, FKTP merujuk secara horizontal ke faskes jejaring secara manual, ini disampaikan pada saat wawancara bahwa secara sistem di aplikasi PCare belum mengakomodir rujukan horizontal sehingga masih dilakukan dengan mengeluarkan surat manual, begitu juga untuk yang FKTP yang non rawat dilakukan merujuk pasien dengan memilih FKTP terdekat.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Alawi *et al* (2017) bahwa ketersediaan fasilitas alat kesehatan mempengaruhi pelaksanaan sistem rujukan. Begitu pentingnya alat kesehatan yang harus ada di faskes primer karena fungsinya sangat erat dengan tugas dokter dalam penegakan diagnosa penyakit.

### **Hubungan Ketersediaan Obat dengan Rujukan Non Spesialistik dengan Kriteria TACC**

Pada penelitian ini ketersediaan obat mempunyai hubungan negatif dengan rujukan non spesialistik dengan kriteria TACC, yaitu sebesar 0,002 secara signifikan. Ketersediaan obat pada penelitian ini dinyatakan oleh para dokter sebagai salah satu dokter merujuk pasien.

Dalam penelitian ini juga didapatkan beberapa FKTP sudah memiliki apoteker sehingga bisa melakukan pemesanan obat dan memanfaatkan dana BLUD yang ada di FKTP meski mekanisme pengelolaan dana BLUD Puskesmas yang belum maksimal, FKTP tetap mengajukan usulan permintaan obat ke Dinas Kesehatan. Meski ada kendala terkait obat yang didistribusikan oleh Dinas Kesehatan karena proses dan butuh waktu, pelaksanaan pengambilan obat untuk pasien PRB dilakukan ke apotek jejaring yang bekerja sama. Ada permintaan pasien untuk dirujuk yang tidak bisa dipenuhi oleh FKTP karena masih bisa dilakukan di FKTP, membuat pasien dengan kemauannya membeli obat diluar, termasuk obat PRB. Pada Klinik Pratama, yang secara ketersediaan obat bisa mandiri, terkadang obat untuk pasien kronis yang terdaftar di kliniknya dilakukan rujukan ke rumah sakit dan ini menyebabkan inefisiensi pembiayaan.

### **Hubungan Permintaan Pasien Untuk Dirujuk dengan Rujukan Non Spesialistik dengan Kriteria TACC**

Dari Hasil wawancara kepada dokter dan diperkuat dengan wawancara ke pasien ditemukan, Permintaan pasien untuk dirujuk menjadi prediktor dokter untuk mengambil keputusan merujuk ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut, terutama apabila dokter belum dapat menegakkan diagnosis dan sarana prasarana yang tersedia di fasilitas primer terbatas, perilaku pasien yang *specialist minded* dan memaksa dokter melakukan rujukan walaupun sudah sudah diupayakan agar pasien tetap berobat di fasilitas primer, akan menjadi pertimbangan dokter untuk merujuk pasien sehingga akan mempengaruhi angka rujukan di FKTP. Dan karena perilaku *specialist minded*, tidak sedikit pasien memilih berobat di praktek swasta karena dengan alasan pelayanan menggunakan BPJS Kesehatan ribet dan panjang.

### **Hubungan Faktor lain terkait Akses Jejaring Pelayanan Kesehatan yang mempengaruhi Rujukan Non Spesialistik dengan Kriteria TACC**

Salah satu penyebab ketersediaan jejaring faskes dimana dengan lokasi berdekatan dengan rumah sakit rujukan sangat mempengaruhi besarnya surat rujukan dikeluarkan. Seperti Apotek PRB dengan keterbatasan sumber daya dan biaya sehingga belum mampu menjangkau ke seluruh fasilitas kesehatan tingkat pertama, belum lagi ketersediaan obat PRB yang terkadang kosong sehingga pasien PRB tetap harus ke ibukota kabupaten untuk mengambil obat PRB dan tidak jarang tidak semua obat didapatkan pasien karena stok kosong, sehingga dimungkinkan pasien lebih baik ke rumah sakit. Terkait pelayanan refraksi mata yang merupakan salah satu kendala di FKTP belum memiliki RO dan hanya ada satu orang petugas RO di klinik swasta di ibu kota kabupaten Batang

Hari yang mengampu rujukan horizontal dari semua FKTP menyebabkan waktu tunggu layanan menjadi lama dan terjadwal.

