

KEBIJAKAN PEMERINTAH DAERAH DALAM MENINGKATKAN SISTEM RUJUKAN KESEHATAN DAERAH KEPULAUAN DI KABUPATEN LINGGA PROVINSI KEPULAUAN RIAU

GOVERNMENT POLICY IN IMPROVING HEALTH REFERRAL SYSTEM ISLANDS REGION DISTRICT IN LINGGA DISTRICT PROVINCE OF RIAU ARCHIPELAGO

Ignasius Luti¹, Mubasysyir Hasanbasri², Lutfan Lazuardi²

¹ Dinas Kesehatan Kabupaten Lingga, Kepulauan Riau

² Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: One of the critical issues in the development of national health care is the limited accessibility to health services. Such problems also occur in Lingga District of Kepulauan Riau Province. It is caused by many factors, such as geographical location, cost, number of health personnel and condition of health care facilities, such as health centers and their networks which are not accessible to the public. Several attempts have been made, for example, by improving the status of sub-health centers to be health centers, health centers to be treatment centers, assigning health workers both medical and paramedical, improving health financing and making budget policies. However, its implementation has not been maximal. In accordance with the above background, it would require a study on the role of local government policy in improving the referral system which is useful to know the problems in the field, so that in the future a variety of improvement can be done.

Objective: To determine the referral system in the islands area of Lingga District.

Methods: This was a case-study research. The research subjects were head of health centers / health center doctors, nurses/midwife assistants, ambulance drivers/sea ambulance drivers, patient families, community figures, jamkesmas/Jamkesda managers, head of health care section/head of health office, director of local hospital/mobile hospital and emergency room nurses. The variables in this study were independent variable (referral system) and dependent variable (ambulance service). The research location was in Lingga District of Kepulauan Riau Province.

Results: The results showed that policy efforts of the Lingga Government District in improving the referral system had existed. The existing financing policy had encompassed two aspects both from the demand side (medical expenses) and from the supply side (a system that supported health care). The process of referral from primary care to advanced services had been going well although there was still lack as the unavailability and completeness of services. Most of the health workers had received training; there were also specialist doctors (in collaboration with the faculty of medicine), but networking in the referral process was done partially and not integrated.

Conclusion: The health referral system in Lingga District had run pretty well, but did not fully involve community participation in an integrated service system. The local government in this case Lingga District Health Office needs to revitalize as well as

accelerate the development of *Desa Siaga* (alert villages) readiness to increase community participation in the development of a referral system.

Keywords: policy, referral systems, islands, ambulance service

ABSTRAK

Latar Belakang: Salah satu permasalahan penting dalam pembangunan kesehatan nasional adalah terbatasnya aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan. Permasalahan ini juga terjadi di Kabupaten Lingga, Provinsi Kepulauan Riau. Hal ini disebabkan oleh berbagai hal, antara lain letak geografis, biaya, jumlah tenaga kesehatan dan kondisi fasilitas pelayanan kesehatan, seperti puskesmas dan jaringannya, yang belum sepenuhnya dapat dijangkau oleh masyarakat. Beberapa upaya telah dilakukan, misalnya dengan meningkatkan status puskesmas pembantu menjadi puskesmas, puskesmas menjadi puskesmas perawatan, menempatkan tenaga kesehatan baik medis maupun paramedis, meningkatkan anggaran pembiayaan kesehatan dan membuat kebijakan yang mendukung. Namun dalam implementasinya belum dilaksanakan dengan maksimal. Sesuai dengan latar belakang di atas, maka diperlukan suatu penelitian mengenai peran kebijakan pemerintah daerah dalam meningkatkan sistem rujukan yang berguna untuk mengetahui permasalahan di lapangan, sehingga ke depan dapat dilakukan berbagai perbaikan.

Tujuan: Untuk mengetahui bagaimana sistem rujukan di daerah kepulauan di Kabupaten Lingga.

Metode: Penelitian ini adalah penelitian dengan jenis studi kasus. Subjek penelitiannya adalah: kepala puskesmas/dokter puskesmas, perawat/bidan pendamping, supir ambulans/puskel laut, keluarga pasien, tokoh masyarakat, pengelola jamkesmas/jamkesda, kepala bidang pelayanan kesehatan/kepala dinas kesehatan, direktur RSUD/RS Lapangan, dan perawat UGD RS. Variabel dalam penelitian ini ada dua yaitu variabel independen (sistem rujukan) dan variabel dependen (layanan ambulans). Lokasi penelitian adalah Kabupaten Lingga Provinsi Kepulauan Riau.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa sudah ada upaya-upaya kebijakan dari Pemerintah Kabupaten Lingga dalam meningkatkan sistem rujukan. Kebijakan pembiayaan yang ada telah mencakup dua aspek baik dari sisi *demand* (biaya pengobatan) dan dari sisi *supply* (sistem yang mendukung pelayanan kesehatan). Proses rujukan dari pelayanan kesehatan primer ke pelayanan tingkat lanjut telah berjalan baik walaupun

masih ada kekurangan seperti belum memperhatikan aspek ketersediaan dan kelengkapan jenis pelayanan. Sebagian besar tenaga kesehatan telah mendapat pelatihan, tenaga dokter spesialis juga ada (hasil kerjasama dengan fakultas kedokteran), namun networking dalam proses rujukan masih dilakukan secara parsial dan belum terintegrasi.

Kesimpulan: Sistem rujukan kesehatan di Kabupaten Lingga telah berjalan cukup baik, namun belum sepenuhnya melibatkan partisipasi masyarakat dalam suatu sistem pelayanan yang terintegrasi. Pemerintah daerah dalam hal ini Dinas Kesehatan Lingga perlu merevitalisasi sekaligus mempercepat pengembangan desa siaga untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pengembangan sistem rujukan.

Kata Kunci: kebijakan, sistem rujukan, daerah kepulauan, layanan ambulans.

PENGANTAR

Salah satu prioritas reformasi kesehatan adalah meningkatkan dan pemerataan pelayanan yang bermutu bagi masyarakat di daerah terpencil dan kepulauan dengan berbagai rencana aksinya. Terbentuknya rencana aksi tersebut diharapkan pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar semakin terpenuhi, sehingga masyarakat di wilayah terpencil dan kepulauan akan terjamin kesehatannya. Kebijakan kesehatan di Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kebijakan rencana pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat¹.

Kabupaten Lingga merupakan salah satu kabupaten yang ada di Provinsi Kepulauan Riau. Wilayah Kabupaten Lingga terdiri dari 521 buah pulau besar dan kecil. Tidak kurang dari 92 buah pulau di antaranya sudah dihuni, sedangkan sisanya belum berpenghuni. Kondisi sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di daerah kepulauan di Kabupaten Lingga cukup banyak yang tidak memadai, misalnya alat kesehatan, obat, sarana, transportasi dan alat komunikasi, sehingga akses untuk menjangkau ataupun dijangkau masyarakat masih belum memadai. Hal ini dapat dilihat dari angka cakupan pelayanan kesehatan di puskesmas tersebut yang masih rendah. Masyarakat secara umum belum mempunyai pengetahuan dan berperilaku hidup bersih dan sehat. Masih banyak masyarakat mengalami kesulitan untuk mendapatkan air bersih, tidak tersedia jamban keluarga hingga kondisi rumah yang tidak sehat (ventilasi yang tidak cukup tersedia) dan lingkungan yang tidak sehat².

