



MODUL
SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Penulis:

CITRA PUSPA JUWITA, MKM

FISIOTERAPI
FAKULTAS VOKASI
UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA
JAKARTA
2021

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas perkenananNya membimbing penulis menyelesaikan modul Sistem Kesehatan Nasional (SKN) untuk Program Sarjana Terapan Fisioterapi UKI. Modul ini disusun didasarkan pada rencana pembelajaran semester yang tim pengajar buat untuk semester Genap 2021/2022. Modul SKN ini merupakan pegangan bagi mahasiswa dalam mencapai tujuan akhir dari matakuliah.

Modul SKN merupakan bagian dari matakuliah Etika, Hukum, dan Sistem Kesehatan Nasional diberikan pada mahasiswa semester dua dengan bobot 2 sks teori. Modul SKN ini terdiri dari 3 kegiatan pembelajaran. Setiap mahasiswa diharapkan mempersiapkan diri untuk mengikuti perkuliahan dengan menjadikan modul ini dalam pengerjaan tugas sebagai dasar penilaian.

Terselesainya tiga kegiatan ini diharapkan mahasiswa sudah mencapai kompetensi yang diharapkan yang disampaikan dalam rencana pembelajaran semester. Akhirnya penulis mengucapkan selamat belajar dan apabila ada yang tidak dimengerti dapat bertanya langsung kepada tim dosen pengajar.

November, 2021

Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
Kegiatan 1 Sistem Kesehatan Nasional	
a. Pendahuluan.....	1
b. Definisi SKN	2
c. Perkembangan dan Pelaksanaan SKN.....	3
d. Sub Sistem SKN	6
e. Tugas.....	10
Kegiatan 2 Upaya Layanan Kesehatan Masyarakat	
a. Pendahuluan.....	12
b. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)	12
c. Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP)	13
d. Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM).....	14
e. Puskesmas	19
f. Kebijakan & Strategi Pengembangan Fisioterapi Di Puskesmas	24
g. Rumah Sakit.....	26
h. Tugas.....	29
Kegiatan 3 Asuransi Kesehatan	
a. Pendahuluan	33
b. BPJS.....	34
c. Bentuk pelayanan BPJS.....	37
d. Prosedur Pelayanan.....	38
e. Fasilitas BPJS PBI & BPJS NON PBI.....	38
f. Tugas	39
Kegiatan 4 Penulisan Makalah	
a. Persiapan.....	42
b. Penomoran.....	22
c. Sistematika penulisan	23

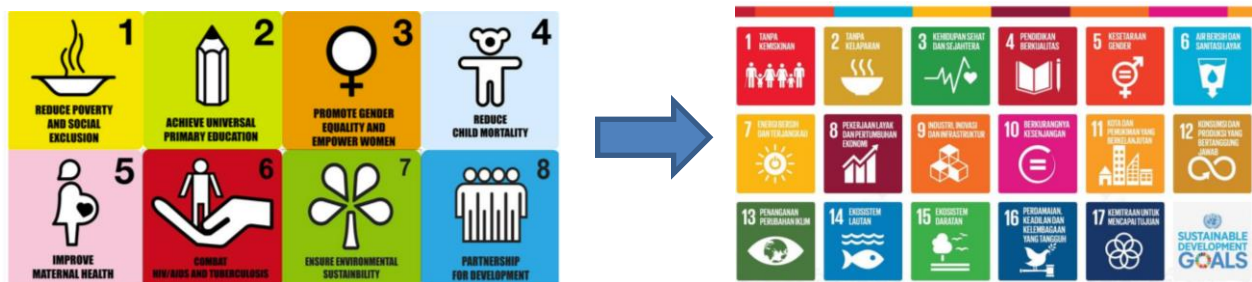
Kegiatan 1

SISTEM KESEHATAN NASIONAL

A. Pendahuluan

Masalah kesehatan di masyarakat berubah-ubah seiring dengan keadaan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, perubahan lingkungan, dan lain-lain. Sebelumnya Indonesia didominasi masalah kesehatan dengan penyakit menular (infeksi), Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), dan kurang gizi, tapi saat ini dengan meningkatnya pelayanan kesehatan, teknologi canggih, dan meningkatnya pengetahuan manusia usia harapan hidup manusia semakin meningkat. Indonesia saat ini diperhadapkan dengan masalah kesehatan seperti penyakit tidak menular (kronik/degeneratif), angka kematian ibu dan angka kematian bayi, kurang gizi, kelebihan gizi, dan psikologi/ kesehatan jiwa.

Bukan Indonesia saja yang memiliki permasalahan yang berubah-ubah, duniapun demikian. Perubahan fokus permasalahan dunia dari Millenium Development Goals (MDGs) 2005-2015 ke Sustainable Development Goals (SDGs) 2016-2030. MDGs yang terdiri dari 8 tujuan dan 50 target berfokus pada upaya mengurangi masalah sosial ekonomi pada tahun 2015 yaitu separuh dari kondisi 2005. SDgs dengan 17 tujuan dan 169 target berfokus pada menghilangkan masalah sosial ekonomi sampai tidak ada warga yang ketinggalan (zero kemiskinan).



Gambar 1. Target MDGs ke SDGs (sumber: <https://www.undp.org/>)

Tabel 1 Fokus Bidang Kesehatan MDGs dan SDGs

MDGs	SDGs
Goal 1: Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan	Goal 2: Tanpa Kelaparan
Goal 4: Menurunkan angka kematian anak	Goal 3: Kehidupan Sehat dan Sejahtera
Goal 5: Meningkatnya kesehatan ibu	Goal 5: Kesenjangan Gender
Goal 6: Memerangi HIV/AIDS, Malaria serta penyakit menular lainnya	Goal 6: Air Bersih dan Sanitasi Layak

Pembangunan Kesehatan

Bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Untuk mencapai pembangunan kesehatan maka diperlukan adanya SKN. Sistem Kesehatan Nasional adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam UUD 1945.

B. DEFINISI SKN

Sistem adalah sekumpulan kegiatan/elemen yang saling berhubungan untuk dapat membentuk sesuatu yang bermanfaat. Sistem biasanya terdiri dari sub-sub sistem. Sistem kesehatan menurut WHO adalah sebuah proses kumpulan berbagai faktor kompleks yang berhubungan dalam suatu negara, yang diperlukan untuk memenuhi tuntutan dan kebutuhan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Perpres 72/2012 Pasal 1 angka 2 menyatakan bahwa sistem kesehatan nasional adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia

secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya.

Pengelolaan kesehatan adalah proses atau cara mencapai tujuan pembangunan kesehatan melalui pengelolaan upaya kesehatan; penelitian dan pengembangan kesehatan; pembiayaan kesehatan; sumber daya manusia kesehatan; sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan; manajemen informasi dan regulasi kesehatan; serta pemberdayaan masyarakat.

C. PERKEMBANGAN SKN DAN PELAKSANAAN

Diawali pada tahun 1982 pada Keputusan Menteri Kesehatan nomor 99 tahun 1982 dalam menyusun GBHN yang akhirnya melahirkan Undang-Undang nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan. Adanya Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025 yaitu adalah visi dan misi kesehatan sehingga terjadi perubahan peraturan yang sesuai menyesuaikannya. Tahun 2009 lahirlah Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan. Tahun 2012 terbitlah Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 72 tahun 2012 tentang SKN. Saat ini tahun 2021 telah ada peraturan presiden RI nomor 18 tahun 2021 tentang kementerian Kesehatan, kita akan lihat apakah akan ada perubahan subsistem dalam kesehatan terbaru. Adapun isi dari perubahan subsistem, dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Perubahan Sub Sistem Dalam SKN

2004	2009	2012
Peyesuaian SKN berdasarkan Kepmenkes 99a/1982	Sesuai Visi Misi RPJK (2005-2025)	Sesuai UU noor 36 tahun 2009 ps. 167
1. Upaya kesehatan 2. Pembiayaan kesehatan 3. SDM kesehatan	1. Upaya kesehatan 2. Pembiayaan kesehatan 3. SDM kesehatan	1. Upaya kesehatan 2. Pembiayaan kesehatan 3. SDM kesehatan

4. Obat & perbekalan kesehatan	4. Sediaan farmasi, Alkes, & makanan	4. Sediaan farmasi, Alkes, & makanan
5. Pemberdayaan masyarakat	5. Pemberdayaan masyarakat	5. Pemberdayaan masyarakat
6. Manajemen kesehatan	6. Manajemen & Informasi kesehatan	6. Manajemen, Informasi, & regulasi kesehatan
		7. Penelitian & pengembangan kesehatan

Biasanya masalah sosial berkaitan dengan berbagai kenyataan sosial yang antara satu dan lainnya saling berkaitan (misalnya terjadi wabah penyakit, maka akan erat hubungannya dengan psikologi, kultural lokal, ekonomi, kebijakan pemerintah, dan lainnya).

Tujuan SKN

Terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua komponen bangsa, baik pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, dan Lembaga swasta secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Pelaku SKN

Masyarakat: TOMA, LSM, Media, akademisi

Pemerintah: pusat, provinsi, kabupaten/ kota

Badan Legislatif: Pusat dan daerah

Badan Yudikatif: Penegak hukum dan peraturan

Maksud Dan Kegunaan SKN

1. Menyesuaikan SKN sebelumnya dengan perubahan
2. Mempertegas makna pembangunan kesehatan (pemenuhan HAM)
3. Memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan (RPJP-K)

4. Memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif
5. Melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu
6. Meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan nasional
7. Dokumen kebijakan pengelolaan kesehatan

Asas SKN

1. Dasar Pembangunan Kesehatan
 - a. Perikemanusiaan
 - b. Pemberdayaan dan kemandirian
 - c. Adil dan merata
 - d. Pengutamaan manfaat
2. Dasar SKN
 - a. Perikemanusiaan
 - b. Keseimbangan
 - c. Manfaat
 - d. Perlindungan
 - e. Keadilan
 - f. Penghormatan HAM
 - g. Sinergis dan tata pemerintahan yang baik
 - h. Legalitas
 - i. Antisipatif dan proaktif
 - j. Gender dan nondiskriminatif
 - k. Kearifan lokal

Penyelenggaraan SKN

Pengelolaan kesehatan mencakup kegiatan perencanaan, pengaturan, pembinaan, dan pengawasan, serta evaluasi penyelenggaraan upaya kesehatan dan sumber dayanya secara serasi dan seimbang dengan melibatkan masyarakat. Penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM).

Pengelolaan dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan dilakukan dengan memperhatikan nilai-nilai: prorakyat, inklusif, responsif, efektif, bersih. Dilaksanakan secara berjenjang dari tingkat pusat sampai daerah. Pemerintah membuat kebijakan yang dapat dilaksanakan di tingkat provinsi dan kabupaten/ kota. Mempertimbangkan komitmen global dan komponennya yang relevan dan berpengaruh secara mendasar dan bermakna terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

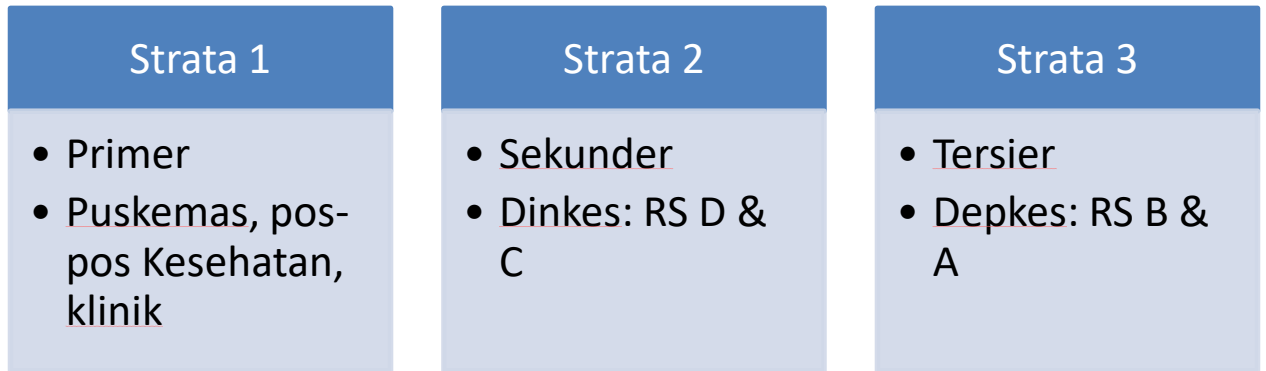
D. Sub Sistem Kesehatan Nasional

Sistem meliputi input, proses, dan output. Subsistem yang menjadi input adalah SDM kesehatan, pembiayaan kesehatan, sediaan Fasilitas Sarana, dan Alat Kesehatan (Faralkes), dan makanan. Subsistem yang menjadi proses adalah penelitian & pengembangan, upaya kesehatan, pemberdayaan masyarakat, manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan. Terakhir sub sistem yang menjadi output adalah pembangunan kesehatan.

1. Sub Sistem Upaya Kesehatan

Adalah bentuk dan cara penyelenggaraan upaya kesehatan yang paripurna, terpadu, dan berkualitas, meliputi upaya peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif), dan pemulihan (rehabilitatif), yang diselenggarakan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dengan tujuan adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang adil, merata, terjangkau, dan bermutu untuk menjamin pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Ruang lingkup, terdiri dari kesehatan fisik, mental, intelegen, dan sosial.

Upaya Kesehatan meliputi Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Pribadi (UKP). Memiliki tingkatan, yaitu: primer, sekunder, tersier dengan penyelenggaraan sistem rujukan.



Gambar 2. Upaya Kesehatan: UKM dan UKP

2. Sub Sistem Penelitian & Pengembangan Kesehatan

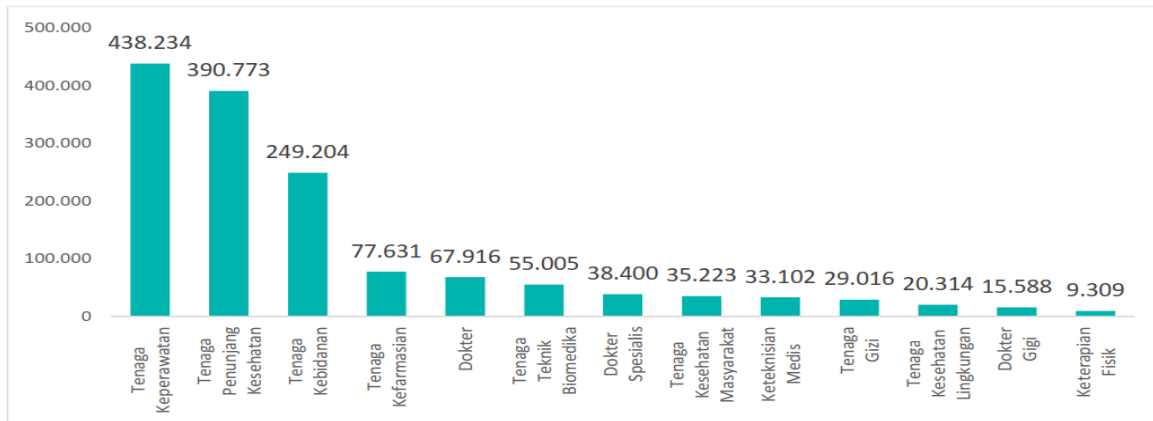
Adalah pengelolaan penelitian dan pengembangan, pemanfaatan dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan yang diselenggarakan dan dikoordinasikan guna memberikan data kesehatan yang berbasis bukti untuk menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dengan tujuan yaitu terselenggaranya kegiatan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan produk teknologi kesehatan, yang ditujukan untuk menghasilkan informasi kesehatan, teknologi, produk teknologi, dan teknologi, dan teknologi informasi (ti) kesehatan untuk mendukung pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

3. Sub Sistem Pembiayaan Kesehatan

Adalah pengelolaan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana Kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dengan tujuan agar tersedianya dana kesehatan dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, merata, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, tersalurkan sesuai peruntukannya untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

4. Sub Sistem SDM Kesehatan

Adalah pengelolaan upaya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan yang meliputi: upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, serta pembinaan, dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuannya adalah tersedianya sumber daya manusia kesehatan sesuai kebutuhan yang kompeten dan memiliki kewenangan yang terdistribusi secara adil dan merata serta didayagunakan secara optimal dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.



Sumber : Sistem Informasi SDM Kesehatan

Gambar 3 Rekapitulasi Sumber Daya Manusia Kesehatan Indonesia Tahun 2020

(sumber: <https://sisdmk.kemkes.go.id/>)

Keterangan:

Keterampilan Fisik, yang terdiri dari Fisioterapi, Okupasi Terapi, Terapi Wicara, dan Akupunktur;

Keteknisian Medis, yang terdiri dari Teknik Gigi, Kesehatan Gigi, Keperawatan Anestesiologi,

Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, dan Teknologi Bank Darah; Teknik Biomedika, yang terdiri dari Teknologi Laboratorium Medis, Teknik Radiodiagnostik dan

Radioterapi, Teknik Elektromedik, dan Ortotik Prostetik.

5. Sub Sistem Sediaan Farmasi, Alkes, dan Makanan

adalah pengelolaan berbagai upaya yang menjamin keamanan, khasiat/ manfaat, mutu, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan. Adapun tujuannya adalah tersedianya sediaan farmasi, alat kesehatan, makanan yang terjamin aman, berkhasiat/bermanfaat, dan bermutu dan khusus untuk obat dijamin ketersediaan (jenis & jumlah) dan keterjangkauannya guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

6. Sub Sistem Manajemen, Informasi & Regulasi Kesehatan

Adalah pengelolaan yang menghimpun berbagai upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan pengaturan hukum kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan yang mendukung subsistem lainnya dari skn guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuannya yaitu terwujudnya kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, berbasis bukti dan operasional, terselenggaranya fungsi-fungsi administrasi kesehatan, yang berhasil guna berdaya guna dan akuntabel serta didukung oleh hukum kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

7. Sub Sistem Pemberdayaan Masyarakat

Adalah pengelolaan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok, maupun masyarakat terencana, terpadu, dan berkesinambungan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuan meningkatnya kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat, mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri, berperan aktif dalam setiap pembangunan kesehatan, serta dapat menjadi penggerak dalam mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan.

E. Tugas

1. Bacalah artikel Putri Ririn Noviyanti. 2019, Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju, Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi, Vol 19 (1). Analisis artikel perbandingan sistem kesehatan di negara berkembang dan negara maju dan buatlah makalah dengan sistematika yang benar.

2. Pilihan ganda

1) Sistem merupakan sekumpulan kegiatan yang saling berhubungan untuk membentuk sesuatu yang bermanfaat yang meliputi input, proses, dan output. Subsystem mana yang ada dalam input? (10 Points)

- a. SDM Kesehatan
- b. Upaya Kesehatan
- c. Pemberdayaan Masyarakat
- d. Penelitian & pengembangan
- e. Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan

Jawaban: a

2) Beberapa hal ini merupakan penyebab terjadinya perubahan SKN, kecuali? (10 points)

- a. Terbitnya peraturan terbaru yang berkaitan dengan kesehatan
- b. Bergantinya Presiden
- c. Perubahan masalah kesehatan
- d. Berlakunya rencana pembangunan jangka panjang atau menengah yang terbaru pada bidang kesehatan
- e. Perubahan target MDGs ke SDGs

Jawaban: b

3) Kementerian dalam negeri bekerjasama dengan Puskesmas kecamatan mengiatkan peran kader Posyandu Lansia untuk mengurangi beban penyakit tidak menular pada Lansia, dalam hal ini subsystem apa yang sedang diselenggarakan? (10 Points)

- a. Subsistem upaya kesehatan
- b. Subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan
- c. Subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan
- d. Subsistem SDM kesehatan
- e. Subsistem pemberdayaan masyarakat

Jawaban: e

- 4) Perbedaan sistem kesehatan di Jepang dan di Indonesia adalah, kecuali?
- a. Sistem rujukan berlaku di Jepang
 - b. Pembayaran premi asuransi berdasarkan kelas berlaku di Indonesia
 - c. di Jepang, biaya RS ditanggung oleh pasien dan pemerintah sesuai dengan ketentuan usia
 - d. Masyarakat bebas memilih layanan kesehatan ke dokter, klinik, atau rumah sakit di Jepang
 - e. di Indonesia, masalah kesehatan ditanggung oleh asuransi kesehatan dengan memperhatikan sistem yang berlaku

Jawaban: a

REFERENSI

1. Putri Ririn Noviyanti. 2019, Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju, Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi, Vol 19 (1).
2. Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional

KEGIATAN 2

UPAYA LAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT

A. Pendahuluan

Keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia tidak terlepas dari partisipasi aktif masyarakat. Berbagai bentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat Desa Siaga, Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Posyandu, dan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren). Tatanan yang menghimpun berbagai Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Tujuan dari upaya kesehatan adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang tercapai (*accessible*), terjangkau (*affordable*), dan bermutu (*quality*) untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat masyarakat yang setinggi-tingginya.

B. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah, masyarakat, dan swasta untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat. UKM meliputi sepuluh kegiatan, yaitu:

1. Pelayanan promosi kesehatan
2. Pemeliharaan kesehatan
3. Penyehatan lingkungan
4. Pemberantasan penyakit menular
5. Penyediaan sanitasi dasar
6. Pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan
7. Pengamanan narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya
8. Perbaikan gizi masyarakat
9. Pengamanan penggunaan zat aditif (bahan tambahan makanan) dalam makanan dan minuman

10. Penanggulangan bencana dan bantuan kemanusiaan

UKM terbagi atas 3 strata yaitu pertama, kedua, dan ketiga. Pelaksanaan tujuan bersifat berjenjang atau rujukan. Rujukan kesehatan masyarakat adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas masalah kesehatan masyarakat yang dilakukan secara timbal-balik, baik vertikal maupun horizontal. Rujukan terbagi atas 3 aspek:

1. Rujukan sarana
2. Rujukan teknologi
3. Rujukan operasional

UKM Strata Pertama

Adalah UKM tingkat dasar yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar yang ditujukan kepada masyarakat. Ujung tombak penyelenggaraan strata pertama adalah Puskesmas yang didukung secara lintas sektor dan didirikan sekurang-kurangnya satu di setiap kecamatan. Perlu adanya peran aktif masyarakat dan swasta dalam penyelenggaraan UKM strata pertama diwujudkan melalui berbagai upaya yang dimulai dari diri sendiri, keluarga sampai dengan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM).

UKM Strata Kedua

Adalah UKM tingkat lanjutan yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik yang ditujukan kepada masyarakat. Penanggungjawabnya adalah Dinkes Kab/Kota yang didukung secara lintas sektor.

UKM Strata Ketiga

Adalah UKM tingkat unggulan yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik yang ditujukan kepada masyarakat. Penanggungjawab Dinkes Provinsi dan Depkes.

C. Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP)

Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah, masyarakat, dan swasta untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan

serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta pemulihan kesehatan perorangan.

UKP meliputi 5 kegiatan, yaitu:

1. Promosi kesehatan
2. Pengobatan rawat jalan
3. Pengobatan rawat inap
4. Pembatasan dan pemulihan kecacatan perorangan
5. Pengobatan tradisional, alternatif, kebugaran, dan kosmetika

UKP Strata Pertama

Adalah UKP tingkat dasar yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar yang ditujukan kepada perorangan. Penyelenggara adalah pemerintah (Puskesmas), masyarakat (Praktik bidan, praktik keperawatan), dan swasta (klinik).

UKP Strata Kedua

Adalah UKP tingkat lanjutan yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik yang ditujukan kepada perorangan. Penyelenggara adalah pemerintah, masyarakat, dan swasta dalam bentuk praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, klinik spesialis, balai pengobatan paru-paru, balai kesehatan mata, balai kesehatan jiwa, RS tipe C dan B.

UKP Strata Ketiga

Adalah UKP tingkat unggulan yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik yang ditujukan kepada perorangan. Penyelenggara pemerintah, masyarakat, dan swasta dalam bentuk praktik dokter spesialis konsultan, praktik dokter gigi spesialis konsultan, klinik spesialis konsultan, RS tipe B dan A. Tambahan pusat pelayanan unggulan nasional yaitu unggulan jantung nasional, pusat pelayanan kanker nasional, pusat penanggulangan stroke nasional.

D. UPAYA KESEHATAN BERSUMBERDAYA MASYARAKAT (UKBM)

Adalah upaya kesehatan yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam

memperoleh pelayanan kesehatan dasar. Contoh: posyandu, polindes, pos obat desa, pos upaya kesehatan kerja, dokter kecil dalam usaha kesehatan sekolah.

a. Posyandu

- Pelayanan kesehatan ibu dan anak
- Tujuan:
 1. Mempercepat penurunan AKB, anak balita, dan angka kelahiran melalui penimbangan, pemantauan perkembangan balita, imunisasi, penanggulangan diare (pojok oralit)
 2. Mempercepat penurunan AKI, ibu hamil, dan ibu nifas melalui kegiatan TT bumil, pemberian vit A ibu nifas, pengukuran LILA, kelas ibu dll
 3. Mempercepat diterimanya norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera melalui pemberian kontrasepsi oral, KIE kespro, bina keluarga balita
 4. Meningkatkan kemampuan masyarakat mengembangkan kegiatan kesehatan dan lainnya sesuai kebutuhan melalui kegiatan (KIE gizi keluarga, perbaikan gizi keluarga, pemantauan jentik berkala, arisan jamban, klinik sanitasi, kader PHBS, kader kesling, kader surveilens
 5. Meningkatkan daya jangkau pelayanan Kesehatan (Yankes) melalui pengobatan, penanggulangan kegawatdaruratan, dan rujukan
- Sasaran:
 1. Bayi usia kurang dari 1 tahun
 2. Anak balita usia 1-5 tahun, ibu hamil, menyusui, dan ibu nifas
 3. Wanita usia subur
- Tugas dan tanggung jawab pihak-pihak yang terkait
 1. Kader kesehatan: menyiapkan pelaksanaan, peralatan, sarana dan prasarana posyandu, melakukan pendaftaran, penimbangan, penyuluhan, pelayanan kesehatan seperti memberikan vitamin a, tablet besi, oralit, pil KB, melengkapi pencatatan, dan membahas hasil kegiatan serta tindak lanjut
 2. Petugas kesehatan: membimbing kader, pelayanan kesehatan dan KB, penyuluhan, dan menganalisis hasil kegiatan

3. Camat: mengkoordinasikan hasil kegiatan dan tindak lanjut, memberikan dukungan, dan melakukan pembinaan
4. Lurah/kepala desa: memberikan dukungan kebijakan, sarana, dana, penggerak masyarakat untuk hadir, mengkoordinasikan peran kader dan organisasi, dan melakukan pembinaan
5. Pokja Posyandu: mengkoordinasikan hasil kegiatan dan tindak lanjut, melakukan pembimbingan dan pembinaan, menggali sumber daya, dan menggerakkan masyarakat
6. Tim penggerak PKK: berperan aktif, penggerak peran serta masyarakat, dan memberikan penyuluhan

b. Posyandu Lansia

- Adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat lansia di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dimana mereka bisa mendapatkan Yankes
- Pelaksanaannya oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), lintas sektor pemerintah dan non pemerintah, swasta, organisasi sosial, dll
- Pelayanan pada upaya promotif dan preventif
- Manfaat: pengetahuan lansia menjadi meningkat, yang menjadi dasar pembentukan sikap dan dapat mendorong minat atau motivasi lansia untuk selalu mengikuti kegiatan Posyandu sehingga lebih percaya diri
- Tujuan:
 1. Memelihara kondisi kesehatan dengan aktivitas fisik sesuai kemampuan dan aktivitas mental
 2. Memelihara kemandirian secara maksimal
 3. Melaksanakan diagnosa dini secara tepat dan memadai
 4. Melaksanakan pengobatan secara tepat
 5. Membina lansia dalam bidang kesehatan fisik spiritual
 6. Sebagai sarana untuk menyalurkan minat lansia
 7. Meningkatkan rasa kebersamaan diantara lansia

8. Meningkatkan kemampuan lansia untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan yang menunjang sesuai kebutuhan

- Sistem 5 Tahapan (5 meja)

Meja 1: Pencatatan data lansia

Meja 2: Pengukuran tinggi, penimbangan BB= IMT, TD, denyut nadi, suhu, gigi, mulut, paru, jantung, keluhan

Meja 3: Penilaian tingkat kemandirian, edukasi terkait keluhan (pemeriksaan aktivitas sehari-hari seperti makan/minum, berjalan, mandi, berpakaian, naik turun tempat tidur, BAB/BAK)

Meja 4: Penyuluhan dan pemberian makanan tambahan

Meja 5: Pengobatan

c. Polindes

- Salah satu peranserta masyarakat yang menyediakan tempat bersalin, pelayanan KIA dan KB di desa melalui kegiatan pemeriksaan Bumil, nifas, ibu menyusui, memberikan pertolongan persalinan normal, memberikan pelayanan KB, memberikan imunisasi, penyuluhan, pelatihan dan pembinaan kader dan masyarakat

- Melalui peran bidan yang tinggal di desa

d. Pos Obat Desa

- Salah satu peran masyarakat dalam pengobatan sederhana terutama penyakit yang sering terjadi di masyarakat dan penyakit endemik
- Wahana edukasi tentang obat dan pengobatan sederhana pada kader

e. Pos Gizi

- Peranserta masyarakat dalam mempertahankan status gizi yang baik melalui pemberian makan kepada keluarga miskin dan rawan gizi
- Penyuluhan gizi pada ibu hamil, ibu bayi, dan ibu balita
- Memantau dan melaporkan kejadian gizi buruk dan untuk segera dilaporkan
- Sasaran: Bayi, balita, ibu hamil dan ibu nifas terutama yang kurang gizi

f. Pos Kesehatan kerja

- Sektor informal dikenal dengan Pos Upaya Kesehatan kerja (Pos UKK), disektor formal dikenal dengan Keselamatan Kesehatan Kerja (K3).
 - Wadah dari serangkaian upaya pemeliharaan kesehatan pekerja yang terencana, teratur, dan berkesinambungan yang diselenggarakan oleh masyarakat pekerja atau kelompok pekerja yang memiliki jenis kegiatan usaha yang sama dan bertujuan untuk meningkatkan produktivitas kerja.
- g. Dokter kecil
- Peranserta masyarakat melalui sekolah dimana siswa yang memenuhi kriteria dan telah terlatih ikut melaksanakan sebagian usaha pemeliharaan dan peningkatan kesehatan terhadap diri sendiri, teman, keluarga, dan lingkungan
 - Tujuan meningkatkan partisipasi siswa dalam program UKS untuk menjadi penggerak hidup sehat dan dapat menolong diri sendiri, sesama siswa, keluarga, dan lingkungannya.
- h. POSBINDU
- Peningkatan prevalensi penyakit tidak menular menjadi ancaman yang serius dalam pembangunan, karena mengancam pertumbuhan ekonomi nasional.
 - Posbindu PTM merupakan bentuk peran serta masyarakat dalam upaya pengendalian faktor risiko secara mandiri dan berkesinambungan.
 - Tujuan: Meningkatkan peran serta masyarakat dalam pencegahan dan penemuan dini faktor risiko PTM.
 - Sasaran: kelompok masyarakat sehat, berisiko dan penyandang PTM berusia 15 tahun ke atas.
- i. POSBINDU PTM
- Terdiri dari 2 tipe yaitu dasar dan utama.
 - Posbindu PTM dasar melalui deteksi dini faktor risiko sederhana, penggunaan instrumen untuk mengidentifikasi riwayat penyakit tidak menular dalam keluarga dan yang telah diderita sebelumnya, perilaku berisiko, potensi terjadinya cedera dan kekerasan dalam rumah tangga, pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkar perut, Indeks Massa Tubuh (IMT), alat analisa

lemak tubuh, pengukuran tekanan darah, paru sederhana serta penyuluhan mengenai pemeriksaan payudara sendiri.

- Posbindu PTM Utama yang meliputi pelayanan Posbindu PTM dasar ditambah pemeriksaan gula darah, kolesterol total dan trigliserida, pemeriksaan klinis payudara, pemeriksaan IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat), pemeriksaan kadar alkohol pernafasan, dan tes amfetamin urin bagi kelompok pengemudi umum.
- 5 Tahapan (5 meja) Posbindu PTM
 - Meja 1: pendaftaran, pencatatan
 - Meja 2: tehnik wawancara terarah
 - Meja 3: pengukuran TB, BB, IMT, lingkar perut dan analisa lemak tubuh
 - Meja 4: pengukuran tekanan darah gula, kolesterol total dan trigliserida darah, pemeriksaan klinis payudara, uji fungsi paru sederhana, IVA, kadar alkohol pernafasan dan tes amfetamin urin
 - Meja 5: konseling, edukasi dan tindak lanjut lainnya

E. PUSKESMAS

Pemerataan upaya kesehatan menekankan pada upaya preventif yang menggunakan teknologi tepat guna, melibatkan peran masyarakat, melibatkan kerjasama lintas sektor, dan prinsip pelayanan kesehatan primer. Pelayanan kesehatan primer adalah upaya promosi dan preventif dalam meningkatkan peran serta dan kemandirian masyarakat dalam mengatasi berbagai faktor resiko kesehatan. Keberhasilan pelayanan kesehatan primer mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional, yaitu mengurangi jumlah pasien yang dirujuk sehingga mengurangi biaya pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif.