Pola kebiasaan dan perilaku pasien yang jauh atau terpencil yang membutuhkan pelayanan kesehatan ketika sudah terjadi tingkat keparahan penyakitnya, menyebabkan pasien membeli pelayanan kesehatan swasta diluar JKN. Didaerah pedesaan dimana ada masyarakat yang tidak tahu bahwa telah terdaftar menjadi peserta JKN dari segmen PBI (Penerima Bantuan Iuran), karena ketidaktahuannya maka menjadi peserta umum yang membeli pelayanan kesehatan.

## SIMPULAN

Penelitian ini menemukan hubungan yang signifikan antara ketersediaan alat medis dan obat dengan Rujukan Non Spesialistik dengan kriteria TACC. Hasil triangulasi dengan wawancara responden, permintaan pasien untuk dirujuk mempengaruhi keputusan dokter untuk merujuk diagnosa non spesialistik dengan kriteria TACC dan ditemukan faktor lain yang mempengaruhi yaitu akses jejaring pelayanan kesehatan, pasien yang *specialist minded*, pemahaman pasien yang membuat keputusan dokter merujuk pasien dari faktor-faktor tersebut.

Adapun saran dalam penelitian ini, meningkatkan peran Dinas Kesehatan dan puskesmas dalam pengelolaan dan pemanfaatan dana BLUD untuk mencukupi ketersediaan alat medis dan obat di Fasilitas Kesehatan Tingkat pertama sesuai dengan standar yang berlaku, optimalisasi keaktifan kegiatan Prolanis dan Program Rujuk Balik di Fasilitas Kesehatan Tingkat pertama dengan melakukan penjaringan kepesertaan PRB secara intensif, meningkatkan peran BPJS Kesehatan dalam sosialisasi bersama untuk meningkatkan pemahaman baik tenaga medis, Penanggung Jawab FKTP dan peserta JKN serta mengevaluasi terkait kerjasama kontrak antara Fasilitas Kesehatan Tingkat pertama dan BPJS Kesehatan dalam kegiatan rekredensialing rutin setiap tahun.

## DAFTAR RUJUKAN

- Andoh-Adjei, F. X., Boudewijns, B., Nsiah-Boateng, E., Asante, F. A., van der Velden, K., & Spaan, E. (2018). Effects of capitation payment on utilization and claims expenditure under national health insurance scheme: A cross-sectional study of three regions in Ghana. *Health Economics Review*, 8(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13561-018-0203-9>
- An, C., O'Malley, A. J., Rockmore, D. N., & Stock, C. D. (2018). Analysis of the U.S. patient referral network. *Statistics in Medicine*, 37(5), 847–866. <https://doi.org/10.1002/sim.7565>
- Chowdhury, S., & Chakraborty, P. pratim. (2017). Universal health coverage - There is more to it than meets the eye. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(2), 169–170. <https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe>