Selain hal tersebut, pelayanan kesehatan di daerah kepulauan di Kabupaten Lingga juga mengalami hambatan dalam ketersediaan tenaga, karena tenaga kesehatan di puskesmas masih terbatas baik jumlah maupun jenisnya, *turn over* petugas tinggi dan minat untuk bertugas di daerah terpencil masih rendah. Hal ini disebabkan sarana transportasi yang

terbatas, sarana publik yang terbatas di daerah kepulauan dan belum adanya transportasi kapal laut yang rutin untuk mencapai pulau pulau kecil yang dihuni masyarakat.

Salah satu permasalahan pelayanan kesehatan di daerah terpencil dan kepulauan di Kabupaten Lingga adalah sistem rujukan antara pelayanan kesehatan dari puskesmas pembantu/polindes ke puskesmas ataupun dari puskesmas ke rumah sakit rujukan terdekat. Hal ini sesuai dengan latar belakang di atas, mulai dari Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan yang terbatas, letak geografis yang terdiri dari lautan yang memerlukan biaya besar dengan transportasi laut. Rumah sakit tempat tujuan rujukan di Kabupaten Lingga ada dua buah. Kedua rumah sakit tersebut adalah RSUD tipe D di Kecamatan Singkep dan rumah sakit lapangan di ibu kota Kabupaten Lingga. Tenaga dokter spesialis yang ada di kedua RS tersebut bersifat kontrak kerja sama yang terdiri dari empat spesialis dasar. Kasus-kasus penyakit yang berat dan yang memang tidak mampu ditangani akan dirujuk ke rumah sakit yang mempunyai tenaga spesialis dan peralatan yang lebih lengkap di ibu kota provinsi.

Adapun tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kebijakan yang dilakukan pemerintah daerah untuk meningkatkan sistem rujukan di daerah kepulauan.

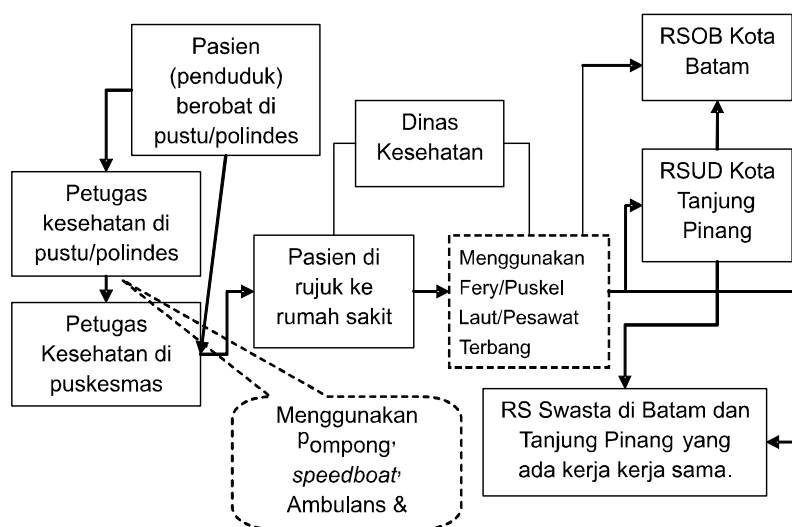
BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian dengan rancangan studi kasus. Disain studi kasus merupakan strategi penelitian dimana peneliti memiliki sedikit peluang untuk mengontrol peristiwa-peristiwa yang akan diselidiki dan fokus penelitiannya pada fenomena kontemporer dalam konteks kehidupan nyata³. Studi kasus digunakan karena tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana sistem rujukan di daerah kepulauan.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Pelaksanaan Sistem Rujukan di Kabupaten Lingga Alur Rujukan

Alur rujukan terbagi atas dua jenis yaitu alur rujukan yang melewati laut dan rujukan yang hanya di darat. Proses rujukan dimulai dari pasien yang berobat ke puskesmas pembantu atau polindes. Beberapa jenis alat transportasi yang digunakan dalam proses rujukan ini adalah kapal puskesmas keliling laut, ambulans, kapal Ferry dan pesawat terbang. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara dengan beberapa informan sebagai berikut: "...pakai



Gambar 1. Alur rujukan

speed atau kalau ke Tanjung Pinang kita pakai kapal Fery.” (Bidan RSUD Dabo)

Alur rujukan dapat dilihat pada Gambar 1.

Layanan Pendampingan Rujukan

Layanan pendampingan ini tidak hanya diperuntukkan bagi pasien dengan jaminan tertentu melainkan untuk semua pasien baik yang berasal dari Jamkesda maupun Jamkesmas. Tenaga yang mendampingi adalah bidan atau perawat, bergantung pada jenis masalah kesehatan yang diderita. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara sebagai berikut: “Kalau untuk masyarakat yang membutuhkan di luar pasien JKL, seperti Jamkesmas tetap kita damping.” (Kapus Tajur Biru)

Administrasi Rujukan

Untuk kelancaran rujukan, maka dalam proses pelaksanaannya membutuhkan kelengkapan administrasi terutama untuk masyarakat miskin dan tidak mampu serta kelompok khusus. Hal ini di buktikan dari hasil wawancara sebagai berikut: “Kita mempunyai SOPnya dalam merujuk pasien mulai dari persiapan dokumen, manajemen pasien rujukan, transportasi-nya, syarat-syarat rujukan sampai menghubungi rumah sakit yang mau kita tuju itu sudah diatur dalam protap kita.” (Direktur RSUD Dabo)

Kendala dalam Pelaksanaan Sistem Rujukan

Sistem ini masih terdapat banyak kekurangan dan kendala dalam proses rujukan. Salah satu kendala adalah kompetensi pegawai di sarana pelayanan kesehatan penerima rujukan. Hal ini di buktikan dari hasil wawancara sebagai berikut: “Saran kami karena ini melibatkan stakeholder yang diluar kewenangan kami mengharapakan sering diadakan monitoring

sekali-gus pelatihan-pelatihan untuk melengkapi kecakapan seluruh pegawai yang bertugas di sarana pelayanan kesehatan kami. Kita harus memikirkan juga untuk transportasi udara karena ada beberapa kasus yang perlu ditangani segera” (Direktur RSUD Dabo).

Kelengkapan administrasi rujukan sangat penting agar proses rujukan menjadi lancar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa masih banyak warga yang belum memiliki KTP dan kartu administratif lainnya. Warga yang belum mendapat kartu tersebut berasal dari desa-desa yang ada di daerah sangat terpencil. Walaupun demikian, mereka tetap mendapat jaminan kesehatan yang di tanggung oleh pemerintah daerah dan pemerintah pusat. Masih ditemukan adanya keterlambatan dalam proses rujukan. Masyarakat kesulitan menghubungi pihak rumah sakit dan puskesmas karena ada beberapa desa yang tidak terjangkau oleh sinyal *handphone*.

Sarana Transportasi Rujukan

1. Pompong

Karakteristik	Deskripsi
Prosedur Pemanfaatan	Masyarakat/pasien bersama petugas kesehatan bersama-sama menyewa bila kapal puskel laut tidak tersedia atau sedang mengalami kendala
Ketersediaan	Speedboat ini walaupun jumlahnya terbatas namun bila diperlukan cukup mudah untuk mendapatkannya.
Waktu tunggu	Selalu tersedia 24 jam ketika membutuhkan layanan rujukan
Biaya	Mahal jika dibandingkan dengan menyewa pompong dan jasa angkut ditanggung oleh penyewa.
Kenyamanan dan keamanan	Terbuat dari fiber dengan daya tampung 8-12 orang. Kondisinya lebih baik dari pompong dan jauh lebih cepat.