Jenis fasilitas kesehatan tingkat pertama, terdiri dari Puskesmas, praktik dokter, praktik dokter gigi, dan klinik pratama. Puskesmas menjadi sangat penting perannya, karena:

1. FKTP milik pemerintah yang ada di setiap kecamatan
2. Menyelenggarakan UKM dan UKP

3. Mendukung peraturan yang berlaku (Otonomi daerah)
4. *Gate keeper* yang berkualitas

Puskemas adalah fasilitas pelayanan kesehatan (Fasyankes) yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerja (Permenkes No. 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat). Pelaksanaan peran puskesmas maka harus memenuhi syarat minimal baik standar pelayanan minimal, standar SDM kesehatan minimal, standar alat kesehatan (Alkes) obat minimal, dan standar sarana prasarana (Sarpras) minimal.

Terdapat lima tujuan Puskesmas, yaitu mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, hidup dalam lingkungan yang sehat, memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, dan mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

Dalam pelaksanaan pelayanan untuk menjangkau seluruh masyarakat, Puskesmas memiliki jaringan layanan, yaitu puskesmas pembantu, puskesmas keliling, bidan desa, jejaring fasilitas pelayanan kesehatan. Organisasi Puskesmas, terdiri dari:

1. UPT Dinkes Kabupaten/kota menyusun organisasi Puskesmas berdasarkan kategori, upaya kesehatan, dan beban kerja
2. Puskesmas dipimpin Kepala Puskesmas
3. Kasubag TU
4. Penanggungjawab UKM dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)
5. Penanggungjawab UKP, kefarmasian, dan laboratorium
6. Penanggungjawab jaringan pelayanan dan jejaring Fasyankes

Pelayanan yang disediakan di Puskesmas meliputi UKM tingkat pertama, esensial, dan pengembangan.

- a. Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama

Dilaksanakan dalam bentuk rawat jalan, pelayanan gawat darurat, pelayanan satu hari (*one day care*), *home care* dan atau rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan. Puskesmas rawat inap terletak strategis terhadap Puskesmas non rawat inap dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama disekitarnya yang menangani kasus-kasus yang lama rawatnya paling lama 5 hari. Di kawasan perkotaan jumlah tempat tidur paling banyak 5 tempat tidur, di kawasan perdesaan, terpencil, dan sangat terpencil jumlah tempat tidur paling banyak 10 tempat tidur.

b. Upaya kesehatan masyarakat esensial, meliputi:

1. Pelayanan Promosi Kesehatan
2. Pelayanan Kesehatan Lingkungan
3. Pelayanan KIA-KB
4. Pelayanan Gizi dan
5. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
6. Pelayanan keperawatan Kesehatan masyarakat

c. Upaya kesehatan masyarakat pengembangan

Merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing Puskesmas, misalnya: pelayanan kesehatan jiwa, gigi masyarakat, tradisional komplementer, olahraga, indera, lansia, kerja, dll.

Puskesmas sebagai UKM

Adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Fungsi Puskesmas pada UKM, yaitu:

1. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
2. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan

3. Melaksanakan KIE dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
4. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
5. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan UKBM
6. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
7. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
8. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan dan
9. Memberikan rekomendasi terkait masalah Kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap system kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

Puskesmas sebagai UKP

Adalah suatu kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan. Fungsi Puskesmas dalam UKP, yaitu:

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komperhensif, berkesinambungan dan bermutu
2. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif
3. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat
4. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung
5. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerjasama inter dan antar profesi
6. Melaksanakan rekam medis

7. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses yankes
8. Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan
9. Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan FKTP di wilayah kerjanya, dan
10. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan

Ruang Pelayanan Dan Alkes Di Puskesmas Non Rawat Inap

1. Ruangan pemeriksaan umum Set Pemeriksaan Umum
2. Ruangan tindakan Set Tindakan Medis/ Gawat Darurat
3. Ruangan KIA, KB, Imunisasi Set Pemeriksaan Kesehatan Ibu Set Pemeriksaan Kesehatan Anak Set Pelayanan KB Set Imunisasi
4. Ruangan kesehatan gigi dan mulut Set Kesehatan Gigi Mulut
5. Ruangan ASI Set ASI
6. Ruangan Promkes Set Promosi Kesehatan
7. Ruangan Farmasi Set Farmasi
8. Ruangan persalinan Set Obstetri dan Ginekologi Set Insersi dan Ekstraksi AKDR Set Resusitasi Bayi
9. Ruangan rawat pasca persalinan Set Perawatan Pasca Persalinan
10. Laboratorium Set Laboratorium
11. Ruangan sterilisasi Set Sterilisasi

Ruang Pelayanan Dan Alkes Di Puskesmas Rawat Inap

1. Ruangan pemeriksaan umum Set Pemeriksaan Umum
2. Ruangan gawat darurat Set Gawat Darurat
3. Ruangan kesehatan anak imunisasi Set Pemeriksaan Kesehatan Anak Set Imunisasi
4. Ruangan kesehatan ibu KB Set Pemeriksaan Kesehatan Ibu Set Pelayanan KB
5. Ruangan kesehatan gigi dan mulut Set Kesehatan Gigi Mulut
6. Ruangan ASI Set ASI
7. Ruangan Promkes Set Promosi Kesehatan

8. Ruang Farmasi Set Farmasi
9. Ruang persalinan Set Obstetri dan Ginekologi Set Insersi dan Ekstraksi AKDR Set Resusitasi Bayi
10. Ruang rawat pasca persalinan Set Perawatan Pasca Persalinan
11. Ruang tindakan Set Tindakan Medis
12. Ruang rawat inap Set Rawat Inap
13. Laboratorium Set Laboratorium
14. Ruang sterilisasi Set Sterilisasi

Standar Tenaga Minimal Puskesmas

Merupakan kondisi minimal SDM yang wajib ada agar Puskesmas dapat terselenggara dengan baik. Adapun SDM nya adalah:

1. Dokter atau dokter layanan primer
2. Dokter gigi
3. Perawat
4. Bidan
5. Tenaga kesehatan masyarakat
6. Tenaga kesehatan lingkungan
7. Ahli teknologi laboratorium medik
8. Tenaga gizi
9. Tenaga Kefarmasian
10. Tenaga administrasi
11. Pekarya

F. Kebijakan & Strategi Pengembangan Fisioterapi Di Puskesmas

Kebijakan Pelayanan fisioterapi di puskesmas perlu ditingkatkan berdasarkan dimensi dan cakupan pelayanan yang ada melalui reglasi tentang pedoman dan standar pelayanan fisioterapi di puskesmas. Tujuan utama yaitu mewujudkan pelayanan fisioterapi di puskesmas secara optimal, berdaya guna dan berhasil guna. Keberadaan poliklinik fisioterapi di Puskesmas sangat bermanfaat sekali, misalnya pada bidang

promotif, fisioterapi dapat berkoordinasi dengan tim promosi untuk melakukan sosialisasi mengenai masalah gerak dan fungsi tubuh sehingga dapat mengatasi masalah penyakit tidak menular di masyarakat.

Fisioterapi pada tingkat kuratif dapat menangani pasien secara langsung tetapi dengan batasan penanganan manual terapi. Sosialisasi aktivitas fisik dan latihan fisik sangat berguna bagi masyarakat agar tidak mudah sakit dan memperlancar aktivitasnya. Tetapi keberadaan SDM fisioterapi di Puskesmas belumlah memiliki dasar hukum atau aturan yang jelas. SDM fisioterapi yang ada di Puskesmas saat ini merupakan upaya pengembangan yang dilakukan atas kemampuan dan kebutuhan masing-masing Puskesmas. Menghasilkan layanan fisioterapi yang dekat dengan masyarakat dapat mendukung program Puskesmas dalam mendeteksi kelainan tumbuh kembang bayi dan anak.

Berikut peranan Fisioterapi Puskesmas, yaitu:

1. Fisioterapi posyandu bayi balita, ibu hamil, nifas
2. Fisioterapi posyandu lanjut usia atau poswindu
3. Fisioterapi upaya kesehatan sekolah
4. Fisioterapi home care
5. Fisioterapi pada penyehat tradisional
6. Fisioterapi pada kesehatan kerja
7. Fisioterapi kesehatan olahraga
8. Poliklinik fisioterapi
9. Fisioterapi Rehabilitasi Bersumber daya Masyarakat (RBM)

Fisioterapi di UKS dan Kesehatan Olahraga

Fisioterapi ada di UKS dan kesehatan olahraga sangat bermanfaat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat terutama pada anak-anak, jika ditemukan adanya kelainan tulang belakang (skoliosis) bisa ditangani langsung oleh fisioterapi. Peran fisioterapi dapat meningkatkan pengetahuan siswa tentang olahraga yang baik dan teratur dan deteksi dini kecacatan. Pelayanan fisioterapi UKS dan kesehatan olahraga merupakan sebuah inovasi bagi Puskesmas dalam meningkatkan mutu Puskesmas.

G. Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (PMK No. 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit). Fungsi dari rumah sakit adalah pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapeutik, memiliki pelayanan rawat jalan, melakukan pendidikan dan latihan, penelitian dibidang kedokteran dan kesehatan, dan program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi disekitarnya.

a. Jenis Rumah Sakit

Jenis rumah sakit terbagi atas dua, yaitu rumah sakit umum dan khusus. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

Rumah sakit umum memiliki 4 klasifikasi, adapun yang menjadi dasar pengklasifikasian adalah kriteria bangunan dan prasarana, kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, dan peralatan. Ada 4 tipe rumah sakit umum, yaitu:

1. Rumah sakit tipe A

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 5 penunjang medik pasien, 12 spesialis lain selain spesialis dasar, dan 13 sub spesialis.

2. Rumah sakit tipe B

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 4 penunjang medik spesialis, 8 spesialis lain selain spesialis dasar, dan 2 sub spesialis dasar.

3. Rumah sakit tipe C

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar dan 4 penunjang medik spesialis.

4. Rumah sakit Tipe D

Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 spesialis dasar.

Rumah sakit khusus ditetapkan oleh menteri berdasarkan hasil kajian dan rekomendasi asosiasi perumahsakititan serta organisasi profesi terkait. Rumah sakit khusus dapat menyelenggarakan pelayanan lain diluar kekhususannya dengan pelayanan rawat inap 40% dari seluruh jumlah tempat tidur. Ada 3 tipe rumah sakit khusus, yaitu:

1. Rumah sakit khusus tipe A

Rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialis dan sub spesialis sesuai kekhususannya, serta pelayanan medik spesialis dasar dan spesialis lain yang menunjang kekhususannya secara lengkap.

2. Rumah sakit khusus tipe B

Rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialis dan sub spesialis sesuai kekhususannya, serta pelayanan medik spesialis dasar dan spesialis lain yang menunjang kekhususannya yang terbatas.

3. Rumah sakit khusus tipe C

Rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialis dan sub spesialis sesuai kekhususannya, serta pelayanan medik spesialis dasar dan spesialis lain yang menunjang kekhususannya yang minimal (rumah sakit khusus ibu dan anak).

b. Kepemilikan Rumah Sakit

Pada Pasal 5 (1) dikatakan bahwa rumah sakit yang didirikan oleh swasta harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakititan. Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bagi rumah sakit publik yang diselenggarakan oleh badan hukum yang bersifat nirlaba. Sifat

nirlaba sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibuktikan dengan laporan keuangan yang telah diaudit oleh akuntan publik.

KEPEMILIKAN



Gambar 1 Kepemilikan dari Rumah Sakit

c. Bentuk Rumah Sakit

Terdapat 3 bentuk dari rumah sakit, yaitu:

1. Rumah sakit statis, yang didirikan disuatu lokasi dan bersifat permanen untuk jangka waktu lama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan kegawat daruratan.
2. Rumah sakit bergerak, yang siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain, dan dapat berbetuk bus, pesawat, kapal laut, karavan, gerbong kereta api, atau container. Biasanya terdapat di daerah tertinggal, perbatasan, kepulauan, daerah yang tidak mempunyai rumah sakit, dan/atau kondisi bencana dam situasi darurat lainnya.
3. Rumah sakit lapangan, yang didirikan di lokasi tertentu dan bersifat sementara selama kondisi darurat dan masa tanggap darurat bencana, atau selama pelaksanaan kegiatan tertentu. Dapat berbentuk tenda, kontainer, atau bangunan permanen yang difungsikan sementara sebagai rumah sakit.

H. Tugas

1. Membahas artikel Analisis Layanan Fisioterapi Dalam Upaya Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Wilayah DKI Jakarta¹². Buatlah makalah dengan sistematika yang benar.
2. Membahas artikel Analisis Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Fisioterapi Berdasarkan Permenkes Nomor 65 Tahun 2015 Di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Padang Panjang¹³. Buatlah makalah dengan sistematika yang benar.
3. Membahas Artikel Manajemen Proses Fisioterapi Pada Satu Rumah Sakit Swasta Di Jakarta Timur¹⁴. Buatlah makalah dengan sistematika yang benar.
4. Pilihan ganda

1) Berikut termaksud dalam Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), kecuali?

- a. Puskemas
- b. RS
- c. Praktik Dokter
- d. Praktik Dokter Gigi
- e. Klinik Pratama

Jawaban: b

2) Upaya kesehatan yang berlaku di Indonesia menggunakan sistem?

- a. Manajerial
- b. Status/ posisi dalam pekerjaan
- c. Rujukan
- d. Kegawatdaruratan
- e. Wilayah

Jawaban: c

3) Berikut ini merupakan stakeholder penyelenggara Posyandu, kecuali?

- a. Camat
- b. Petugas kesehatan

- c. Kader kesehatan
- d. Karang taruna
- e. Penggerak PKK

Jawaban: d

4) Peraturan mengenai Pusat Kesehatan Masyarakat diatur dalam?

- a. PERPRES RI No. 72 Tahun 2012
- b. UU No. 23 tahun 1992
- c. Permenkes No. 75 Tahun 2014
- d. Permenkes No. 56 tahun 2014
- e. UU No. 36 tahun 2009

Jawaban: c

5) Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dalam rangka pengendalian faktor risiko secara mandiri dan berkesinambungan terhadap Penyakit Tidak Menular (PTM) adalah?

- a. Posyandu Lansia
- b. Pos Gizi
- c. Poslindes
- d. Posbindu
- e. Pos Obat Desa

Jawaban: d

6) Upaya kesehatan yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar, disebut? (10 Points)

- a. Desa siaga
- b. UKBM
- c. Posyandu Lansia
- d. Puskesmas

e. Pos Upaya Kesehatan Kerja

Jawaban: b

7) Yang termaksud dalam upaya kesehatan masyarakat pengembangan adalah?

- a. Pelayanan kesehatan jiwa
- b. Pelayanan kesehatan ibu dan anak
- c. Pelayanan gizi
- d. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit
- e. Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat

Jawaban: a

8) Penekanan upaya kesehatan di Puskesmas adalah?

- a. Preventif dan Kuratif
- b. Rehabilitatif dan Kuratif
- c. Promotif dan Preventif
- d. Promotif dan Rehabilitatif
- e. Preventif dan Rehabilitatif

Jawaban: c

9) Seorang pasien datang berobat ke RS Darmas di Jakarta untuk mengobati kanker otaknya setelah mendapat rujukan dari kota asalnya. Upaya kesehatan apa yang dilakukan pasien?

- a. UKM Strata 1
- b. UKP strata 1
- c. UKM strata 2
- d. UKP strata 2
- e. UKP strata 3

Jawaban: e

10) Berikut adalah pelayanan yang disediakan untuk rawat jalan tingkat pertama, kecuali?

- a. Pelayanan pengobatan tingkat pertama

- b. Pelayanan promosi kesehatan
- c. Kesehatan gigi tingkat pertama
- d. Rawat inap
- e. Pelayanan preventif atau skrining kesehatan

Jawaban: d

11) Tujuan penyelenggaraan Posyandu Lansia adalah?

- a. Mempercepat diterimanya norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera melalui pemberiankontrasepsi oral, KIE kespro, bina keluarga balita.
- b. Memelihara kemandirian peserta secara maksimal
- c. Wadah dari serangkaian upaya pemeliharaan kesehatan pekerja yang terencana, teratur, danberkesinambungan yang diselenggarakan oleh masyarakat pekerja
- d. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam pencegahan dan penemuan dini faktor risiko PTM
- e. Meningkatkan partisipasi siswa untuk menjadi penggerak hidup sehat dan dapat menolong diri sendiri, sesama siswa, keluarga, dan lingkungannya

Jawaban: b

REFERENSI

1. Syafitri Puri karina, Permanasari Vetty Yulianty. 2020. Analisis Layanan Fisioterapi Dalam Upaya Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Wilayah DKI Jakarta. Jurnal Ilmiah Fisioterapi (JIF). Vol 3 (1)
2. Utami Rindu Febriyeni, Asbiran Nursal, Khadijah Siti. 2020. Analisis Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Fisioterapi Berdasarkan Permenkes Nomor 65 Tahun 2015 Di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Padang Panjang. Jurnal Human Care. Vol 5(1)
3. Manurung Novlinda Susy Anrianawati. 2020. Manajemen Proses Fisioterapi Pada Satu Rumah Sakit Swasta Di Jakarta Timur. Jurnal Ilmiah Fisioterapi. Vol. 20 (2)
4. Permenkes No. 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
5. PMK No. 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit)

Kegiatan 4

ASURANSI KESEHATAN

A. Pendahuluan

Asuransi merupakan sebuah perjanjian antara tertanggung dan penanggung. Tertanggung nantinya akan membayar sejumlah iuran kepada penanggung. Tujuannya untuk memperoleh ganti rugi atas risiko finansial yang mungkin saja terjadi.

Berikut beberapa jenis asuransi:

1. Asuransi Jiwa
2. Asuransi Kesehatan
3. Asuransi Pendidikan
4. Asuransi Hari Tua
5. Asuransi Investasi
6. Asuransi Kendaraan
7. Asuransi Korporasi

Asuransi kesehatan adalah asuransi yang memberikan jaminan kepada tertanggung untuk mengganti setiap biaya pengobatan. Biaya tersebut meliputi, biaya medis, operasi atau pembedahan, obat-obatan, hingga biaya perawatan gigi. Jenis Pada umumnya asuransi kesehatan terdiri atas 3, yaitu:

1. Asuransi kesehatan individu

Adalah asuransi kesehatan yang hanya menanggung satu orang saja. Orang tersebut dinyatakan sebagai tertanggung di dalam polis. Jadi, asuransi kesehatan ini tidak bisa digunakan orang lain.

2. Asuransi kesehatan keluarga

Adalah asuransi yang memberi jaminan perlindungan kesehatan bagi keluarga. Karena yang ditanggung anggota keluarga atau lebih dari satu orang, umumnya biaya premi asuransi kesehatan keluarga lebih mahal dibanding premi asuransi kesehatan individu.

3. Asuransi kesehatan anak

Adalah asuransi kesehatan yang menanggung seluruh biaya kesehatan anak saja. Dengan dicover asuransi, orangtua lebih tenang bila sewaktu-waktu terjadi risiko kesehatan terhadap sang anak, asalkan polis masih aktif.

Perlindungan yang ditawarkan pada asuransi kesehatan, meliputi:

1. Asuransi Kesehatan Rawat Inap
2. Asuransi Kesehatan Rawat Jalan
3. Asuransi Kesehatan Wajib
4. Asuransi Kesehatan Sukarela
5. Asuransi Kesehatan Tanggungan Total
6. Asuransi Kesehatan Tanggungan Tinggi
7. Asuransi Kesehatan Personal
8. Asuransi Kesehatan Kelompok
9. Asuransi Kesehatan Murni
10. Asuransi Kesehatan Unit Link
11. Asuransi Kesehatan Cashless
12. Asuransi Kesehatan Reimbursement

B. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

BPJS kesehatan sebelumnya bernama Asuransi Kesehatan (Askes), yang dikelola oleh PT. Askes Indonesia (Persero), tetapi sesuai UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, PT. Askes Indonesia berubah menjadi BPJS Kesehatan sejak tanggal 1 Januari 2014. BPJS adalah lembaga khusus yang bertugas untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan dan ketenagakerjaan bagi masyarakat, PNS, serta pegawai swasta. Program ini mulai diselenggarakan pada tahun 2014 melalui dasar hukum Undang- Undang Nomor 24 Tahun 2011. Salah satu program yang diadakan oleh BPJS adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

JKN diselenggarakan melalui sistem asuransi, dimana masyarakat wajib membayar iuran dalam jumlah ringan sebagai tabungan untuk biaya perawatannya ketika sakit di masa depan. BPJS Kesehatan merupakan penyelenggara program jaminan

sosial di bidang kesehatan yang merupakan salah satu dari 5 program dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yaitu jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian sebagaimana tercantum dalam **Undang-Undang NO. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.**

Beberapa peraturan mengenai pelaksanaan BPJS:

1. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2019 Tentang Pencabutan Peraturan BPJS Kesehatan
2. Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Penilaian Kegawatdaruratan dan Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat.
3. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2019 Tentang Pelaksanaan Skrining Riwayat Kesehatan dan Pelayanan Penapisan atau Skrininf Kesehatan Tertentu serta Peningkatan Kesehatan bagi Peserta Penderita Penyakit Kronis Dalam Program Jaminan Kesehatan.
4. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 3 Tahun 2019 tentang Tata Kerja dan Mekanisme Pengawasan dan Pemeriksaan Kepatuhan Pengusaha Selain Penyelenggara Negara dan Setiap Orang Selain Pengusaha, Pekerja, dan Penerima Bantuan Iuran Dalam Penyelenggaraan Kesehatan program asuransi.
5. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Pemindahan Peserta Jaminan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
6. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 5 Tahun 2019 Tentang Perubahan Atas Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2015 Tentang Mekanisme Pemberian Dana Talangan.
7. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2019 Tentang Perubahan Atas
8. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 Tentang Administrasi Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan.
9. Peraturan BPJS Kesehatan No.02 Tahun 2015 Tentang Norma Penetapan Besaran Kapitasi dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

10. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2016 tentang Tata Cara Pendaftaran, Penagihan, Pembayaran dan Pelaporan Iuran Secara Online bagi peserta Pekerja Penerima Upah dari Badan Usaha Baru dalam Rangka Kemudahan Berusaha
11. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor Tahun 2017 Tentang Pemerataan Peserta di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
12. Peraturan BPJS Kesehatan nomor 1 tahun 2018 tentang Penilaian Kegawatdaruratan dan Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat

Tugas BPJS

1. Melakukan dan menerima pendaftaran peserta
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah
4. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
6. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Wewenang BPJS

1. Menagih pembayaran iuran.
2. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional.
3. Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.
4. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Manfaat Yang diterima oleh anggota BPJS, Sebagai Berikut:

1. Mendapatkan penyuluhan kesehatan mengenai perilaku hidup sehat
2. Hak tiap anak peserta BPJS adalah mendapatkan imunisasi dasar yang meliputi BCG, DPT-HB, campak, dan polio

3. Skrining kesehatan menurut risiko penyakit atau dampak lanjutan
4. Memperoleh layanan KB seperti kontrasepsi, konseling kandungan, hingga tubektomi dan vasektomi
5. Pemeriksaan untuk ginjal, kanker, hingga bedah jantung

C. Bentuk pelayanan BPJS

1. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama/ Faskes 1

Adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer), meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang diberikan oleh:

- a. Puskesmas atau yang setara Praktik Mandiri Dokter Praktik Mandiri Dokter Gigi
- b. Klinik pertama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/Polri
- c. Faskes Penunjang: Apotik dan Laboratorium

2. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

Manfaat yang ditanggung oleh BPJS adalah:

- a. Administrasi pelayanan
- b. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar yang dilakukan di unit gawat darurat
- c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik
- d. Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis
- e. Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai
- f. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan (laboratorium, radiologi dll) sesuai dengan indikasi medis
- g. Rehabilitasi medis
- h. Pelayanan darah

3. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

Manfaat yang yang diterima dari tertanggung adalah perawatan inap non intensif & Perawatan inap intensif (ICU, ICCU, NICU, PICU).

D. Prosedur Pelayanan

Sistem layanan yang berlaku di Indonesia adalah system rujukan, sehingga ada tahapan yang harus dipatuhi peserta untuk mendapat jaminan Kesehatan dari BPJS. Berikut adalah prosedur pelayanan BPJS:

1. Peserta datang ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tempat peserta terdaftar dan mengikuti prosedur pelayanan kesehatan, menunjukkan kartu identitas peserta JKN-KIS/KIS digital dengan status aktif atau identitas lain yang diperlukan (KTP/ SIM/ KK)
2. Peserta memperoleh pelayanan kesehatan pada FKTP yang kemudian peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh masing-masing FKTP
3. Atas indikasi medis apabila peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut, peserta akan dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan, sesuai dengan sistem rujukan berjenjang secara *online*

E. Fasilitas BPJS PBI & BPJS NON PBI

Peserta BPJS Kesehatan di Indonesia saat ini dikelompokkan menjadi 2 yaitu, Peserta BPJS Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Non PBI. PBI merupakan kependekan dari Peserta BPJS PBI adalah peserta BPJS yang mendapatkan bantuan iuran dari pemerintah. Sementara itu, Peserta BPJS Non PBI adalah peserta BPJS kesehatan yang membayar iuran secara mandiri. Penerima BPJS PBI Jaminan Kesehatan merupakan kelompok masyarakat dengan kondisi ekonomi menengah ke bawah atau orang-orang yang tidak mampu yang ditetapkan oleh pemerintah.

Sehingga mereka tidak perlu membayar iuran setiap bulan, tetapi tetap tercatat sebagai peserta BPJS Kesehatan Aktif. Sedangkan, peserta BPJS NON PBI Jaminan Kesehatan disebut sebagai peserta BPJS reguler. Mereka adalah orang-orang yang masih mampu untuk membayar iuran BPJS setiap bulan. Fasilitas yang bisa didapat oleh Peserta BPJS PBI yaitu hanya bisa memilih Fasilitas Kesehatan Tingkat Satu (Faskes 1) untuk melakukan pemeriksaan kesehatan tahap pertama. Sementara peserta BPJS NON PBI dapat memilih Faskes sesuai keinginan, selama Faskes yang dipilih telah bekerja sama dengan BPJS kesehatan.

Iuran BPJS kesehatan wajib dibayar oleh anggota BPJS. Besaran iuran BPJS kesehatan ditentukan menurut kelas. Nominalnya telah ditetapkan sebagai berikut (Perpres No.64 Tahun 2020):

Kelas III : Rp 35.000 orang/bulan. Tarif itu telah dipotong oleh subsidi pemerintah sebesar Rp 7.000 dari yang seharusnya total nominalnya Rp. 42.000

Kelas II : Rp. 100.000 orang/bulan

Kelas I : Rp. 150.000 orang/bulan

Nominal ini berlaku bagi peserta mandiri dan bukan pekerja. jadwal membayar BPJS adalah pada tanggal 10 tiap bulannya. Pembayaran BPJS bisa dilakukan melalui : Kantor BPJS daerah setempat, Kantor Pos, Bank yang ditunjuk, dan Minimarket (Indomaret, Alfamart dll).

Mulai Tahun 2022, pemerintah akan menerapkan *single tarif* dengan BPJS Kelas Standar. Hal ini berarti tak akan ada lagi pembedaan kelas I, II, dan III dalam pelayanan Kesehatan dengan BPJS.

F. Tugas

1. Membahas artikel Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Bpjs Kesehatan Instalasi Rawat Jalan Kasus Fisioterapi¹⁵ dan Kualitas Layanan Kesehatan Pasien Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin¹⁶. Buatlah makalah dengan sistematika penulisan yang benar.

2. Pilihan ganda

1) Kepanjangan dari BPJS adalah?(10 Points)

- a. Badan Penjamin Jaringan Sosial
- b. Badan Pengelola Jaminan Sosial
- c. Badan Penjamin Jaminan Sosial
- d. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- e. Badan Penyelenggara Jamin Sosial

Jawaban: d

2) Riana mengalami flu dan pusing-pusing, sebagai peserta BPJS kesehatan dan akan menggunakan haknya sebagai peserta maka Riana akan mengunjungi? (10 Points)

- a. RS terdekat
- b. Ke dokter swasta dekat rumah
- c. Ke Bidan praktek
- d. Ke Puskesmas terkenal
- e. Ke klinik pratama yang tertera pada kartu BPJSnya

Jawaban: e

3) Pak Kirino sebagai tulang punggung keluarga bekerja sebagai pemungut aki bekas, mempunyai istri yang sering sakit-sakitan. Sebagai masyarakat Indonesia yang tergolong kurang mampu, apa yang dilakukan pak Kirino agar dapat menjamin kesehatan keluarganya? (10 Points)

- a. Mengikuti BPJS kesehatan dengan pemotongan dari gajinya
- b. Mendaftarkan keluarga sebagai peserta PBI untuk mengikuti BPJS
- c. Mendaftarkan keluarga pada asuransi kesehatan Manulife
- d. Mendaftarkan diri pada BPJS ketenagakerjaan
- e. Mendaftarkan keluarga pada asuransi jiwa

Jawaban: b

4) Atas indikasi medis apabila peserta BPJS kesehatan memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut, maka peserta dapat memanfaatkan layanan ke?

(10 Points)

- a. RS yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan sesuai sistem rujukan
- b. RS dekat rumah
- c. Puskesmas
- d. Dokter praktek
- e. Klinik Pratama

Jawaban: a

5) Seorang ibu hamil yang sedang sakit gigi pergi ke Puskesmas memeriksakan kehamilannya, pelayanan apa yang digunakan ibu tersebut sebagai anggota BPJS kesehatan? (10 points)

- a. Rawat Jalan
- b. Layanan penyuluhan
- c. Layanan kebidanan Faskes TK. 1
- d. Layanan dokter obstetrik dan ginekologi
- e. Layanan poli gigi Faskes TK. 1

Jawaban: c

REFERENSI

Undang-Undang N0. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Kegiatan 4

PENULISAN MAKALAH

A. Persiapan

Memulai pengerjaan makalah dengan lembar kosong yang telah di *set up* ukuran kertas dan margin sesuai dengan aturan yang berlaku. Atur jenis dan ukuran *font* serta paragraf. Kerjakan dari mulai paling depan judul hard cover, halaman judul, bagian-bagian BAB, dan seterusnya sampai pada akhir stuktur KTIA yaitu lampiran yang dalam kondisi kosong. Gunakan penomoran otomatis dan daftar pustaka otomatis selama pengerjaan karya tulis yaitu Mendeley.

- 1) Naskah diketik dengan kertas HVS ukuran A4
- 2) Jarak antar baris adalah 1.5 (satu setengah) spasi secara umum.
- 3) Huruf yang digunakan adalah *Times New Roman* ukuran 12.
- 4) Jarak margin adalah : Atas 4 cm, bawah 3 cm, Kanan : 3 cm, kiri : 4 cm.
- 5) Penulisan isi awal paragraf KTIA menjorok (*indent*) kedalam sejauh 1 cm dari sub bab atau bagian penomoran.
- 6) Spasi antar paragraf baik sebelum maupun sesudah **tidak digunakan** (*Space before and after paragraph* : 0).
- 7) Penulisan sesuai Pedoman Umum Ejaan Bahasa Indonesia (PUEBI)

B. Penomoran

- 1) Penomoran halaman untuk **isi** (Bab I s/d Lampiran) pada kanan atas dengan menggunakan angka 1, 2, 3, ...
- 2) Penomoran halaman untuk halaman judul, kata pengantar, daftar isi, dan daftar tabel (jika ada) adalah dengan huruf i, ii, iii, ... dan diletakkan di tengah halaman. Penomoran halaman judul di beri halaman (i) namun tidak ditampilkan. Halaman *cover* tidak di beri penomoran.
- 3) Penomoran halaman untuk Bab I pendahuluan, Bab II kajian teori, Bab III hasil dan pembahasan, Bab IV kesimpulan dan Saran, diletakkan di tengah.
- 4) Penomoran halaman 1, 2, 3, ... dimulai dari Bab I Pendahuluan.

- 5) Tebal makalah minimal 10 halaman.
- 6) Hasil wawancara dimasukkan dalam lampiran
- 7) Bab baru selalu dimulai pada halaman baru, dengan nomor halaman mengikuti bab sebelumnya.
- 8) Setelah Bab maka sub bab dibuat angka lanjutan dari bab, sub dari sub bab dibuat dengan angka lanjutan dari sub bab, dan seterusnya.

Bab 1

1.1

1.1.2

1.1.2.1

C. Sistematika Penulisan

Bab 1 Pendahuluan, terdiri dari: fenomena yang terjadi di masyarakat terkait dengan masalah sosial/ budaya, besaran masalah dinyatakan dalam angka dengan melihat referensi laporan/ survei/ artikel. Kaitkan masalah sosial/ budaya dengan kesehatan, berapa besar yang terkena penyakit tersebut, dampak jika secara terus menerus manusia terkena penyakit.

Bab II Kajian teori, terdiri dari:

- a. Masalah sosial: definisi masalah sosial, besaran masalah, penyebab, tempat yang resiko tinggi, target usia yang terkena dampak, dan lain-lain.
- b. Masalah budaya: budaya suku apa, bagaimana diterapkan dimasyarakat, bagaimana budaya tersebut mempengaruhi Kesehatan, dan lain-lain.
- c. Masalah kesehatan: definisi penyakit, penyebab, faktor resiko, organ yang terkena, besaran masalah di masyarakat, proses perjalanan penyakit, pengobatan, dan lain-lain.