- Bazemore, A., Petterson, S., Peterson, L. E., & Phillips, R. L. (2015). More comprehensive care among family physicians is associated with lower costs and fewer hospitalizations. *Annals of Family Medicine*, 13(3), 206–213. <https://doi.org/10.1370/afm.1787>
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., Danks, N. P., & Ray, S. (2021). Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) Using R. In *Practical Assessment, Research and Evaluation* (Vol. 21, Issue 1).
- Ristiani, I. Y. (2017). Pengaruh Sarana Prasarana Dan Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pasien (Studi Pada Pasien Rawat Jalan Unit Poliklinik Ipdn Jatinangor). *Coopetition*, 8(2), 155–166.
- Nappoe, S. A., Aktariyani, T., Fanda, R. B., Marthias, T., & Trisnantoro, L. (2020). Evaluasi Tata Kelola Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) dengan Pendekatan Realist Evaluation. *Hasil Penelitian Kebijakan Evaluasi Jamainan Kesehatan Nasional 2019 Di Provinsi NTT*, 1–19.
- Ramadhani, S. N. (2020). Analysis of Factors Causing High Referral Rates at Primary Health Center in the JKN Era: A Literature Review. *Media Gizi Kesmas*, 9(2), 57. <https://doi.org/10.20473/mgk.v9i2.2020.57-66>
- Wong, G., Westhorp, G., Manzano, A., Greenhalgh, J., Jagosh, J., & Greenhalgh, T. (2016). RAMESES II reporting standards for realist evaluations. *BMC Medicine*, 14(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0643-1>
- Liang, C., Mei, J., Liang, Y., Hu, R., Li, L., & Kuang, L. (2019). The effects of gatekeeping on the quality of primary care in Guangdong Province, China: A cross-sectional study using primary care assessment tool-adult edition. *BMC Family Practice*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0982-z>
- Ang, K. T., Ho, B. K., Mimi, O., Salmah, N., Salmiah, M. S., & Noridah bt., M. S. (2014). Factors influencing the role of primary care providers as gatekeepers in the Malaysian public healthcare system. *Malaysian Family Physician*, 9(3), 1–11.
- Kiger, M. E., & Varpio, L. (2020). Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Medical Teacher*, 42(8), 846–854. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1755030>
- Abraham, O., Linnander, E., Mohammed, H., Fetene, N., & Bradley, E. (2015). A patient-centered understanding of the referral system in ethiopian primary health care units. *PLoS ONE*, 10(10), 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139024>
- Marwis, M., Firdawati, F., & Erkadius, E. (2019). Analisis Sistem Rujukan Kelainan Refraksi dari Puskesmas ke Rumah Sakit di Kota Pariaman Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(3), 565. <https://doi.org/10.25077/jka.v8i3.1043>

- Alawi, M., Junadi, P., & Latifah, S. N. (2017). Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingginya Rujukan Kasus Non Spesialistik Pasien Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas di Kabupaten Sukabumi Tahun 2015. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 2(1). <https://doi.org/10.7454/jurnal-eki.v2i1.1954>
- Nurlinawati, I., Rosita, R., & Werni, S. (2019). Gambaran Faktor Penyebab Rujukan Di Puskesmas Kota Depok. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 22(3). <https://doi.org/10.22435/hsr.v22i3.512>
- Masyarakat, J. K. (2019). Analisis Persepsi Pasien Terhadap Mutu Pelayanan Puskesmas Dan Hubungannya Dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Leyangan Kabupaten Semarang Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 7(1), 31–40.
- Aoki, T., Yamamoto, Y., Ikenoue, T., Kaneko, M., Kise, M., Fujinuma, Y., & Fukuhara, S. (2018). Effect of Patient Experience on Bypassing a Primary Care Gatekeeper: a Multicenter Prospective Cohort Study in Japan. *Journal of General Internal Medicine*, 33(5), 722–728. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4245-1>
- Liang, C., Mei, J., Liang, Y., Hu, R., Li, L., & Kuang, L. (2019). The effects of gatekeeping on the quality of primary care in Guangdong Province, China: A cross-sectional study using primary care assessment tool-adult edition. *BMC Family Practice*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0982-z>
- Whyte, R., Connolly, S., & Wren, M. A. (2020). Insurance status and waiting times for hospital-based services in Ireland. *Health Policy*, 124(11), 1174–1181. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.07.001>
- Thuong, N. T. T. (2020). Impact of health insurance on healthcare utilisation patterns in Vietnam: a survey-based analysis with propensity score matching method. *BMJ Open*, 10(10), 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040062>
- Aristanto, E., SR, C., & H, K. (2016). Optimalisasi pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional melalui peningkatan dan penguatan layanan fasilitas kesehatan primer dengan pendekatan. *Jurnal Manajemen Dan Kewirausahaan*, 4(1), 51–65.
- Puskesmas, P., & Kecamatan, D. I. (2018). 20926-42575-1-Sm. 1.
- Kusumawardhani, O. B., & ... (2020). Kendali Mutu Dan Biaya Program Rujuk Balik (PRB) BPJS Kesehatan. *Proceeding of The ...*, 149–164. <http://repository.urecol.org/index.php/proceeding/article/download/1176/1144>
- Jower, G. W. (1989). Utilization review. *Journal of Current Podiatric Medicine*, 38(3), 12–16. <https://doi.org/10.1177/0885713x9100600305>
- Ramadhani, S. N. (2020). Analisis Faktor Penyebab Tingginya Angka Rujukan di Puskesmas Pada Era JKN. *Media Gizi Kesehatan Masyarakat*, 9(2), 57–66.