Rute Rujukan	Pustu ke puskesmas atau dari puskesmas ke rumah sakit yang jaraknya relatif dekat
Kelemahan	Boros BBM, biaya sewa mahal dan keamanan kurang terjamin ketika ada ombak besar.

2. Speed Boat

Karakteristik	Deskripsi
Prosedur Pemanfaatan	Masyarakat/pasien bersama petugas kesehatan bersama-sama menyewa bila kapal puskel laut tidak tersedia atau sedang mengalami kendala
Ketersediaan	<i>Speedboat</i> ini walaupun jumlahnya terbatas namun bila diperlukan cukup mudah untuk mendapatkannya.
Waktu tunggu	Selalu tersedia 24 jam ketika membutuhkan layanan rujukan
Biaya	Mahal jika dibandingkan dengan menyewa pompong dan jasa angkut ditanggung oleh penyewa.
Kenyamanan dan keamanan	Terbuat dari fiber dengan daya tampung 8-12 orang. Kondisinya lebih baik dari pompong dan jauh lebih cepat.
Rute Rujukan	Pustu ke puskesmas atau dari puskesmas ke rumah sakit yang jaraknya relatif dekat
Kelemahan	Boros BBM, biaya sewa mahal dan keamanan kurang terjamin ketika ada ombak besar.

3. Puskesmas Keliling

Karakteristik	Deskripsi
Prosedur Pemanfaatan	Masyarakat yang membutuhkan puskel berkoordinasi dengan kepala puskesmas untuk menggunakan layanan puskel. Petugas puskesmas kemudian menghubungi pihak dinas kesehatan. Dinas kesehatan akan menghubungi nakhoda puskel dan memberitahukan tentang proses rujukan. Setelah mendapat ijin dari dinas, nakhoda puskel kemudian mengangkut pasien yang dirujuk ke rumah sakit.
Ketersediaan	Puskel tersedia setiap waktu selama 24 jam <i>on call</i>
Waktu tunggu	Biasanya tidak menunggu lama karena distribusi puskel sudah mempertimbangkan jalur dan kemudahan rujukan. Selain itu, puskel juga di parkir di pelabuhan atau dermaga yang bisa dijangkau
Biaya	Biaya operasionalnya ditanggung oleh pemerintah daerah
Kenyamanan dan keamanan	Puskel yang ada relatif aman dan nyaman karena memang sudah di desain untuk layanan kesehatan. Daya tampungnya bervariasi sesuai ukurannya mulai dari 8-25 orang
Rute Rujukan	Pustu/polindes ke puskesmas, dari puskesmas ke RS dan antar rumah sakit yang ada dalam rangka rujukan tersier

Kelemahan	Jumlahnya hanya satu unit, memerlukan BBM yang banyak dan kadang terjadi kelangkaan BBM yang membuat operasional tidak berjalan dengan baik. Kecepatannya masih di bawah <i>speedboat</i> .
-----------	---

4. Kapal Ferry

Karakteristik	Deskripsi
Prosedur Pemanfaatan	Pasien dan pihak rumah sakit berkoordinasi kemudian pihak RS membuat surat rujukan dan juga surat pemberitahuan kepada syahbandar dan nakhoda kapal.
Ketersediaan	Tersedia setiap hari dari pukul 07.30 sampai dengan pukul 08.00 dengan waktu tempuh ke tanjung pinang selama 3,5 jam dan ke batam selama kurang lebih 4 jam.
Waktu tunggu	Tidak fleksibel dan harus menunggu sampai pagi karena pukul 07.30 pagi baru kapal di berangkatkan.
Biaya	Biaya tiket perjalanan ditanggung pasien untuk yang mampu sedangkan untuk yang tidak mampu ditanggung oleh pemerintah daerah sebesar 150-200 ribu rupiah
Kenyamanan dan keamanan	Karena berukuran besar, maka dari segi keamanan lebih terjamin akan tetapi dari segi kenyamanan relatif kurang baik karena pasien berada bersama-sama dengan hiruk pikuk penumpang biasa.
Rute Rujukan	Rujukan antar rumah sakit yakni dari RSUD kabupaten ke RSUD di ibukota provinsi atau ke RS swasta lainnya di Kota Batam.
Kelemahan	Tidak tersedia setiap saat dan hanya bisa di akses pada pagi hari dan tidak bisa pada malam hari atau siang hari.

5. Pesawat terbang

Karakteristik	Deskripsi
Prosedur Pemanfaatan	Masyarakat dan pihak rumah sakit berkoordinasi untuk melakukan rujukan dengan menghubungi pihak penyedia layanan terutama agen penerbangan dan pihak bandara. Layanan ini lebih banyak dipakai untuk rujukan kasus medis yang membutuhkan penanganan segera.
Ketersediaan Waktu tunggu	Tersedia dalam dua kali seminggu Tidak fleksibel dan hanya tersedia sesuai jadwal yang ada
Biaya Kenyamanan dan keamanan	Biaya tiket sebesar 450 ribu rupiah. Kenyamanan dan keamanan menggunakan pesawat pasti lebih terjamin dan lebih cepat sampai.
Rute Rujukan	Hanya tersedia untuk rujukan dari Lingga ke Batam.
Kelemahan	Tidak tersedia setiap saat .

6. Ambulans

Karakteristik	Deskripsi
Prosedur Pemanfaatan	Pasien menghubungi petugas puskesmas (bagi puskesmas yang memiliki ambulans), untuk puskesmas yang tidak memiliki ambulans maka pasien bersama petugas puskesmas menghubungi pihak UGD rumah sakit dan pihak UGD akan memberitahu sopir ambulans untuk pergi menjemput pasien.
Ketersediaan	Tersedia 4 unit ambulans dan 3 sopir di RS Lapangan Lingga dan 3 ambulans dan 3 sopir di RSUD Dabo dan juga ada beberapa di puskesmas
Waktu tunggu	Selalu tersedia 24 jam <i>on call</i>
Biaya	Biaya operasional BBM dan jasa petugas ditanggung oleh pemerintah daerah bagi pasien tidak mampu.
Kenyamanan dan keamanan	Baik karena memang dibuat khusus untuk layanan pasien.
Rute Rujukan	Dari puskesmas ataupun rumah penduduk ke rumah sakit yang berada dalam satu daratan.
Kelemahan	Kondisi geografi yang sulit (jalan kurang bagus), kerusakan mobil dan kendala kelangkaan BBM

2. Kebijakan Pembiayaan Sistem Rujukan Komitmen Pemerintah Daerah

Secara umum, komitmen pemerintah daerah Kabupaten Lingga cukup tinggi untuk sektor kesehatan khususnya dalam menjamin penduduknya dalam proses rujukan untuk mengakses layanan kesehatan. Hal ini terlihat dari alokasi pembiayaan APBD kabupaten untuk program pemeliharaan kesehatan Jaminan Kesehatan Lingga (JKL) sebesar Rp6.653.264.300,00 atau 17,01% dari total belanja langsung APBD dinas kesehatan. Jaminan Kesehatan Lingga (JKL) ini diselenggarakan untuk menjamin penduduk yang kurang mampu yang tidak mendapat jamkesmas dan penduduk kelompok khusus. Kelompok khusus adalah penduduk Lingga yang memiliki karakteristik sebagai berikut: pegawai dan guru tidak tetap, tenaga honor harian lepas, tenaga honor komite, segenap perangkat desa, anggota badan permusyawaratan desa, segenap perangkat lembaga pemberdayaan masyarakat desa, seluruh kader PKK, dan seluruh kader posyandu.

