

ANALISIS KESIAPAN FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA SEBAGAI 'GATEKEEPER' DALAM PENYELENGGARAAN JKN DI KALIMANTAN TIMUR DAN JAWA TENGAH, TAHUN 2014

(Analysis of First Level Health Care Facility (FKTP) Readiness as 'Gatekeeper' on The JKN Implementation in East Kalimantan and Central Java Year 2014)

Wasis Budiarto dan Oktarina

Naskah masuk: 3 Desember 2015, Review 1: 8 Desember 2015, Review 2: 8 Desember 2015, Naskah layak terbit: 31 Desember 2015

ABSTRAK

Latar Belakang: FKTP sebagai gatekeeper mempunyai 4 fungsi yaitu sebagai kontak pertama, keberlangsungan, pelayanan komprehensif dan koordinasi. Kesiapan dari aspek input dalam pelayanan kesehatan meliputi fasilitas kesehatan, pembiayaan, sumber daya manusia, obat-obatan dan alat kesehatan. Tujuan penelitian: mengidentifikasi kesiapan FKTP sebagai gatekeeper dalam penyelenggaraan JKN di Kalimantan Timur dan Jawa Tengah. **Metode:** Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi dan telaah dokumentasi. Teknik analisis data menggunakan deskriptif sedangkan untuk data kualitatif menggunakan konsep Miles, Huberman dan Spradley. Tiap provinsi dipilih 6 puskesmas, 2 klinik pratama, 6 dokter dan 3 dokter gigi praktek perseorangan. **Hasil:** Ketersediaan FKTP per kab/kota ada 23,7 puskesmas dan klinik pratama 3,2 buah, dan rata-rata FKTP per Kab/Kota sebanyak 51,7 buah. Tidak semua klinik pratama ada rawat inapnya, dan 44% klinik pratama memiliki laboratorium dan 56% bekerja sama dengan laboratorium swasta. Rasio antara jumlah peserta dengan penduduk tertinggi di Kota Surakarta yakni 1 peserta tiap 1,98 penduduk, sedangkan terendah di Kutai Timur yakni 1 peserta tiap 4,65 penduduk. Semua puskesmas telah melaksanakan 4 (empat) fungsi gate keeper dan semua FKTP telah melaksanakan fungsi kontak pertama, dan sebagian besar klinik pratama sudah siap dengan fungsi-fungsi gatekeeper lainnya. Sebagian kecil klinik pratama belum melaksanakan pelayanan paripurna. Dokter praktek melaksanakan fungsi kontak pertama dan koordinasi dengan baik, sedangkan dokter gigi praktek menjalankan fungsi kontak pertama dengan cukup baik. **Kesimpulan:** Ketersediaan puskesmas sebagai FKTP cukup, dan telah siap untuk melaksanakan fungsi gatekeeper dalam JKN. Klinik pratama siap melaksanakan fungsi kontak pertama, komprehensif dan keberlangsungan, sedangkan dokter siap sebagai kontak pertama dan koordinasi dan dokter gigi siap dalam pelayanan kontak pertama. **Saran:** perlu penyebaran fasilitas kesehatan sesuai kemampuan daerah dan tenaga kesehatan lebih difokuskan pada pelayanan kesehatan dasar/primer.

Kata kunci: Gatekeeper, Kesiapan fasilitas kesehatan

ABSTRACT

Background: FKTP as a gatekeeper has four functions such as: the first contact, sustainability, comprehensive health care and coordination. Readiness from input aspects on health care involves health care facilities, finance, human resources, medicines and medical devices. This research is to identify the FKTP readiness as a gatekeeper in the implementation of JKN in East Kalimantan and Central Java. **Methods:** Data collection was by conducting interviews, observation and documents' review. The data analysis techniques were descriptive statistics for quantitative and Miles, Huberman and Spradley concept qualitative. There were 6 health centers, 2 primary clinics, 6 doctors and 3 private dentistry clinics for each province. **Results:** The numbers of FKTP availability were 23.7 health centers and 3.2 primary clinics per district/city. The average was 51.7 FKTP per district/city. Not all of primary clinics facilitated by inpatient care. There were 44% primary clinics facilitated by laboratory and 56% in collaboration with private laboratory. The highest ratio of number of members by the population was Surakarta i. e. 1 member by 1.98 population. While, the lowest was East Kutai with 1 member by 4.65 population. All health centres had been implementing gatekeeper functions. Most of primary clinics had been done the functions while less of them had not already implemented excellent service yet. Physicians had implemented their functions as the first contact and coordination very well. Moreover, dentist did the same as the first contact. **Conclusion:**