Bab III Hasil dan Pembahasan, terdiri dari:

1. Hasil berisikan narasi dari hasil wawancara
2. Pembahasan adalah membandingkan hasil wawancara dengan teori pada bab 2

Bab IV Kesimpulan dan Saran, terdiri dari ringkasan apa yang ada dalam pembahasan

Lampiran, hasil wawancara, pembagian kerja kelompok, foto pengambilan wawancara dan kerja kelompok tim

Daftar Pustaka APA Style edisi terakhir.

Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju

Ririn Noviyanti Putri

Mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya
 Email : rinnoviyanti95@gmail.com

ABSTRACT

The health system is a term that includes personal, institutions, financing, information, commodities and Government governance strategy in providing prevention and treatment services to the community. The health system was created with the aim of can respond to the needs and expectations of the community-owned healthcare in fulfillment of a fair and equitable. Then, good healthcare in developing countries as well as developed countries do need a reform, reorientation, and revitalization. This study aimed to know the comparison of health systems in developed and developing countries. Analysis study of the writing is done through literature review. Developing countries and developed countries experienced many challenges in building a strong health system and reliable. Health systems in developed countries look better compared to developing countries, it can be seen from the public health status and health problems. Health systems in each country vary greatly, but one has the same objective namely to enhance public health degrees extended. Every developed country or developing country has pros and cons of each of any health system that has been applied. The success of a health system of a country depends on the spirit, dedication, perseverance, hard work, good teamwork, ability (Human Resources, facilities), the sincerity of the organizers, as well as the participation of the community in order to achieve Universal Health Coverage in increasing degrees of better public health.

Keywords:

health systems; developing countries; developed countries; universal health coverage

PENDAHULUAN

Sistem kesehatan merupakan suatu istilah yang mencakup personal, lembaga, komoditas, informasi, pembiayaan dan strategi tata pemerintah dalam memberikan layanan pencegahan dan pengobatan kepada masyarakat. Sistem kesehatan dibuat dengan tujuan dapat merespon kebutuhan dan harapan yang dimiliki masyarakat dalam pemenuhan pelayanan kesehatan yang adil dan merata. Hal ini tertuang dalam UUD 1945, yang menegaskan bahwa “setiap orang berhak hidup sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”, Pasal 28 H angka (1) “negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan bagi seluruh warga negaranya” (Sarwo YB, 2012).

Sistem kesehatan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merupakan “sebuah kegiatan yang bertujuan dalam mempromosikan, memulihkan, atau menjaga kesehatan”. Sistem kesehatan yang baik sangat penting dalam mencapai *Millennium Development Goals* (MDGs). *World Health Organization* (WHO) telah mengidentifikasi 6 komponen yang harus diperlukan dalam menetapkan, mempertahankan dan memperkuat sistem kesehatan. Negara-negara berkembang telah banyak menghadapi tantangan dalam membangun sistem kesehatan yang kuat dan handal. Tantangan yang dihadapi antara lain pembiayaan pelayanan kesehatan yang tidak memadai, kurangnya koordinasi antar lembaga, serta kurangnya tenaga kesehatan (Gotama Indra, et all, 2010).

Indonesia adalah negara kepulauan terbesar di dunia, dengan jumlah penduduk lebih dari 240 juta jiwa Indonesia berada di peringkat keempat dunia. Terjadi pergeseran demografis pada populasi usia kerja yang meningkat relatif terhadap populasi lainnya. Indonesia juga termasuk status ekonomi yang berpenghasilan menengah ke bawah. Dari sistem pemerintahan dan politik Indonesia juga mengalami transisi di Tahun 1998 dari sistem demokrasi otoriter sekarang menjadi demokrasi reformasi. Perubahan tersebut juga mempengaruhi sistem kesehatan di Indonesia (Mahendradhata, Yodi, et all, 2017).

Prinsip pelayanan kesehatan masyarakat mengutamakan pelayanan promotif dan preventif. Pelayanan promotif adalah upaya meningkatkan kesehatan masyarakat agar lebih baik dan pelayanan preventif merupakan upaya dalam mencegah masyarakat agar terhindar dari suatu penyakit (Setyawan Budi, 2018). Krisis ekonomi di Indonesia berdampak pada pelayanan kesehatan. Maka dari itu pelayanan kesehatan melakukan sebuah reformasi, reorientasi, dan revitalisasi (Juanita, 2015). Reformasi kebijakan pembangunan kesehatan telah dilakukan. Reformasi Sistem Kesehatan Nasional (SKN) telah memberikan suatu perubahan dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Kebijakan dari SKN ini telah banyak melakukan perubahan, salah satunya dalam hal perubahan subsistem upaya kesehatan dan pembiayaan kesehatan (Gotama Indra, et all, 2010).

Salah satu indikator pelayanan kesehatan adalah lamanya waktu tunggu. Lama waktu

tunggu ini dihitung dari saat mendaftar sampai mendapatkan pelayanan medis. Hasil SUSENAS 2016 memperlihatkan bahwa waktu tunggu diatas 30 – 60 menit diakui oleh 37,05% pasien rawat jalan, sedangkan pasien rawat inap lebih besar yaitu 45,43%. Pengeluaran *out of pocket* juga didapat rata-rata untuk rawat jalan baik yaitu Rp.97.487,07. Sedangkan untuk rawat inap cukup besar yaitu mencapai Rp 2.735.803,72 (BPS, 2016).

Selain masalah penyakit menular dan akses pelayanan kesehatan, sistem jaminan kesehatan juga menjadi perhatian serius. Dengan mengungkap sistem gotong royong BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan menyatakan total biaya jaminan kesehatan dari tahun 2014 s.d 2016 terus meningkat. Tahun 2014 dengan biaya total 42 Triliun rupiah untuk peserta 133,4 juta penduduk. Tahun 2016 mencakup pelayanan untuk 171,9 juta penduduk dengan biaya 69 triliun rupiah (Idris, Fachmi Prof, 2017).

Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan sangat berpengaruh dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan guna mencapai tujuan penting pembangunan kesehatan di suatu negara yakni pemerataan dalam pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) serta pelayanan yang berkualitas (*assured quality*). Reformasi kebijakan sistem kesehatan di suatu negara sangat berdampak positif pada kebijakan pembiayaan kesehatan dalam menjamin terselenggaranya kecukupan (*adequacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*) dan efektifitas (*effectiveness*) dari pembiayaan kesehatan itu sendiri. (Setyawan Budi, 2018)

METODE PENELITIAN

Analisis kajian dari penulisan ini dilakukan melalui *literatur review* terkait dengan masalah sistem kesehatan yang ada di beberapa negara maju dan negara berkembang, baik dari sudut sistem kesehatannya itu sendiri yaitu lembaga, komoditas, informasi, pembiayaan dan strategi tata pemerintah dalam memberikan layanan pencegahan dan pengobatan kepada masyarakat. *Literature review* ini dilakukan dengan berbagai sudut pandang, teori, jurnal dan artikel untuk mempelajari dan mengetahui perbandingan dari sistem kesehatan yang dianut oleh beberapa negara maju maupun negara berkembang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sistem Kesehatan di Negara Berkembang Indonesia

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang telah menghadapi beberapa perubahan dan tantangan strategis yang mendasar. Tujuan bangsa Indonesia tertuang

dalam pembukaan UUD 1945 yang diselenggarakan melalui pembangunan nasional termasuk pembangunan kesehatan. Dalam mendukung terlaksananya pembangunan kesehatan memerlukan dukungan dari Sistem Kesehatan Nasional yang kuat. SKN dijadikan sebuah acuan dalam pendekatan pelayanan kesehatan primer. Hal ini merupakan sebuah pendekatan yang tepat untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang diformulasikan sebagai visi Indonesia Sehat (Adisasmito Wiku, 2009).

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) merupakan pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan, maka pengelolaan kesehatan dilaksanakan melalui subsistem kesehatan yang terbagi ke dalam beberapa bagian, yaitu upaya kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen, informasi dan regulasi kesehatan, pemberdayaan masyarakat (Peraturan Presiden Republik Indonesia, 2012).

Sistem kesehatan suatu negara sangat dipengaruhi oleh kebijakan-kebijakan kesehatan yang ditetapkan oleh penentu kebijakan baik pemerintah atau swasta. Kebijakan kesehatan itu sendiri dipengaruhi oleh segitiga kebijakan yakni konteks (faktor ekonomi, sosial budaya, politik), konten/isi, proses pengambilan kebijakan dan aktor yang berperan (*policy elites*) (Buse, Kent, et all, 2005). SKN Indonesia memiliki 3 landasan meliputi landasan idil yaitu Pancasila, landasan konstitusional yaitu UUD Negara RI khususnya pasal 28 dan 34, dan landasan operasional yaitu UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Peraturan Presiden Republik Indonesia, 2012).

World Health Report 2000 yang berjudul *Health System : Improving Performance* menetapkan tujuan normative sistem pelayanan kesehatan, yakni (Siswanto, 2010):

- a. Peningkatan status kesehatan (*goodness of health*)
- b. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan (*responsiveness*)
- c. Peningkatan keadilan dalam pembiayaan kesehatan (*fairness of health financing*)

Universal Coverage (cakupan semesta) merupakan suatu sistem kesehatan yang bertujuan untuk masyarakat dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan kebutuhan masyarakat serta dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat, antara lain pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative (Siswanto,

2010). Cakupan semesta terbagi atas dua elemen yakni akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu dan perlindungan risiko finansial (WHO, 2005). Sedangkan cakupan semesta terkait sistem pembiayaan terbagi atas 3 kategori, yakni pembayaran tunggal (*single payer*), pembayaran ganda (*two-tier, dual health care system*), dan sistem mandat asuransi (Murti Bhisma, 2011).

Salah satu dampak positif dari jaminan kesehatan semesta berupa peningkatan utilisasi pelayanan, namun diduga mengakibatkan moral hazard dan penurunan motivasi di sisi para penyedia layanan. Masalah utama yang ditemui biasanya adalah *sustainability* dari sistem berobat gratis karena kurang diperhitungkannya kebutuhan anggaran dan lemahnya mekanisme pengendalian biaya. Kebijakan berobat gratis bahkan dianggap hanya suatu kebijakan yang bersifat politis untuk memenuhi 'janji pemilu' yang justru merugikan sistem kesehatan (Dewi, Shita, 2013).

Tujuan perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan yang memadai dapat membantu memobilisasikan sumber pembiayaan kesehatan, mengalokasikan dengan rasional serta dapat digunakan secara efektif dan efisien. Pembiayaan kesehatan mempunyai kebijakan dengan mengutamakan pemerataan serta berfokus pada masyarakat yang tidak mampu (*equitable and pro poor health policy*) yang dapat membantu mencapai akses kesehatan yang universal (Setyawan Budi, 2018). Sistem kesehatan di Indonesia didukung dengan pembiayaan pemerintah yang bersumber dari pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Anggaran dari pemerintah pusat disalurkan melalui DAU, DAK, DAK non fisik, serta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sedangkan anggaran dari pemerintahan daerah dalam bentuk dukungan program pusat maupun untuk pembiayaan program inovasi daerah sendiri. Pengelola sistem pembiayaan di Indonesia yakni kementerian kesehatan sebagai regulator, monitor dan mengevaluasi pelaksanaan sistem kesehatan. Sedangkan badan pengumpul dan penyalur premi melalui kapitasi dan INA CBG'S adalah BPJS (Dewi Shita, 2017).

Permasalahan yang timbul dari pembiayaan kesehatan antara lain kurangnya dana serta adanya peningkatan dana. Kurangnya dana terjadi karena terdapatnya inefisiensi dalam pengelolaan pembiayaan dan alokasi dana yang salah. Sedangkan yang dimaksud peningkatan biaya yaitu adanya trend peningkatan teknologi kedokteran sebagai penegak diagnosis (*evidence bases*) yang menyebabkan konsekuensi biaya, serta *tren supply induce demand* yang banyak marak sekarang ini (Trisnantoro L, 2014). Selain itu, dominasi pembiayaan dengan mekanisme fee for service,

dan masih kurangnya dalam mengalokasikan sumber-sumber dan pelayanan itu sendiri (*poor management of resources and services*) (Depkes, 2009).

Sistem Kesehatan di Indonesia untuk sekarang sudah menuju ke arah yang lebih baik, meskipun masih banyak terdapat banyak macam kendala. Hal ini dapat dilihat dari terdapatnya peningkatan status kesehatan masyarakat. Akan tetapi, meskipun terjadi peningkatan status kesehatan masyarakat, namun masih diperlukan upaya percepatan pencapaian indikator kesehatan dalam rangka mengejar ketertinggalan dari negara lain, sehingga SKN masih perlu terus dilakukan evaluasi dan perbaikan.

Akses pelayanan kesehatan yang adil menggunakan prinsip keadilan vertikal. Prinsip keadilan vertikal menegaskan, kontribusi warga dalam pembiayaan kesehatan ditentukan berdasarkan kemampuan membayar (*ability to pay*), bukan berdasarkan kondisi kesehatan/kesakitan seorang. Dengan keadilan vertikal, orang berpendapatan lebih rendah membayar biaya yang lebih rendah daripada orang berpendapatan lebih tinggi untuk pelayanan kesehatan dengan kualitas yang sama. Dengan kata lain, biaya tidak boleh menjadi hambatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan (*needed care, necessary care*) (Murti Bhisma, 2011).

Malaysia

Malaysia negara berpenduduk terbanyak ke-43 dan negara dengan daratan terluas ke-66 di dunia dengan jumlah penduduk kira-kira 27 juta dan luas wilayah melebihi 320.000 km². Berbeda dengan Indonesia yang melaksanakan jaminan kesehatan semesta pada tahun 2014 dan baru akan merampungkan total populasi pada tahun 2019, negara tetangga Malaysia justru sudah melaksanakannya sejak tahun 1990an (Idris Haerawati, 2017). Namun adanya beberapa isu krusial melibatkan kenaikan biaya, keberlanjutan jangka panjang, kenaikan pajak, efisiensi dan harapan masyarakat akan kualitas pelayanan yang lebih tinggi, Malaysia merubah sistem kesehatannya dari layanan kesehatan yang sebelumnya didominasi pemerintah, saat ini justru lebih besar melibatkan sektor swasta (Chongsuvivatwong, Virasakdi, et al, 2011).

Malaysia juga mengembangkan kesehatan sebagai daya tarik wisatawan berkunjung ke negaranya. Jarak yang tidak jauh dari Indonesia yang memiliki 240 juta penduduk, membuat Malaysia meningkatkan kualitas rumah sakitnya. Salah satu penghargaan Malaysia adalah memenangkan *Medical Travel Destination of The Year 2015* di *International Medical Travel Journal* (IMTJ). Tidak heran jika Malaysia terutama Kuala Lumpur dan Penang

jadi negara tujuan utama untuk berlibur sekaligus menjaga kesehatan (*medical check up*) (Futuready, 2016).

Malaysia sistem pembiayaan kesehatannya lebih maju dibandingkan dengan Indonesia, karena Malaysia merupakan negara persemakmuran Inggris. Pada tahun 1951 Malaysia mewajibkan tabungan wajib bagi pegawai yang nantinya dapat digunakan sebagai tabungan di hari tua. Sedangkan warga yang tidak diwajibkan akan difasilitasi oleh sebuah lembaga yakni EPF (*Employee Provident Fund*). Lembaga SOSCO (*Social Security Organization*) menjamin warga yang mendapat kecelakaan kerja atau pensiunan cacat (Purwoko Bambang, 2014).

Sistem pembiayaan kesehatan yang ada di Malaysia terdiri dari kesehatan publik dan kesehatan privat. Sumber dana untuk kesehatan publik berasal dari pajak masyarakat kepada pemerintah federal, anggaran pendapatan negara, serta lembaga SOSCO dan EPF, yang mana dana yang ada tersebut disalurkan untuk program kesehatan preventif dan promotif. Pemerintah Malaysia menetapkan *Universal Coverage* untuk program kesehatan kuratif dan rehabilitative, yang mana semua masyarakat dijamin pelayanan kesehatannya dengan membayar iuran sebesar 1 RM untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari dokter umum, sedangkan untuk pelayanan dari dokter spesialis sebesar 5 RM. Akan tetapi sistem pembiayaan kesehatan di Malaysia ini tidak termasuk dalam kategori penyakit berat yang membutuhkan biaya pengobatan yang tinggi (Jaafar, Safurah Noh, et al, 2013).

Pemerintah Malaysia membebaskan pajak untuk alat kesehatan dan obat-obatan, yang berdampak pada biaya operasional di Malaysia yang menjadi murah. Pemerintah Malaysia membatasi praktik dokter yang hanya satu tempat, sehingga dokter harus memilih akan praktik di pelayanan kesehatan milik pemerintah atau milik swasta. Selain itu, dengan adanya *feed back* atau pemasukan dari dokter yang tinggi, tentu akan mempengaruhi kualitas pelayanan. Untuk mengklaim pembiayaan kesehatan, rumah sakit pemerintah melihat besarnya pengeluaran yang terjadi di tahun sebelumnya dan kemudian rumah sakit tersebut baru bias untuk mengajukan anggaran kepada Kementerian Kesehatan / *Ministry of Health* (MoH) (WHO, 2005).

Thailand

Thailand memulai sistem jaminan kesehatan di negaranya sejak tahun 1990an yang saat itu baru mencakup 16% dari populasi (pegawai negeri dan pekerja formal), pada tahun 2002, sudah mencakup seluruh penduduk (*National Health Security*) yang diperkirakan

sudah mencakup 75% dari seluruh penduduk.²³ Semenjak tahun 2002 tersebut Thailand telah mencapai *Universal Health Coverage* sebagai sistem kesehatan di negaranya. Sedangkan pada tahun 2009, penduduk Indonesia sebanyak 30,1% untuk mendapatkan pelayanan kesehatan masih mengeluarkan uang secara *out of pocket*. Thailand dalam mencapai sistem kesehatan *universal health coverage*, hampir setengah decade mengalami evolusi sejarah yang cukup panjang, evolusi tersebut dimulai dari sistem pembiayaan secara *out of pocket* sampai bertahap mencapai sistem pembiayaan di muka. Thailand telah menguji dan memperkenalkan berbagai sistem pembiayaan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. (Indrayathi PA, 2016)

Thailand dalam mencapai sistem kesehatan UHC, masyarakatnya sebanyak 99% dilindungi dengan 3 skema, yaitu *Universal Health Coverage* (cakupan semesta 75%), *Social Health Insurance for formal private sector* (skema asuransi kesehatan untuk pegawai swasta 20%), dan *Civil Servant Medical Benefit Scheme* (skema asuransi kesehatan untuk PNS 5%). Strategi pembiayaan yang baik sangat dibutuhkan untuk mendukung skema tersebut. Thailand membuat salah satu strategi, yakni menghilangkan kendala keuangan, yang mana strategi tersebut mempunyai resiko yang besar untuk memperluas skema UHC bagi masyarakat yang belum memiliki asuransi kesehatan, agar dapat dengan sukarela menggabungkan kartu asuransi dengan kartu identitas lain (LIC) (Indrayathi PA, 2016).

Sistem pelayanan rujukan merupakan sistem pelayanan kesehatan yang diterapkan oleh Thailand. Sistem tersebut dimulai dari *primary care* unit sebanyak ≤ 8000 PCU, rumah sakit distrik atau biasa disebut rumah sakit sekunder dan tersier sebanyak 800 unit di level provinsi maupun rumah sakit pendidikan. Sedangkan rumah sakit promotif dan preventif yakni merupakan PCU yang mana PCU ini harus mempunyai standard layanan minimum yang harus ditetapkan secara nasional. Pengembangan infrastruktur dibutuhkan dalam implementasi sistem UHC. Selain itu dalam pengimplementasian ini juga dibutuhkan SDM yang berkualitas serta bersedia bekerja sepenuh hati, yang mana SDM tersebut memerlukan motivasi dan *passion* dalam memberikan pelayanan semaksimal mungkin pada masyarakat. Thailand mempunyai health center, yang mana SDM berkualitas tersebut diletakkan di perdesaan. SDM tersebut merupakan tenaga kesehatan maupun non kesehatan yang akan dilatih dalam memberikan pelayanan yang baik bagi masyarakat (Indrayathi PA, 2016).

Pemerintah Thailand juga memberikan kesempatan bagi kader-kader tenaga kesehatan

untuk membuka lowongan tenaga kesehatan yang akan mengabdikan di pedesaan. Selain itu, pemerintah juga memberikan putra daerah kesempatan untuk menyekolahkan mereka di fakultas kesehatan yang mana kedepannya putra daerah tersebut akan ditempatkan di daerah asalnya sebagai tenaga kesehatan dan akan diberikan dukungan seperti insentif yang memadai. pemerintah Thailand juga mempersiapkan kader-kader tenaga kesehatan dengan membuka lowongan tenaga kesehatan untuk bekerja di pedesaan dan menyekolahkan putra daerah di fakultas-fakultas kesehatan. Nantinya, putra daerah ini diminta untuk mengabdikan sebagai tenaga kesehatan di daerah asalnya dan pemerintah menyediakan insentif yang memadai sebagai bentuk dukungan (Indrayathi PA, 2016).

Jumlah dokter di Thailand sudah sangat banyak dibandingkan dengan Indonesia. Sementara persentase tenaga kesehatan (bidan, perawat) Indonesia jauh lebih banyak dari Thailand. Terdapat 20 bidan di Indonesia per 100.000 penduduk, sementara di Thailand hanya 1 bidan per 100.000 penduduknya. Dapat diasumsikan bahwa Indonesia masih memprioritaskan pelayanan di tingkat pertama untuk menjangkau masyarakat di daerah-daerah, sedangkan Thailand sudah tidak mempunyai masalah akses layanan tingkat pertama, sehingga lebih memprioritaskan di layanan tingkat lanjut (penyediaan layanan rumah sakit dan dokter). (Indrayathi PA, 2016)

Keberhasilan Thailand dengan mutu pelayanan rumah sakitnya dapat dilihat juga dari salah satu Rumah Sakit Internasional di Bangkok "*Bumrungrad International Hospital*" menjadi salah satu tujuan wisata kesehatan. Mengusung tema serupa dengan hotel bintang 5, RS ini mendesain interiornya bernuansa modern tanpa ada aroma obat yang menyengat. Perawat dan para dokter dilatih dengan prosedur internasional, dengan perawatan yang menggunakan peralatan sangat canggih. Terutama pusat-pusat medis dengan spesialisasi sebagai berikut, kardiologi (jantung), onkologi (kanker), neurologi (sistem saraf) / neonatal (bayi), GI (penyakit pencernaan), ortopedi (tulang, otot, ligamen), hingga *optometry* (mata). (Futuready, 2016)

Sistem Kesehatan di Negara Maju Jepang

Salah satu negara dengan harapan hidup tertinggi yakni Jepang (WHO, 2011). Selain itu, Jepang juga merupakan negara kedua yang mempunyai tingkat harapan hidup tinggi perkelahiran dengan rata-rata umur adalah 82,8 tahun berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh OECD pada tahun 2013. (Broida, Joel H & Maeda, et all, 2014) Berdasarkan data tersebut,

dapat kita simpulkan bahwa Jepang merupakan negara yang pastinya negara yang memiliki teknologi kesehatan yang canggih dan lengkap sesuai dengan kebutuhan masyarakat. akan tetapi, Jepang mengalami kendala akibat dari teknologi yang canggih itu, karena memicu pengeluaran pembiayaan yang meningkat. (Widodo Teguh, 2014)

Dari segi pembiayaan kesehatan, pemerintah Jepang sudah memulai jaminan kesehatan sejak tahun 1927, dan mencakup seluruh penduduk (*whole coverage*) di tahun 1961. Untuk penduduk lansia bahkan digratiskan atau tidak perlu membayar iuran sejak tahun 1973. (Ikegami, Naoki, et all, 2004) Negara Jepang menyediakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat mencakup seluruh populasi melalui sistem asuransi kesehatan. Para pekerja pada sektor swasta yang pertama kali dikenalkan pada asuransi kesehatan public di Jepang yang berlandaskan hukum *The Health Insurance Law* pada tahun 1992. (Fukawa, Tetsuo, 2002) Akan tetapi asuransi kesehatan yang mencakup para pekerja tersebut memiliki manfaat yang tidak komprehensif. Setelah pasca perang kedua di Jepang, Jepang berupaya dalam meningkatkan sistem kesehatan yang ada, termasuk asuransi kesehatan bagi masyarakat Jepang. Subsidi pemerintah pada tahun 1954 ditetapkan sepihak oleh pemerintah nasional untuk kepentingan asuransi kesehatan satu milyar yen. Hal ini untuk memenuhi cakupan dalam universal asuransi kesehatan publik yang akan tercapai pada tahun 1961. (Ikegami, Naoki, et all, 2004)

Sistem asuransi di Jepang tidak semua pengobatan maupun perawatan akan ditanggung oleh asuransi, tetapi akan ditanggung secara bersama oleh pihak asuransi dan juga pasien yang bersangkutan. Pemerintah Jepang pada tahun 1984 mengeluarkan sebuah kebijakan, yang mana kebijakan tersebut berisi bahwa masyarakat wajib membayar seluruh pengobatan sebesar 10%, sedangkan pada tahun 1997 terjadi peningkatan sebesar 20%, dan tahun 2003 hingga kini terus terjadi peningkatan hingga 30%. Akan tetapi peningkatan sebesar 30% tersebut tidak berlaku untuk semua masyarakat. *sharing cost* asuransi kesehatan di Jepang yang berlaku saat ini, yaitu :

- Umur \geq 75 tahun membayar 10%, bila mempunyai pendapatan sebesar income maka naik menjadi 30%.
- Umur 70-75 tahun membayar 20%, bila mempunyai pendapatan sebesar income maka naik menjadi 30%.
- Mulai wajib belajar – umur 70 tahun membayar sebesar 30 %.
- Anak yang belum sekolah membayar 30%.

Sumber daya di Jepang mempunyai kualitas yang cukup baik yang dapat membantu negara Jepang dalam mewujudkan sistem jaminan kesehatan yang baik dan berkualitas bagi masyarakat. Jaminan kesehatan akan diberikan sesuai dengan program yang diikuti oleh peserta, yang terdiri dari penyakit umum sampai dengan penyakit khusus. Jepang memiliki pelayanan kesehatan berupa rumah sakit sebanyak ≥ 1000 rumah sakit mental, general hospital 8700 unit, comprehensive hospital 1000 unit dengan kapasitas BOR 1,5 juta, 48.000 klinik gigi, dan 79.000 pelayanan kesehatan yang dilengkapi fasilitas layanan rawat jalan dan rawat inap. (Fukawa, Tetsuo, 2002)

Berbagai macam asuransi yang ada di Jepang, yaitu : (Ikegami, Naoki, et al, 2004)

- a. *National Health Insurance*, dikelola oleh pemerintah, yang mana asuransi ini ditujukan untuk masyarakat yang sudah pension, orang usia lanjut <75 tahun, masyarakat yang tidak mampu, serta masyarakat yang menganggur.
- b. *Japan Health Insurance*, dikelola oleh pemerintah yang ditujukan untuk karyawan yang bekerja disebuah perusahaan yang kecil <7000 orang karyawan.
- c. *Association/Union Administered Health Insurance*, dikelola oleh swasta yang ditujukan untuk karyawan yang bekerja diperusahaan besar >7000 orang karyawan.
- d. *Mutual Aid Insurance*, dikelola oleh pemerintah yang ditujukan untuk pegawai negeri.
- e. *Advanced Elderly Medical Service System*, dikelola oleh pemerintah yang ditujukan untuk masyarakat lansia >75 tahun.

Di Jepang, dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun pelayanan dokter diberlakukan secara sama untuk semua sistem asuransi yang dipakai. Pembayaran yang dipakai berupa *fee for service*, tetapi secara parsial telah digunakan sebagai pembayaran paket pada asuransi *Health Insurance for Elderly*. Masing-masing harga perawatan medis telah terdaftar oleh asuransi pada *fee schedule* berdasarkan rekomendasi *The Central Social Insurance Medical Council* yang ditentukan oleh pemerintah. Harga resep obat yang dapat diklaim oleh fasilitas medis berdasarkan standard harga obat-obatan.

Ada persamaan jaminan kesehatan di Jepang dengan Indonesia yaitu beban biaya perawatan penduduk lanjut usia cenderung tinggi. Hal tersebut terkait pola penyakit degeneratif dan jumlah proporsi penduduk lansia di Jepang yang tinggi. Namun yang berbeda adalah jaminan kesehatan di Jepang tidak mengenal sistem rujukan, penduduk bebas memilih layanan kesehatan di dokter atau klinik

tingkat pertama, ataupun langsung ke RS. Namun jaminan kesehatan di Jepang tidak mencakup persalinan normal, sedangkan di Indonesia mencakup semua persalinan baik normal maupun operasi (SC) dengan indikasi medis. (Pernando, Anggara, 2015)

Australia

Australia merupakan salah satu negara maju yang memiliki perekonomian yang sangat bagus dan mempunyai berbagai sumber daya yang berkualitas. Australia memiliki sistem kesehatan yang canggih dan kompleks. Sistem kesehatan yang canggih tersebut didukung dengan kerjasama antara pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta. Akses pelayanan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah Australia yakni bebas biaya. Meskipun terdapat akses pelayanan yang bebas biaya yang dapat ditanggung oleh pemerintah, beberapa masyarakat Australia juga menggunakan asuransi kesehatan dari pihak swasta. (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013)

Rumah sakit swasta yang ada di Australia, salah satunya rumah sakit yang dikelola oleh Healthscope menyediakan berbagai pelayanan perawatan kesehatan, yakni pelayanan sub akut hingga pelayanan perawatan kesehatan yang kompleks. Kualitas perawatan di Australia sangat terkenal diseluruh dunia karena memiliki pelayanan yang sangat baik. Berdasarkan penelitian internasional di lima negara yang menilai sistem kesehatan di Australia, Kanada, Jerman, New Zeland, dan Amerika Serikat), Australia mendapatkan penilaian sistem kesehatan yang sangat baik dan menduduki peringkat kedua dari lima negara tersebut. Selain itu, Australia juga mendapatkan penilaian yang sangat baik dari hasil penilaian pelayanan kesehatan yang diukur oleh OECD. (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013)

Sistem kesehatan di Australia telah mencapai *Universal Health Coverage*. Untuk mencapai sistem kesehatan tersebut, banyak yang dilakukan oleh pemerintah Australia yang dikembangkan secara terus-menerus selama puluhan tahun yang lalu. Australia memiliki sistem perawatan kesehatan yang didanai oleh pemerintah, dengan layanan medis yang disubsidi melalui skema asuransi kesehatan nasional universal. Sebagai perbandingan anggaran kesehatan Australia USD3.484 per kapita, sedangkan Indonesia masih sekitar USD100 per kapita. (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013)

Berbeda dengan Indonesia, sistem pembiayaan kesehatan di Australia berasal dari pajak, sehingga pelayanan untuk masyarakat sama tidak ada perbedaan kelas premi. Kesehatan masyarakat juga menjadi perhatian pemerintah Australia. Angka penyakit menular

dapat ditekan, sanitasi dan kualitas air juga menjadi fokus pemerintah. Pemerintah juga mengembangkan penelitian-penelitian kesehatan berbasis epidemiologi. Berbagai hal tersebut dilakukan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakatnya. Status kesehatan masyarakat di Australia sudah sangat baik, misalnya untuk cakupan imunisasi lengkap di Indonesia baru sekitar 59,2% (RISKESDAS, 2013) sedangkan di Australia cakupan imunisasi lengkap sudah mencapai 90%. (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013)

Salah satu studi yang dilakukan oleh Commonwealth Fund terhadap 11 model perawatan kesehatan nasional yang berbeda, menemukan sistem jaminan kesehatan campuran publik dan privat milik Australia menduduki peringkat terbaik kedua dunia. Hal tersebut diakui oleh Presiden Amerika Serikat yang mengatakan sistem kesehatan negaranya "Obamacare" perlu segera diperbaiki. Dan menyatakan negara-negara lain perlu belajar sistem kesehatan Australia. (Healy, Judith, and Paul Dugdale, 2013)

Amerika Serikat

Sistem kesehatan di Amerika menerapkan sistem asuransi komersial. Asuransi komersial tersebut artinya masyarakat berhak memilih untuk menggunakan asuransi atau tidak. Hal ini menyebabkan biaya operasional menjadi besar, premi meningkat setiap tahun, mutu pelayanan kesehatan diragukan, dan tingginya *unnecessary utilization* karena AS memiliki sistem pembiayaan *fee for services*. Biaya kesehatan menjadi beban yang sangat berat bagi pemerintah AS karena biaya kesehatan melambung tinggi dan mencapai 12% GNP. Tingginya biaya kesehatan menyebabkan tingginya pula biaya produksi barang dan jasa. Pemerintah AS membuat kebijakan berbentuk undang-undang pada tahun 1973 untuk meminimalisir pertumbuhan *conventional health insurance* yakni kebijakan *Health Maintenance Organization* (HMO-ACT). (Trisnantoro L, 2014)

Sistem kesehatan yang diterapkan di AS merupakan sistem yang berorientasi pasar, yang mana sepertiga pembiayaan kesehatan ditanggung oleh pasien (*out of pocket*). Biaya kesehatan di AS sangat tinggi berdampak pada kondisi Produk Domestik Bruto (PDB). Biaya kesehatan yang dikeluarkan oleh masyarakat AS sebesar 16% dari total PDB. Biaya yang dikeluarkan masyarakat sangat tinggi dan merupakan peringkat kedua di dunia dalam penggunaan PDB untuk kesehatan. Jika masalah ini tidak diatasi dan diselesaikan dengan baik, maka menurut *The Health and Human Service Departement* angka penggunaan PDB akan mengalami peningkatan yang dratis pada tahun 2017 hingga mencapai

19,5%. Layanan kesehatan di AS juga termasuk kategori mahal diseluruh dunia, bagi standard Negara maju indicator kesehatan yang ada di AS tergolong buruk. (Trisnantoro L, 2014)

Pelayanan kesehatan di Amerika Serikat sebagian dikelola oleh pihak swasta. Pada tahun 2009, tercatat sebanyak 50,7 juta penduduk Amerika Serikat yang tidak memiliki asuransi kesehatan (*The US Censuss Beureau*). Penduduk yang tidak tersentuh asuransi tersebut salah satunya berasal dari masyarakat kalangan berpenghasilan menengah kebawah. Hal ini menyebabkan perusahaan banyak mengalami bangkrut dikarenakan mahalnya pembiayaan kesehatan. Peristiwa ini membuat masyarakat AS bergejolak untuk menuntut untuk dilakukannya reformasi dalam hal kesehatan. Pemerintah AS dituntut untuk memegang kendali dalam permasalahan asuransi kesehatan ini. Masyarakat AS sangat membutuhkan perawatan, akses, keadilan, efisiensi, biaya, pilihan, nilai dan kualitas yang memadai. Pemerintah AS akhirnya membuat sebuah terobosan baru mengenai sebuah kebijakan dalam bidang kesehatan. *Patient Protection Avordable Care Act* (PPACC) merupakan salah satu kebijakan yang telah dibuat oleh pemerintah AS. Titik tolak dari perkembangan kesehatan di AS berdasarkan dari kebijakan tersebut. Selain itu, kebijakan tersebut menjadi landasan hukum AS dalam menyelenggarakan perawatan dan biaya kesehatan yang efektif dan efisien bagi masyarakat AS. Dengan dilakukannya reformasi penerapan undang-undang ini diharapkan dapat menurunkan biaya asuransi kesehatan yang akan ditanggung masyarakat AS dimasa yang akan datang. (Trisnantoro L, 2014)

SIMPULAN

Sistem kesehatan di setiap negara sangat bervariasi, tapi memiliki satu tujuan yang sama yakni untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Setiap negara maju maupun negara berkembang mempunyai kelebihan dan kelemahan masing-masing dari setiap sistem kesehatan yang diterapkan. Sistem kesehatan yang lampau hingga kini disetiap negara mengalami perubahan yang lebih baik. Setiap pemerintahan negara berkembang maupun negara maju berusaha untuk bisa mengcover asuransi kesehatan bagi masyarakatnya. Sistem pembiayaan kesehatan di tiap negara juga berbeda, hal ini dikarenakan disetiap negara mempunyai perbedaan karakteristik penduduk, pemasukan negara, ekonomi, dan geografis yang sangat berpengaruh.