3. Kebijakan Pengelolaan Sumber Daya Sistem Rujukan Pengelolaan SDM di Puskesmas

Salah satu komponen penting dalam sistem rujukan yaitu kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah tenaga kesehatan di puskesmas dan jaringannya seperti pustu dan polindes saat ini sudah mencukupi. Hal ini didukung

oleh hasil wawancara sebagai berikut: “Kalau dari Sumber Daya Manusianya kita masih banyak kekurangannya. Dari dokter kita masih kurang menurut standar pelayanan, puskesmas rawat inap itu minimal memiliki dokter umum 2 orang, maksimal 5 orang, kendala di lapangan pemeriksa penunjang maupun pemeriksa labor.” (Dokter Tajur Biru)

Pengelolaan Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit

Komponen ketenagaan yang tak kalah pentingnya adalah ketenagaan di rumah sakit sebagai tempat rujukan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah tenaga masih kurang terutama dokter umum dan dokter spesialis sedangkan tenaga bidan dan perawat relatif cukup. Hampir semua bidan dan perawat di UGD rumah sakit telah mendapat pelatihan BTLS.

Networking dalam Meningkatkan Kualitas Sistem Rujukan Puskesmas dan Rumah Sakit

Hasil penelitian menunjukkan bahwa puskesmas dan rumah sakit telah menjalin kerja sama dalam penanganan rujukan kasus. Bagi puskesmas yang terletak di satu daratan dengan rumah sakit yang tidak memiliki ambulans, maka pihak puskesmas menghubungi sekaligus meminta bantuan ambulans ke rumah sakit untuk merujuk pasien.

Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan

Kerja sama Dinas Kesehatan Lingga dengan rumah sakit terkait erat dengan pelaksanaan jamkesmas dan jamkesda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kerjasama ini meliputi penyediaan layanan untuk pasien jamkesda dan jamkesmas dan layanan pendampingan rujukan dari rumah sakit. Kerjasama lainnya adalah untuk penambahan dan kontrak dokter spesialis di unit pelayanan kesehatan di RSUD Dabo dan RS Lapangan Lingga. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara sebagai berikut: “..iya ada, kita melayani seluruh peserta jamkesmas dan jamkesda.” (Direktur RSUD Dabo).

Dinas Kesehatan dan Institusi Kesehatan Swasta

Ketersediaan sarana atau fasilitas kesehatan yang memadai merupakan determinan penting dalam akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Dalam rangka meningkatkan kualitas layanan kesehatan dasar dan rujukan, maka pemerintah Kabupaten Lingga bekerja sama dengan rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta di Tanjung Pinang, Batam dan daerah lainnya. Kerjasama ini meliputi penyediaan layanan kesehatan untuk

masyarakat Kabupaten Lingga melalui pembiayaan jamkesda.

PEMBAHASAN

1. Pelaksanaan Sistem Rujukan

Alur rujukan yang diidentifikasi di Kabupaten Lingga adalah mengikuti alur rujukan piramid dan ada juga yang tidak mengikuti alur rujukan piramid walaupun dari segi frekuensi, alur rujukan non piramid ini lebih kecil. Pasien tidak hanya mencari pelayanan ke tingkat atas tetapi juga ke tingkat bawah sesuai dengan kebutuhan individu. Pada beberapa negara berkembang masyarakat sering melewati fasilitas pelayanan tingkat pertama sehingga menyebabkan kelebihan kapasitas pada fasilitas pelayanan yang lebih tinggi⁴. Pada umumnya rujukan kesehatan mengikuti pola *pyramid* yang dimulai dari pelayanan tingkat dasar sampai pelayanan di atasnya, akan tetapi beberapa penelitian membuktikan ada pola-pola yang berbeda dalam melakukan rujukan tergantung dari keinginan yang menangani dengan melewati tingkatan yang lebih rendah ke tingkat lanjut⁵. Ada masyarakat di daerah terpencil dengan sarana transportasi yang sulit dan sistem pelayanan kesehatan yang masih lemah, melakukan rujukan sendiri ke fasilitas kesehatan sekunder. Hal ini dilakukan sebagai pilihan tercepat yang dapat diambil untuk menghindari komplikasi yang tidak diinginkan. Rujukan non piramid ini juga dapat terjadi karena dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan pada tingkat lebih rendah. Mayoritas (61%-82%) pengguna layanan rumah sakit bersalin tidak dirujuk oleh petugas kesehatan tetapi atas inisiatif sendiri. Hal ini dapat terjadi karena kurangnya pemanfaatan fasilitas kesehatan di tingkat bawah atau kurangnya kualitas layanan rujukan di tingkat bawah⁶.

Pada konteks alur rujukan, penelitian ini menemukan bahwa pertimbangan utama dalam memilih tempat rujukan dari puskesmas ke rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan sekunder adalah faktor kedekatan jarak dan kemudahan jangkauan. Alur rujukan selama ini belum sepenuhnya memperhatikan aspek ketersediaan dan kelengkapan jenis layanan pada fasilitas kesehatan yang dituju. Masih ada stigma bahwa jika puskesmas tidak bisa menangani masalah pasien maka rumah sakit menjadi pihak yang dianggap bisa menyelesaikan masalah tersebut. Padahal di sisi lain, rumah sakit di daerah belum tentu memiliki kapasitas untuk menangani masalah tersebut. Salah satu problem dalam implementasi sistem rujukan adalah keterbatasan sumber daya dan infrastruktur yang esensial dalam institusi kesehatan untuk menyediakan layanan kesehatan yang minimal⁷.

Pada dasarnya pasien tidak ingin lama-lama menderita penyakit dan berharap dalam waktu secepat mungkin tenaga kesehatan melakukan sesuatu yang bisa menghilangkan penyakitnya. Proses rujukan yang sifatnya formal dan hierarkis dari pustu/puskesmas ke rumah sakit tanpa memperhatikan ketersediaan dan kemampuan layanan rumah sakit, hanya akan menambah masalah baru dalam mutu pelayanan kesehatan. Mutu tersebut terkait erat dengan kepuasan pasien. Aspek kesediaan dan kemampuan layanan rumah sakit sangat penting, akan tetapi kurang mendapat perhatian dari penyedia layanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas. Beberapa alasan yang menyebabkan hal tersebut diabaikan adalah 1) *need* pasien ditentukan oleh tenaga kesehatan, dan 2) pasien tidak memiliki kebebasan memilih untuk menentukan tindakan terbaik untuk dirinya dalam pelayanan kesehatan.