*Availability of health centers as FKTP was adequate. Health centers were also ready to function as a gatekeeper for JKN implementation. Primary clinics were ready for the first contact and coordination; and dentist as the first contact were all ready. **Recommendation:** The numbers of health facilities need to be build and improved according to district/city's capability. Moreover, health workers' distribution should be focussed to primary health care.*

Key words: Gatekeeper, Health facilities readiness

PENDAHULUAN

Konsep *gatekeeper* dalam BPJS dapat didefinisikan sebagai fungsi dan peran dokter pada pelayanan dasar yang berwenang mengatur pelayanan kesehatan bagi peserta, sekaligus bertanggung jawab dalam rujukan pelayanan kesehatan lanjutan apabila dibutuhkan peserta. Dengan menggunakan pelayanan kesehatan tingkat pertama sebagai *gate keeper* diharapkan akan tercipta pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan (medik peserta dan holistik), lebih mengutamakan preventif dan promotif melalui deteksi dini dan personalisasi layanan, khususnya yang berkaitan dengan hubungan dokter dengan pasien/keluarga.

Slameto (2010) menyatakan bahwa kesiapan adalah keseluruhan kondisi seseorang, individu atau lembaga, yang membuatnya siap untuk memberikan respons atau jawaban di dalam cara tertentu terhadap suatu situasi. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (1999) bahwa kesiapan adalah suatu keadaan bersiap-siap untuk mempersiapkan sesuatu, sehingga dalam penelitian ini kesiapan dapat diartikan sebagai kondisi FKTP yang membuatnya siap untuk memberikan pelayanan kesehatan sebagai *gatekeeper* dalam JKN.

Jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama (primer) yang bekerja sama dengan PT Askes sebelum JKN, untuk puskesmas sebanyak 9. 599 buah dan untuk klinik pratama, dokter/dokter gigi praktek sebanyak 3.132 orang sehingga fasilitas kesehatan primer yang kerja sama dengan PT Askes berjumlah 12.731. Pada era JKN 2014, fasilitas kesehatan primer yang potensial, adalah puskesmas sebanyak 9. 599 buah dan untuk klinik pratama dan dokter/dokter gigi praktek sebanyak 30. 130 orang sehingga berjumlah 39. 729 faskes (Samsul Arifin, 2013). Perluasan fasilitas pelayanan primer yang bekerja sama dengan BPJS dalam JKN harus terus ditingkatkan.

Pelayanan primer berupa dokter keluarga merupakan bagian suatu jaringan pelayanan kesehatan terpadu yang melibatkan dokter spesialis di tingkat pelayanan sekunder dan rumah sakit rujukan sebagai tempat pelayanan rawat inap. Pelayanan diberikan kepada semua pasien tanpa memilah jenis

kelamin, usia serta faktor-faktor lainnya (Geyman, 1971). Dokter keluarga berperan sebagai: (1) pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama (*first contact*), (2) layanan bersifat pribadi (*personal care*), (3) bersifat paripurna (*comprehensiveness*), (4) berkelanjutan (*continous care*) dan (5) mengutamakan pencegahan (*preventive first*), (6) koordinasi (*coordinating*) dan (7) orientasi pada keluarga dan masyarakat (*community and family oriented*). (Ayesha Qanta, 2013). Di samping itu juga berfungsi sebagai pengatur agar terjadi pemanfaatan pelayanan kesehatan secara tepat oleh pasien dan keluarga/koordinator pelayanan rujukan (*gate keeper*), penasihat setiap masalah kesehatan (*health consular*), dan pengatur pemakaian sumber kesehatan (*resources allocator*) (McWhinney, 1981).

Fungsi pokok pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer) atau sebagai *gate keeper* adalah: (1) *first contact* (kontak pertama), (2) *continuity* (kontinuitas pelayanan), (3) *comprehensiveness* (komprehensif) dan (4) *coordination* (koordinasi) (Starfield B, 1998). Indikator performa dari faskes tingkat pertama adalah (1) *functional indicator* meliputi *first contact* dan kontinuitas, (2) *clinical indicator* meliputi luaran kesehatan peserta dan kepatuhan terhadap panduan klinis, dan (3) *financial indicator* meliputi angka rujukan dan kunjungan (BPJS, 2013).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program jaminan yang dijalankan terlebih dahulu pada pelaksanaan “kesehatan untuk semua” yang telah menjadi komitmen global (WHO, 2006). Hal ini juga mendasari pengembangan pelayanan kesehatan, terutama pelayanan kesehatan primer. Seiring dengan konsep tersebut, semangat keadilan sosial juga merupakan konsep utama dalam sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia (Gani, 2004).