Negara berkembang dan negara maju banyak mengalami berbagai tantangan dalam membangun sistem kesehatan yang kuat dan handal. Sistem kesehatan di negara maju terlihat lebih baik dibandingkan dengan negara berkembang, hal ini dapat dilihat dari status kesehatan masyarakat dan permasalahan kesehatan. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) di Indonesia sudah mampu memberikan

peningkatan status kesehatan masyarakat Indonesia dari tahun ke tahun. Namun masih diperlukan upaya percepatan pencapaian indikator kesehatan dalam rangka mengejar ketertinggalan dari negara lain. Salah satu permasalahan di Indonesia seperti masih kurangnya tenaga kesehatan, akses pelayanan kesehatan yang kurang merata, pembiayaan kesehatan yang tidak tercover dengan baik, fasilitas yang kurang lengkap menjadi permasalahan dalam sistem kesehatan di Indonesia. Untuk itu kita perlu mempelajari atau mengadopsi sistem kesehatan di negara-negara yang sudah maju maupun negara berkembang lainnya, sehingga SKN di Indonesia dapat menjadi upaya kesehatan yang optimal dalam mewujudkan derajat kesehatan setinggi-tingginya.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito Wiku. *Sistem Kesehatan Edisi Kedua*. Raja Grafindo Persada. 2009.
- Badan Pusat Statistik. *Statistik Kesehatan 2016 (Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional Modul Kesehatan Dan Perumahan 2016)*. BPS Jakarta. 2016.
- Broida, Joel H & Maeda, et all. *Japan's High Cost Illness Insurance Program: A Study of its First Three Years*. Public Health Reports. Association of Schools of Public Health. International Health. Vol 93 No 2. 2014.
- Buse, Kent, et all. *Making Health Policy-Understanding Public Health*. 2005.
- Chongsuvivatwong, Virasakdi, et all. *Health in Southeast Asia 1: Health and healthcare systems in southeast Asia: diversity and transitions*. Vol 377. 2011.
- Departemen Kesehatan RI. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta. 2009.
- Dewi, Shita. *Sistem Pembiayaan dan Kebijakan Pengendalian Biaya*. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia UGM, Vol. 02, No. 2. 2013.
- Dewi Shita. *Pemanfaatan Pembiayaan dalam Sistem Kesehatan di Indonesia*. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia. Vol 06 No 03. 2017.
- Fukawa, Tetsuo. *Public Health Insurance in Japan*. Washington : World Bank Institute. 2002.
- Futuready Article. *5 Negara Tujuan Wisata Kesehatan di Asia*. 2016.
- Gotama Indra, Perdede Donald. *Reformasi Jaminan Sosial Kesehatan (Pembiayaan Kesehatan dan Isu-Isu Jaminan Kesehatan)*. Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Depkes RI. Jakarta. 2010.
- Healy, Judith, and Paul Dugdale. *The Australian Health Care System*. The Australian Univercity. 2013.
- Idris, Fachmi Prof. *Strengthening Indonesia's Health System through the National Health Security*. Sriwijaya University International Conference on Public Health (SICPH):Public Health Responses to Health Systems Strengthening. Palembang. 2017.
- Idris Haerawati. *Global Issue Universal Health Coverage: Expanding health insurance among informal worker in Indonesia*. Sriwijaya International Conference on Public Health (SICPH). Palembang. 2017.
- Ikegami, Naoki, et all. *Japan's Health Care System: Containing Costs And Attempting Reform*. Health Affairs. 2004.
- Indrayathi PA. *Bahan Ajar Pembiayaan Kesehatan di Berbagai Negara*. Program Studi Kesehatan Masyarakat Udayana. Denpasar. 2016.
- Juanita. *Peran Asuransi Kesehatan dalam Benchmarking Rumah Sakit dalam Menghadapi Krisis Ekonomi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Universitas Sumatera Utara. 2012.
- Jaafar, Safurah Noh, et all. *Malaysia Health System Review*. Health System in Transation Vol 3 No1. 2013.
- Mahendradhata, Yodi, et all. *The Republic of Indonesia Health System Review*. Health Systems in Transition Vol.7 No. 1. World Health Organization. 2017.
- Murti Bhisma. *Asuransi Kesehatan Berpolajamin Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Era Desentralisasi Menuju Cakupan Semesta*. Institute of Health Economic and Policy Studies (IHEPS). Universitas Sebelas Maret. 2011.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72. *Sistem Kesehatan Nasional. Kementerian Kesehatan RI*. 2012.
- Purwoko Bambang. *Sistem Jaminan Sosial di Malaysia: Suatu Tata Kelola Penyelenggaraan Program yang Berbasis pada Pelembagaan yang Terpisah*. E-Journal Widya Ekonomika. ISSN 2338-7807. Vol 1 No 1. 2014.
- Pannarunothai, Supasit. *Using Utilisation Data to Estimate Future Demand of Health Care in Thailand Under The National Health Security*. The Sriwijaya International Conference of Public Health (SICPH) Palembang, Indonesia. 2017.
- Pernando, Anggara. *Ini Beda Jaminan Kesehatan Nasional RI dan Jepang*. Ampshare Article. 2015.
- Sarwo YB. *Asuransi Kesehatan Sosial Sebagai Model Pembiayaan Kesehatan Menuju Jaminan Semesta (Universal Coverage)*. Fakultas Hukum Unika Soegijapranata. MMH Jilid 41 No 3. 2012.
- Setyawan Budi. *Health Financing System*. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Malang. Vol 2 No 4. 2018.
- Siswanto. *Trade-off Analysis in Indonesian Health Services System Report*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemkes RI. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Vol 13 No 2. 2010.
- Trisnantoro L. *Trend Pembiayaan Kesehatan di Berbagai Negara*. Modul Magister Manajemen RS UGM. Yogyakarta. 2014.
- WHO. *Achieving universal health coverage: Developing the health financing system*. Technical brief for policy-makers. World Health Organization, Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy. Number 1. 2005
- Widodo Teguh. *Penerapan Sistem Asuransi Kesehatan Nasional pada Seluruh Penduduk Jepang*. Tesis FIB. Universitas Indonesia. Depok. 2014.

**ANALISIS LAYANAN FISIOTERAPI DALAM UPAYA PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS
WILAYAH DKI JAKARTA**

Putri Karina Syafitri¹⁾, Vetty Yulianty Permanasari²⁾
¹⁻² Universitas Indonesia, Depok
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
Kampus Baru UI Depok 16424, Indonesia
pkarinas58@gmail.com

Abstract

Background: The increase in NCD's such as hypertension, stroke, diabetes mellitus, joint disease, lack of physical activity, injury, and disability in line with the increasing need for physiotherapy services in health facilities including in Community Health Centers. The role of physiotherapist in the Community Health Centers according to Permenkes No. 65 of 2015 is to carry out activities in the form of promotive and preventive without prejudice to curative and rehabilitative. **The purpose** of this study is to analyze physiotherapy services at the Community Health Centers using a system approach seen through 5 levels prevention measures namely are health promotion, specific protection, early diagnosis and prompt treatment, disability limitation and rehabilitation efforts at 6 Puskesmas in DKI Jakarta. **This study** uses qualitative research methods through a phenomenological approach. **The results** of this study obtained a depth-overview of the efforts of health services at the Physiotherapy Services, namely the provision of medical services is preferred over promotive and preventive efforts. Physiotherapy services at the Puskesmas have been regulated in the Decree of the Puskesmas Head by referring to Permenkes No. 75 of 2014. Public health activities in collaboration with the Physiotherapy Services at the Puskesmas are only carried out by 3 Puskesmas and some of them only conduct individual services. This study recommends that adding 1 physiotherapist HR to be able help physiotherapy services outside the building and physiotherapy organizations can create specialized public health training to support physiotherapy competencies.

Keywords: Community Health Centers, Physiotherapy services, Five levels prevention

Abstrak

Latar belakang : Meningkatnya penyakit tidak menular seperti hipertensi, stroke, diabetes mellitus, penyakit sendi, aktivitas fisik kurang, cedera, dan disabilitas sejalan dengan peningkatan kebutuhan masyarakat akan layanan fisioterapi di sarana kesehatan termasuk Puskesmas. Peran dan fungsi fisioterapis di Puskesmas menurut Permenkes No. 65 tahun 2015 yaitu melakukan kegiatan berupa promotif dan preventif tanpa mengesampingkan kuratif dan rehabilitatif. **Tujuan :** dari penelitian ini yaitu menganalisis layanan fisioterapi di Puskesmas menggunakan pendekatan sistem dilihat melalui lima tingkatan upaya preventif yaitu health promotion, spesific protection, early diagnosis and prompt treatment, disability limitation dan rehabilitation di enam Puskesmas wilayah DKI Jakarta. **Metode penelitian :** Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif melalui pendekatan fenomenologi. **Hasil :** dari penelitian ini didapatkan gambaran mendalam mengenai upaya pelayanan kesehatan pada layanan fisioterapi di Puskesmas yaitu pemberian pelayanan pengobatan lebih diutamakan dibandingkan upaya promotif dan preventif. Pelayanan fisioterapi di Puskesmas sudah diatur dalam SK Kepala Puskesmas dengan mengacu pada Permenkes No. 75 tahun 2014. Kegiatan kesehatan masyarakat yang bekerjasama dengan layanan fisioterapi di Puskesmas hanya dilakukan oleh 3 Puskesmas dan sebagiannya hanya melakukan pelayanan perseorangan saja. Penelitian ini merekomendasikan agar menambahkan 1 (satu) SDM Fisioterapis lagi agar dapat membantu pelayanan fisioterapi di luar gedung dan organisasi fisioterapi dapat membuat pelatihan khusus kesehatan masyarakat untuk mendukung kompetensi fisioterapi.

Kata kunci : Layanan Fisioterapi, Puskesmas, Lima Tingkatan Upaya Preventif

1. Pendahuluan

Puskesmas merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang merupakan ujung tombak penyelenggaraan pelayanan kesehatan tingkat dasar di tingkat masyarakat. (1) Berdasarkan Riskesdas tahun 2018 didapatkan adanya peningkatan penyakit tidak menular seperti hipertensi, penyakit sendi, stroke, diabetes melitus, aktivitas fisik kurang, cedera, dan disabilitas.

Peningkatan penyakit tidak menular yang paling banyak didapati pada penduduk usia diatas 65 tahun seperti hipertensi dari 25.8% meningkat menjadi 34.1% dan stroke dari 7 per mil menjadi 10.9 per mil. Tidak hanya menyerang penduduk usia lanjut, diabetes mellitus pada penduduk usia diatas 15 tahun meningkat dari 6.9% menjadi 8.5%. selain itu adanya peningkatan prevalensi penyakit sendi pada penduduk diatas usia 15 tahun yaitu sebesar 7.3%, hal ini didukung oleh peningkatan aktivitas fisik kurang pada penduduk usia diatas 10 tahun dari 26.1% menjadi 33.5%. Selain itu cedera yang mengganggu kegiatan sehari-hari mengalami peningkatan dari 8.2% menjadi 9.2% dan untuk rata-rata disabilitas pada anak usia 5-17 tahun meningkat sebesar 3.4% dan usia dewasa 18 – 59 tahun meningkat menjadi 23.08%. (2)

Keberadaan layanan fisioterapi di Puskesmas merupakan upaya pembaharuan dalam menunjang upaya kesehatan masyarakat maupun perorangan, serta sebagai agen perubahan sehingga individu, keluarga dan/atau kelompok masyarakat menjadi lebih sehat, bugar dan produktif. Dengan mengintegrasikan fisioterapis ke dalam tenaga kesehatan di Puskesmas diidentifikasi dapat meningkatkan kualitas pelayanan, serta adanya layanan fisioterapi di Puskesmas memiliki peranan terutama pada tingkat promotif dan preventif serta akses langsung pada kuratif dan rehabilitatif. (3)

Peran dan fungsi fisioterapi di Puskesmas menurut Permenkes Nomor 65 tahun 2015 yaitu melakukan kegiatan berupa promotif dan preventif termasuk skrining dan/atau deteksi dini. Upaya promotif yang dilakukan layanan fisioterapi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat berupa memelihara dan meningkatkan gerak dan fungsi tubuh dengan sasaran layanan adalah orang yang sehat agar tidak terkena penyakit. Sedangkan upaya preventif yang dilakukan layanan fisioterapi yaitu pencegahan terhadap gangguan gerak serta keterbatasan fungsi, ketidakmampuan individu yang berpotensi untuk mengalami gangguan gerak dan fungsi tubuh akibat faktor kesehatan, sosial ekonomi maupun gaya hidup salah satunya yaitu dengan memberikan penyuluhan, pengobatan dan pemulihan untuk mengurangi keluhan nyeri, dan melakukan program untuk meningkatkan fleksibilitas tubuh, daya tahan atau kebugaran, serta keselarasan postur dalam aktivitas sehari-hari. (4)

Meskipun diketahui bahwa pada saat ini pemahaman dan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya peran pelayanan Fisioterapi di masyarakat masih rendah. (5) namun menurut hasil penelitian Black, Ingman, & Janes (2016) mengenai peran Fisioterapis dalam upaya promosi kesehatan fisioterapis mampu memberikan upaya aktivitas fisik sebesar (91.3%), menjaga berat badan yang sehat (73%), dan upaya tindakan berhenti merokok (51.3%). (6)

Berdasarkan studi pendahuluan didapatkan hanya 2% atau terdapat 6 (enam) Puskesmas yang memiliki pelayanan fisioterapi dari total 340 Puskesmas di wilayah DKI Jakarta. Disamping itu diketahui bahwa belum adanya kebijakan yang mendukung terkait pelayanan fisioterapi di Puskesmas mengakibatkan sebagian besar upaya kesehatan yang dilakukan layanan fisioterapi hanya memberikan pelayanan perseorangan yaitu dominan upaya kuratif dan rehabilitatif. Hal tersebut belum sesuai dengan peran dan fungsi fisioterapi di Puskesmas yaitu memberikan layanan promotif dan preventif di masyarakat.

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti mengangkat masalah ini untuk menganalisis gambaran layanan fisioterapi di Puskesmas melalui lima tingkatan upaya preventif yaitu *health promotion*, upaya *specific protection*, upaya *early diagnosis and prompt treatment*, upaya *disability limitation* dan upaya *rehabilitation* di enam Puskesmas wilayah DKI Jakarta.

2. Metode

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif melalui pendekatan fenomenologi yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran mendalam dari peran layanan Fisioterapi di Puskesmas wilayah DKI Jakarta sesuai dengan pengalaman yang dialami. Pengambilan data dilakukan pada bulan Juli hingga September tahun 2019 di 6 (enam) Puskesmas di wilayah DKI Jakarta yang memiliki pelayanan Fisioterapi, antara lain Puskesmas Kecamatan Matraman, Puskesmas Kecamatan Jatinegara, Puskesmas Kecamatan Koja, Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama, Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu dan Puskesmas Kecamatan Pancoran. Enam Puskesmas tersebut dipilih dengan dasar yaitu Puskesmas yang berada di Provinsi DKI Jakarta yang memiliki pelayanan Fisioterapi.

Pengumpulan data primer didapatkan dari hasil wawancara mendalam didapatkan melalui sumber yaitu seluruh tenaga fisioterapis di Puskesmas dan 6 Pemegang program UKM di Puskesmas, anggota Ikatan Fisioterapi Indonesia wilayah DKI Jakarta dan 3 Kepala Puskesmas yang terdapat layanan fisioterapi di Puskesmas wilayah DKI Jakarta. Penelitian ini telah lulus kaji etik melalui Komisi Etik Riset dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dengan nomor etik 328/UN.2. F10/PPM.00.02/2019.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Kebijakan

Dalam pelayanannya setiap kebijakan fisioterapi di Puskesmas mengacu pada Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat untuk Layanan Upaya Kesehatan Masyarakat maupun Upaya Kesehatan Perorangan. Meskipun setiap Puskesmas mengacu pada kebijakan nasional tersebut, akan tetapi perlu adanya standar layanan masing-masing yang disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan Puskesmas terkait. Hal tersebut sesuai dengan kutipan berikut:

“...kalau untuk kebijakan sendiri sih belum ada, paling yaa sesuai di permenkes 75 tahun 2015 yang UKM esensial dan pengembangan, dan memang kan

ada kebijakan permenkes, pergub sampai ke interen Fisioterapi.” (Informan Ka.Satpel UKM PKC Jatinegara)

Kebijakan terkait layanan fisioterapi di Puskesmas sudah diatur dalam Keputusan Kepala Puskesmas Kecamatan Koja sedangkan untuk SOP nya terdapat pada Keputusan Kepala Puskesmas tentang Standar Layanan Klinis yaitu di Puskesmas Kecamatan Koja, Puskesmas Kecamatan Kebayoran Lama, dan Puskesmas Kecamatan Matraman. Hal tersebut sesuai dengan kutipan berikut:

“...selain itu kita ada kebijakan yaa kita punya SK kepala Puskes sendiri disini tentang pengelolaan UKM sama UKP masing-masing, yaa itu karna di SK itu kan sudah disesuaikan dengan masing-masing program tadi sesuai dengan PMK 75 lagi dan bukan dengan orang fisioterapis masuk ukm itu tapi di UKP.” (Informan Ka.Satpel UKM PKC Koja)

Berdasarkan hasil wawancara dengan tenaga fisioterapis, pemegang program dan kepala Puskesmas, didapatkan bahwa pelayanan fisioterapi termasuk kedalam pelayanan kesehatan perseorang (UKP) yang fokusnya memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan rujukan dokter. Selain itu untuk terlibat dengan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tergantung dengan kewenangan dan kebijakan dari pemegang program tersebut karena tidak ada batasan dan regulasi yang mengatur tenaga apa saja yang dapat dan tidak dapat terlibat dengan Program di Upaya Kesehatan Masyarakat.

Meskipun telah ada kebijakan nasional yaitu Permenkes Nomor 65 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Fisioterapi, tetapi peran dari Kebijakan Internal Fisioterapi masih belum dapat memenuhi kualifikasi dari masuknya tenaga fisioterapis dalam kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Karena sebagian besar pemegang program dan pimpinan Puskesmas beranggapan bahwa layanan fisioterapi merupakan pelayanan atau jasa untuk memberikan penyembuhan dan pemulihan pada perseorang yang bersifat kuratif dan rehabilitatif, sedangkan untuk penyuluhan dan pencegahan ke masyarakat tidak dapat dilakukan oleh tenaga fisioterapis yang bertugas di Puskesmas. Fisioterapis menurut Maharaj, Chung, & Cott tahun (2018) sebagai profesi kesehatan dapat memberikan gerakan latihan dan resep untuk aktivitas fisik kepada masyarakat serta dapat signifikan berkontribusi mengurangi beban dari morbiditas dan mortalitas penyakit tidak menular (7).

3.2 SDM Fisioterapi

Ketersediaan SDM Fisioterapis di Puskesmas wilayah DKI Jakarta masih sangat kurang, dari keseluruhan Puskesmas yang ada hanya terdapat 7 (tujuh) orang tenaga pelaksana Fisioterapis tersebar di 6 (enam) Puskesmas Kecamatan dari 44 Puskesmas Kecamatan yang ada di wilayah DKI Jakarta. Hal ini mengakibatkan sering tutupnya poli saat petugas tersebut akan cuti, izin, ataupun sakit sehingga pelayanan Fisioterapi menjadi sangat terbatas. Hal tersebut sesuai dengan kutipan berikut:

“karna kan cuma 1 yaa dia ga bisa kemana-kemana

di pelayanan aja kalo fisio karna kan tupoksi nya di ukp.” (Informan Ka.Satpel UKM PKC Koja)

SDM Fisioterapis hanya melakukan kegiatan dalam gedung ataupun pengobatan juga melakukan tugas pokok dan fungsinya diluar pemberian sebagai layanan fisioterapi. Seperti tenaga fisioterapis di Puskesmas Kec. Kebayoran lama yang bertanggung jawab terhadap Alat Kesehatan mulai dari perencanaan, pelaporan tindakan sampai pendistribusian alat. Lain hal dengan Puskesmas Kec. Jatinegara tenaga fisioterapis melakukan tugasnya juga sebagai penanggungjawab Alat Tulis Kantor (ATK) di wilayah Puskesmas. Begitu juga dengan tenaga fisioterapis di Puskesmas Kec. Pasar Minggu yang melakukan tugas pada bagian mutu sebagai dokumen kontrol, pelayanan pelanggan, audit internal. Selain itu tenaga fisioterapis di Puskesmas Kec. Koja melakukan kegiatan lain seperti input haji, audit rekam medik dan audit indikator mutu.

Berdasarkan hasil wawancara dengan para sumber, adanya tugas lain di luar tugas pokoknya sebagai tenaga fisioterapis memang dapat menunjang kemampuan individu namun tidak dalam tugasnya sebagai tenaga kesehatan yang berada di Puskesmas. Peran sumber daya manusia fisioterapis yang bekerja di Puskesmas lebih banyak hanya melakukan tindakan penyembuhan perseorang dengan pendekatan alat-alat berdasarkan rujukan dari dokter. Namun, didapatkan tiga dari enam Puskesmas yang ada pelayanan fisioterapi melakukan tindakan kesehatan perseorang dan juga terlibat di Upaya Pelayanan Kesehatan Masyarakat.

Pada era Jaminan Kesehatan Nasional ini layanan fisioterapi merupakan pelayanan spesialisik yang masuk dalam pelayanan penunjang(8) maka dari itu dukungan dari kebijakan Puskesmas sendiri juga membuat pelayanan fisioterapi berfokus melakukan pelayanan pengobatan dengan upaya kuratif di Puskesmas bukan untuk pelayanan pada penyuluhan dan pencegahan kepada masyarakat di luar gedung Puskesmas. Tugas pokok dan fungsi dari layanan fisioterapi di Puskesmas yaitu melakukan tindakan fisioterapi yang utama dalam memberikan pelayanan kesehatan secara promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif. (4) Dalam memberikan pelayanan kuratif, fisioterapis diberikan wewenang untuk melakukan anamnesa pemeriksaan fisioterapi, membuat catatan medik, serta memberikan penyuluhan yang dapat bersifat promotif dan preventif di dalam gedung Puskesmas.

Fungsi fisioterapis dalam upaya promotif dan preventif terlihat dari Puskesmas Kec. Matraman yang terlibat dalam pelayanan Upaya Berhenti Merokok, sedangkan Puskesmas Kec. Jatinegara terlibat dalam Upaya Kesehatan Sekolah dan Puskesmas Kec. Pasar Minggu terlibat dalam Poli Haji, Poli PTM, dan Poli Lansia. Namun peran tersebut dirasa belum mencukupi karena belum meratanya SDM kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama di Indonesia. (9) Selain melakukan tindakan layanan klinis di Puskesmas, petugas Fisioterapis juga diberikan tugas untuk melakukan tupoksi lain didalam gedung. Namun lebih banyaknya tugas non klinis membuat kurangnya kegiatan yang dapat dilakukan oleh fisioterapis di luar gedung atau di masyarakat. Menurut penelitian Halimuddin

(2015) (10) jika pegawai melaksanakan tugas tambahan diluar dari tupoksinya cenderung akan kurang efektif sehingga hal tersebut akan mempengaruhi kinerja pegawai.

3.3 Kompetensi Fisioterapi

Berdasarkan Permenkes Nomor 80 tahun 2013 tentang Standar Praktik Fisioterapi, sebagai tenaga fisioterapis yang bertugas di Puskesmas sekurang-kurangnya harus memiliki Surat Tanda Registrasi (STR), Surat Izin Praktek Fisioterapi (SIPF) dan minimal pendidikan D3 Fisioterapi. (11) Untuk mendukung pelayanan promotif dan preventif di Puskesmas, tenaga fisioterapis perlu memiliki kompetensi dalam berkomunikasi yang efektif salah satunya dengan mengikuti pelatihan sebagai promotor kesehatan, meskipun pelatihan tersebut jarang melibatkan tenaga fisioterapis di Puskesmas. Hal tersebut sesuai dengan kutipan berikut:

“STR dan SIPF wajib punya kalau di puskes yaa.. dan ini karna tidak terjadi juga ada pelatihan untuk melibatkan fisioterapi di program ukm, kalopun ada fisio harus bisa promkes.” (informan Ka.Satpel UKM PKC Pancoran)

“jadi kalo program ukm tadi bagaimana kita mencegah, intinya mencegah, promosi tidak rehabilitasi, bagaimana memberikan promosi, komunikasi yg baik, ke masyarakat. Kalo orang yang ke puskesmas kita mengharapkan orang-orang yg sehat juga datang.” (informan Ka. Satpel UKM Pasar Minggu)

Berdasarkan hasil wawancara dengan tenaga fisioterapis maupun penanggung jawab program UKM, belum ada pelatihan khusus untuk fisioterapis, namun diwajibkan bagi seluruh tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas agar dapat melakukan kegiatan promosi kesehatan mulai dari penyuluhan, pencegahan dan berkomunikasi dengan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas tersebut. Berbeda dengan pelayanan di rumah sakit, tenaga fisioterapis di Puskesmas dituntut untuk dapat memberikan penyuluhan dan melakukan kolaborasi dalam melaksanakan kegiatan yang bersifat promotif dan preventif. Untuk dapat melakukan penyuluhan kesehatan, tenaga fisioterapis harus memiliki kemampuan dan kompetensi untuk memberikan upaya seperti Promosi Kesehatan. (12)

Adanya pelatihan dan pengembangan kompetensi dibutuhkan untuk mengasah kemampuan Fisioterapis dalam membuat suatu kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat yang berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain pada program di Puskesmas. Menurut tenaga fisioterapis yang bertugas di Puskesmas perlu adanya pelatihan khusus dalam upaya mempromosikan kesehatan dan mencegah penyakit dengan cakupan yang lebih luas. Keterampilan yang dimiliki oleh tenaga kesehatan di Puskesmas dapat berpengaruh terhadap pelatihan yang di dapatkan. (13)

3.4 Health Promotion (Promosi Kesehatan)

Selain melakukan tindakan yang bersifat pengobatan, fisioterapis di Puskesmas dapat memiliki peran untuk melakukan upaya promosi kesehatan di dalam maupun di luar gedung. Dalam melakukan upaya promosi kesehatan di Puskesmas, tenaga fisioterapis membuat perencanaan kegiatan layanan fisioterapi dengan bekerjasama pada program-program yang terdapat di Puskesmas. Hal tersebut sesuai dengan kutipan berikut:

“...yaaa fisioterapis harus jadi promotor terutama mereka harus menguasai dan juga harus sebagai promosi kesehatan, mereka juga harus bisa edukasi ke masyarakat, karna kita rencananya mau ngajak mereka untuk lebih ke arah promosi dan peragaan kesehatan ke anak-anak sekolah.” (Informan Ka.Satpel UKM Jatinegara)

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan layanan fisioterapi di Puskesmas Kec. Jatinegara melakukan promosi kesehatan di lingkungan sekolah bekerjasama dengan pemegang program Upaya Kesehatan Sekolah (UKS) untuk memberikan penyuluhan berupa peragaan cara duduk, memberikan edukasi pada anak untuk melakukan aktivitas fisik yang sesuai dengan tingkat usia yang baik dan terukur. Hal tersebut berdasarkan kutipan berikut:

“...waktu itu saya ngajuin buat kerjasama, nah disitu kesempatan saya untuk jabarin lah kompetensi yang dimiliki fisio, dan jelasin kita bisa apa, yaa minimal komunikasi dulu sih ke pemegang program ukm nya, baru mereka yang nentuin kita bisa dimana nih. Kebetulan memang peluangnya disini buat fisio sih di anak-anak sekolah jadi ikutlah sama program UKS nya.” (Informan FT PKC Jatinegara)

Pada Kesehatan Haji, layanan fisioterapi di Puskesmas Kec. Pasar Minggu bekerjasama dengan pemegang program Kesehatan Haji untuk memberikan penyuluhan kesehatan berupa skrining keseimbangan, latihan fisik dan senam yang aman untuk menjaga kebugaran para calon jama'ah Haji. Berdasarkan hasil wawancara dengan tenaga fisioterapis dan pemegang program di UKM, pada Layanan Kesehatan haji di Puskesmas Kec. Pasar Minggu, Fisioterapis berperan utama dalam memberikan edukasi kebugaran serta mengontrol agar para jama'ah haji yang sudah lansia tidak mengalami gangguan gerak dan fungsi tubuh selama ibadah.