Transportasi Rujukan

Permasalahan pelayanan kesehatan di daerah terpencil dapat diatasi dengan adanya pelayanan kesehatan yang terintegrasi yaitu kombinasi antara seluruh kegiatan pelayanan kesehatan terhadap pasien dengan kepastian koordinasi dan hubungan antar individual di dalamnya. Sistem kesehatan yang terintegrasi ini terbagi atas dua pendekatan yaitu pendekatan institusi dan pendekatan sistem⁸. Tiga kontributor yang dapat membuat integrasi berjalan dengan baik adalah pemerintah, teknologi dan transportasi dengan komponen utama adalah perekrutan komunitas lokal yang memberikan pelayanan kesehatan berdasarkan kepentingan masyarakat sekitar⁹. Program pemerintah yang dapat diadopsi sebagai dasar keikut-sertaan masyarakat dalam pelayanan kesehatan khususnya pelayanan rujukan adalah program desa siaga. Desa siaga adalah desa yang memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan (bencana dan kegawat daruratan kesehatan) secara mandiri¹. Untuk meningkatkan kualitas sistem rujukan di Kabupaten Lingga, maka salah satu strategi yang harus dilakukan oleh pemerintah daerah adalah revitalisasi kebijakan desa siaga. Point penting dalam pengembangan desa siaga ini perlu diarahkan pada pemberdayaan masyarakat terutama dalam penyediaan dan mekanisme transportasi rujukan kesehatan.

Seperti yang sudah disebutkan sebelumnya bahwa keberadaan sarana transportasi dalam proses rujukan adalah hal yang sangat penting. Fasilitas transportasi yang baik pada pelaksanaan rujukan adalah alat transportasi yang sesuai dengan keadaan

geografis daerah tersebut¹¹. Penelitian ini menemukan bahwa sarana transportasi yang digunakan untuk proses rujukan dari masyarakat (pengobatan sendiri) ke pustu/polindes dan seterusnya ke puskesmas masih banyak menggunakan sarana transportasi yang ada di masyarakat seperti pompong, *speedboat*, dan ambulans. Sementara itu, untuk transportasi rujukan dari puskesmas ke RSUD lebih banyak menggunakan kapal puskel, *speed boat* dan ambulans.

Dalam konteks keterbatasan alat transportasi dari pemerintah (kapal puskel dan ambulans), maka di tingkat desa dan komunitas, penggunaan "pompong" dan *speedboat* sebagai alat transportasi rujukan menjadi sangat relevan dan penting meskipun belum sepenuhnya memberikan kenyamanan dan keamanan. Melalui pengembangan kebijakan desa siaga, maka pengembangan sistem rujukan perlu mengakomodasi kearifan lokal yang ada yang bersumber dari masyarakat. Salah satu hal yang dapat mendukung terlaksananya aktivitas pelayanan kesehatan di daerah terpencil adalah adanya partisipasi masyarakat⁹. Partisipasi masyarakat adalah suatu proses kolaborasi sosial yang tumbuh bersama dengan masyarakat meningkatkan aset serta kemampuan untuk membuat perubahan sosial sehingga diharapkan komunitas dapat menyelesaikan permasalahan sendiri. Dengan demikian, pengembangan desa siaga menjadi hal yang sangat penting di daerah terpencil dan kepulauan¹¹.

Akses terhadap transportasi yang efisien, kuat dan aman di negara berkembang itu terbatas dan berdampak terhadap kemampuan individu untuk mencari pelayanan kesehatan yang tepat waktu¹². Satu hal yang menarik dari penelitian ini adalah ketersediaan sarana untuk rujukan yang dapat diakses selama 24 jam melalui telepon namun jumlahnya masih terbatas. Sarana transportasi rujukan tersebut adalah kapal puskel milik pemerintah. Di sisi lain, karena terbatasnya jumlah puskel dan banyaknya permintaan rujukan yang datang, maka penggunaan sumber daya transport yang ada di masyarakat menjadi tak terhindarkan. Di satu sisi, sarana yang bersumber masyarakat ini memang kurang nyaman dan kurang cocok untuk proses rujukan tapi di sisi lain, keberadaan sarana transport tersebut sangat membantu memenuhi kebutuhan *emergency* pasien. Pelayanan kesehatan di daerah terpencil yang berkesinambungan berjalan dengan baik jika adanya kerjasama antara petugas kesehatan dengan komunitas lokal untuk memenuhi kebutuhan masyarakat sekitar¹³. Penelitian lain juga menemukan peran transportasi lokal dalam pengembangan sistem rujukan.

Bulle merupakan pilihan utama sarana transportasi rujukan dari desa ke puskesmas apabila sarana jalan dan kondisi geografis tidak memungkinkan untuk dilalui kendaraan roda dua di salah satu Kabupaten Majene Sulawesi Barat¹⁴. Transportasi mempengaruhi rujukan karena waktu tempuh menuju rumah sakit akan mempengaruhi kualitas rujukan¹⁵.

Layanan Pendampingan

Bagi pasien dengan keluhan penyakit yang umum maka biasanya perawat yang mendampingi. Akan tetapi, jika pasien dengan masalah kebidanan atau melahirkan maka bidan lah yang akan mendampingi selama proses rujukan. Adanya pendampingan oleh tenaga kesehatan memiliki mafaat dalam mengurangi tingkat morbiditas¹⁶, sebagai contoh, ibu bersalin yang dirujuk didampingi bidan, disertai partograf dan disediakan transportasi pada umumnya memiliki prognosis yang baik.

Masalah kesehatan dapat terjadi setiap saat. Berkaitan dengan layanan pendampingan dalam proses rujukan maka pemerintah daerah Kabupaten Lingga perlu meningkatkan jumlah dan jenis tenaga kesehatan di desa terutama di pustu dan polindes. Hal ini penting untuk menjaga agar dengan adanya layanan pendampingan dalam proses rujukan, ketersediaan tenaga kesehatan tetap ada di masyarakat.

Kendala Pelaksanaan Sistem Rujukan

Sebagus apapun suatu sistem yang dijalankan, tentu tidak serta merta dapat dinyatakan bahwa sistem tersebut sempurna. Hal yang sama juga terjadi dalam pelaksanaan sistem rujukan kesehatan yang ada di Kabupaten Lingga. Beberapa kendala tersebut adalah kompetensi pegawai di sarana pelayanan kesehatan rujukan, kendala geografis, ketersediaan BBM, kelengkapan administrasi rujukan, ketersediaan tenaga di fasilitas kesehatan primer dan kemampuan diagnosis dokter.

Penelitian ini menemukan bahwa salah satu masalah dalam pelaksanaan sistem rujukan di Kabupaten Lingga adalah masalah kompetensi tenaga kesehatan. Kesiapan fasilitas kesehatan primer dalam pemberian layanan kesehatan sangat penting dalam sektor kesehatan. Salah satu strategi yang penting untuk meningkatkan kesiapan fasilitas kesehatan adalah dengan melakukan pelatihan kepada tenaga kesehatan untuk meningkatkan kompetensi¹⁷. Perbaikan kompetensi ini akan sangat menunjang tugas-tugas pelayanan termasuk di dalamnya penanganan rujukan jika terjadi komplikasi. Dalam konteks menurunkan angka kematian ibu, maka pelatihan yang terkait dengan penanganan komplikasi

obstetri sangat penting. Salah satu cara untuk meningkatkan kualitas sistem rujukan adalah dengan pelatihan bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada bagian yang berkaitan langsung dengan layanan kesehatan baik di tingkat pelayanan kesehatan primer maupun di rumah sakit¹⁸.