Pengalaman pelaksanaan Jamkesmas selama ini menunjukkan terdapat sejumlah masalah dalam pembayaran pada pelayanan kesehatan, yakni tunggakan pembayaran pelayanan kesehatan yang sudah dilakukan oleh rumah sakit dan puskesmas. Tetapi kadang terjadi masalah sebaliknya, yaitu

jumlah biaya yang dibayarkan dalam INA-CBGs kepada pihak rumah sakit lebih besar dari biaya riil kesehatan yang disediakan (Budiarto, 2013).

Permasalahan yang kemudian muncul adalah apakah FKTP yang ada sekarang mempunyai kesiapan untuk mengimplementasikan kebijakan JKN? Kesiapan tersebut dapat dilihat dari aspek inputnya seperti fasilitas kesehatan, pembiayaan, sumber daya manusia, obat-obatan dan alat kesehatan. Dilihat dari fasilitas kesehatan primer, masih kurang sekitar 25.900 fasilitas kesehatan, di samping itu terdapat 364 kecamatan di Indonesia yang belum memiliki Puskesmas (Balqis, 2013).

Berdasarkan uraian diatas, maka penelitian ini bertujuan mengidentifikasi kesiapan FKTP sebagai *gatekeeper* dalam penyelenggaraan JKN, khususnya melakukan kajian terhadap kondisi FKTP sekarang yang akan mengimplementasikan kebijakan JKN, kondisi kepesertaan JKN di FKTP (puskesmas, klinik pratama, dokter dan dokter gigi praktek perseorangan) dan kesiapan FKTP sebagai '*gatekeeper*' dalam penyelenggaraan JKN.

METODE

Penelitian ini dilaksanakan dengan menggunakan kriteria Indeks Kapasitas Fiskal (IKF) berdasarkan PerMenkeu No. 244/2011, yaitu sangat tinggi (Kalimantan Timur) dan rendah (Jawa Tengah). Masing-masing provinsi dipilih 2 (dua) kabupaten dan 1 (satu) kota, yaitu Kabupaten Kutai Kartanegara dan Kabupaten Kutai Timur serta Kota Samarinda di provinsi Kalimantan Timur, sedangkan di Jawa Tengah dipilih Kabupaten Karanganyar, Kabupaten Sragen dan Kota Surakarta. Masing-masing kabupaten/kota dipilih 2 (dua) puskesmas (perawatan dan non perawatan), 2 (dua) klinik pratama serta 4 (empat) dokter/dokter gigi praktek.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara untuk data kuantitatif/semi kuantitatif, data kualitatif melalui wawancara mendalam (*indepth interview*), observasi dan telaah dokumen. Teknik analisis data secara deskriptif sedangkan untuk data kualitatif menggunakan konsep Miles, Huberman dan Spradley (Sugiyono, 2013).

Penghitungan skor untuk *first contact* terdiri dari 3 variabel yaitu kondisi fisik, ketersediaan alat dan ketersediaan SDM. Skor yang digunakan adalah, bila di FKTP ada/tersedia diberi skor 1, tidak tersedia diberi skor 0. Variabel kondisi fisik (Fn) terdiri dari 3 indikator yaitu ketersediaan ruang periksa (F1), ruang tunggu

(F2), dan ruang obat (F3), variabel ketersediaan alat terdiri dari alat diagnosa (A1), alat untuk tindakan (A2), alat untuk terapi (A3), sterilisator (A4), dan lemari alat (A5), dan variabel ketersediaan SDM terdiri dari ketersediaan dokter (S1), ketersediaan paramedis (S2), dan ketersediaan tenaga administrasi (S3). Item-item tersebut merupakan sebagian dari persyaratan kelengkapan FKTP yang akan bekerja sama dengan BPJS dalam pelayanan kesehatan peserta JKN (*credentialing*).