Sejalan dengan penelitian Wahyuni (2006) bahwa layanan Fisioterapi memiliki peranan penting pada kesegaran dan kebugaran jasmani, karena diketahui bahwa 70% kegiatan haji merupakan aktivitas fisik. (14) Menurut penelitian (Ningsih, 2005) dengan memberikan senam haji, dapat berpengaruh pada peningkatan daya tahan jantung paru yang dilakukan pada para calon jama'ah haji yang tidak berisiko tinggi. (15)

Berdasarkan hasil wawancara dengan tenaga fisioterapis dan pemegang program di Puskesmas Kec. Matraman, layanan fisioterapi berkontribusi dengan pemegang program Upaya Berhenti Merokok (UBM) untuk melakukan penyuluhan kesehatan. Terlibatnya fisioterapis pada program UBM diharapkan agar masyarakat yang berupaya untuk berhenti merokok dapat

mengembalikan kebugaran dan kesehatan paru nya. Namun masih dibutuhkan pelatihan tambahan pada Fisioterapis untuk memberikan intervensi kepada pasien maupun klien dalam memberikan dosis untuk kegiatan fisik untuk mempromosikan dan mendukung upaya berhenti merokok. (16)

Namun berbeda dengan layanan fisioterapi di Puskesmas Kec. Koja dalam memberikan upaya promosi kesehatan kepada masyarakat melalui media cetak yaitu membuat Leaflet atau yang biasa disebut selebaran kertas yang berisi tulisan mengenai layanan fisioterapi dan manfaat fisioterapi berupa gambar gerakan latihan aktif dengan kalimat-kalimat singkat, diisi dengan gambar yang sederhana dan mudah dimengerti. (17) Media promosi kesehatan merupakan alat yang digunakan untuk menyampaikan materi tentang kesehatan kepada masyarakat dengan mempertimbangkan sasaran dari promosi kesehatan (18)

Diketahui peran fisioterapis dalam upaya promosi kesehatan oleh sebagian besar masyarakat berdasarkan persepsinya, didapatkan bahwa fisioterapis mampu memberikan promosi kesehatan kepada masyarakat sebagai panutan untuk melakukan aktivitas fisik rutin sebesar (83.4%), mempertahankan berat badan yang sehat sebesar (71.7%), dan tindakan untuk berhenti merokok sebesar (63.9%). (6)

3.5 Spesific Protection (Perlindungan Khusus)

Dalam melakukan upaya perlindungan khusus layanan fisioterapi juga bekerjasama dengan program di UKM untuk melakukan tindakan pencegahan khusus agar masyarakat tidak terkena penyakit, bahkan yang sudah terkena penyakit juga dapat diberikan perlindungan khusus tanpa menggunakan atau mengonsumsi obat. Hal tersebut dilakukan oleh layanan fisioterapi di Puskesmas Kec. Pasar Minggu dengan berkolaborasi pada program lansia, dan pelayanan penyakit tidak menular (PTM) dengan memberikan senam rutin setiap bulannya dan dilakukan setiap minggu. Hal tersebut sesuai dengan kutipan berikut:

“yaa kalo promotif kan promosiin fisioterapi, nah kalo preventif untuk tahap ini sih hampir sama, paling untuk lansia, DM kita ada senam prolanis, senam DM rutin tiap bulan.” (Informan FT PKC Pasar Minggu)

Berdasarkan hasil wawancara dengan tenaga fisioterapis yang bekerja di Puskesmas wilayah DKI Jakarta untuk pasien dengan indikasi respirasi akan diberikan terapi inhalasi. Pada alat tersebut harus dengan menggunakan masker nebulizer pada pasien yaitu satu orang satu masker dan tidak diperbolehkan menggunakan masker yang sudah digunakan oleh orang lain. Selain penggunaan masker inhalasi, fisioterapis juga melakukan perlindungan khusus di Layanan dengan menggunakan APD (Alat Pelindung Diri), dan juga masker bedah. Hal tersebut sesuai dengan kutipan berikut:

“untuk di Poli kita kadang suka pake APD dan hand scoon, trus sama masker buat nebu satu orang satu, sama kalo pasien beresiko paling kita kasih masker wajah.” (Informan FT PKC Koja)

Menurut Permenkes Nomor 27 tahun 2017 memberikan pengetahuan kepada tenaga kesehatan tentang cara menyimpan, membuang, menangani dan menggunakan kembali peralatan kesehatan dengan aman merupakan hal yang penting untuk mencegah terjadinya penyakit menular. Hal tersebut dilakukan agar mengurangi resiko pada penularan penyakit. Pada layanan fisioterapi di Puskesmas juga diberikan edukasi dan latihan terkait perlindungan khusus untuk mengurangi resiko jatuh pada lansia khususnya dengan memberikan senam prolanis, dan juga senam kebugaran hal tersebut sejalan dengan penelitian Supriyono (2015) (19) dan juga pada penderita diabetes agar dapat meningkatkan aktivitas fisik dan mengurangi kadar gula dalam tubuh (20) yaitu dengan diberikan senam diabetes tiap minggu di Puskesmas.

3.6 Early Diagnosis and Prompt Treatment (Deteksi Dini dan Perawatan yang Tepat)

Pada upaya deteksi dini dan perawatan yang tepat layanan fisioterapi melakukan peran nya untuk mencegah terjadinya kecacatan dan komplikasi pada pasien maupun masyarakat. Layanan fisioterapi melakukan peran tersebut sebagai langkah awal untuk menentukan program tindakan yang akan diberikan oleh fisioterapis di Puskesmas. Peran Fisioterapis dalam mengelola deteksi dini dan perawatan yang tepat yaitu dengan melakukan anamnesa kembali pasien rujukan dokter guna menentukan tindakan yang tepat dan biasanya dilakukan 2-3 kali kunjungan untuk dapat melihat kurangnya keluhan pasien yang datang. Jika dilihat dan diperiksa kembali tidak terjadi pengurangan keluhan pada pasien maka akan mendiskusikannya kembali dengan dokter pengirim dan diberikan evaluasi, hal tersebut sesuai dengan kutipan berikut:

“...kalo kita sih di pelayanan ada SOAP, untuk anamnesa pasien diasesmen lagi keluhan nya apa untuk tau posisi persisnya, juga tanya dia pekerjaan nya apa karna nanti ngaruh ke gerakan dia, trus paling kita evaluasi karna kita juga kan udah pake epus ya diliat dari kedatangannya aja sih bisa.” (Informan FT PKC Keb.Lama)

Berdasarkan hasil wawancara dengan tenaga fisioterapis dan pemegeang program di Puskesmas, layanan fisioterapi untuk melakukan kegiatan skrining harus bekerjasama dengan pemegang program di Puskesmas. Layanan fisioterapi di Puskesmas Kec. Pasar Minggu melakukan pemeriksaan dan skrining test keseimbangan dan pengukuran kebugaran pada Calon Jama'ah Haji bekerjasama dengan Poli Haji dan Kesehatan Olah Raga. Dengan melakukan skrining kebugaran pada jamaah haji dengan metode tertentu seperti *rockport* yaitu untuk mengukur kebugaran jantung dan paru, hal tersebut sejalan dengan penelitian Budiman, et al (2017) (21).

Sedangkan di dalam pelayanan kesehatan perseorangan layanan fisioterapi yang hanya memberikan perawatan di dalam gedung berintegrasi dengan poli pelayanan kesehatan sesuai dengan kebijakan di Puskesmas. Fisioterapi memiliki peran khusus untuk mencegah terjadinya gangguan gerak dan fungsi yang

menyebabkan disabilitas yang berkepanjangan (22).

3.7 Disability Limitation (Pembatasan Kecacatan)

Berdasarkan perannya dalam mengelola upaya preventif pada pembatasan kecacatan, layanan fisioterapi di Puskesmas melakukan upaya nya agar pasien yang sudah dilakukan perawatan tidak mengalami kecacatan maupun keterbatasan gerak dan fungsi tubuh. Pada poli fisioterapi di Puskesmas pembatasan kecacatan dilakukan pada pasien dari rujukan poli umum dengan memberikan modalitas fisioterapi agar tidak terjadi komplikasi dan gangguan gerak. Selain dilakukan di dalam poli fisioterapi, upaya pembatasan kecacatan diberikan juga untuk latihan di rumah, agar dapat mengurangi kondisi sakit dan keluhan pasien agar tetap aktif dalam beraktivitas dan tidak timbul kecacatan.

“...yaa itu pasti kita asesmen dulu diawal kalo kita tau keterbatasan nya dulu kemampuannya sampe mana kalo misalnya ternyata harus ditindak lebih lanjut dan area nya yg luas kita harus merujuk ke rumah sakit gitu, tapi kalo selama masih bisa kita handle dengan area dan alat yg ada disini kita lakukan disini.” (Informan FT PKC Matraman)

Dalam upaya Pembatasan Kecacatan layanan fisioterapi sangat berperan untuk mengatasi masalah ruang lingkup sendi nya yang mulai terbatas, mengurangi keluhan dengan menggunakan metode intervensi fisioterapi dan ditunjang dengan modalitas fisioterapi di Puskesmas. (4) Berdasarkan hasil wawancara dengan tenaga fisioterapis yang bertugas di Puskesmas, rata-rata pasien yang datang ke poli fisioterapi merupakan pasien rujukan, dan untuk mengevaluasi tidak adanya kecacatan maupun keluhan lain, Fisioterapis selalu mencatat setiap tindakan di dalam rekam medis dan juga mengomunikasikannya dengan dokter pengirim.

3.8 Rehabilitation (Rehabilitasi)

Upaya Rehabilitasi yang dimaksud disini adalah rehabilitasi pada lingkup pencegahan di layanan fisioterapi di Puskesmas wilayah DKI Jakarta agar pasien tidak semakin parah dan diharapkan dapat kembali ke aktivitasnya semula. Dalam upaya rehabilitasi dapat mencegah masyarakat yang sudah mengalami keluhan agar tidak terkena resiko yang berulang. Hal tersebut sesuai dengan kutipan berikut:

“upaya rehabilitasi ini kalo di Puskesmas upaya pencegahan ya supaya pasien tidak jatuh pada saat jalan misalnya, kayak lansia kalo kita latih untuk mencegah agar tidak jatuh dan kena penyakit yang berulang.” (Informan Ka.IFI DKI Jakarta)

Dalam perannya di pelayanan kesehatan perseorangan, layanan fisioterapi di Puskesmas melakukan kerjasama dengan dokter di poli umum dan perawat nya. Jika ada indikasi lain juga dikomunikasikan kembali dengan dokter pengirimnya lalu dapat di rekomendasikan ke poli lain sesuai dengan keluhannya. Dalam upaya mengembangkan pelayanan fisioterapi sebagai pelayanan rehabilitasi di Puskesmas, tenaga fisioterapis dapat melakukan perannya untuk

memberikan masukan kepada pimpinan Puskesmas agar pelayanan tersebut dapat lebih maksimal untuk melayani masyarakat di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Tenaga fisioterapis dapat memberikan masukannya saat rapat internal untuk penambahan alat modalitas Fisioterapi. Hal tersebut sesuai dengan kutipan berikut:

“kemarin paling saya minta tambahan alat-alat aja buat ngebantu di pelayanan.” (Informan FT PKC Pancoran)

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diharapkan dapat meningkatkan pelayanan Fisioterapi dan juga mengurangi rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut yang disebabkan karena keterbatasan alat maupun ruangan di Layanan Fisioterapi pada Puskesmas wilayah DKI Jakarta.

Pada level rehabilitation, layanan fisioterapi mengembangkan penyuluhan dan usaha-usaha lanjutan yang harus dilakukan oleh orang yang berada di pemulihan kesehatan agar dapat juga dilakukan di rumah yaitu memberikan edukasi bagi masyarakat atau klien mengenai hidup dengan alat bantu gerak, juga melibatkan keluarga dalam setiap penanganan bagi masyarakat, dan membantu mengembalikan kepercayaan diri klien agar dapat kembali beraktivitas di masyarakat dengan optimal. Hal tersebut secara bersamaan mengurangi tingkat disabilitas, perawatan inap, dan biaya perawatan kesehatan (23).

4. Kesimpulan

Dari upaya pelayanan kesehatan yang sudah dilakukan pada layanan fisioterapi di Puskesmas wilayah DKI Jakarta dapat di lihat bahwa peran layanan fisioterapi berdasarkan kebijakannya adalah melakukan pelayanan kesehatan perseorangan di UKP. Adanya upaya pelayanan kesehatan masyarakat oleh layanan fisioterapi di Puskesmas dapat dilakukan berdasarkan kebijakan dan wewenang penanggung jawab pemegang program yang melibatkan tenaga fisioterapis. Namun saat ini masih minimnya wadah kebijakan untuk layanan fisioterapi dalam memberikan upaya kesehatan masyarakat dan masih dominannya melakukan upaya kesehatan perseorangan di Puskesmas dan kurangnya SDM fisioterapis di Puskesmas mengurangi peran layanan Fisioterapi di Puskesmas untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan Masyarakat.

REFERENSI

- [1]. Permenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. 2014;
- [2]. Kementerian kesehatan RI. Hasil utama riskesdas 2018. 2018;61.
- [3]. Ontario Physiotherapy Association. Physiotherapy in Primary Health Care. Physiother Prim Heal Care [Internet]. 2017;1(October):1–13. Available from: <https://opa.on.ca/wp-content/uploads/Physiotherapists-Primary-Health-Care.pdf>

- [4]. Permenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Fisioterapi. 2015;
- [5]. Fai'zah N, Lestari US. Peran promosi kesehatan terhadap tingkat motivasi pasien mendapatkan layanan fisioterapi di puskesmas Bantimurung. *Ber Kedokt Masy (BKM J Community Med Public Heal.* 2017;293–8.
- [6]. Black B, Ingman M, Janes J. Promotion as Perceived by the Patient: Descriptive Survey. *Am Phys Ther Assoc.* 2016;96(10):1588–96.
- [7]. Maharaj S, Chung C, Dhugge I, Gayevski M, Muradyan A, McLeod KE, et al. Integrating physiotherapists into primary health care organizations: The physiotherapists' perspective. *Physiother Canada.* 2018;70(2):188–95.
- [8]. Yunita S. Pelayanan Fisioterapi pada Era JKN di RSJD DR.RM. Soedjarwadi Klaten. *Public Heal / Hosp Care Manag Hosp PELAYANAN.* 2018;
- [9]. Mujiati M, Yuniar Y. Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional di Delapan Kabupaten-Kota di Indonesia. *Media Penelit dan Pengemb Kesehat.* 2017;26(4):201–10.
- [10]. Halimuddin. Pengaruh Beban Kerja, Lingkungan Kerja Dan Disiplin Kerjaterhadap Kinerja Pegawai (Studi Balai Penelitian dan Pengembangan Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang Donggala, Kementerian Kesehatan RI). *e-jurnal katalogis.* 2015;3(11):61–72.
- [11]. Permenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Fisioterapis. 2013. p. 1–13.
- [12]. Abaraogu UO, Edeonuh JC, Frantz J. Promoting physical activity and exercise in daily practice: Current practices, barriers, and training needs of physiotherapists in eastern Nigeria. *Physiother Canada.* 2016;68(1):37–45.
- [13]. Putri SMD. Pengaruh pelatihan orientasi keluarga sehat untuk mendukung program Indonesia sehat di kabupaten Lumajang tahun 2018. *Ber Kedokt Masy.* 2018;4.
- [14]. Wahyuni. Fisioterapi haji meningkatkan kesegaran jasmani. *SUHUF.* 2006;28(01):27–38.
- [15]. Ningsih IS. Pengaruh Latihan Senam Haji Terhadap Peningkatan Daya Tahan Jantung Paru Pada Calon Jamaah Haji Non Resiko Tinggi. 2005;5(2):45–50.
- [16]. Bezner JR. Perspective Promoting Health and Wellness: Implications for Physical Therapist Practice. *ptjournal.apta.org.* 2015;95(10):1433–44.
- [17]. Haryani S, Sahar J, Sukihananto S. Penyuluhan Kesehatan Langsung dan melalui Media Massa Berpengaruh terhadap Perawatan Hipertensi pada Usia Dewasa Di Kota Depok. *J Keperawatan Indones.* 2016;19(3):161–8.
- [18]. Notoatmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan: Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta; 2015.
- [19]. Supriyono E. Aktivitas Fisik Keseimbangan Guna Mengurangi Resiko Jatuh Pada Lansia. *J Olahraga Prestasi.* 2015;11(2):91–5.
- [20]. Colberg SR, Sigal RJ, Yardley JE, Riddell MC, Dunstan DW, Dempsey PC, et al. Physical activity/exercise and diabetes: A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care.* 2016;39(11):2065–79.
- [21]. Budiman I, Aprijana I, Iskandar D. Penggunaan Tes Lapangan 1,6 Km Metoda Rockport Untuk Pengukuran Kebugaran Jantung-Paru Dengan Baku Emas Treadmill Metoda Bruce. *J Sains Keolahragaan dan Kesehat.* 2017;2(2):38–41.
- [22]. Frantz JM, Ngambare R. Physical Activity and Health Promotion Strategies Among Physiotherapists in Rwanda. *Afr Health Sci.* 2013;13(1):17–23.
- [23]. Gustavson AM, Falvey JR, Jankowski CM, Stevens-Lapsley JE. Public Health Impact of Frailty: Role of Physical Therapists. *J frailty & aging.* 2017;6(1):2

ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN FISIOTERAPI BERDASARKAN PERMENKES NOMOR 65 TAHUN 2015 DI PUSKESMAS WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN KOTA PADANG PANJANG

Rindu Febriyeni Utami¹, Nursal Asbiran², Siti Khadijah³

Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Kesehatan Fort De Kock. Jalan Soekarno Hatta, Kelurahan Manggis Ganting, Kecamatan Mandiangin Koto Selayan, Bukittinggi
Email: rindufebriyeni_utami@yahoo.com

Submitted : 28-01-2020, Reviewer:16-02-2020, Accepted: 20-02-2020

ABSTRACT

Permasalahan kesehatan masyarakat masih banyak yang belum terselesaikan, ditandai dengan meningkatnya penyakit tidak menular. Upaya pencegahan penyakit tersebut dimulai dari fasilitas kesehatan tingkat pertama. Dalam Permenkes Nomor 65 Tahun 2015 fisioterapi terlibat dalam pelayanan tingkat pertama. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang implementasi kebijakan Permenkes Nomor 65 Tahun 2015 di Puskesmas Kota Padang Panjang. Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang dilakukan pada bulan April sampai Juli 2019, pengumpulan data dilakukan menggunakan pedoman wawancara, observasi, dan studi dokumen melalui wawancara mendalam dengan kepala dinas, kasi pelayanan kesehatan, ketua IFI dan seluruh kepala Puskesmas Kota Padang Panjang. Hasil penelitian diketahui input seperti kebijakan tentang Permenkes Nomor 65 Tahun 2015 belum pernah disosialisasikan, tenaga fisioterapi belum ada, ketersediaan dana, sarana prasarana belum memadai. Proses implementasi kebijakan pelayanan fisioterapi di Puskesmas, belum ada tenaga fisioterapi yang terlibat dalam program Puskesmas. Dan Output yang diperoleh, Permenkes Nomor 65 Tahun 2015 belum pernah disosialisasikan oleh Pemerintah sehingga belum ada perencanaan dan penerapan tenaga, dana, sarana dan prasarana untuk melakukan pelayanan Fisioterapi di Puskesmas. Kesimpulan penelitian ini adalah seluruh Puskesmas di Kota Padang Panjang belum pernah mendapatkan sosialisasi kebijakan tentang Permenkes Nomor 65 Tahun 2015 sehingga belum ada implementasi pelayanan fisioterapi di Puskesmas.

Kata Kunci : Fisioterapi, Puskesmas, Permenkes Nomor 65 Tahun 2015

PENDAHULUAN

Fisioterapi merupakan salah satu ilmu kesehatan yang berperan aktif dalam meningkatkan derajat kesehatan Indonesia terutama masalah *impairment, functional limitation*, dan *disability*, pada berbagai kondisi yang menjadi wewenangnya. Fisioterapi adalah bentuk pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada individu dan/atau kelompok untuk mengembangkan, memelihara, dan memulihkan gerak dan fungsi tubuh sepanjang rentang kehidupan dengan menggunakan penanganan secara manual, peningkatan gerak, peralatan

(*physics, elektroterapeutis dan mekanis*) pelatihan fungsi, dan atau komunikasi (Permenkes No. 80 Tahun 2013 Pasal 1).

Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi penyakit tidak menular mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013. Berbagai jenis penyakit tidak menular tersebut antara lain diakibatkan kurang gerak, pola hidup yang serba duduk (*sedentary living*). Fisioterapi sebagai upaya kesehatan penanggulangan gerak-fungsi tubuh, diperlukan untuk mengatasi hal tersebut, baik dalam bentuk upaya kesehatan perorangan maupun upaya

kesehatan masyarakat, agar dapat menjangkau melayani masyarakat sebanyak dan seluas mungkin.

Fisioterapi memiliki peran yang penting dalam program pelayanan kesehatan baik di tingkat dasar maupun rujukan. Dalam pelayanan kesehatan tingkat pertama (Primer), fisioterapis dapat terlibat sebagai anggota utama dalam tim, berperan dalam pelayanan kesehatan dengan mengutamakan pelayanan pengembangan dan pemeliharaan melalui pendekatan promotif dan preventif tanpa mengesampingkan pemulihan dengan pendekatan kuratif dan rehabilitatif. Sedangkan dalam pelayanan tingkat lanjutan, fisioterapis berperan dalam perawatan pasien dengan berbagai gangguan neuromuscular, musculoskeletal, kardiovascular, paru, serta gangguan gerak dan fungsi tubuh lainnya.

Fisioterapis memainkan peran dalam masa akut, kronis, pencegahan, intervensi dini untuk musculoskeletal yang berhubungan dengan pekerjaan cedera, mendesain ulang pekerjaan individu, serta rehabilitasi, dan diperlukan untuk memastikan layanan/intervensi diberikan secara komprehensif dan tepat berfokus pada individu, masyarakat dan lingkungan (Permenkes No. 65 Tahun 2015).

Penyedia layanan dasar kesehatan di Malaysia terdiri dari tim dokter, *assistant medical officers (AMOs)*, perawat dan perawat komunitas, apoteker, tenaga labor, asisten apoteker, dan fisioterapi. Area pelayanan fisioterapi di layanan dasar berupa : pelayanan antenatal dan post natal, kesehatan anak dan remaja, kesehatan sekolah, perawatan lansia, rehabilitasi dan rehabilitasi berbasis masyarakat (Noh, 2011).

Sistem fisioterapi di Indonesia sebagai sebuah bentuk pelayanan kesehatan masih sangat muda. Sistem ini tumbuh dan terus berkembang. Dimensi/pendekatan pelayanan dan cakupan pelayanan serta ruang lingkup pelayanan fisioterapi tidak hanya terbatas pada sarana kesehatan tertentu saja seperti RS tetapi juga di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Hal tersebut sejalan dengan pernyataan WCPT (*World Confederation for Physical Therapists*)

bahwa fisioterapi dapat berperan dalam upaya kesehatan masyarakat yang di Indonesia dilakukan oleh Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). (Eman, 2015).

Pelayanan fisioterapi saat ini tidak hanya dikenal dikota-kota besar saja tetapi sudah diterima dimasyarakat kecamatan bahkan pedesaan/kelurahan. Hal ini dapat dilihat dari Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014 yang menyatakan bahwa fisioterapis yang bekerja di Puskesmas berjumlah 599 orang yang tersebar di 30 provinsi. Tetapi di provinsi Sumatera Barat fisioterapis yang bekerja di Puskesmas hanya berjumlah 9 orang dari 19 kabupaten dan kota, 6 orang diantaranya terdapat dikabupaten pesisir selatan dan 3 orang di kota solok, sedangkan dikota Padang Panjang belum ada tenaga fisioterapi di Puskesmas (Profil Kesehatan Sumatera Barat, 2017).

Berdasarkan data diatas, belum dilihat adanya tenaga fisioterapis di Puskesmas Kota Padang Panjang sementara di Permenkes 65 Tahun 2015 pelayanan fisioterapi merupakan bagian dari integral dari pelayanan kesehatan di Puskesmas yang mencakup UKP dan UKM baik yang bersifat kuratif-rehabilitatif maupun promotif dan preventif (yang merupakan upaya kesehatan esensial Puskesmas). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi kebijakan standar pelayanan fisioterapi berdasarkan Permenkes Nomor 65 Tahun 2015 di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Padang Panjang Tahun 2019.

Kebijakan adalah serangkaian tindakan/kegiatan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dimana terdapat hambatan-hambatan, dimana kebijakan tersebut diusulkan agar berguna dalam mengatasinya untuk mencapai tujuan yang dimaksud (Friedrich dalam Agustino, 2012).

Menurut WHO (2016) kebijakan kesehatan adalah berbagai keputusan, rencana, dan tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan kesehatan tertentu dalam masyarakat. Kebijakan kesehatan dibuat oleh pemerintah dan swasta, sedangkan yang

memformulasikan dan implementasikan kebijakan kesehatan tersebut adalah departemen kesehatan.

Implementasi kebijakan merupakan sebuah proses untuk mewujudkan dan mencapai tujuan-tujuan program kebijakan secara nyata. Dua jenis pendekatan model implementasi kebijakan berpacu dalam tahap implementasi kebijakan, yakni model *top down* dan model *bottom up*. Kedua model ini terdapat pada setiap proses pembuatan kebijakan. Model elit, model proses dan model inkremental dianggap sebagai gambaran pembuatan kebijakan berdasarkan model *top down*. Sedangkan gambaran model *bottom up* dapat dilihat pada model kelompok dan model kelembagaan (Dumilah, 2018).

Sarana prasarana pelayanan kesehatan merupakan proses kerjasama pendayagunaan semua sarana dan prasarana kesehatan secara efektif dan efisien untuk memberikan layanan secara profesional. Kelengkapan sarana prasarana yang baik merupakan hal yang sangat penting dalam menciptakan kepuasan pelanggan (Ida Yunari Ristiani, 2017).

Proses pelayanan kesehatan tidak bisa dipisahkan dengan pembiayaan kesehatan. Oleh karena itu reformasi kebijakan kesehatan di suatu negara seyogyanya memberikan fokus penting kepada kebijakan pembiayaan kesehatan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan, pemerataan, efisiensi pembiayaan kesehatan itu sendiri (Febri Endra Budi Setyawan, 2015).

Sumber Daya Manusia Kesehatan merupakan salah satu kunci elemen yang sangat penting dalam meningkatkan layanan kesehatan kepada masyarakat, khususnya di Puskesmas sebagai pelaksana pelayanan kesehatan yang seharusnya ditempatkan sesuai dengan tugas pokok dan fungsi SDM serta latar belakang pendidikan dan keterampilan yang dimiliki (Handayani dkk, 2010).

Fisioterapi sebagai pelayanan pada individu dan populasi untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dan kemampuan

fungsional sepanjang rentang kehidupan. Pelayanan dalam lingkup gerak-fungsi terancam oleh penuaan, cedera, penyakit atau faktor lingkungan. Gerak fungsional sebagai elemen untuk menjadi sehat (*World Conederation for Physical Therapy*, 1995). Fisioterapi adalah bentuk pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada individu dan/atau kelompok untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dan fungsi tubuh sepanjang rentang kehidupan dengan menggunakan penanganan secara manual, peningkatan gerak, peralatan (fisik, elektroterapeutik dan mekanis) pelatihan fungsi, komunikasi (PMK. No.80, Th.2013, Ps.1).

Menurut APTA (2011) dalam pelayanan kesehatan, organisasi perdagangan dunia (WTO) dalam putaran Uruguay 1986-1994 mencatat fisioterapis termasuk jasa profesional dalam perdagangan bebas dunia. Namun seorang Fisioterapis memiliki batasan untuk melakukan mobilitas internasional yang disebabkan karena adanya perbedaan dalam program pendidikan fisioterapi, yang menghasilkan berbagai standar kompetensi. Oleh karena itu, seringkali perlu untuk memverifikasi kompetensi klinis melalui penilaian, serta menentukan atribut profesional dan kemampuan untuk menerapkan kompetensi dalam konteks praktik yang berbeda, sebagai bagian dari proses pendaftaran. Ada sedikit evaluasi praktik pendaftaran, dan saat ini, ada kebutuhan untuk mengevaluasi kembali proses pendaftaran saat ini untuk memastikan mereka efisien dan efektif, sehingga meningkatkan mobilitas tenaga kerja (Foo, Storr, & Maloney, 2016).

Di Indonesia sistem fisioterapi sebagai sebuah bentuk pelayanan kesehatan masih sangat muda. Sistem ini tumbuh dan terus berkembang. Dimensi/pendekatan pelayanan dan cakupan pelayanan serta ruang lingkup pelayanan kesehatan lainnya. Hal tersebut sejalan dengan pernyataan WCPT (*World Confederation for physical therapist*) bahwa fisioterapi dapat berperan dalam upaya kesehatan masyarakat yang di Indonesia dilakukan oleh PUSKESMAS. Hal ini juga

diperjelas dalam PMK No. 80 Tahun 2013 Ps.6 yang menyatakan bahwa Fisioterapis dapat menjalankan praktik pelayanan Fisioterapi secara mandiri atau bekerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dimaksud berupa: puskesmas, klinik, rumah sakit dan/atau praktik fisioterapi mandiri. Dalam menjalankan Praktik, Fisioterapis memiliki kewenangan untuk melakukan pelayanan fisioterapi meliputi: asesmen fisioterapi yang meliputi pemeriksaan dan evaluasi, diagnosis fisioterapi, perencanaan intervensi fisioterapi, intervensi fisioterapi, dan evaluasi/re-evaluasi/re-assesmen/revisi. Dalam melakukan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), fisioterapis dapat menerima pasien langsung atau berdasarkan rujukan dari tenaga kesehatan lainnya (PMK No.80, Th. 2013, Ps.6, 11, 13, 16).

Menurut Eman (2015) Pokok-pokok kegiatan fisioterapi di Puskesmas yaitu : (1) Fisioterapi di Posyandu Bayi-Balita, Bumil, Nifas; (2) Fisioterapi di Posyandu Lanjut usia atau Posbindu; (3) Fisioterapi Upaya kesehatan sekolah; (4) Fisioterapi Home Care; (5) Fisioterapi P3K/tanggap bencana; (6) Fisioterapi pada penyehat tradisional (hatra) /alternatif / komplementer; (7) Fisioterapi Upaya Kesehatan Kerja; (8) Fisioterapi kesehatan olahraga; (9) Poliklinik Fisioterapi; (10) Fisioterapi Rehabilitasi Bersumberdaya Masyarakat (RBM).

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara, observasi, dan studi dokumen melalui wawancara mendalam dengan Analisis kualitatif dengan menggunakan metode Collaizi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Input

Komponen input terdiri dari Dasar Hukum, Sarana dan Prasarana, Dana serta Sumber Daya Manusia pada Puskesmas Se-Kota Padang Panjang Tahun 2019.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam. Informasi dari informan mengenai komponen input dapat diketahui dari hasil wawancara berikut :

1.1 Kebijakan Permenkes No 65 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Fisioterapi

“Kebijakan Permenkes Nomor 65 Tahun 2015 tentang standar pelayanan fisioterapi di Puskesmas sangat bagus sekali dalam mendukung peningkatan pelayanan kepada masyarakat khususnya pelayanan fisioterapi, pemerintah tidak akan keberatan nantinya untuk menyediakan sarana dan prasarana termasuk SDMnya cuman kebijakan ini belum disosialisasikan karena SDM, dana, sarana dan prasarana serta penanggung jawabnya belum ada”.

“Pelayanan Fisioterapi di Puskesmas itu sangat efektif sekali cuman belum ada sosialisasi dari dinas kesehatan untuk melakukan layanan fisioterapi dilevel Puskesmas, selama ini Puskesmas mengarah ke penanganan tradisional (akupresur), sekarang tenaga akupresur sudah ada di Puskesmas yaitu tenaga-tenaga keperawatan yang dilatih, rasionalnya kalau sudah dikembangkan dan ada aturan yang jelas, saya rasa lebih bagus tenaga fisioterapi, kalau akupresur cuman menggunakan manual sedangkan fisioterapi bisa menggunakan manual dan alat”.

Kebijakan standar pelayanan fisioterapi di Puskesmas belum optimal disosialisasikan kepada pihak puskesmas dikota Padang Panjang, yang ada baru sosialisasi dan pelatihan akupresur yang mengarah kepada pelayanan fisioterapi. Suatu kebijakan harus disosialisasikan agar mempunyai dampak atau tujuan yang diinginkan, karena kebijakan yang telah dibuat akan bermanfaat kalau sudah disosialisasikan. Kebijakan tentang Permenkes Nomor 65 Tahun 2015 belum disosialisasikan di Kota Padang Panjang disebabkan karena belum ada kejelasan dari departemen kesehatan tentang kebijakan ini. Oleh karena itu, harus ada komitmen mulai dari pemerintah pusat (Departemen Kesehatan) dengan Pemerintah daerah

sehingga kebijakan ini dapat di sosialisasikan dan diimplementasikan di Kota Padang Panjang.

Fisioterapi sering dianggap sebagai pelayanan yang cocok ditingkat sekunder dan tersier yang berpusat di Perkotaan, sedangkan kenyataan dilapangan banyak masyarakat yang membutuhkan layanan fisioterapi akan tetapi tidak dapat mengakses layanan tersebut akibat biaya maupun jarak lokasi fasilitas kesehatan, sehingga pemerintah Nigeria mencoba memperbaiki anomali dengan membuat kebijakan pelayanan fisioterapi harus ada ditingkat dasar, sehingga masyarakat berpenghasilan rendah dan jauh dari perkotaan dapat mengakses layanan fisioterapi ini (Olaleye, 2013).

1.2 Sarana dan Prasarana

“Sarana dan prasarana yang mendukung pelayanan fisioterapi di Puskesmas itu belum ada karena berdasarkan Permenkes no 75 tahun 2014 tenaga fisioterapi tidak termasuk kedalam 9 tenaga kesehatan di Puskesmas”

Untuk ketersediaan sarana dan prasarana dalam menunjang pelayanan fisioterapi di Puskesmas itu belum ada, kalau memang ada nantinya tenaga fisioterapi yang bekerja di Puskesmas, kita akan menyediakan sarana dan prasarannya sehingga kita tidak perlu lagi merujuk pasien kerumah sakit untuk mendapatkan tindakan fisioterapi”.

Sarana dan prasarana di Puskesmas Kota Padang Panjang untuk melakukan pelayanan fisioterapi belum memadai, tetapi ada 3 Puskesmas yang memiliki sarana untuk memungkinkan melakukan pelayanan fisioterapi. Sarana dan Prasarana Puskesmas merupakan salah satu indikator keberhasilan untuk melakukan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Oleh karena itu, diperlukan perhatian pemerintah dalam penyediaan sarana dan prasarana yang memadai.

Sarana kesehatan adalah segala macam peralatan yang digunakan tenaga medis/para medis untuk memudahkan penyampaian pelayanan kesehatan sedangkan prasarana

kesehatan dapat dirumuskan merupakan segala macam peralatan, kelengkapan, dan benda-benda yang digunakan petugas puskesmas untuk memudahkan penyelenggaraan Puskesmas. Perbedaan sarana dan prasarana kesehatan adalah pada fungsi masing-masing yaitu sarana kesehatan untuk memudahkan penyampaian maksud pelayanan, prasarana kesehatan untuk memudahkan penyelenggaraan kesehatan (Hidayat, 2015).