Faktor yang mempengaruhi akses masyarakat ke rumah sakit adalah faktor geografi¹⁹. Dalam arti fisik, kendala geografis di darat berhubungan erat dengan kondisi jalan, ketersediaan transportasi dan pengaruh musim atau cuaca. Semakin jauh jarak secara geografis, maka pengorbanan biaya dan waktu menjadi semakin besar. Oleh karena itu, dalam mengembangkan sistem rujukan yang optimal perlu bekerja sama dengan sektor lain untuk memperbaiki sarana dan prasarana transportasi. Dengan demikian, untuk transportasi darat, pemerintah daerah kabupaten Lingga dalam hal ini dinas kesehatan perlu bekerja sama dengan Dinas Pekerjaan Umum terutama dalam mengadvokasi prioritas pembangunan prasarana wilayah tertentu yang kebutuhan akan layanan kesehatannya tinggi.

Support system adalah komponen penting terutama dalam transportasi rujukan. Penelitian ini menemukan bahwa gangguan pada *support system* rujukan memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap pelaksanaan rujukan. Di Kabupaten Lingga, transportasi andalan untuk rujukan melalui laut adalah kapal puskel laut, sedangkan rujukan di darat mengandalkan ambulans. Transportasi laut membutuhkan *support system* terutama ketersediaan bahan bakar minyak. Kelangkaan atau tidak tersedianya BBM akan melumpuhkan sistem rujukan. Oleh karena itu, pemerintah daerah harus dapat menjamin ketersediaan BBM untuk layanan kesehatan. Untuk hal itu, maka kerjasama dengan pihak penjual minyak atau pun dengan agen pemasok minyak perlu ditingkatkan. Jika memungkinkan, kerja sama tersebut di bakukan dalam bentuk MoU.

2. Kebijakan Pembiayaan Sistem Rujukan

Pada dasarnya, kebijakan pembiayaan yang dilakukan pemerintah Kabupaten Lingga dilakukan pada dua sisi sekaligus yaitu dari sisi *demand* dan dari sisi *supply*. Dari sisi *demand*, pemerintah membiayai seluruh biaya perawatan dan pengobatan pelayanan kesehatan. Sementara itu, dari sisi *supply*, pemerintah kabupaten juga membiayai agar sistem pelayanan kesehatan tetap bisa berjalan dan memproduksi layanan bagi masyarakat. Pembiayaan dari sisi *demand* terbukti dari alokasi anggaran dari APBD untuk jamkesda. Pembiayaan dari sisi *supply* terbukti dari alokasi anggaran untuk operasio-

nal transportasi rujukan, biaya pemeliharaan kendaraan rujukan, biaya pendampingan dalam proses rujukan, biaya pengadaan dokter PTT, kontrak dokter spesialis dan biaya pembangunan sarana kesehatan di daerah kepulauan yang terpencil. Secara umum, pemerintah kabupaten menjalankan misi sosial yakni membebaskan biaya pelayanan kesehatan untuk masyarakat. Kendala dalam akses terhadap pelayanan kesehatan di salah satu rumah sakit di Kamboja adalah faktor finansial¹⁹. Untuk mengatasi hal ini, beberapa NGO lokal yang disupport oleh Unicef kemudian mengembangkan "*Health Equity Fund*" untuk meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan di rumah sakit. Namun, pengembangan kebijakan pembiayaan ini tidak membawa dampak yang signifikan karena hanya menekankan pada sisi demand terhadap layanan kesehatan dan kurang memberi dukungan terhadap penyediaan sarana dan layanan kesehatan di daerah terpencil.

3. Pengelolaan Sumber Daya Manusia dalam Sistem Rujukan

Penelitian ini menemukan bahwa masih terdapat kekurangan dokter umum di tingkat puskesmas. Hampir 30% dari 7500 puskesmas yang ada di Indonesia di daerah terpencil tidak memiliki tenaga dokter²⁰. Penelitian ini juga menemukan bahwa di rumah sakit yang ada di Kabupaten Lingga, belum tersedia dokter spesialis yang cukup dan menetap. Pengaturan mekanisme praktik dokter spesialis di rumah sakit juga belum mampu memenuhi kebutuhan masyarakat.

Contracting Out Pelayanan Kesehatan Primer

Untuk mengatasi persoalan ketenagaan dan pelayanan kesehatan di daerah terpencil khususnya untuk pelayanan kesehatan primer di puskesmas, pustu atau polindes maka salah satu hal penting yang harus dilakukan adalah *contracting out* pelayanan kesehatan. *Contracting out* ini ditujukan khususnya untuk daerah terpencil yang sulit dijangkau oleh tenaga kesehatan pemerintah. Pihak swasta turut dilibatkan dalam proses pelayanan kesehatan. *Contracting out* adalah suatu mekanisme pembelian yang digunakan untuk mendapatkan pelayanan tertentu selama periode waktu tertentu²¹. *Contracting out* sebagai praktik yang dilakukan pemerintah atau perusahaan swasta untuk mempekerjakan agen dari luar sistem kesehatan yang dikelola pemerintah untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang tidak bisa dikelola pemerintah²². *Contracting out*

mengandung suatu konsep yang tidak terbatas pada hubungan jual beli semata tetapi adanya hubungan yang terus menerus pada suatu periode dalam suatu ikatan kontrak.

Mekanisme *contracting out* ini dapat meningkatkan efisiensi teknis maupun alokatif. Mekanisme ini membedakan secara jelas peran sebagai pembayar dan peran sebagai penyedia layanan kesehatan. *Contracting out* merangsang terjadi kompetisi dalam pasar penyediaan layanan kesehatan, memperbaiki transparansi dan meminimalkan biaya produksi. Melalui sistem desentralisasi, pemerintah daerah lebih leluasa dalam membuat keputusan alokasi yang lebih efisien²². Dengan menyerahkan pelayanan kesehatan (*contracting out*) kepada agen dari luar maka pemerintah daerah akan lebih fokus dalam menjalankan fungsi sebagai regulator dan pengawas pelayanan kesehatan²³.

Alasan lain yang mendukung pilihan untuk melakukan *contracting out* adalah mendorong perencanaan ke arah yang lebih baik. Adanya *contracting out*, kuantitas dan kualitas pelayanan diidentifikasi dengan jelas karena pemberi kontrak dan penerima kontrak akan berfokus pada hasil-hasil yang terukur secara objektif. Hal inilah yang mendorong perbaikan dalam kualitas perencanaan²⁴. Selain itu, mekanisme ini juga akan mengatasi kapasitas absorpsi pemerintah dalam penggunaan sumber daya terutama dalam membelanjakan dana-dana yang ada²⁵. Namun, tidak ada suatu pendekatan yang benar-benar sempurna atau lepas dari kelemahan. Mekanisme *contracting out* juga demikian adanya.

Contracting out Pelayanan Kesehatan Sekunder

Selain itu, pengaturan mekanisme praktik layanan di rumah sakit belum optimal perlu dilakukan penambahan sumber daya manusia dokter terutama dokter spesialis.