Rumus yang dipakai adalah:

$$\sum_{n=1}^3 F_n + \sum_{n=1}^5 A_n + \sum_{n=1}^3 S_n$$

Kesiapan Kontak Pertama = $\frac{\sum_{n=1}^{\infty} FKTP \times (F_n + A_n + S_n)}{\sum_{n=1}^{\infty} FKTP \times (F_n + A_n + S_n)}$ X 100%

$$\sum_{n=1}^{\infty} FKTP \times (F_n + A_n + S_n)$$

Sama seperti penghitungan persen kesiapan FKTP dari aspek *first contact*, maka untuk keberlangsungan (*continuity*) terdiri dari 2 variabel adalah jumlah peserta (P) sebanyak 1.000> diberi skor 1 dan yang pesertanya <1.000 diberi skor 0. Jumlah kunjungan (K) dibagi 2 yaitu jumlah kunjungan 500> diberi skor 1 dan jumlah kunjungan <500 diberi skor 0. Rumus yang dipakai adalah:

$$\sum_{n=1}^n P_n + \sum_{n=1}^n K_n$$

Kesiapan Keberlangsungan = $\frac{\sum_{n=1}^n FKTP \times (P_n + K_n)}{\sum_{n=1}^n FKTP \times (P_n + K_n)}$ X 100%

$$\sum_{n=1}^n FKTP \times (P_n + K_n)$$

Aspek pelayanan paripurna (*comprehensive*) oleh FKTP terdiri 4 indikator, yaitu ketersediaan upaya promotif (O), preventif (R), kuratif (K) dan rehabilitatif (H). Sama seperti penghitungan persen kesiapan FKTP dari aspek *continuity*, maka untuk paripurna skor yang digunakan adalah untuk 'ada upaya' skor 1 dan bila 'tidak ada upaya' diberi skor 0. Rumus yang dipakai adalah:

$$\sum_{n=1}^n On + \sum_{n=1}^n Rn + \sum_{n=1}^n Kn + \sum_{n=1}^n Hn$$

Kesiapan Komprehensif = $\frac{\sum_{n=1}^n \text{FKTP} \times (On + Rn + Kn + Hn)}{\sum_{n=1}^n \text{FKTP} \times (On + Rn + Kn + Hn)}$ X 100%

$$\sum_{n=1}^n \text{FKTP} \times (On + Rn + Kn + Hn)$$

Untuk penghitungan persen kesiapan FKTP dari aspek *coordination*, dipilih 2 variabel adalah koordinasi antar FKTP (T) dan koordinasi FKTP dengan FKRTL (L), dan untuk pemberian skor adalah ‘ada koordinasi’ diberi skor 1 dan yang ‘tidak ada koordinasi’ diberi skor 0. Rumus yang dipakai adalah:

$$\sum_{n=1}^n Tn + \sum_{n=1}^n Ln$$

Kesiapan Coordination = $\frac{\sum_{n=1}^n \text{FKTP} \times (Tn + Ln)}{\sum_{n=1}^n \text{FKTP} \times (Tn + Ln)}$ X 100%

$$\sum_{n=1}^n \text{FKTP} \times (Tn + Ln)$$

HASIL

Ketersediaan FKTP

Ketersediaan FKTP di 6 (enam) kab/kota di Kalimantan Timur dan Jawa Tengah yang terdiri dari puskesmas, klinik pratama, dokter dan dokter gigi praktek swasta terlihat pada tabel 1 berikut ini.

Dari Tabel 1 terlihat bahwa ketersediaan FKTP yang terbanyak adalah puskesmas, yaitu rata-rata 23,7 puskesmas per kab/kota dan yang paling sedikit adalah klinik pratama yakni 3,2 buah per Kab/Kota dan secara keseluruhan rata-rata per Kab/Kota terdapat 51,7 FKTP. Dokter gigi praktek belum banyak yang melakukan kerja sama dengan BPJS, tetapi bila dilihat dokter praktek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, seharusnya jumlah dokter gigi juga sama dengan dokter praktek swasta/mandiri.

Fasilitas Puskesmas

Di samping jumlah FKTP yang ada di masing-masing Kab/Kota, juga dilihat ketersediaan fasilitas penunjang di setiap unit FKTP, pemenuhan persyaratan sesuai peraturan sebagai FKTP BPJS Kesehatan. Beberapa fasilitas penunjang yang

Tabel 1. Ketersediaan FKTP di 3 Kabupaten/Kota di Provinsi Kaltim dan Jateng, Tahun 2014

Provinsi	Kabupaten/Kota	FKTP				Total
		Puskesmas	Klinik Pratama	Dokter Praktek	Drg praktek	
Kaltim	Samarinda	23	3	36	11	73
	Kutai Knegara	30	3	16	6	55
	Kutai Timur	21	3	3	-	27
Jateng	Surakarta	22	5	30	2	59
	Sragen	25	2	24	1	52
	Karanganyar	21	3	19	1	44
Rata-rata2		23,7	3,2	21,3	3,5	51,7