1.3 Dana

“Belum ada dana yang dapat digunakan untuk melakukan pelayanan fisioterapi di Puskesmas karena belum ada kejelasan yang lebih operasional, kita harus mendudukan dulu tentang kebijakan (Permenkes No 65 Tahun 2015) baru kita bisa merelokasikan dana yang akan digunakan”.

“Belum ada dana yang dapat digunakan untuk menunjang pelayanan fisioterapi di Puskesmas”

Dana merupakan suatu indikator yang sangat penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, tanpa adanya dana yang mencukupi maka tujuan Puskesmas untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal tidak akan berjalan dengan baik. Di kota Padang Panjang penyediaan dana untuk penyelenggaraan pelayanan fisioterapi di Puskesmas belum ada, hal ini disebabkan karena belum ada kejelasan yang operasional.

Proses pelayanan kesehatan tidak bisa dipisahkan dengan pembiayaan kesehatan. Oleh karena itu reformasi kebijakan kesehatan di suatu negara seyogyanya memberikan fokus penting kepada kebijakan pembiayaan kesehatan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan (*adequacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*) dan efektifitas (*effectiveness*) dari pembiayaan kesehatan itu sendiri (Febri Endra Budi Setyawan, 2015).

1.4 Sumber Daya Manusia

“Belum ada tenaga fisioterapi yang bekerja di Puskesmas, namun kita butuh fisioterapi di Puskesmas karena pelayanan harus dekat dengan masyarakat, dengan adanya tenaga fisioterapi yang bekerja di

Puskesmas akan menambah nilai plus dan jenis pelayanan yang ada di Puskesmas”.

“Untuk tenaga fisioterapi yang bekerja di Puskesmas itu belum ada, kalau nantinya ditetapkan tenaga fisioterapi di Puskesmas sangat bagus sekali karena akan menunjang peningkatan mutu Puskesmas dan derajat kesehatan masyarakat”.

Sumber daya manusia kesehatan merupakan suatu indikator yang sangat penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan selain dana dan prasarana. Pelayanan kesehatan akan sangat efektif jika dilengkapi dengan adanya sumber daya yang profesional. Dengan adanya penyediaan tenaga fisioterapi di Puskesmas maka masyarakat akan lebih mudah mendapatkan layanan fisioterapi dan tidak perlu untuk melakukan rujukan ke rumah sakit sehingga derajat kesehatan masyarakat meningkat dan mutu dari puskesmas juga meningkat.

Sumber daya manusia kesehatan merupakan aset yang sangat vital, karena itu keberadaannya dalam organisasi tidak bisa digantikan oleh sumber daya lainnya. Betapapun modern teknologi yang digunakan atau seberapa banyak dana yang disiapkan, namun tanpa dukungan sumber daya manusia yang memiliki kemampuan profesional, semuanya menjadi tidak bermakna. Perencanaan kebutuhan SDM adalah proses sistematis dalam upaya menetapkan, jumlah dan kualifikasi SDM yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi suatu wilayah dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan (Kemenkes RI, 2015).

Fisioterapis harus selalu mengembangkan ilmu fisioterapi untuk meningkatkan pelayanan kepada pasien, salah satunya dengan mengikuti program Continuing Professional Development (CPD), CPD terdiri dari serangkaian kegiatan formal dan informal yang merupakan bagian integral dari pekerjaan fisioterapis. Melalui CPD kita dapat mencapai pertumbuhan pribadi dan profesional, mengembangkan, memperoleh dan memperbaiki keterampilan yang dibutuhkan untuk peran dan tanggung jawab

kita dalam memberikan pelayanan kepada pasien (French & Dowds, 2008)

2. PROSES

2.1 Fisioterapi di posyandu bayi-balita, bumil-nifas

“Belum ada perencanaan program fisioterapi diposyandu bayi dan balita, ibu hamil serta ibu nifas tetapi kita butuh fisioterapi di Puskesmas untuk mendekatkan layanan kepada masyarakat”.

“Fisioterapi di Posyandu bayi-balita, ibu hamil dan ibu nifas itu sangat bagus sekali, selama ini kalau ditemukan yang mengalami gangguan tumbuh kembang dilapangan hanya didiamkan saja oleh masyarakat karena biaya tidak ada kemudian dia butuh berulang-ulang seumur hidup, kalau seandainya ada fisioterapi di Puskesmas maka anak-anak yang mengalami gangguan tumbuh kembang bisa diterapi langsung sehingga kelainannya bisa teratasi sehingga derajat kesehatan meningkat sehingga dia bisa bersekolah layaknya anak-anak normal lainnya. Tetapi untuk sekarang memang belum ada perencanaan untuk program pelayanan fisioterapi di Puskesmas”.

Fisioterapi tidak hanya berperan pada rehabilitatif tetapi juga pada promotif dan preventif. Di posyandu bayi-balita, ibu hamil dan ibu nifas fisioterapi bekerjasama dengan pemegang program KIA, Promkes dalam merencanakan dan melaksanakan kegiatan seperti penyuluhan, senam hamil, senam nifas, senam bayi, deteksi dini kecacatan dan tumbuh kembang, intervensi dini kecacatan dan tumbuh kembang. Di Kota Padang Panjang memang belum ada penerapan pelayanan fisioterapi di Posyandu bayi-balita, ibu hamil dan ibu nifas tetapi Puskesmas sangat mendukung sekali kalau nantinya fisioterapi juga berperan pada posyandu bayi-balita, ibu hamil dan ibu nifas, selain untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat juga akan meningkatkan mutu Puskesmas.

Studi selama 20 tahun terakhir, bahwa latihan fisik yang benar, teratur dan terukur yang dilakukan selama kehamilan dapat mengurangi kejadian persalinan lewat waktu

dan memperbaiki skor APGAR (Pivarnik, James.M, dkk, 2013).

Sedangkan tujuan latihan fisik pada masa nifas untuk mempercepat pemulihan kondisi ibu setelah melahirkan dan mengembalikan daya tahan jantung paru keadaan sebelum hamil. Senam nifas dengan bentuk latihan ditujukan untuk pinggang bawah termasuk gerak ekstensi pinggang, intensitas selama 10-20 menit dilakukan segera setelah persalinan dilanjutkan dengan latihan inti bersifat aerobic dengan jalan perlahan untuk jarak pendek selama 10-20 menit, frekuensi 3 kali seminggu. Latihan kegel dapat dilakukan bersamaan atau diluar latihan inti dan senam nifas (SH, Park dan Kang, CB, 2013).

2.2 Fisioterapi di posyandu lansia

“Fisioterapi diposyandu lansia itu sangat bagus sekali, kalau sudah ada tenaga fungsionalnya di Puskesmas maka akan kita libatkan dalam posyandu lansia karena akan meningkatkan layanan kepada masyarakat”.

“Belum ada program pelayanan fisioterapi diposyandu lansia, kalau memang ada, itu sangat bagus sekali apalagi kasus yang terbanyak di Puskesmas ini banyak hipertensi dan sudah mulai banyak kasus stroke”.

Fisioterapi sangat berperan pada posyandu lansia untuk mengatasi hal-hal yang berhubungan dengan gangguan gerak dan fungsional, aktifitas sehari-hari, aktifitas perawatan diri dan adaptasi dengan lingkungan sosial lansia. Peran fisioterapi di Puskesmas diantaranya memberikan latihan keseimbangan, latihan pencegahan osteoporosis, senam lansia, latihan fisik untuk menjaga mobilitas dan postur, teknik mengangkat dan mengangkut, teknik peningkatan kekuatan otot dan memperbaiki koordinasi, dan lain sebagainya. Program di seluruh Puskesmas Kota Padang Panjang tentang peran fisioterapi di posyandu lansia memang belum ada tetapi Puskesmas berharap fisioterapi dapat terlibat dalam program posyandu lansia untuk mencegah kecacatan pada lansia dan lansia bisa tetap aktif seiring bertambahnya usia.

Penelitian Priadi (2015) menjelaskan dengan Latihan aerobik dapat meningkatkan kebugaran paru jantung bagi lansia dengan memenuhi kriteria FITT (frequency, intensity, time, type). Dan Penelitian yang dilakukan Prabowo (2013) menyebutkan tidak ada perbedaan antara pelatihan jalan intensitas sedang dengan pelatihan static bicycle intensitas sedang dalam meningkatkan endurance kardiorespirasi dilihat dari peningkatan vo₂ max pada lansia. Sedangkan menurut Edi (2013) adanya pengaruh senam aerobik low impact intensitas sedang terhadap kesehatan lansia dengan hipertensi di Posyandu lansia Desa Wironanggan, Sukoharjo. Lansia yang melakukan senam secara rutin menjadikan tekanan darah menjadi lebih stabil.

2.3 Fisioterapi di UKS dan Kesehatan Olahraga

“Kalau fisioterapi ada di UKS dan kesehatan olahraga sangat bagus sekali untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat terutama pada anak-anak, jika ditemukan adanya kelainan tulang belakang (scoliosis) bisa ditangani langsung oleh fisioterapi”.

“Ternyata peran fisioterapi ini banyak juga ya, kalau fisioterapi ada di UKS dan Kesehatan olahraga maka akan meningkatkan pengetahuan siswanya tentang olahraga yang baik dan teratur dan deteksi dini kecacatan”.

Pelayanan fisioterapi UKS dan kesehatan olahraga merupakan sebuah inovasi bagi Puskesmas dalam meningkatkan mutu Puskesmas. Dengan adanya tenaga fisioterapi yang berperan di UKS dan kesehatan olahraga akan mengurangi angka kecacatan pada anak-anak dan peningkatan kebugaran pada anak-anak. Dalam *Role of Physical Therapists in the Educational Model Ages 3-21*, dari Area Education Agency Iowa USA, 2014, pelayanan fisioterapi anak di sekolah bertujuan untuk mobilitas yang baik mencakup : *functional mobility skills, architectural accessibility, utilizing appropriate assistive devices, transfers, positioning*; dan kemampuan mengikuti pendidikan mencakup : *gross*

motor/visual motor, positioning, pre-vocational tasks, play and leisure activities.

2.4 Fisioterapi di Poliklinik

Untuk poliklinik fisioterapi di Puskesmas itu efektif cuman belum ada dasar hukum atau aturan yang jelas dan sosialisasi kebijakan belum ada, tetapi kita sangat butuh fisioterapi di Puskesmas karena pelayanan harus dekat dengan masyarakat”.

“Sangat setuju sekali kalau ada poliklinik fisioterapi di Puskesmas, kalau ditemukan kelainan tumbuh kembang bisa ditangani secara langsung di Puskesmas tanpa harus jauh-jauh kerumah sakit dan biaya yang dikeluarkan juga tidak banyak”.

Pelayanan fisioterapi harus ada ditingkat pelayanan primer. Dengan adanya fisioterapi di Puskesmas maka masyarakat akan lebih mudah untuk mendapatkan pelayanan fisioterapi dan mengurangi kecacatan pada masyarakat. Puskesmas tidak perlu lagi merujuk kerumah sakit ketika masyarakat harus mendapatkan pelayanan fisioterapi dan masyarakat tidak perlu mengeluarkan banyak biaya untuk mendapatkan pelayanan fisioterapi.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Bath, dkk yang dilakukan di Saskatchewan Kanada dengan judul “*Patient and referring health care provider satisfaction with a physiotherapy spinal triage assessment service*” tentang evaluasi kepuasan pasien terhadap pelayanan spinal triase yang ada di pelayanan dasar menemukan bahwa dengan adanya fisioterapi di pelayanan dasar mampu memudahkan akses masyarakat pedesaan untuk mendapatkan pelayanan fisioterapi, mengurangi biaya dan waktu tunggu perawatan yang kerap kali dianggap menghalangi efektifnya perawatan.

3. Output

“Belum berani melakukan sosialisasi karena SDM, dana, sarana dan prasarana belum ada sehingga belum bisa kita sosialisasikan”.

“Selama ini belum ada sosialisasi dari dinas tentang kebijakan ini tetapi kami

sangat berharap sekali kalau nantinya ada tenaga fisioterapi di Puskesmas”.

Standar pelayanan fisioterapi di Puskesmas di Kota Padang Panjang memang belum optimal disosialisasikan. Hal ini disebabkan karena pemerintah belum berani mensosialisasikan Permenkes Nomor 65 Tahun 2015 ini sebelum ada instruksi yang jelas dari departemen kesehatan, tetapi Puskesmas sangat antusias sekali tentang kebijakan ini karena puskesmas menilai dengan adanya pelayanan fisioterapi di Puskesmas akan mengurangi angka kecatatan pada masyarakat, akses pelayanan fisioterapi lebih dekat dengan masyarakat, masyarakat tidak perlu mengeluarkan banyak uang untuk mendapatkan layanan fisioterapi. Dan dengan demikian, derajat kesehatan masyarakat akan meningkat dan mutu dari Puskesmas juga akan meningkat sehingga hal ini akan berdampak pada akreditasi Puskesmas.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang standar pelayanan fisioterapi berdasar Permenkes Nomor 65 Tahun 2015 di Puskesmas wilayah kerja dinas kesehatan Kota Padang Panjang maka dapat disimpulkan :

1. Input : Kebijakan pemerintah tentang standar pelayanan fisioterapi di Puskesmas belum optimal disosialisasikan kepada pihak Puskesmas di kota Padang Panjang, yang ada baru sosialisasi dan pelatihan akupresur yang mengarah kepada pelayanan fisioterapi. Walaupun kebijakan ini sudah lama dikeluarkan tetapi belum direalisasikan di Kota Padang Panjang, sehingga belum ada permintaan tenaga fisioterapi, sarana dan prasarana serta dana yang dibutuhkan dalam pengimplementasian pelayanan fisioterapi di Puskesmas belum direlokasikan. Tetapi, dari 4 Puskesmas yang ada di Kota Padang 3 diantaranya sudah memiliki sarana atau ruangan yang bisa digunakan untuk pelayanan fisioterapi.

2. Proses : Implementasi kebijakan pelayanan fisioterapi di Puskesmas Kota Padang Panjang baik di Posyandu bayi dan balita, Posyandu lansia, Fisioterapi UKS dan kesehatan olahraga dan poliklinik fisioterapi belum ada sehingga kalau ada pasien yang harus mendapatkan tindakan fisioterapi harus dirujuk ke Rumah Sakit.
3. Output : Permenkes Nomor 65 Tahun 2015 tentang standar pelayanan fisioterapi belum pernah disosialisasikan oleh Pemerintah sehingga belum ada perencanaan dan penerapan tenaga, dana, sarana dan prasana untuk melakukan pelayanan fisioterapi di Puskesmas.

Saran

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi Pemerintah khususnya Pemerintah Daerah kota Padang Panjang untuk mendiskusikan kebijakan ini dengan kementerian kesehatan sehingga Permenkes Nomor 65 Tahun 2015 tentang standar pelayanan fisioterapi dapat disosialisasikan dan diimplementasikan di Puskesmas Kota Padang Panjang.

Daftar Pustaka

- Ayuningtyas, D. 2018. *Analisis Kebijakan Kesehatan Prinsip dan Aplikasi*. Depok: PT.Raja Grafindo Persada
- Baldacchino, Marilyn. 2014. *A review of certain recent advances in primary health care*. The journal of the malta collage of family doctors. Vol.03; Issue 01, May 2014
- Bath B, Janzen B. *Patient and referring health care provider satisfaction with a physiotherapy spinal triage assessment service*. Journal of Multidisciplinair Health Care. 2011; 2012(5):1-15
- Canada Physiotherapy Association. *The Value of Physiotherapy to primary health care in Saskatchewan*
- Dinas kesehatan Sumbar. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Barat*

- Tahun 2017. Dinas kesehatan Sumatera Barat: Padang
- Edi, S. (2013). *Pengaruh Senam Aerobik Low Impact Intensitas Sedang Terhadap Penurunan Tekanan Darah pada lansia dengan Hipertensi di Posyandu Lansia Desa Wironanggan Sukoharjo*. FIK Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Eman, Friets. 2015. *Model Pelayanan Fisioterapi Di Puskesmas*. Temu Ilmiah Tahunan Fisioterapi ke 30 Makassar
- Eman, Friets. 2015. *Pokok-Pokok Kegiatan Fisioterapi Di Puskesmas*. Disampaikan dalam Seminar Nasional Fisioterapi, Manado 4-5 Desember 2015
- Febri Endra Budi Setyawan (2015). *Sistem Pembiayaan Kesehatan*, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Malang
- Foo, J. S., Storr, M., & Maloney, S. (2016). Registration factors that limit international mobility of people holding physiotherapy qualifications : A systematic review. *Health Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.008>
- French, H. P., & Dowds, J. (2008). An overview of Continuing Professional Development in physiotherapy. *Chartered Society of Physiotherapy*, 94, 190–197. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2007.09.004>
- Hidayat, wahyu (2015) *Studi Tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Long Ikis Kecamatan Long Ikis Kabupaten Paser*, Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik, Universitas Mulawarman
- Olaleye, Oadan Tk Hamzat. 2013. *Relevance of Physiotherapy in primary health care*. East African Journal of Public Health. Bol.10, No. 1.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2015 Tentang Standar Pelayanan Fisioterapi

- Permenkes No. 80 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Fisioterapis
- Riskesdas. Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2018. Riset Kesehatan Daerah. Jakarta: Riskesdas: 2018
- Ristiani, Ida Yunari (2017) *Pengaruh Sarana Prasarana Dan Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien (Studi Pada Pasien Rawat Jalan Unit Poliklinik IPDN Jatinangor)*, Institut Pemerintahan Dalam Negeri
- Noh, Kamaliah Mohammad.(2011). *Primary Health Care Reform in 1 Care for 1 Malaysia*. International Journal of Public Health Research Special Issue 2011, pp (50-56)
- Pivarnik, James, dkk. 2013. *Impact of Physical Activity during pregnancy and postpartum on chronic disease risk*. Journal of the American college of sport medicine. 0195-9131/06/3805-0989/0, DOI : 10.1249/01.mss.0000218147.51025.8 a
- Prabowo, E. (2013) *Perbedaan Antara Pelatihan Jalan Intesitas Sedang dengan Pelatihan Static Bicycle Intesitas Sedang dalam Meningkatkan Endurance Kardiorespirasi Dilihat Dari Peningkatan Vo2 Max, Penurunan Heart Rate, dan Peningkatan Inspirasi Maksimal pada Lansia*. Jurnal kesehatan. Program Studi Fisioterapi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Yogyakarta
- Priadi, A. (2015). *Pelatihan Aerobik untuk Kebugaran Paru Jantung bagi Lansia*. Jurnal Olahraga Prestasi. Volume 11, Nomor 2 Juli 2015
- Rea, L. Brenda, etc. *“The Role of Health Promotion in Physical Therapy in California, New York and Tennessee”*. Physical Therapy . Volume 84 . Number 6 . June 2004
- SH, Park, Kang CB, dkk. 2013. *Effect of kegel exercise to prevent urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women :systematic review*. J Korean AcadNurs, 2013 Jun ; 43(3): 420-30. DOI: 10.4040/jkan.2013.43.3.420
- Steward, Jenny, etc. *“Primary Health Care in Aotearoa, New Zealand: Challenges and Opportunities for Physiotherapists”* NZ Journal of Physiotherapy – July 2007, Vol. 35 (2)
- Sugiyono. 2012. *Memahami Penelitian Kualitatif*, Bandung : Alfabeta
- Swandari, A.(2015). *Pengaruh Senam Bayi Terhadap Kecepatan Kemampuan Motorik Kasar Pada Bayi Usia 5 Bulan*. Jurnal Insan Cendekia. Volume 1 No 2 Mei 2015
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan
- Wagey. 2011. *Senam Hamil Meningkatkan Antioksidan Enzimatik, Kekuatan Otot Panggul, Kualitas Jasmani dan Menurunkan Kerusakan Oksidatif Pada wanita Hamil, Program Pasca Sarjana Universitas Udayana Denpasar*
- Winarno, Budi. 2014. *Kebijakan Publik : Teori, Proses, Dan Studi Kasus*. Yogyakarta: *Center of Academic Publishing Service (CAPS)*
- WCPT, 1995; Jurnal Ikatan Fisioterapi Indonesia 2003; Ikatan Fisioterapi Indonesia Unit Rumah Sakit “Siaga Raya”
- WCPT, 1999; Jurnal Ikatan Fisioterapi Indonesia 2003; Ikatan Fisioterapi Indonesia Unit Rumah Sakit “Siaga Raya”
- WHO Global Health Expenditure Atlas 2014 http://www.who.int/gho/publication/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_AnnexB.pdf?ua=1 Thabrany H, 2005, *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*
- Widyawati. Syahrul, F. 2013. *Pengaruh Senam Hamil Terhadap Proses Persalinan Dan Status Kesehatan Neonatus*. Jurnal Berkala

Epidemiologi, Vol. 1, No. 2
September 2013: 316–324

MANAJEMEN PROSES FISIOTERAPI PADA SATU RUMAH SAKIT SWASTA DI JAKARTA TIMUR

Novlinda Susy Anrianawati Manurung
Program Studi Fisioterapi, Fakultas Vokasi, Universitas Kristen Indonesia, Jakarta
novlinda.manurung@uki.ac.id

ABSTRACT

Objective: This study aims to observe the process of physiotherapist in a private hospital. Method: This research is descriptive qualitative. This research model approach also refers to a case study because it only observes one physiotherapy unit in one private hospital. The study population was physiotherapists and patient medical record data in 2017 with a span of 3 months from April to June 2017. Sampling techniques were all physiotherapists (4 people) and medical record sampling data. Result: The physiotherapist has carried out the management process correctly in accordance with regulations in the SOAP format. The average time spent physiotherapist in handling patients is 102 minutes for musculoskeletal cases, 143 minutes for neuromuscular cases, and 62 minutes for cardio respiration cases with an average total of 102.3 minutes for one patient. Conclusion: Physiotherapists at Hospital X need to complete the SOAP format in the documentation as well as increase working hours in order to provide optimal service to patients.

Keywords: *management, physiotherapy process, physiotherapist*

Abstrak

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk melihat proses pelayanan fisioterapis di salah satu di rumah sakit swasta. Metode: Penelitian ini bersifat deskriptif kualitatif. Pendekatan model penelitian ini juga mengacu pada *case study* yang dilakukan karena hanya melihat satu unit fisioterapi pada satu rumah sakit saja. Populasi penelitian adalah fisioterapis dan data *medical record* pasien pada tahun 2017 dengan rentang masa waktu 3 bulan sejak April-Juni 2017. Teknik penarikan sampel adalah seluruh fisioterapis (4 orang) dan data *medical record sampling*. Hasil: Fisioterapis sudah melakukan proses penatalaksanaan dengan benar sesuai peraturan dengan format SOAP. Rata-rata lama waktu yang digunakan fisioterapis dalam menangani pasien adalah 102 menit untuk kasus muskuloskeletal, 143 menit untuk kasus neuromuskuler, dan 62 menit untuk kasus kardiorespirasi dengan rata-rata total adalah 102,3 menit untuk satu pasien. Kesimpulan: Fisioterapis di rumah sakit X perlu melengkapi format Subjective Objective Assessment Planning (SOAP) dalam dokumentasi serta menambah jam kerja agar tetap memberikan pelayanan optimal pada pasien.

Kata kunci: manajemen, proses fisioterapi, fisioterapis

Pendahuluan

Salah satu sumber daya manusia yang ada di rumah sakit adalah fisioterapis. Fisioterapis adalah sumber daya manusia atau tenaga kerja dalam bidang kesehatan yang telah lulus pendidikan fisioterapi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (Peraturan Menteri Kesehatan No 65, 2015). Dalam pelayanan kesehatan, organisasi perdagangan dunia (WTO) dalam putaran Uruguay 1986-1994 mencatat fisioterapis termasuk jasa profesional dalam perdagangan bebas dunia. Fisioterapis sebagai profesi sebagaimana disosialisasikan oleh WHO tentang *Classifying Health Worker* pada *The*

International Standard Classification of Occupation (International Labour Organization, 2012) tercatat dalam *occupation group* sebagai *physiotherapy* dengan ISCO Code 2264.

Sebagai profesi yang menjalankan kegiatan pelayanan fisioterapi maka seorang fisioterapis memiliki acuan sebagai dasar melaksanakan tugas dan fungsinya. Peraturan Menteri Kesehatan no 65 tahun 2015 tentang standar pelayanan fisioterapi merupakan acuan dan dasar dalam melaksanakan tugas fungsi fisioterapis, telah menetapkan standar pelayanan tenaga fisioterapi di rumah sakit untuk menetapkan kebutuhan tenaga fisioterapi

berdasarkan kualifikasi dan jenis pelayanan fisioterapi di rumah sakit.

Pengaturan Standar Pelayanan Fisioterapi bertujuan untuk memberikan acuan bagi penyelenggaraan pelayanan fisioterapi yang bermutu dan dapat dipertanggungjawabkan (IFI, 2014). Rumah sakit dalam menjalankan pelayanan kesehatan harus mengacu pada standar pelayanan untuk mitigasi risiko. Standar Pelayanan Fisioterapi meliputi penyelenggaraan pelayanan, manajemen pelayanan, dan sumber daya manusia yang disebut fisioterapis. Fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit bertanggungjawab terhadap pemenuhan kebutuhan kualifikasi fisioterapis yang sesuai, termasuk pada kebutuhan pendidikan dan pelatihan dalam rangka pengembangan profesionalisme serta pelayanan. Pemenuhan sumber daya manusia fisioterapis di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan berdasarkan analisis beban kerja dan/atau rasio pelayanan pasien/klien per hari kerja (1 fisioterapis : 8-10 pasien/klien per hari kerja) dengan mempertimbangkan kebutuhan kualifikasi fisioterapis yang sesuai (Peraturan Menteri Kesehatan No 65, 2015).

Fisioterapis Indonesia memiliki kualifikasi dan kewenangan yang telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 80 Tahun 2013. Kualifikasi pertama adalah Fisioterapis Ahli Madya merupakan lulusan Program Diploma Tiga Fisioterapi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Kemudian, kualifikasi kedua, Fisioterapis Sarjana Sains Terapan atau Sarjana Terapan yang merupakan lulusan Program Diploma Empat atau Sarjana Terapan Fisioterapi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Selanjutnya, Fisioterapis Profesi merupakan lulusan Program Profesi Fisioterapi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Terakhir adalah, Fisioterapis Spesialis merupakan lulusan Program Spesialis Fisioterapi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Namun pendidikan fisioterapi spesialis belum ada di Indonesia.

Dalam menjalankan pelayanan fisioterapi, fisioterapis dapat menerima langsung pasien maupun dirujuk dari tenaga kesehatan maupun dokter. Saat pasien dari tenaga kesehatan (dokter spesialis) lain dirujuk untuk mendapatkan tindakan fisioterapi dengan resep

rujukan ke poli fisioterapi maka fisioterapis melakukan serta melaksanakan proses penatalaksanaan fisioterapi secara lengkap dengan tahapan mulai dari asesmen pasien, diagnosa, membuat rencana intervensi, melaksanakan tindakan intervensi, kemudian evaluasi serta dokumentasi (Peraturan Menteri Kesehatan No 65, 2015; Physiotherapy, 2019).

Asesmen atau pemeriksaan merupakan komponen penting dalam segala manajemen penatalaksanaan fisioterapi (Dalton et al., 2011). Asesmen fisioterapi diarahkan pada diagnosis fisioterapi, terdiri dari pemeriksaan dan evaluasi yang sekurang-kurangnya memuat data anamnesa yang meliputi identitas umum, telaah sistemik, riwayat keluhan, dan pemeriksaan (uji dan pengukuran) *impairment, activities limitation, participation restrictions*, termasuk pemeriksaan nyeri, resiko jatuh, pemeriksaan penunjang (jika diperlukan), serta evaluasi (APTA, 2009; WHO, 2001). Asesmen fisioterapi dilakukan oleh fisioterapis yang memiliki kewenangan berdasarkan hasil kredensial/penilaian kompetensi fisioterapis yang ditetapkan oleh pimpinan fisioterapi.

Fisioterapis melakukan perencanaan intervensi fisioterapi berdasarkan hasil assesmen dan diagnosis fisioterapi, prognosis dan indikasi-kontra indikasi, setidaknya mengandung tujuan, rencana penggunaan modalitas intervensi, dan dosis, serta diinformasikan/dikomunikasikan kepada pasien/klien atau keluarganya (McGlinchey & Davenport, 2015). Intervensi berupa program latihan atau program lain yang spesifik, dibuat secara tertulis serta melibatkan pasien dan/atau keluarga sesuai dengan tingkat pemahamannya. Program perencanaan intervensi dituliskan pada lembar rekam medis pasien baik pada lembar rekam medis terintegrasi dan/atau pada lembar kajian khusus fisioterapi, dapat dievaluasi kembali jika diperlukan dengan melibatkan pasien/klien atau keluarganya (IFI, 2016).

Intervensi fisioterapi berbasis bukti mengutamakan keselamatan pasien/klien, dilakukan berdasarkan program perencanaan intervensi dan dapat dimodifikasi setelah dilakukan evaluasi serta pertimbangan teknis dengan melalui persetujuan pasien/klien dan/atau keluarganya terlebih dahulu. Semua bentuk intervensi termasuk dan tidak terbatas pada teknologi fisioterapi dibuatkan kebijakan

dalam bentuk prosedur baku yang ditandatangani dan disahkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan atau fisioterapis sendiri untuk praktik mandiri.

Berdasarkan tulisan oleh Beherens & Beinert (2014) maka dapat dilihat bahwa penggunaan peralatan intervensi seperti *ultrasound* adalah 8-10 menit dengan temperatur 40°C dan intensitas sebesar $1-1,5\text{W}/\text{cm}^2$, sedangkan *Micro Wave Diathermy* maupun *Short Wave Diathermy* adalah Persiapan alat, tes alat, pre pemanasan 5-10 menit kemudian dilanjutkan dengan 20-30 menit dengan intensitas $50 - 100\text{ W}/\text{cm}^2$. Adapun alat Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation penggunaan selama 30 menit. Penentuan pemilihan *Electrotherapy* perlu dilakukan dengan bijak sesuai dengan kebutuhan pasien (Springer et al., 2015).

Intervensi khusus berupa manipulasi/massage mempertimbangkan hak dan kenyamanan pasien/klien dan keluarganya, dilakukan secara etik dengan fasilitas dan ruangan yang memadai. Ukuran keberhasilan intervensi fisioterapi memiliki bahasa yang sama sehingga memberikan dasar untuk membandingkan hasil yang berkaitan dengan pendekatan intervensi yang berbeda. Komponen ukuran keberhasilan intervensi berupa kemampuan fungsi termasuk fungsi tubuh dan struktur, aktivitas, dan partisipasi, mengacu pada diagnosis fisioterapi. Intervensi fisioterapi dicatat dalam formulir intervensi dan monitoring fisioterapi.

Pada tahap akhir proses fisioterapi, fisioterapis harus melakukan evaluasi. Evaluasi dilakukan oleh fisioterapis sesuai tujuan perencanaan intervensi, dapat berupa kesimpulan, termasuk dan tidak terbatas pada rencana penghentian program atau merujuk pada dokter/professional lain terkait (World Physiotherapy, 2019;2). Kewenangan melakukan evaluasi/re-evaluasi diberikan berdasarkan hasil kredensial fisioterapi yang ditetapkan oleh pimpinan fisioterapis (Oien et al., 2011).

Fisioterapi menjadikan komunikasi dan edukasi kepada pasien dan keluarganya, tenaga kesehatan lain terkait, serta masyarakat, sebagai bagian dari proses pelayanan fisioterapi berkualitas yang berfokus pada pasien (Atwal & Caldwell, 2002). Fisioterapis memiliki dan menggunakan identitas resmi yang mudah

dilihat dan dipahami oleh pasien dan/atau keluarganya serta para pemangku kepentingan sebagai bagian dari identitas profesi. Fisioterapis memperkenalkan diri dan memberikan informasi mengenai kondisi pasien/klien serta rencana tindakan/intervensi, termasuk komunikasi terapeutik pada pasien dan/atau keluarganya (Oien et al., 2011).

Penyelenggara pelayanan fisioterapi memperhatikan pentingnya dokumentasi sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam pelayanan fisioterapi yang bermutu dan dapat dipertanggungjawabkan (Phillips et al., 2006). Pelayanan fisioterapi didukung lembar rekam proses fisioterapi dan formulir lain yang dianggap perlu (Stevenson & Hay, 2004). Seluruh proses fisioterapi didokumentasikan pada lembar rekam medis pasien/klien baik pada lembar rekam medis terintegrasi dan/atau pada lembar kajian khusus fisioterapis, serta dapat diakses oleh profesional kesehatan lain terkait.

Setiap penyelenggaraan pelayanan fisioterapi di fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau praktik mandiri harus didukung peralatan yang memenuhi 2 (dua) jenis peralatan yaitu peralatan pemeriksaan uji/pengukuran, dan jenis peralatan intervensi dalam jumlah yang cukup (Peraturan Menteri Kesehatan No 65, 2015). Peralatan intervensi elektroterapeutik dan peralatan lain yang perlu diuji dan kalibrasi harus dilakukan uji fungsi dan kalibrasi secara berkala oleh pihak terkait/yang berwenang, serta dibuatkan prosedur penghapusan (*recall*) sehingga tidak mengganggu pelayanan.