Dinas Kesehatan Kabupaten Lingga perlu melakukan kerja sama dengan *provider* dokter spesialis misalnya dengan fakultas kedokteran. Kerja sama dengan institusi kesehatan menjadi salah satu solusi dalam hal penyediaan tenaga kesehatan. Dokter spesialis dipasok oleh *provider* (fakultas kedokteran) sesuai kebutuhan daerah dan bekerja sesuai kontrak yang disepakati oleh pihak dinas dan pihak fakultas. Bila hal ini berjalan dengan baik dengan sistem pengawasan yang memadai maka proses rujukan akan berjalan dengan baik dan layanan kesehatan yang diberikan mampu memenuhi kebutuhan pasien.

Penelitian ini juga menemukan bahwa pemerintah daerah Kabupaten Lingga telah bekerjasama

dengan beberapa rumah sakit baik rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta di wilayah Provinsi Kepulauan Riau. Kerjasama ini dalam konteks penyediaan layanan untuk pasien yang mendapat jaminan kesehatan daerah. Klaim atas semua biaya pelayanan kesehatan penduduk dengan jaminan kesehatan daerah dapat dilakukan oleh rumah sakit pemerintah/swasta yang ada dengan menunjukkan bukti-bukti administrasi pelayanan.

Networking dalam Sistem Rujukan

Pada proses rujukan sendiri, salah satu cara untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi adalah membangun *networking* yang kuat antar institusi pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit. *Networking* ini penting untuk menjamin kecepatan dan ketepatan penanganan terhadap pasien yang secara langsung mempengaruhi mutu layanan kesehatan. Penelitian ini menemukan bahwa proses *networking* antar puskesmas dengan rumah sakit sebenarnya sudah ada hanya belum berjalan secara baik. Untuk lebih mengefektifkannya lagi maka perlu adanya perjanjian secara tertulis baik berupa peraturan bupati ataupun perda yang mengatur secara jelas hak dan kewajiban tenaga di puskesmas dan rumah sakit.

Pada konteks pembentukan jaringan kerja dalam proses rujukan, maka aspek komunikasi antar institusi menjadi sangat penting. Kegagalan sistem rujukan formal disebabkan karena dua hal yakni kurangnya komunikasi informasi dan kurangnya pemanfaatan layanan ambulans²⁶. Untuk mengatasinya maka perlu ada pengorganisasian masing-masing komponen yang ada di setiap fasilitas kesehatan untuk memobilisasi sumber daya yang ada dan bekerja sama dalam suatu sistem yang terintegrasi. Penelitian lain menunjukkan bahwa pengorganisasian rujukan pada sistem kesehatan di beberapa daerah di Afrika masih sangat lemah. Secara teoritis, pusat kesehatan masyarakat di daerah terpencil dan rumah sakit di kabupaten harus terhubung satu sama lain dan sistem rujukan akan menjamin masalah yang tidak dapat ditangani di pusat kesehatan masyarakat untuk dapat diatasi oleh rumah sakit kabupaten tepat pada waktunya²⁷.

Networking dalam sistem rujukan sangat mempengaruhi kelancaran rujukan dan kualitas layanan secara umum. Beberapa alternatif untuk meningkatkan respon petugas kesehatan dalam penanganan masalah rujukan di rumah sakit adalah dengan: 1) intervensi ekonomi, 2) perubahan kebijakan dan praktek di rumah sakit dan 3) pendidikan masyarakat. Konsep pengembangan *networking* antara pus-

kesmas dan rumah sakit di mulai dari adanya perubahan kebijakan dan praktek di rumah sakit tersebut. Pemerintah Kabupaten Lingga dalam hal ini melalui dinas kesehatan perlu melakukan koordinasi dan memfasilitasi pembentukan jejaring komunikasi antara rumah sakit dan puskesmas. Hal ini sangat penting karena masih ada problem pertanggungjawaban hierarkis antara puskesmas dengan rumah sakit. Puskesmas berada di bawah komando dan kendali dinas kesehatan, sementara itu, rumah sakit sudah memisahkan diri menjadi suatu lembaga yang secara organisatoris tidak memiliki keharusan dan tanggung jawab langsung kepada dinas kesehatan.

Posisi dinas kesehatan kabupaten menurut Peraturan Pemerintah (PP) No. 38/2007 tentang pembagian urusan pemerintahan sebagai regulator bidang kesehatan di daerah perlu memanfaatkan posisi tersebut untuk membangun jejaring antar puskesmas dan rumah sakit. Jejaring komunikasi antara yang merujuk dengan penerima rujukan belum terjalin, karena belum adanya petunjuk teknis sistem rujukan. Seharusnya pengelolaan rujukan mengenai pengiriman pasien dilakukan jejaring komunikasi untuk mempermudah pelayanan dan meminimalkan resiko²⁸. Peran dinas kesehatan dalam penyelenggaraan layanan rujukan perlu ditingkatkan dalam konteks kerja sama antar institusi kesehatan.

Pengembangan konsep *networking* ini ditujukan untuk meningkatkan mutu layanan rujukan. Salah satu contoh kecil dalam proses *networking* ini adalah komunikasi antara puskesmas terutama mengenai keadaan pasien, proses rujukan dan pembiayaan serta kesiapan rumah sakit dalam transport dan penerimaan rujukan. Salah satu *barriers* dalam sistem rujukan adalah kurangnya komunikasi yang baik dan koordinasi antar unit dalam sistem kesehatan¹⁵. Untuk mengatasinya diperlukan perbaikan sistem rujukan melalui kebijakan standarisasi protokol rujukan, prosedur dan praktek termasuk reformasi sistem kesehatan itu sendiri. Salah satu bentuk pengembangan *networking* dalam sistem rujukan adalah dengan sistem elektronik²⁹. Dengan adanya *networking* ini juga akan mendorong terjadinya efisiensi layanan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Pelaksanaan sistem rujukan di Kabupaten Lingga sudah dilakukan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan namun belum sepenuhnya melibatkan partisipasi masyarakat dalam suatu sistem pelayanan yang terintegrasi. Proses rujukan dari pelayanan kesehatan

primer ke pelayanan kesehatan tingkat lanjut belum memperhatikan aspek ketersediaan dan kelengkapan jenis layanan pada fasilitas kesehatan yang di tuju.

Kebijakan pembiayaan dalam sistem rujukan sudah cukup baik dalam meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan. Kebijakan pembiayaan yang ada telah mencakup dua aspek baik dari sisi *demand* yakni jaminan terhadap biaya pengobatan dan perawatan kesehatan dan dari sisi *supply* (sistem kesehatan) yaitu jaminan penyelenggaraan transportasi rujukan, layanan pendampingan rujukan dan percepatan pembangunan fasilitas kesehatan di daerah terpencil.

Pengelolaan sarana dan SDM di puskesmas dan rumah sakit masih belum mampu memenuhi kebutuhan masyarakat akan layanan rujukan kesehatan. Walaupun sebagian besar tenaga kesehatan telah mendapat pelatihan dan tenaga dokter spesialis juga sudah ada, namun *networking* dalam proses rujukan masih dilakukan secara parsial dan belum ada sistem jejaring komunikasi yang terintegrasi untuk seluruh puskesmas dan rumah sakit yang ada di Kabupaten Lingga.

Saran

Pemerintah daerah dalam hal ini dinas kesehatan perlu merevitalisasi sekaligus mempercepat pengembangan desa siaga untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pengembangan sistem rujukan terutama dalam pengambilan keputusan merujuk dan penyediaan transportasi rujukan.