Tabel 2. Ketersediaan Fasilitas Penunjang Puskesmas di 6 Kabupaten Kota Tahun 2014

Provinsi	Kab/Kota	Puskesmas	Apot	Ketersediaan Fasilitas Penunjang				
				Lab	Ront	Ranap	UGD	Lain2
Jateng	Karanganyar	Jaten	+	+	-	+	+	-
		Kebakkramat	+	+	-	+	+	+
	Sragen	Sragen	+	+	-	-	+	-
		Kedawung	+	+	+	+	+	-
	Surakarta	Ps Kliwon	+	+	+	+	+	+
Kratonan		+	+	-	-	-	-	
Kaltim	Samarinda	Temindung	+	+	-	-	+	-
		Makroman	+	+	-	+	+	-
	Kutai Timur	Sangata Utr	+	+	-	-	+	-
		Bengalon	+	+	-	+	+	-
	Kukar	Mangkurawang	+	+	-	-	+	-
		Sungai Mariam	+	+	-	+	-	

Keterangan: (+) = ada; (-) = tidak ada

terdapat di puskesmas adalah apotik, laboratorium sederhana, rontgen, ruang rawat inap dan UGD, yang terlihat pada tabel 2.

Tabel 2 memperlihatkan bahwa semua puskesmas memiliki fasilitas penunjang apotik dan laboratorium sederhana, tetapi tidak semua puskesmas mempunyai fasilitas UGD. Puskesmas perawatan saja yang memiliki ruang rawat inap tetapi ada sebagian puskesmas yang memiliki instalasi rontgen yakni puskesmas Kedawung Sragen dan Puskesmas Pasar Kliwon Kota Surakarta.

Fasilitas di Klinik Pratama

Dalam penelitian ini, dipilih 6 klinik pratama di 3 Kab/Kota di Jawa Tengah dan 3 klinik pratama di Kaltim sehingga jumlah klinik pratama yang dianalisis 9 buah. Fasilitas penunjang yang terdapat di 9 klinik pratama terlihat pada tabel 3 berikut ini

Dari tabel 3 terlihat bahwa fasilitas FKTP berupa ruang periksa, ruang tunggu memadai, dan apotik semua ada di 9 klinik pratama. Laboratorium hanya terdapat pada 4 klinik pratama sedangkan sisanya (5

klinik) melakukan kerja sama dengan laboratorium swasta yang ada di Kab/Kota tersebut. Hal yang perlu diperhatikan adalah terdapat 5 klinik dengan fasilitas UGD sedangkan yang 4 klinik fasilitas UGD tidak ada.

Fasilitas di Dokter Praktek Perseorangan

Penelitian ini melakukan observasi terhadap kondisi fasilitas yang ada di tempat praktek dokter praktek perseorangan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Terlihat pada tabel 4 terlihat bahwa fasilitas FKTP dokter praktek memiliki ruang tunggu memadai, sedangkan fasilitas laboratorium hanya dimiliki oleh 1 dari 13 praktek dokter yang ada di Provinsi Jateng sedangkan di Provinsi Kaltim, 9 dari 15 FKTP praktek dokter tidak ada fasilitas laboratoriumnya.

Fasilitas di Dokter Gigi Praktek perseorangan

Penelitian ini juga mengobservasi kondisi fasilitas yang ada di tempat praktek dokter praktek mandiri yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, terlihat pada tabel 5.

Tabel 3. Fasilitas Klinik Pratama di 6 Kabupaten/Kota, Provinsi Kaltim dan Jateng, Tahun 2014

No	Fasilitas Klinik	Jateng (6)		Kaltim (3)		Jumlah (9)	
		Ada	Tidak	Ada	Tidak	Ada	Tidak
1	Ruang periksa	6	-	3	-	9	-
2	Ruang rawat inap	3	3	1	2	4	5
3	Ruang tunggu memadai	6	-	3	-	9	-
4	Apotik di klinik	6	-	3	-	9	-
5	Laboratorium	2	4	2	1	4	5
6	Unit Gawat Darurat	3	3	2	1	5	4

Tabel 4. Fasilitas Dokter Praktek di 6 Kabupaten/Kota Provinsi Kaltim dan Jateng, Tahun 2014