Dengan dilaksanakannya sistem Jaminan Kesehatan Nasional oleh pemerintah untuk mewujudkan amanat UUD 1945 no 28 bagian H, maka terjadi peningkatan jumlah pasien di unit instalasi rehabilitasi medik dengan tenaga pelaksana pelayanan adalah seorang fisioterapis. Peningkatan jumlah pasien sangat berhubungan dengan peningkatan jumlah waktu pelayanan per hari di rumah sakit. Untuk menghindari penurunan kualitas pelayanan dengan adanya peningkatan jumlah pasien maka perlu analisis yang komprehensif tentang beban kerja serta lamanya waktu pelaksanaan proses fisioterapi dalam satu hari kerja. Dengan demikian, pemilik fasilitas kesehatan dapat mengambil keputusan strategis untuk tetap mempertahankan atau

meningkatkan kualitas layanan fisioterapis di rumah sakit. Dengan latar belakang tersebut, maka penelitian ini dilakukan untuk dapat menjawab beban kerja serta proses pelayanan fisioterapis di salah satu rumah sakit swasta yang melayani Jaminan Kesehatan Nasional di daerah Jakarta timur.

Metode Penelitian

Penelitian ini bersifat deskriptif kualitatif. Pendekatan model penelitian ini juga mengacu pada *case study* yang dilakukan dengan hanya melihat satu unit fisioterapi pada satu rumah sakit saja. Populasi penelitian adalah fisioterapis dan data *medical record* pasien pada tahun 2017 dengan rentang waktu 3 bulan sejak April-Juni 2017. Teknik penarikan sampel adalah seluruh fisioterapis (4 orang) dan data *medical record sampling*. Sampel penelitian *medical record* dengan jumlah 62 data pasien per hari. Tempat penelitian adalah rumah sakit pada unit instalasi rehabilitasi medik di salah satu rumah sakit swasta daerah Jakarta Timur (RS X). Instrumen yang digunakan adalah kuesioner kepada fisioterapis, wawancara dan observasi proses penatalaksanaan fisioterapi secara langsung dan melalui dokumentasi *medical record*. Proses wawancara dengan fisioterapis dan telaah data *medical record* serta observasi mengacu pada PMK no 65 tahun 2015 tentang standar pelayanan fisioterapi.

Hasil Dan Pembahasan

Pada awal penelitian, dilakukan pengumpulan data tentang demografi fisioterapis yang bekerja pada instalasi rehabilitasi medis rumah sakit X. Fisioterapis

yang bekerja adalah pegawai penuh waktu yang bekerja kurang lebih lima jam sehari. Dalam satu minggu para fisioterapis bekerja selama 6 hari dengan rincian senin-jumat bekerja sejak 08.00 – 15.00 dan hari sabtu bekerja dari pukul 07.30 – 14.00. Berikut adalah rincian demografi fisioterapis di rumah sakit X pada tahun 2017.

Tabel 1
Demografi Fisioterapis di rumah sakit X

Parameter	Jumlah (N)
Fisioterapis	4 orang
Kualifikasi	
Diploma Empat	2 orang
Diploma Tiga	2 orang
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	2 orang
Perempuan	2 orang
Rata – rata Usia	32.75 Tahun
Rata- rata Lama Bekerja	7, 75 Tahun

Dari hasil pendataan, maka didapat belum adanya fisioterapis dengan kualifikasi profesi di rumah sakit X. Sehingga, pelayanan fisioterapi dipimpin oleh fisioterapis berkualifikasi diploma empat atau sarjana terapan. Setelah mengetahui jumlah fisioterapis yang bekerja dalam instalasi rehabilitasi medik, kemudian dilakukan observasi pelaksanaan proses fisioterapi yang dilakukan fisioterapis baik pada rawat jalan maupun rawat inap. Berikut adalah standar proses fisioterapi pada unit Instalasi Rehabilitasi Medik di rumah sakit X.

Tabel 2
 Tahapan Proses Fisioterapi tahun 2017

No	Tahapan	Kegiatan	Keterangan
1	Pasien / klien	Dokter penanggungjawab pasien	Konsul ke fisioterapi
2	Rujukan (bagian fisioterapis)	Fisioterapi Pemeriksaan: Anamnesa Tes umum dan khusus Problematik :	Kondisi Umum, Riwayat penyakit, Reflex: Keseimbangan: stabilitas: tonus otot: lingkup gerak sendi: Koordinasi:

No	Tahapan	Kegiatan	Keterangan
			kelincahan: kekuatan: kecepatan: daya tahan: Gangguan gerak dan aktifitas fungsional.....sehubungan dengan kondisi(misal Stroke)
2	Indikasi Fisioterapi	Diagnosa Rencana intervensi	jenis Latihan: Elektrotherapy: Manual therapy: Hydrotherapy: Actinotherapy:
4	Intervensi Fisioterapi	Pelaksanaan intervensi	Jenis intervensi terpilih: Metode terapi : Dosis terapi:
5	Dokumentasi	Pencatatan	Assesmen (anamnesa) Tes khusus Problematik Diagnosa Rencana intervensi Intervensi evaluasi
6	Administrasi penjadwalan	& Jadwal dan biaya	Jumlah kunjungan per minggu + biaya per kunjungan
7	Selesai	Pulang	Sembuh, cacat, meninggal

Dari tabel di atas, fisioterapis RS X sudah melakukan pelayanan proses fisioterapi secara maksimal sesuai dengan peraturan yang ada. Dokumentasi fisioterapi dilakukan secara singkat dengan metode *Subjective, Objective, Assessment* dan *Planning* (SOAP) namun dimodifikasi sehingga sesuai dengan penerapan layanan proses fisioterapi.

Selanjutnya, peneliti menghitung rata-rata waktu yang dibutuhkan dalam

melaksanakan proses fisioterapi pada beberapa contoh kasus berdasarkan rekam medis. Kasus yang diambil adalah kasus muskuloskeletal, neuromuskular (pusat) dan Kardiovaskulopulmonal. Contoh kasus yang diambil adalah pada kasus rawat jalan dan rawat inap. Pada tabel 3 berikut dilakukan analisis proses fisioterapi pada kondisi muskuloskeletal.

Tabel 3
Analisis proses fisioterapi pada kasus Muskuloskeletal

Unit Kerja	Kegiatan Pokok	Rata-rata waktu (Menit)
Klinik/poli fisioterapi	Tindakan fisioterapi langsung :	
	Menerima pasien baru (anamnesa)	7 (contoh kasus)
	Memberikan pemeriksaan secara individu : riwayatpenyakit,	10 (contoh kasus)
	Mengukur vital sign	5 (contoh kasus)
	Inspeksi statis dan dinamis	7 (contoh kasus)
	Mengukur ROM	7 (contoh kasus)
	Mengukur MMT	7 (contoh kasus)
	Mengukur skala Nyeri	5 (contoh kasus)
	Pemeriksaan tonus	5 (contoh kasus)

Pemeriksaan stabilitas	7 (contoh kasus)
Pemeriksaan keseimbangan	5 (contoh kasus)
Pemeriksaan koordinasi	7 (contoh kasus)
Pemeriksaan kecepatan	5
Pemeriksaan kelincahan	5
Pemeriksaan daya tahan	5
Pemeriksaan kelenturan	5
Pemeriksaan refleks	5 (contoh kasus)
Penulisan laporan hasil pemeriksaan	3 (contoh kasus)
Penentuan diagnosis fisioterapi	3 (contoh kasus)
Penentuan rencana tindakan fisioterapi	5 (contoh kasus)
Pelaksanaan tindakan terapi Ultrasound	8
Pelaksanaan tindakan terapi Micro Wave Diathermy	15
Pelaksanaan tindakan TENS	15
Pelaksanaan tindakan IR	15
Pelaksanaan tindakan manual therapy	15
Pelaksanaan tindakan stretching	10
Pelaksanaan tindakan terapislatihan:	
Kasus Neuromuskuler (latihan spesifik) :	
a. Latihan keseimbangan	10 (contoh kasus)
b. Latihan koordinasi	10 (contoh kasus)
c. Latihan berjalan (stroke)	20 (contoh kasus)
d. Latihan gerak fungsional leher, bahu, lengan, tangan	15 (contoh kasus)
Kasus musculoskeletal (latihan spesifik):	
a. latihan kekuatan	10
b. latihan lingkup gerak	10
c. latihan berjalan (kasus bedah/patah tulang)	20
d. latihan stabilitas	15
Kasus Cardiovasculopulmonal (latihan spesifik) :	
a. Latihan pernapasan	15
b. Latihan daya tahan (berjalan / sepeda static)	15
c. Latihan kecepatan	15
istirahat / makan siang	10
Diskusi tenaga fisioterapi (tentang pasien)	20
Mengikuti pelatihan ilmu fisioterapi untuk pengembangan mutu pelayanan fisioterapi	-

Dari tabel 3 dapat ditemukan beban kerja pada kasus muskuloskeletal dilihat dari lamanya waktu pelaksanaan proses fisioterapi adalah 102 menit per pasien dengan lamanya

waktu istirahat 10 menit. Selanjutnya dilakukan analisis waktu beban kerja pada kasus neuromuskuler.

Tabel 4
Analisis proses fisioterapi pada kasus Neuromuskuler

Unit Kerja	Kegiatan Pokok	Rata-rata waktu (Menit)
Klinik/poli fisioterapi	Tindakan fisioterapi langsung :	
	Menerima pasien baru (anamnesa)	5 (contoh kasus)
	Memberikan pemeriksaan secara individu : riwayatpenyakit	5 (contoh kasus)
	Mengukur vital sign	5 (contoh kasus)
	Inspeksi statis dan dinamis	2 (contoh kasus)
	Mengukur ROM	2
	Mengukur MMT	2
	Mengukur skala Nyeri	2
	Pemeriksaan tonus	2

	Pemeriksaan stabilitas	2
	Pemeriksaan keseimbangan	2
	Pemeriksaan koordinasi	2
	Pemeriksaan kecepatan	2 (contoh kasus)
	Pemeriksaan kelincahan	2
	Pemeriksaan daya tahan	2 (contoh kasus)
	Pemeriksaan kelenturan	2
	Pemeriksaan refleks	1
	Penulisan laporan hasil pemeriksaan	5 (contoh kasus)
	Penentuan diagnosis fisioterapi	1 (contoh kasus)
	Penentuan rencana tindakan fisioterapi	1
	Pelaksanaan tindakan terapi Ultrasound	7
	Pelaksanaan tindakan terapi Micro Wave Diathermy	15
	Pelaksanaan tindakan TENS	15
	Pelaksanaan tindakan IR	15
	Pelaksanaan tindakan manual therapy	20
	Pelaksanaan tindakan stretching	7
	Pelaksanaan tindakan terampilatihan: Kasus Neuromuskuler (latihan spesifik) :	
	e. Latihan keseimbangan	15
	f. Latihan koordinasi	15
	g. Latihan berjalan (stroke)	20
	h. Latihan gerak fungsional leher, bahu, lengan, tangan	15
	Kasus musculoskeletal (latihan spesifik) :	
	e. latihan kekuatan	8
	f. latihan lingkup gerak	8
	g. latihan berjalan (kasus bedah/patah tulang)	15
	h. latihan stabilitas	10
	Kasus Cardiovasculopulmonal (latihan spesifik)	10 (contoh kasus)
	d. Latihan pernapasan	15 (contoh kasus)
	e. Latihan daya tahan (berjalan / sepeda static)	10 (contoh kasus)
	f. Latihan kecepatan	
	istirahat / makan siang	30
	Diskusi tenaga fisioterapi (tentang pasien)	20
	Mengikuti pelatihan ilmu fisioterapi untuk pengembangan mutu pelayanan fisioterapi	-

Dilihat dari analisis tabel di atas, beban kerja istirahat 10 menit dan 20 menit diskusi. pada kasus neuromuskuler dilihat dari lamanya Kemudian, analisis dilanjutkan pada proses waktu pelaksanaan proses fisioterapi adalah fisioterapi dengan kasus kardiorespirasi. 143 menit per pasien dengan lamanya waktu

Tabel 5
Analisis proses fisioterapi pada kasus Kardiorespirasi

Unit Kerja	Kegiatan Pokok	Rata-rata waktu (Menit)
Klinik/poli fisioterapi	Tindakan fisioterapi langsung :	
	Menerima pasien baru (anamnesa)	5 (contoh kasus)
	Memberikan pemeriksaan secara individu : riwayatpenyakit	5 (contoh kasus)
	Mengukur vital sign	5 (contoh kasus)
	Inspeksi statis dan dinamis	2 (contoh kasus)

Mengukur ROM	2
Mengukur MMT	2
Mengukur skala Nyeri	2
Pemeriksaan tonus	2
Pemeriksaan stabilitas	2
Pemeriksaan keseimbangan	2
Pemeriksaan koordinasi	2
Pemeriksaan kecepatan	2 (contoh kasus)
Pemeriksaan kelincahan	2
Pemeriksaan daya tahan	2 (contoh kasus)
Pemeriksaan kelenturan	2
Pemeriksaan refleks	1
Penulisan laporan hasil pemeriksaan	5 (contoh kasus)
Penentuan diagnosis fisioterapi	1 (contoh kasus)
Penentuan rencana tindakan fisioterapi	1
Pelaksanaan tindakan terapi Ultrasound	7
Pelaksanaan tindakan terapi Micro Wave Diathermy	15
Pelaksanaan tindakan TENS	15
Pelaksanaan tindakan IR	15
Pelaksanaan tindakan manual therapy	20
Pelaksanaan tindakan stretching	7
Pelaksanaan tindakan terlatih:	
Kasus Neuromuskuler (latihan spesifik) :	
i. Latihan keseimbangan	15
j. Latihan koordinasi	15
k. Latihan berjalan (stroke)	20
l. Latihan gerak fungsional leher, bahu, lengan, tangan	15
Kasus musculoskeletal (latihan spesifik) :	
i. latihan kekuatan	
j. latihan lingkup gerak	8
k. latihan berjalan (kasus bedah/patah tulang)	8
l. latihan stabilitas	15
Kasus Cardiovasculopulmonal (latihan spesifik) :	10
g. Latihan pernapasan	10 (contoh kasus)
h. Latihan daya tahan (berjalan / sepeda static)	15 (contoh kasus)
i. Latihan kecepatan	10 (contoh kasus)
istirahat / makan siang	30
Diskusi tenaga fisioterapi (tentang pasien)	20
Mengikuti pelatihan ilmu fisioterapi untuk pengembangan mutu pelayanan fisioterapi	-

Setelah dianalisis, beban kerja pada kasus kardiorespirasi dengan dilihat dari lamanya waktu pelaksanaan proses fisioterapi adalah 62 menit per pasien dengan lamanya waktu istirahat 30 menit, dan diskusi 20 menit Berdasarkan perhitungan waktu dalam diagram beban kerja fisioterapi terlihat bahwa rata-rata waktu yang dibutuhkan adalah 102,3 menit oleh seorang fisioterapis untuk melaksanakan pelayanan fisioterapi untuk satu pasien

Analisis lanjutan dilakukan melalui pembahasan tentang penerapan proses layanan fisioterapi di rumah sakit X. Analisis tersebut adalah sebagai berikut:

Dokumen Pemeriksaan Fisik Fisioterapi

Penulisan laporan hasil pemeriksaan dan pengukuran tidak ditulis lengkap dengan jenis pemeriksaan serta nilai hasil pengukurannya sebelum maupun setelah terapi demikian juga dengan hasil evaluasi. Seluruh problematik

fisioterapi dituliskan secara global dalam bentuk kesimpulan tanpa menulis nilai spesifik. Penulisan laporan dan dokumentasi dibuat seperti yang telah diterangkan di atas dengan asumsi bahwa semua fisioterapis telah mengetahui maksud dan tujuan penulisan, serta untuk mempersingkat waktu penulisan laporan, namun terdapat kelemahan untuk profesionalisme kerja, informasi kinerja tidak terlihat jelas, serta sarana informasi terintegrasi antar sesama tenaga medis tidak berjalan baik dan berpotensi lemah dalam menjadi alat perlindungan hukum.

Pelaksanaan Intervensi Fisioterapi

Proses pelaksanaan intervensi fisioterapi tidak dilaksanakan lengkap sesuai rencana intervensi karena dibatasi oleh kuota pembiayaan pengobatan pasien yang disediakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), waktu tunggu tindakan terapi serta keberadaan fasilitas alat intervensi yang tersedia tidak sebanding dengan jumlah pasien yang membutuhkan alat yang sama dan juga pelaksanaan intervensi yang memakan waktu minimal 15 menit per alat.

Jumlah Pasien, Jumlah Kunjungan Terapi

Pasien yang datang untuk mendapatkan pelayanan fisioterapi 99% dari 62 *medical record* yang ditelaah menggunakan fasilitas Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS). Kondisi yang terbesar adalah kasus muskuloskeletal dan pada urutan berikutnya adalah kondisi neuromuskuler, dimana kedua kondisi ini membutuhkan waktu pelayanan fisioterapi minimal 45 menit untuk pasien lama dengan masalah muskuloskeletal yang hanya menjalani terapi namun masih tetap harus dilaksanakan pemeriksaan sesaat, sedangkan untuk pasien dengan masalah neuromuskuler yang harus mendapatkan latihan lengkap membutuhkan waktu minimal 60 menit. Berbeda dengan pasien lama yang datang hanya untuk melanjutkan terapi, maka bagi pasien yang baru datang untuk pemeriksaan pertama kali maka waktu yang dibutuhkan akan lebih lama bila proses fisioterapi dilaksanakan secara lengkap sesuai standar pelayanan fisioterapi.

Jumlah Pasien dan Beban Kerja Fisioterapis

Pelayanan fisioterapi yang dilaksanakan pada unit instalasi rehabilitasi medik rumah sakit X tidak dapat dilaksanakan sepenuhnya sesuai standar operasional prosedur fisioterapi sehubungan dengan beban kerja yang tinggi karena perbandingan pasien dan fisioterapis, serta fasilitas alat pemeriksaan maupun intervensi yang ada tidak seimbang.

Penelitian ini hanya bersifat case study di satu rumah sakit X sehingga hasil dari penelitian ini tidak bisa disamakan dengan rumah sakit lain. Pada masa depan, diharapkan dapat dilakukan penelitian di beberapa rumah sakit sehingga hasil penelitian dapat lebih bermakna dan mempengaruhi kualitas pelayanan fisioterapis kedepannya.

Kesimpulan

Berdasarkan identifikasi proses fisioterapi maka tahap kerja fisioterapi terdiri atas pemeriksaan dan pengukuran, diagnosa dan rencana intervensi, intervensi, evaluasi dan dokumentasi sudah dilakukan dengan baik oleh fisioterapis di RS X. Proses dokumentasi proses fisioterapi masih dengan cara sederhana yaitu dengan memodifikasi SOAP dengan proses fisioterapi. Rata-rata waktu yang dibutuhkan fisioterapi dalam proses fisioterapi adalah 102,3 menit untuk satu pasien. Dengan demikian, jam kerja fisioterapis di rumah sakit X dianggap terlalu singkat yang mengakibatkan beban waktu kerja terlalu besar jika mengikuti standar waktu yang berlaku. Jumlah fisioterapis yang hanya terdiri dari empat orang perlu dianalisis kembali untuk melihat bagaimana manajemen risiko terhadap pelayanan yang diberikan.

Rekomendasi

Rumah Sakit membuat alokasi hari khusus atau berbeda pada setiap kunjungan pertama pasien baru untuk proses pemeriksaan dan pengukuran fisioterapi serta dokumentasi dengan hari pelaksanaan intervensi. Diharapkan juga rumah sakit menambah atau membuka jam pelayanan kedua. Lebih lanjut lagi, rumah sakit perlu membuat buku panduan dan laporan hasil pemeriksaan fisioterapi bagi pasien agar pasien dapat mengetahui perkembangan kesehatannya.

Daftar Pustaka

- Atwal, A., & Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *16*(4), 360–367. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00101.x>
- American Physical Therapy Association. (2009). Department of Physical Therapy, Physical Therapist Assistant Clinical Performance Instrument, Education 1111 North Fairfax Street Alexandria, Virginia 22314
- Beherens, B. J., & Beinert, H. (2014). *Physical Agents Theory and Practice*. F. A. Davis Company.
- Ikatan Fisioterapi Indonesia. (2014). Standar Operasional Prosedur Fisioterapi
- Ikatan Fisioterapi Indonesia. (2016). Kode Etik Pelayanan Fisioterapi
- Dalton, M., Davidson, M., & Keating, J. (2011). The Assessment of Physiotherapy Practice (APP) is a valid measure of professional competence of physiotherapy students: A cross-sectional study with Rasch analysis. *Journal of Physiotherapy*, *57*(4), 239–246. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(11\)70054-6](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(11)70054-6)
- Peraturan Menteri Kesehatan No 65, Pub. L. No. 65 (2015).
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 80. (2013). Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Fisioterapis. Menteri Kesehatan Republik Indonesia
- McGlinchey, M. P., & Davenport, S. (2015). Exploring the decision-making process in the delivery of physiotherapy in a stroke unit. *Disability and Rehabilitation*, *37*(14), 1277–1284. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.962106>
- Oien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S., & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *25*(1), 53–61. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00790.x>
- Organization, I. L. (2012). International Standard Classification of Occupations. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *1*(11), 615.
- Phillips, A., Stiller, K., & Williams, M. (2006). Medical Record Documentation: The Quality of Physiotherapy Entries. *International Journal of Allied Health Sciences and Practice*, *4*(3), 1–17. <http://ijahsp.nova.edu/articles/vol4num3/phillips.pdf?referer=www.clickfind.com.au>
- Physiotherapy, W. (2019). *Direct access and patient/client self-referral to physical therapy*.
- Springer, S., Laufer, Y., & Elboim-Gabyzon, M. (2015). Clinical decision making for using electro-physical agents by physiotherapists, an Israeli survey. *Israel Journal of Health Policy Research*, *4*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s13584-015-0015-x>
- Stevenson, K., & Hay, E. (2004). An integrated care pathway for the management of low back pain. *Physiotherapy*, *90*(2), 91–96. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(03\)00009-9](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(03)00009-9)
- World Health Organization.(2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, Switzerland: WHO. www.who.int/classifications/icf/en/
- World Physiotherapy. (2019). Description of physical therapy: policy statement. World Confederation of Physical Therapy.

TINJAUAN PENYEBAB PENGEMBALIAN BERKAS KLAIM BPJS KESEHATAN INSTALASI RAWAT JALAN KASUS FISIOTERAPI

Faik Agiwahyuanto^{1*}, Sylvia Anjani², Sherly Candra Stacey³

^{1,2}Dosen Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan D3, Fakultas Kesehatan,
Universitas Dian Nuswantoro Semarang, Indonesia

³Alumni Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan D3, Fakultas Kesehatan,
Universitas Dian Nuswantoro Semarang, Indonesia

*Corresponding author: faik.agiwahyuanto@dsn.dinus.ac.id

ABSTRACT

Hospital claims towards BPJS Health were demands for compensation for services provided by hospital through its workforce, both doctors, nurses, pharmacists and others for BPJS Health participants who seek treatment or are treated at hospital. Claims were made by hospitals or other health facilities through claims administration process. Claims returned are claims that have been verified but have not been able to be paid by BPJS Health due to incomplete claim documents. This study purpose was to determine causes of returning BPJS Health claim files to outpatient physiotherapy cases. Research type was qualitative with descriptive design. Research was conducted in January 2020. Data were obtained by in-depth interviews, processing and research data analysis used content analysis. Results showed that coding accuracy was cause of inconsistency due to provision of action codes, completeness of medical diagnosis files, and completeness of medical action files. The conclusion was BPJS Health claim files in outpatient installation for physiotherapy cases will be returned to hospital if it is incomplete.

Keywords: BPJS Health claim file, cause of return, outpatient, physiotherapy case

ABSTRAK

Klaim Rumah Sakit (RS) terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan RS melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di RS. Klaim dilakukan oleh RS atau fasilitas kesehatan lainnya melalui proses administrasi klaim. Klaim dikembalikan adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaklengkapan dokumen klaim. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan pada instalasi rawat jalan kasus fisioterapi. Jenis penelitian kualitatif dengan rancangan deskriptif. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2020. Data diperoleh dengan wawancara mendalam (*indepth interview*), dan pengolahan dan analisa data penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode analisis isi (*content analysis*). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketepatan koding menjadi penyebab ketidaksesuain disebabkan dalam pemberian kode tindakan, kelengkapan berkas penegakan diagnosis medis, dan kelengkapan berkas tindakan medis. Simpulan penelitian ini adalah berkas klaim BPJS Kesehatan pada instalasi rawat jalan kasus fisioterapi akan dikembalikan ke RS apabila tidak lengkap.

Kata Kunci : Berkas klaim BPJS Kesehatan, Kasus fisioterapi, Penyebab pengembalian, Rawat jalan

PENDAHULUAN

Rumah Sakit (RS) adalah unit kesehatan masyarakat sebagai rujukan mempunyai fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan bersifat penyembuhan, perawatan, pemulihan, pengobatan, serta pendidikan dan pelatihan (Arwati, 2016). Pemerintah Indonesia menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN.

Pelaksanaan program JKN di RS membuat RS hanya melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik (PMK No. 59 Tahun 2014). Hal ini menunjukkan bahwa diperlukan pengelolaan khusus untuk pelaksanaan program JKN di RS.

JKN adalah program pemerintah yang mempunyai tujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap penduduk Indonesia, agar hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Program JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014. UU No 40 tahun 2004

pasal 22 disebutkan jika manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Untuk manfaat pelayanan promotif dan preventif yang diberikan, meliputi penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar, keluarga berencana, skrining kesehatan tertentu, dan pemeriksaan penunjang pelayanan skrining kesehatan.

Klaim adalah tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Klaim RS terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan RS melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di RS (Artanto, 2018). Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnosis merujuk pada ICD-10 atau ICD-9 Catatan Medis (CM) (Dumaris, 2015).

Cara pembayaran klaim BPJS Kesehatan dengan sistem *Indonesia Case Base Groups*

(INA-CBGs). Berdasarkan Kepmenkes Republik Indonesia Nomor 440/Menkes/SK/XII/2012 INA-CBGs yaitu sebuah aplikasi yang digunakan RS untuk mengajukan klaim pada pemerintah (Agiwahuanto, 2016). Case Base Groups (CBGs) adalah cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama. Faktor-faktor yang mempengaruhi besarnya biaya INA-CBGs, yaitu diagnosis utama, diagnosis sekunder berupa penyerta (*comorbidity*) atau penyulit (*complication*), tingkat keparahan, bentuk intervensi, dan umur pasien. Tarif INA-CBGs dibayarkan per episode pelayanan kesehatan, yaitu rangkaian perawatan pasien sampai selesai (Megawati, 2016). Sistem INA-CBGs telah diterapkan di FKRTL sejak pelaksanaan Jamkesmas tahun 2010 (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2014).

Klaim dilakukan oleh RS atau fasilitas kesehatan lainnya melalui proses administrasi klaim. Administrasi klaim adalah proses mengumpulkan bukti atau fakta yang berkaitan dengan sakit atau cedera, membandingkan fakta-fakta tersebut dengan perjanjian kerja sama serta menentukan manfaat yang dibayarkan kepada peserta asuransi.

Tujuan utama dari administrasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang valid, sesuai dan segera dengan bijaksana dan sesuai dengan polis (Agiwahuanto, 2019).

Pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan dan proses administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan INA-CBGs. Administrasi klaim dalam INA-CBGs adalah rangkaian proses penyiapan berkas atau dokumen pelayanan yang diajukan dengan pengajuan klaim oleh RS dan penilaian kelayakan atas klaim yang diajukan melalui proses verifikasi klaim sampai pembayaran klaim. Administrasi klaim merupakan suatu kesatuan dimulai dari proses di RS mengajukan klaim sampai di BPJS kesehatan dalam melakukan verifikasi klaim dan pembayaran klaim. RS akan mengajukan klaim dalam bentuk hardcopy untuk rekapitulasi dan softcopy untuk data individu klaim. Verifikasi dilakukan dengan menggunakan aplikasi verifikasi klaim. Apabila sudah ada kesepakatan terkait pengajuan klaim maka akan dibuatkan berita acara sehingga layak untuk pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan sesuai dengan ketentuan (Pradani, 2017). Kasus penyakit selama ini yang dikembalikan oleh BPJS, karena tidak sesuai dengan Buku Panduan

Verifikasi Klaim INA-CBGs Edisi 1 BPJS Kesehatan, yaitu diagnosis sesuai dengan KMK RI No. HK.02.02/MENKES/514/2015 (BPJS Kesehatan, 2014b, 2018). Apabila tidak sesuai dengan diagnosis utama maka pengembalian klaim diganti diagnosisnya, dengan persetujuan dokter yang menangani pasien itu.

Dengan demikian maka peneliti melaksanakan penelitian di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang karena di saat ini pengguna pelayanan kesehatan paling banyak sudah memakai sistem pembiayaan JKN-KIS. Profil RSUD KRMT Wongsonegoro adalah RS tipe B yang terletak di wilayah Kota Semarang, Jawa Tengah, dan bentuk pelayanan medis sudah mengarah ke sub spesialis khususnya spesialis konsultan fisioterapi atau di unit layanan rehabilitasi medik dan .pelayanan ini membawahi tindakan fisioterapi (Rumah Sakit Umum Daerah KRMT Wongsonegoro Kota Semarang, 2020).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Kepmenkes RI) Nomor 1363/Menkes/SK/XII/2001 tentang registrasi dan izin praktik fisioterapis bahwa fisioterapi adalah bentuk pelayanan kesehatan yang

ditujukan kepada individu atau kelompok untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dan fungsi tubuh sepanjang rentang kehidupan dengan menggunakan penanganan secara manual, peningkatan gerak, peralatan (*physics, elektroterapeutis* dan mekanis) pelatihan fungsi, dan komunikasi. yang terdiri dari tindakan yang menggunakan *Infra Red, Micro Wafe Diatermi, Sort Wafe Diatermi, Shock Wafe Terapi, Ultrasound, Tens, Traction, Terapi latihan, hydro therapy.*

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 65 Tahun 2015 tentang standar pelayanan fisioterapi bahwa fisioterapi didasari pada teori ilmiah dan dinamis yang diaplikasikan secara luas dalam hal penyembuhan, pemulihan, pemeliharaan, dan promosi fungsi gerak tubuh yang optimal, meliputi mengelola gangguan gerak dan fungsi, meningkatkan kemampuan fisik dan fungsional tubuh, mengembalikan, memelihara, dan mempromosikan fungsi fisik yang optimal, kebugaran dan kesehatan jasmani, kualitas hidup yang berhubungan dengan gerakan dan kesehatan, mencegah terjadinya gangguan, gejala, dan perkembangan, keterbatasan kemampuan fungsi, serta kecacatan yang mungkin dihasilkan oleh penyakit, gangguan, kondisi, ataupun cedera.

Berdasarkan hasil survei awal yang dilakukan di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang ada beberapa masalah mengenai pengembalian berkas klaim pada pasien fisioterapi tahun 2019. Pada survey awal peneliti mengambil data 10 kasus berkas klaim yang dikembalikan pada periode tahun 2019, dimana 10 berkas klaim tersebut masalahnya yaitu, 70% (7 buah) karena kontrol berulang 30% (3 buah) koding tidak sama dengan penetapan aturan BPJS. Berkas klaim BPJS rawat jalan kasus fisioterapi dikirim ke BPJS cabang Semarang pada tanggal 10 setiap bulannya (Rumah Sakit Umum Daerah KRMT Wongsonegoro Kota Semarang, 2020).

Tahun 2017 telah diberlakukan v-dika klaim (v-klaim). V-dika klaim merupakan teknik verifikasi baru yang dilakukan BPJS atas klaim pelayanan RS terhadap peserta JKN dengan tujuan verifikasi dan pembayaran lebih cepat dengan syarat semua berkas telah di klaim oleh BPJS Kesehatan. Apabila ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan RS karena memperlambat proses pembayaran klaim (Nuraini, 2019).

Permasalahan proses klaim juga dapat mempengaruhi kegiatan operasional rumah sakit sebagai akibat dapat tidak tercukupinya data yang diperlukan. Kendala proses penagihan oleh pihak rumah sakit kepada BPJS Kesehatan sebagian besar karena berkas klaim dinyatakan tidak layak oleh BPJS Kesehatan sesuai alur pengajuan klaim pada Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2018). Beberapa definisi klaim dikembalikan yaitu klaim yang ditunda pembayarannya dikarenakan ada beberapa hal yang belum disepakati. Klaim dikembalikan adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaklengkapan dokumen klaim. Klaim dikembalikan adalah semua klaim yang sudah diajukan ke BPJS Kesehatan dan setelah diverifikasi oleh verifikator ada yang perlu dikonfirmasi lagi dan menyebabkan klaim yang diajukan tertunda (BPJS Kesehatan, 2014a; BPJS Kesehatan, 2014b; BPJS Kesehatan, 2018).