Kebijakan pembiayaan kesehatan oleh dinas kesehatan Kabupaten Lingga khususnya dalam penyelenggaraan proses rujukan perlu dipertahankan dan jika memungkinkan diperluas jangkauan layanan dengan menambahkan jumlah kapal puskel. Ke depannya, aksentuasi pembiayaan diarahkan pada penyediaan sarana dan prasarana kesehatan di daerah terpencil agar alur rujukan mengikuti pola piramid dengan harapan beban kerja di fasilitas pelayanan kesehatan sekunder tidak terlalu meningkat.

Untuk menjamin *sustainability* dalam penyelenggaraan rujukan menggunakan puskel laut dan ambulans maka dinas kesehatan perlu mengadakan kerjasama dengan sektor lain yang merupakan *support system* rujukan yaitu pihak pemasok untuk penyediaan BBM kapal puskel dan dinas pekerjaan umum untuk penyediaan dan perbaikan jalan di daerah terisolir yang memiliki kebutuhan yang tinggi akan layanan kesehatan.

Pemerintah daerah perlu mempertimbangkan untuk melibatkan agen lain di luar pemerintah dalam

menyediakan pelayanan kesehatan di daerah terpencil dengan mekanisme “*contracting out*” pelayanan kesehatan.

Dalam rangka meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan terutama dalam proses rujukan di rumah sakit maka pemerintah daerah melalui direktur rumah sakit perlu mempertimbangkan untuk menambah beberapa jenis dokter spesialis lagi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan lanjutan.

Dinas kesehatan perlu menginisiasi sekaligus membentuk dan mengembangkan sistem jejaring komunikasi (*networking*) antara seluruh puskesmas dengan rumah sakit dan antara institusi rumah sakit baik pemerintah maupun swasta dalam pengelolaan proses rujukan untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan bagi masyarakat (pasien) dan juga kesiapan fasilitas kesehatan dalam menerima rujukan.

REFERENSI

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Roadmap Reformasi Kesehatan Masyarakat, Jakarta, 2010.
2. Dinas Kesehatan Kabupaten Lingga. Profil Kesehatan Kabupaten Lingga Tahun 2010, Lingga, 2011.
3. Yin R K. Studi Kasus Desain dan Metode, Manajemen. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta, 1996.
4. AfsarHA, Younus M. Patient Referral at Gross-Roots Level in Pakistan. *Nature and Science Journal*, 2004;2(4):18-27
5. Murray S F, Pearson S C. Maternity Referral Systems in Developing Countries: Current Knowledge and Future Research Needs, *Social Science & Medicine*, 2006;62, 2205-2215.
6. Omaha K, Mele V, Uehara N, Ohi G. Study of a Patient Referral Sistem in the Republic of Honduras Area, 1998;13(4).
7. Siddiqi S, Kielmann AA, KhanMS, ALIN, GhaffarA, Sheikh U, Mumtaz Z. The Effectiveness of Patient Referral in Pakistan. *Health Policy and Planning*, 16(2): 193–8.
8. Azwar, A. Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga, Binarupa Aksara, Jakarta, 1996.
9. Sheppard L. What the People Want – Delivery of Health Services in Rural and Remote Australia. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 2005;3(4).
10. Poerwani SK, SoegionoKR, Hardewo LKW, Sopacua E, Rahayu, B. Penelitian Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan. Depkes RI-Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Surabaya, 1983.
11. Kelley LM. Developing Rural Communities Capacity for palliative Care: a conceptual Model. *Journal of Palliative (Internet)* autumn, 2007:143-53 Available from:hhttp://roquestmedicallibrary.c.id, diakses tanggal 10 Februari 2011.
12. Forster G, Simfukwe V, Barber C. Use of Intermediate Modes of Transport for Patient Transpor a Literature Review Contrasted with the Findings of the Transaid Bicycle Ambulance Project in Eastern Zambia. *Transaid-transport for life*. 137 Euston Road, london NW1 2AA, 2009.
13. Rygh EM, Hjortdahl P. Continues and Integrated Health Care Service in Rural Areas. A Literature Study. *Rural and Remote Health journal*. July 2007:766–78. <http://rrh.deakin.edu.au>, Diakses tanggal 10 Februari 2011.
14. Bunda SM. Akses dalam Sistem Rujukan Puskesmas Daerah Terpencil di Kabupaten Majene Sulawesi Barat, Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2008.
15. Macintyre K, Hotchkiss RD, Referral Revisited: Community Financing Schemes and Emergency Trannsport in Rural Africa, *SOC Sci Med*, 1999;49:1473-1487.
16. Nkyekyer K. Peripartum Referral to Korle Bu Teaching Hospital, Ghana-Descriptive Study. *Trop Med Int Health*, 2000;5(11):811-817.
17. Ramarao S, Caleb L, KhanM, Townsend, JW. Safer Maternal Health in Rural Uttar Pradesh: Do Primary Health Services Contribute? *Health Policy and Planning*, 2001;16(3):256–263
18. Sanders D, Kravitz J, Slewin S, Mckee M. Zimbabwe’s Hospital Referral System: Does it Work? *Health Policy and Planning*, 1998;13(4):359-370.
19. HardemanW, Van Damme W, Van Pelt M, Por IR, Kimvan H, Meessen, B. Access to Health Care For All? User Fees Plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy And Planning*, 2004;19(1): 22–32.
20. Kurniati, Anna. Incentives for Medical Workers and Midwives in Very Remote Areas. An Experience from Indonesia. <http://indonesiannursing.com/2010/07>, Diakses tanggal 5 Maret 2011.
21. Harding A, Preker Eds. Private Participation in Health Services. Washington, World Bank, DC, 2003.
22. Pavignani, Enrico and Colombo, Sandro. Module 7. Analysing Patterns of Health Care Provision. www.who.int, Diakses tanggal 7 Januari 2011.

23. Loevinsohn B. Contracting for the Delivery of Primary Health Care in Cambodia: Design and Initial Experience of a Large Pilot-Test. Washington, World Bank, DC, 2006.
24. Murti B. Contracting Out Pelayanan Kesehatan: Sebuah Alternatif Solusi Keterbatasan Contracting Out for Health Service, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2006;09(03):109-117.
25. Liu X, Hotchkiss DR, Bose S, Bitran R, Giedion U. Contracting for Primary Health Services: Evidence on Its Effects and a Framework for Evaluation. PHRPlus Project unded by USAID. <http://www.phrplus.org>. Diakses tanggal 10 Februari 2011.
26. Nakahara S, SaintS, Sann S, Ichikawa M, KimuraA, Eng L, Yoshida, Katsumi. Exploring Referral Systems for Injured Patients in Low-Income Countries: a Case Study from Cambodia. *Health Policy and Planning* 2010; 25:319–27
27. Mwangome FK, Holding PA, Songola KM, Bomu GK. Barriers to Hospital Delivery in a rural setting in Coast Province, Kenya: Community Attitude and Behaviours. *Rural and Remote Health* 12: 1852. Available: <http://www.rrh.org.au>, Diakses tanggal 22 Januari 2012.
28. Nurjayanti. Manajemen Penanganan Kegawatdaruratan Obstetri Pada Puskesmas Poned Di Kabupaten Dompu Provinsi Nusa Tenggara Barat. Tesis. Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2011.
29. Gandhi TK, Keating NL, Ditmore M, et al. Improving Referral Communication Using a Referral Tool within an Electronic Medical Record. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*. Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville (MD), 2008.