Terdapat beberapa penelitian tentang permasalahan pengembalian klaim BPJS Kesehatan. Hasil penelitian Malonda (2015) menyebutkan rekapitulasi pelayanan dan semua syarat pengajuan

klaim harus dilengkapi untuk mempercepat proses klaim BPJS Kesehatan (Malonda, 2015). Penelitian Sabriyah (2016) bahwa semua masalah Klaim sudah di sepakati bersama oleh pihak Rumah Sakit dengan Kantor BPJS bahwa klaim yang terlambat tetap diklaimkan (Sabriyah, 2016). Jika klaim dikembalikan maka RS dapat mengalami kerugian dan akan kehilangan biaya yang sudah dikeluarkan. Apabila klaim diikembalikan atau ditolak dapat menyebabkan kerugian bagi RS, khususnya RS milik pemerintah yang banyak menerima pasien jaminan kesehatan akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang dibayarkan.

Salah satu faktor penting yang menentukan suatu klaim, dikembalikan, ditolak, atau diterima adalah pengkodean (coding) diagnosis dan tindakan pada dokumen rekam medis. Hasil penelitian Artanto bahwa klaim BPJS Kesehatan yang dikembalikan atau ditolak disebabkan karena ketidaksamaan koding dan diagnosis dari RS dengan koding dari verifikator BPJS Kesehatan (Artanto, 2018). Koding merupakan fungsi yang sangat penting dalam jasa pelayanan informasi kesehatan (Windari, 2016). Keakurasian dalam pengkodean penyakit dan tindakan sangatlah penting karena

terkait dengan pembiayaan pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaan casemix INA-CBGs peran koder sangat menentukan. Besar kecilnya tarif yang muncul dalam software INA CBGs ditentukan oleh diagnosis dan prosedur. Kesalahan dalam menuliskan koding akan mempengaruhi tarif. Tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil. Untuk mendapatkan *reimbursement* yang sesuai bagi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan dibutuhkan ketepatan koding. Dari beberapa penyebab pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS terkait konfirmasi koding, yang menjadi hambatan terbesar oleh koder adalah kurang lengkapnya pengisian pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang pada resume medis serta ketidaksesuaian penulisan diagnosis dengan ICD-10 sehingga koding yang sudah dibuat dipertanyakan kembali karena penegakan diagnosis belum disertai dengan pemeriksaan pendukung. Informasi yang kurang jelas menyebabkan koder salah dalam penentuan kode penyakit maupun tindakan (Indawati, 2019).

Berdasarkan penjelasan di atas, permasalahan penelitian ini adalah penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan pada instalasi rawat jalan kasus fisioterapi merupakan masalah

penting. Penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan pada instalasi rawat jalan kasus fisioterapi merupakan tema penelitian ini. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yaitu penelitian korelasi dan komparasi, sedangkan pada penelitian ini dengan metode deskripsi. Penelitian sebelumnya menggunakan jenis penelitian kuantitatif sedangkan penelitian ini jenis penelitian kualitatif. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan pada instalasi rawat jalan kasus fisioterapi.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian adalah kualitatif dan rancangan penelitian deskriptif. Peneliti mendeskripsikan penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan pada instalasi rawat jalan kasus fisioterapi. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2020 di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang. Variabel penelitian yaitu kelengkapan administrasi kepesertaan, kelengkapan berkas pendukung klaim (pemeriksaan penunjang, formulir kendali pasien, billing, dan surat kontrol rehab medik), ketepatan koding ICD-9 dan 10, koding tepat atau tidak tepat, dan penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan rawat jalan kasus fisioterapi.

Kelengkapan administrasi meliputi fotokopi KTP, fotokopi kartu BPJS Kesehatan, fotokopi surat rujukan dan fotokopi surat kontrol merupakan persyaratan yang wajib dibawa peserta BPJS Kesehatan untuk mendapatkan fasilitas BPJS Kesehatan. Berkas klaim BPJS Kesehatan dikatakan lengkap apabila ada SEP, resume medis yang mencantumkan bukti tindakan, diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung jawab Pasien (DPJP), resume medis elektronik, laboratorium/radiologi, x-ray, CT scan, bukti pemeriksaan penunjang lainnya, perincian obat, resep pasien. Ketepatan koding ICD-9 dan 10 adalah ketepatan penentuan koding diagnosis dan tindakan sesuai dengan kaidah ICD-9 CM dan 10. ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9CM untuk tindakan/prosedur untuk kasus fisioterapi menurut Permenkes Nomor 65 tahun 2015 tentang standar pelayanan fisioterapi dan Permenkes Nomor 28 tahun 2014 tentang manfaat jaminan kesehatan kasus di FKRTL. Penyebab pengembalian klaim BPJS Kesehatan rawat jalan kasus fisioterapi adalah Pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan rawat jalan kasus fisioterapi yang disebabkan faktor medis seperti konfirmasi aturan kontrol, konfirmasi tanggal kontrol, konfirmasi kode tindakan

atau prosedur, dan konfirmasi hasil pemeriksaan penunjang.

Subyek penelitian berjumlah 2 informan yang ditetapkan secara *purposive* untuk menyesuaikan dengan tujuan penelitian. Informan utama berjumlah 1 informan yaitu koder dan koordinator casemix. Informan triangulasi berjumlah 1 informan yaitu Kepala Unit Rekam Medis. Penelitian ini menggunakan triangulasi sumber dalam menguji validitas data untuk mendapatkan temuan dan interpretasi data yang lebih akurat dan kredibel dengan menggunakan sumber di luar data utama. Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu melalui wawancara mendalam (*indepth interview*). Sumber data dalam penelitian ini adalah sumber data primer dan sekunder. Sumber data primer berupa hasil wawancara. Sumber data sekunder berupa berkas klaim rawat jalan kasus fisioterapi yang dikembalikan. Metode pengumpulan data dengan wawancara mendalam dengan teknik *snowball* (wawancara mendalam dan sistem pertanyaan yang bergulir). Instrumen penelitian menggunakan daftar wawancara untuk menggali dan mendalami informasi terkait tujuan penelitian.

HASIL

Cara pengolahan dan analisis data penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode analisis isi (*content analysis*), yaitu: 1) pengumpulan data, menggunakan teknik wawancara mendalam yang dicatat dan direkam dengan menggunakan kamera dan *recorder*, selanjutnya hasil akan direkapitulasi dalam transkrip hasil wawancara untuk masing-masing informan, 2) reduksi data, dilakukan dengan melakukan identifikasi bagian yang ditemukan dalam data yang memiliki makna apabila dikaitkan dengan fokus masalah penelitian dilanjutkan dengan memberi kode pada setiap data agar dapat ditelusuri darimana data tersebut bersumber (koding) dan dikelompokkan ke dalam bagian yang memiliki kesamaan dan dicari kaitan antara satu kategori dengan kategori lainnya (kategorisasi), 3) verifikasi data dan penyajian analisis, dilakukan dengan telaah ulang data yang diperoleh terhadap teori dan hasil penelitian terdahulu untuk selanjutnya akan disajikan dalam naratif yang sesuai dengan fenomena yang diteliti, 4) penarikan kesimpulan dalam bentuk deskriptif, dengan membandingkan pertanyaan penelitian dengan hasil penelitian, tujuan penelitian dan konsep teori untuk mengambil kesimpulan atas hasil penelitian.

1. Pengetahuan Masalah Klaim dan Pengaturan Pegawai Secara Tupoksi

Tabel 1. Pengetahuan Masalah Klaim dan Pengaturan Pegawai Secara Tupoksi

Kotak 1
Pengetahuan masalah klaim dan pengaturan pegawai secara tupoksi
Jawaban Informan
IU-1
Klaim itu merupakan suatu tindakan yang dilakukan oleh pihak RS untuk mengirimkan berkas apa yang telah dilakukan oleh tim medis dan rekam medis kepada BPJS Kesehatan, yang nantinya akan bisa cair berbentuk uang untuk agenda RS kembali. Untuk pegawai merasa ditempatkan di area yang sudah tepat, jadi penempatan di casemix menurut saya sudah sangat tepat, karena saya memiliki kemampuan untuk mengkodekan dan casemix.
IT-1
Klaim yaitu adalah uang hasil dari berkas pasien yang pakai JKN diserahkan ke BPJS Kesehatan dan setuju. Itu semua adalah tindakan untuk mencairkan dana yang memang hak RS untuk pelayanan. Untuk pekerjaan di semua pegawai sudah sesuai, dan saya selalu berpedoman untuk monitoring dan evaluasi kerja. Jadi tupoksi selalu jalan.
Kesimpulan :
Pengetahuan para informan di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang bahwa klaim adalah kegiatan mencairkan dana tuntutan yang harus dipenuhi oleh penanggung yang diberikan kepada yang mempunyai hak yaitu RS yang sudah memberikan pelayanan kepada pasien yang menggunakan jasa asuransi karna sistem pembayarannya dilayani oleh rumah sakit terlebih dahulu baru meminta dana ganti pelayanannya kepada pihak asuransi. Untuk pekerjaan dan semua petugas sudah sesuai tupoksi.

2. Penulisan Koding Klaim

Tabel 2. Penulisan Koding Klaim

Kotak 2
Penulisan koding di klaim dengan aturan dari ICD serta pemberian pemeriksaan penunjang
Jawaban Informan
IU-1
Pihak koding casemix selalu memakai kaidah koding ICD 9 dan ICD 10, itu sudah menjadi keputusan bagi kami. Memang kalau masalah pengembalian klaim selalu aja ada dari pihak BPJS Kesehatan, karena kami sudah memasukkan ke program INA-CBGs tetapi memang hal itu terjadi. Untuk data pendukung dari klaim selalu kami sertakan, sehingga masalah ini tidak ada kendala. Hanya kendala paling banyak dihadapi adalah ke koding dan surat perintah fisioterapi yang dimana beda hari atau tanggal atau jumlah tindakan fisioterapi antara dokter dengan BPJS Kesehatan.
IT-1
Menurut saya mereka sudah benar kok. Data pendukung lengkap. Kalau dibalikin ya itu manusiawi lah.
Kesimpulan :
Dalam pengkodean sudah tepat karena selalu menggunakan koding ICD 9 dan ICD 10 sebagai pedoman, petugas sudah benar, data pendukung juga sudah tepat jika masih ada klaim yang kembali seperti yang sering terjadi yaitu ketidaktepatan penentuan koding dan kasus kunjungan berulang adalah hal yang wajar terjadi karna jumlahnya pun berkurang dibandingkan dengan presentase tahun tahun sebelumnya.

3. Kendala Pada Klaim Fisioterapi

Tabel 3. Kendala Pada Klaim Fisioterapi

Kotak 3
Kendala yang dihadapi pada klaim fisioterapi
Jawaban Informan
IU-1
Pihak koding casemix selalu memakai kaidah koding ICD 9 dan ICD 10, itu sudah menjadi keputusan bagi kami. Memang kalau masalah pengembalian klaim selalu aja ada dari pihak BPJS Kesehatan, karena kami sudah memasukkan ke program INA-CBGs tetapi memang hal itu terjadi. Untuk data pendukung dari klaim selalu kami sertakan, sehingga masalah ini tidak ada kendala. Hanya kendala paling banyak dihadapi adalah ke koding dan surat perintah fisioterapi yang dimana beda hari atau tanggal atau jumlah tindakan fisioterapi antara dokter dengan BPJS Kesehatan.
IT-1
Menurut saya mereka sudah benar kok. Data pendukung lengkap. Kalau dibalikin ya itu manusiawi lah.
Kesimpulan : Dalam pengkodean sudah tepat karena selalu menggunakan koding ICD 9 dan ICD 10 sebagai pedoman, petugas sudah benar, data pendukung juga sudah tepat jika masih ada klaim yang kembali seperti yang sering terjadi yaitu ketidaktepatan penentuan koding dan kasus kunjungan berulang adalah hal yang wajar terjadi karna jumlahnya pun berkurang dibandingkan dengan presentase tahun tahun sebelumnya.

PEMBAHASAN

1. Pengetahuan Masalah Klaim dan Pengaturan Pegawai Secara Tupoksi

Petugas klaim memasukkan data kode diagnosis dan tindakan serta data sosial pasien pada aplikasi INA-CBGs. Dalam proses penginputan kode diagnosis utama rawat jalan menggunakan kode Z bagi pasien yang kontrol rawat jalan di rumah sakit. Setelah semua berkas sudah dimasukan ke aplikasi dan sudah direkap, kemudian data dikirimkan ke pusat Kemenkes serta terkirim ke BPJS Kesehatan. Dan mencetak hasil grouping untuk disiapkan bukti fisik yaitu berkas klaim yang akan dikirimkan juga ke

BPJS Kesehatan. Pihak BPJS Kesehatan akan mengoreksi terhadap berkas yang telah dikirimkan oleh RS. Jika terdapat ketidaksesuaian atau kekurangan maka berkas tersebut akan dikembalikan ke RS untuk diperbaiki atau dilengkapi. Menurut peneliti, alur pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang sudah sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim tahun 2014.

Ketidaklengkapan berkas dan informasi tersebut menjadikan penyebab klaim mengalami penundaan, dampaknya secara tidak langsung keuangan rumah sakit akan terganggu dan juga dapat

mengakibatkan kerugian. Sesuai panduan teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti bahwa berkas klaim masih tidak sesuai, maka klaim akan dikembalikan kepada RS untuk dilengkapi atau diperbaiki (BPJS Kesehatan, 2014b). Ketelitian dan pengetahuan koder terhadap aturan terbaru dan kaidah koding yang berlaku sangat berpengaruh terhadap jumlah kesalahan koding yang menjadi penyebab terjadinya klaim pending. Oleh karena itu, sosialisasi tentang aturan terbaru oleh pihak yang terkait sangat diperlukan yang dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan agar proses pengajuan klaim menjadi lebih cepat dan lancar sesuai dengan target yang ditetapkan. Apabila sebuah klaim tidak dikoding dengan benar dan tepat, tentu saja nominal klaim yang ditagihkan tidak akan maksimal sesuai dengan layanan yang telah diberikan atau *undercoding*. Bisa jadi peningkatan nominal klaim dikarenakan telah meningkatnya kemampuan dan pengetahuan koder didalam proses koding sehingga memaksimalkan jumlah nominal klaim tanpa melakukan *upcoding*.

Hasil penelitian Kusumawati (2018) bahwa kurangnya pengetahuan koder tentang aturan koding pada Surat Edaran BPJS Kesehatan yang terbaru menambah kemungkinan terjadinya kesalahan koding (Kusumawati, 2018). Hal tersebut dapat terjadi dikarenakan informasi mengenai surat edaran tersebut tidak tersampaikan secara merata ke seluruh koder rumah sakit sehingga para koder masih memiliki kemungkinan melakukan koding yang tidak sesuai aturan. Sosialisasi tentang aturan terbaru dapat dilakukan pada saat rapat unit setiap bulan, selain itu dapat dibentuk Whatsapp grup agar dapat saling membagikan informasi bila mendapatkan aturan terbaru terkait dengan koding. Ketidakeragaman informasi tentang aturan dan kaidah koding masih berkaitan dengan pengetahuan. Koder yang melakukan proses koding memiliki pengetahuan yang berbeda antara satu sama lain. Ini dimungkinkan terjadi dikarenakan komunikasi antar koder yang kurang terjalin dengan baik sehingga ada koder yang tidak mengetahui kaidah koding tertentu yang akhirnya menyebabkan terjadinya kesalahan koding. Komunikasi yang kurang baik antar koder dapat diminimalisir dengan mengadakan Team Building rutin yang dapat dilakukan 1 tahun sekali untuk melatih kekompakan

dan kerjasama, sehingga kedepannya diharapkan antar koder dapat bekerjasama dengan lebih baik lagi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Qudsiah dan Indrawati (2018) bahwa hasil analisis bivariat pada variabel pengetahuan diketahui bahwa nilai $p(0,000) < \alpha(0,05)$ dengan interval kepercayaan $1,252 - 3,822$ (tidak mencakup angka 1), yang artinya ada hubungan antara pengetahuan dengan pemanfaatan kartu JKN-KIS dan diperoleh nilai PR (Prevalence Ratio) sebesar 2,188, artinya pasien dengan pengetahuan tinggi tentang Program JKN memiliki peluang 2,188 kali untuk memanfaatkan kartu JKN-KIS di RSUD Ungaran (Qudsiah, 2018). Ketika pengetahuan berpengaruh terhadap perilaku seseorang, maka apabila seseorang memiliki pengetahuan yang baik tentang layanan BPJS Kesehatan dapat menimbulkan perilaku dalam bentuk pemanfaatan layanan BPJS Kesehatan, sehingga, terdapat hubungan antara pengetahuan dengan pemanfaatan kartu JKN-KIS KIS pada pasien rawat inap di RSUD Ungaran. Pengetahuan responden tentang pencarian pengobatan kemungkinan dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, misalnya pengalaman, serta sarana prasarana informasi.

Pengetahuan tidak hanya didapat secara formal melainkan juga melalui pengalaman, selain itu pengetahuan juga didapat melalui sarana informasi yang tersedia seperti internet, radio, leaflet, dan sebagainya (Pratiwi, 2017).

2. Penulisan Koding Klaim

Penyebab ketidaksesuaiannya disebabkan dalam pemberian kode tindakan. Dimana dalam memberikan kode tindakan seringkali tidak melampirkan hasil pemeriksaan penunjang. Hasil pemeriksaan penunjang tersebut belum jadi dan yang tidak ada hasil pemeriksaan penunjang, Tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang yaitu karena unit rekam medis atau INA CBGs belum menerima dari bagian yang bersangkutan seperti laboratorium, radiologi dan pemeriksaan penunjang yang bersangkutan. Petugas INA CBGs menunggu kiriman hasil pemeriksaan penunjang dari unit yang bersangkutan untuk merevisi berkas klaim. Tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang mengakibatkan perubahan pada penetapan kode tindakan. Hal ini akan membuat tarif akan turun dari pengajuan yang pertama. Dampaknya secara tidak langsung keuangan rumah sakit akan terganggu dan juga dapat mengakibatkan kerugian. Sesuai panduan teknis verifikasi

klaim BPJS Kesehatan Tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti bahwa berkas klaim masih tidak sesuai, maka klaim akan di kembalikan Kepada RS untuk dilengkapi atau diperbaiki. Dalam hal tersebut petugas INA-CBGs mengubah penetapan tindakan yang semula dengan cara mengecek ulang penyebab kesalahan dan berdiskusi dengan dokter yang bersangkutan jika ada berkas pemeriksaan penunjang atau alasan tertentu penyebab ditegakkannya kode tersebut untuk mendukung penegakan kode maka petugas akan melampirkannya dan menjelakannya sebagai bukti sebab ditegakkannya kode tersebut, jika kode dari BPJS Kesehatan-lah yang benar maka petugas akan mengganti kode tindakan tersebut sesuai permintaan dari BPJS Kesehatan agar berkas klaim tersebut dapat diterima BPJS Kesehatan serta tidak perlu bukti pendukung hasil pemeriksaan penunjang lalu mengajukan klaim ulang agar disetujui oleh BPJS Kesehatan.

Hasil penelitian Kusumawati (2020) bahwa salah satu penyebab pengembalian berkas kepada RS untuk konfirmasi adalah ketidaktelitian petugas koder dan

grouper dalam melakukan proses koding dan input ke sistem National Casemix Center (NCC) (Kusumawati, 2020). Kesalahan koding tersebut karena kurangnya pengetahuan koder tentang aturan surat edaran BPJS Kesehatan terbaru dan pengerjaan berkas klaim secara terburu-buru. Selain itu, koder juga belum sepenuhnya terbiasa dengan kode gabung, yaitu sebuah aturan koding yang harus digunakan apabila koder menemukan dua diagnosis tertentu yang diderita oleh seorang pasien namun secara aturan harus menjadi satu koding yang terintegrasi. Kode gabung ini masih sering dikoding oleh koder menjadi dua kode terpisah, sehingga terjadi kesalahan yang menyebabkan klaim pending. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan, dapat diketahui bahwa kesalahan proses koding terkait kode gabung karena koder hanya membaca ICD 10 jilid 3, sedangkan penjelasan tentang kode gabung ini terdapat pada ICD 10 jilid 1.

Menurut Octaria (2017) dalam catatan manual atau elektronik, dokter sering menggunakan sinonim dan singkatan untuk menggambarkan kondisi yang sama. Hal ini bermasalah karena setiap kode diagnostik harus mewakili satu dan hanya satu entitas penyakit. Dari catatan

diagnosis yang ditulis oleh dokter, petugas coder harus memilih kode ICD yang tepat dan cocok dengan terminologi medis. Penggunaan sinonim dan singkatan menyebabkan ketidaktepatan. Dengan demikian, maka sebaiknya ada komunikasi antara coder dan dokter agar persepsi antara keduanya sama dan menghasilkan kode yang akurat. Selain dengan adanya komunikasi, untuk lebih memperlancar pengkodean maka perlu juga dibuat mengenai aturan tertulis tentang penulisan diagnosis pada rekam medis. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Octaria (2018) bahwa keakuratan kode diagnosis penyakit di RS Syafira sudah baik, karena keakuratan persentasi kesalahan hanya sedikit. Keakuratan diagnosis sangat penting untuk dapat menciptakan keakuratan kode karena dengan akuratnya diagnosis akan mempermudah petugas coder dalam menentukan kode diagnosis suatu penyakit (Octaria, 2017).

3. Kendala Pada Klaim Fisioterapi

Pengajuan klaim di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang secara kolektif setiap bulannya mengajukan ke pihak BPJS. Berkas-berkas yang menjadi syarat klaim diantaranya yaitu Asesmen/hasil pemeriksaan pasien, formulir kendali pasien, Billing, SEP,

Kronologi, bukti pemeriksaan penunjang. Dari hasil wawancara ditemukan kendala ketidaktepatan koding yang disebabkan tidak adanya bukti pemeriksaan penunjang karena keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan penunjang, Ketidaksesuaian jadwal fisioterapi karna kurangnya bukti-bukti sebab dilakukannya perubahan jadwal kontrol fisioterapi. Dengan demikian perlu adanya kroscek ulang saat akan dilakukan pengajuan klaim agar jumlah klaim yang dikembalikan bisa semakin menurun.

Petugas koder RS sudah melakukan tugasnya sesuai prosedur dan dengan memakai ICD sebagai pedoman dalam pengkodean. Jika ada klaim kembali dari BPJS Kesehatan maka harus dikoreksi lagi kemungkinan bisa saja ada berkas penunjang pelayanan yang belum dimasukkan ke dalam syarat klaim sehingga kode menjadi tidak sesuai menurut BPJS Kesehatan karena kurangnya bukti bukti yang mengharuskan kode ditulis sesuai kode yang diajukan oleh RS. Jika ada kode yang tidak sesuai dengan kode yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, petugas akan melakukan koreksi lagi dan diskusi dengan dokter yang bersangkutan perihal menanyakan kenapa kode tersebut di kode seperti ini tidak di kode seperti yang

ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, dan dokter akan menjelaskan jika ada bukti bukti penunjang akan dimasukan kembali ke syarat klaim yang diajukan guna menjelaskan alasan kenapa kode tersebut di kode sesuai dengan kode yang diajukan RS agar klaim nya di setujui oleh BPJS Kesehatan. Jika setelah dilakukan koreksi lagi ternyata kode yang dari BPJS Kesehatan-lah yang benar maka pihak RS akan mengubah kodenya sesuai perintah pihak BPJS Kesehatan.

Hasil penelitian Irmawati (2019) menunjukkan sebagian besar berkas klaim yang dikembalikan adalah kasus dengan klasifikasi kelompok *Case-Mix Main Groups* (CMG) kode A (*Infectious and parasitic diseases Groups*) sebanyak 35,82%. Gambaran *dispute* kode diagnosis oleh BPJS dan rumah sakit terjadi pada kondisi kode tidak spesifik, kode DU (Diagnosis Utama) atau kode DS (Diagnosis Sekunder) tidak didukung oleh data pemeriksaan penunjang, kode DS menjadi bagian atau lanjutan dari kode, kode pada kondisi diagnosis *suspect*. Penyelesaian berkas klaim pengembalian karena *dispute* kode dengan reseleksi kode rule MB2 sebanyak 59,70%. Penentuan kode hendaknya selalu membaca kembali dan mengikuti kaidah-kaidah. Tenaga medis perlu memahami

bahwa kelengkapan dan kekonsistensian dalam pengisian rekam medis sangat dibutuhkan untuk menghasilkan kode yang akurat. Jika beberapa kondisi yang tidak bisa dikode bersamaan tercatat sebagai diagnosis utama, maka dilakukan reseleksi kode dengan memilih salah satu kondisi yang menunjukkan bahwa satu di antaranya adalah diagnosis utama pada pasien yang selama episode perawatan diberikan asuhan dan menghabiskan sumber daya paling banyak selama episode perawatan, selain itu juga dapat dipilih sesuai dengan dokter penanggung jawab pasien (DPJP) yang menangani pasien tersebut. Di dalam resume medis tercatat lebih dari satu kondisi utama, sehingga untuk menentukan kode diagnosis utama, koder melaksanakan reseleksi kode rule MB2, kondisi ini yang seringkali membuat kesalahan atau ketidakakuratan kode. Karena pada saat menentukan kode diagnose utama harus benar-benar menentukan kode yang akurat dan presisi. Hal ini membutuhkan kemampuan koder dalam menganalisis resume medis dan data-data penunjang lainnya di dalam berkas rekam medis untuk mendukung penegakan kode diagnosis utama (Irmawati, 2019).

Penelitian Pradani (2017) menemukan bahwa salah satu akar masalah penyebab

keterlambatan penyerahan berkas verifikasi disebabkan oleh tidak adanya umpan balik tertulis oleh IJP. Selama ini, tidak ada umpan balik yang terprogram dan menyeluruh untuk semua unit rawat jalan dan rawat inap, sehingga masalah ini tidak pernah dapat diselesaikan. Unit rawat jalan dan rawat inap juga tidak mengetahui kesalahan unit masing-masing yang berkontribusi menyebabkan keterlambatan klaim BPJS turun ke rumah sakit. Umpan balik tertulis ini diharapkan agar dapat menjadi sarana sosialisasi sekaligus evaluasi terhadap seluruh unit yang selama ini kurang maksimal kinerjanya dalam pengantaran berkas ke IJP. Umpan balik ini juga dapat mengatasi masalah lainnya, yaitu ketidakpatuhan DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) dalam melengkapi rekam medis, yang merupakan akar masalah yang paling sulit untuk diselesaikan (Pradani, 2017).

KESIMPULAN

Penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan instalasi rawat jalan kasus fisioterapi, *pertama*, ketepatan koding menjadi penyebab ketidaksesuaian disebabkan dalam pemberian kode tindakan. Dimana dalam memberikan kode tindakan seringkali tidak melampirkan hasil pemeriksaan

penunjang. Tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang karena unit INA CBGS belum menerima dari bagian yang bersangkutan seperti laboratorium, radiologi dan pemeriksaan penunjang yang bersangkutan. Tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang mengakibatkan perubahan pada penetapan kode tindakan. *Kedua*, kelengkapan berkas penegakan diagnosis medis, petugas klaim memasukkan data kode diagnosis dan tindakan serta data sosial pasien pada aplikasi INA CBGs. Dalam proses penginputan kode diagnosis utama rawat jalan menggunakan kode Z bagi pasien yang kontrol rawat jalan di rumah sakit. Alur pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang sudah sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim tahun 2014. *Ketiga*, kelengkapan berkas tindakan medis, kelengkapan berkas kasus fisioterapi yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan ke RS disebabkan karena ketidaksesuaian jadwal kontrol fisioterapi dan tidak ada tindakan fisioterapi pada billing. Ketidaklengkapan berkas dan informasi tersebut menjadikan penyebab klaim mengalami penundaan, dampaknya secara tidak langsung keuangan RS akan terganggu dan juga dapat mengakibatkan kerugian. Keterbatasan penelitian ini yaitu wawancara mendalam terbatas hanya

hasil informasi dari peserta diskusi sedangkan di luar informan wawancara diskusi tidak dilakukan pengumpulan informasi lebih lanjut. Jumlah informan terbatas 2 yaitu informan utama (IU) sebanyak 1 orang dan informan triangulasi (IT) sebanyak 1 orang sehingga hasil informasi berbeda ditinjau dari informan yang berbeda. Metode pengambilan data menggunakan daftar wawancara sehingga bisa memiliki informasi yang berbeda dari informasi informan penelitian lain sehingga tidak bisa digeneralisasikan. Saran yang diberikan yaitu perlu adanya kajian mutu, melakukan kajian SOP lalu membuat alur perlu kroscek SOP dan panduan untuk dikroscek lagi yang isinya perlu adanya kroscek total sebelum berkas klaim dikirimkan ke BPJS Kesehatan, membangun tim divisi baru untuk kroscek lagi sebelum berkas klaim dikirim ke BPJS Kesehatan, dan membuat capaian indikator minimal untuk total pengembalian klaim setiap tahun untuk meningkatkan dan memotivasi kinerja bagian casemix dan verifikasi.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terima kasih diberikan kepada semua jajarannya yang telah memfasilitasi terlaksananya penelitian ini.

REFERENSI

- Agiwahyunto, F., Octaviasuni, S., & Fajri, M. U. N. (2019). Analisis Implementasi Total Quality Management (TQM) Pada Kasus Pending Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di RSUD Kendal Tahun 2018. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 7(3), 171–180. <https://doi.org/10.14710/jmki.7.3.2019.15-24>
- Agiwahyunto, F., Sudiro, & Hartini, I. (2016). Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis Dan Diagnosis Asuransi Dengan Diberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Pelayanan BPJS Kesehatan Studi Di RSUD Kota Semarang. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 4(02), 84–90. <https://doi.org/10.14710/jmki.v4i2.13594>
- Artanto, A. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr . Kanujoso Djatiwibowo, Periode Januari-Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit (ARSI)*, 4(2), 122–134. Retrieved from <http://journal.fkm.ui.ac.id/arsi/article/view/2564>
- Arwati, N. K. A., Sedana, I. B. P., & Artini, L. G. S. (2016). Studi Kelayakan Pengembangan Investasi Pada Rumah Sakit Gigi dan Mulut FKG Universitas Mahasaraswati Denpasar. *E-Jurnal Ekonomi Dan Bisnis Universitas Udayana*, 5(6), 1459–1484.
- BPJS Kesehatan. (2014a). *Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2014b). *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim*. Retrieved from https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/Teknis_Verifikasi_Klaim

- 7042014.pdf
 BPJS Kesehatan. (2018). *Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG*. Retrieved from https://www.persi.or.id/images/e-library/panduan_verifikasi_inacbg.pdf
- Dumaris, H. (2015). Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 3(1), 20–28.
- Indawati, L. (2019). Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 105–113. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.230>
- Irmawati, Marsum, & Monalisa. (2019). Analisis Dispute Kode Diagnosis Rumah Sakit Dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 93–98. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.235>
- Kusumawati, A. N., & Pujiyanto. (2018). Analisis Kinerja Dokter Verifikator Internal dalam Menurunkan Angka Klaim Pending di RSUD Koja Tahun 2018. *Jurnal ARSI*, 6(1), 1–10.
- Kusumawati, A. N., & Pujiyanto. (2020). Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018. *Cdk-282*, 47(1), 25–28. Retrieved from <http://103.13.36.125/index.php/CDK/article/view/338>
- Malonda, T. D., Rattu, A. J. M., & Soleman, T. (2015). Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr . Sam Ratulangi Tondano. *Jikmu*, 5(2b), 436–447.
- Megawati, L., & Pratiwi, R. D. (2016). Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1), 36–43. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27476>
- Nuraini, N., Wijayanti, R. A., Putri, F., Alfiansyah, G., Deharja, A., & Santi, M. W. (2019). Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Citra Husada Jember. *Kesmas Indonesia*, 11(1), 24–35. Retrieved from <http://jos.unsoed.ac.id/index.php/kesmasindo/article/view/1314/1031>
- Octaria, H. (2017). Hubungan Beban Kerja Coder Dengan Keakuratan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Syafira Pekanbaru. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 5(1), 92–95. <https://doi.org/10.33560/.v5i1.155>
- Pradani, E. A., Lelonowati, D., & Sujianto. (2017). Keterlambatan Pengumpulan Berkas Verifikasi Klaim BPJS di RS X: Apa Akar Masalah dan Solusinya? *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 6(2), 107–114. <https://doi.org/10.18196/jmmr.6134>
- Pratiwi, A., & Raharjo, B. B. (2017). Pemanfaatan Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang. *HIGELA*, 1(4), 49–60.
- Qudsiah, H., & Indrawati, F. (2018). Pemanfaatan Kartu JKN-KIS pada Pasien Rawat Inap di RSUD Ungaran. *HIGELA*, 2(2), 284–294. <https://doi.org/10.15294/higeia.v2i2.19741>

- Rumah Sakit Umum Daerah KRMT Wongsonegoro Kota Semarang. (2020). *Data Rekam Rumah Sakit Umum Daerah KRMT Wongsonegoro Kota Semarang*. Semarang: DRM Rumah Sakit Umum Daerah KRMT Wongsonegoro Kota Semarang.
- Sabriyah, Sudirman, & Nor, A. R. A. C. (2016). Implementasi Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Anutapura Palu. *Promotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(2), 118–128. <https://doi.org/10.31934/promotif.v6i2.17>
- Windari, A., & Kristijono, A. (2016). Analisis Ketepatan Koding Yang Dihasilkan Koder Di RSUD Ungaran. *Jurnal Riset Kesehatan*, 5(1), 35–39. Retrieved from <http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/jrk>