No	Fasilitas Dokter Praktek	Jateng (14)		Kaltim (15)		Jumlah (29)	
		Ada	Tidak	Ada	Tidak	Ada	Tidak
1	Ruang periksa	13	1	14	1	27	2
2	Ruang rawat inap	4	10	8	7	12	17
3	Ruang tunggu memadai	14	0	15	0	29	0
4	R Obat di tempat praktek	11	3	13	2	24	5
5	Laboratorium	1	13	6	9	7	22

Tabel 5. Fasilitas Dokter Gigi Praktek di 6 Kabupaten/Kota Provinsi Kaltim dan Jateng, Tahun 2014

No	Fasilitas Dokter gigi Praktek	Jateng (4)		Kaltim (17)		Jumlah (21)	
		Ada	Tidak	Ada	Tidak	Ada	Tidak
1	Ruang periksa	4	0	17	0	21	0
2	Ruang tunggu memadai	4	0	17	0	21	0
3	Almari obat di praktek	3	1	11	6	14	7
4	Laboratorium	0	4	0	17	0	21

Dari tabel 5 tampak bahwa fasilitas FKTP pada dokter gigi praktek semua ruang tunggu nya memadai, sedangkan untuk fasilitas laboratorium tidak ada, dan bila memerlukan periksa laboratorium maka diminta periksa di laborat swasta. Di ruang praktek dokter gigi tidak ada yang memiliki ruang obat tetapi hanya berupa almari obat di tempat prakteknya.

Kepesertaan JKN

Jumlah peserta dan rasio peserta BPJS Kesehatan terhadap jumlah penduduk di 6 Kab/Kota di Kaltim dan Jateng terlihat pada Tabel 6, yaitu rasio tertinggi ada di Kota Surakarta yakni 1 peserta tiap 1, 98 penduduk, sedangkan yang terendah di Kab. Kutai Timur (1 peserta tiap 4, 65 penduduk).

Informasi tersebut menunjukkan bahwa kepesertaan BPJS kesehatan belum merata artinya belum semua penduduk menjadi anggota BPJS Kesehatan. Kondisi di Jateng relatif lebih baik dibandingkan dengan Kaltim. Perbandingan peserta dengan Non Peserta terlihat pada Gambar 1.

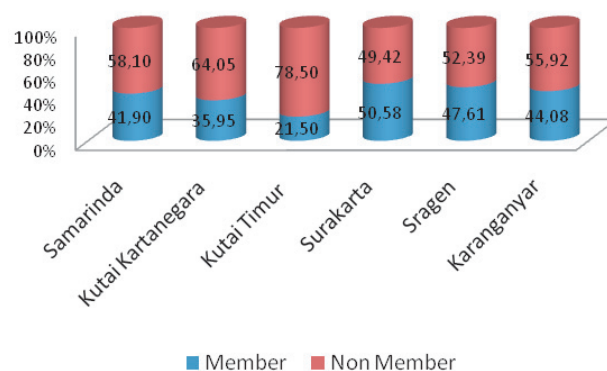
Jumlah peserta BPJS Kesehatan menurut FKTP yang terdiri dari Puskesmas, Klinik Pratama dan Dokter Praktek swasta terlihat pada Tabel 7

Tabel 7 menunjukkan bahwa jumlah peserta per FKTP yang terbanyak di Kaltim yakni puskesmas di Kabupaten Kutai Timur yakni rata-rata 9. 767 peserta sedangkan di Jateng terbanyak puskesmas di Kabupaten Karanganyar yakni rata-rata 16. 357 peserta per puskesmas. Klinik Pratama terbanyak di

Kutai Kartanegara dan peserta terbanyak pada dokter praktek swasta di Kota Samarinda. Perbandingan jumlah peserta rata-rata di Puskesmas, Klinik pratama dan Dokter praktek swasta di 6 Kab/Kota terlihat pada Gambar 2

Kesiapan FKTP sebagai Gate keeper

Fungsi gatekeeper dilaksanakan sesuai dengan Petunjuk Teknik dalam *Gate keeper Concept* (BPJS, 2014) yang menyebutkan bahwa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama atau FKTP yang juga disebut sebagai pelayanan kesehatan primer berfungsi sebagai *gate keeper*. Kesiapan FKTP berfungsi sebagai gatekeeper terlihat pada tabel 8.



Gambar 1. Proporsi Peserta dan Non di Kaltim dan Jateng.

Tabel 6. Jumlah Peserta dan Rasio Peserta Penduduk di 6 Kabupaten/Kota di Kaltim dan Jateng Tahun 2014

Provinsi	Kabupaten/Kota	Jumlah Peserta	Jumlah Penduduk	Rasio Peserta-Penduduk
Kaltim	Samarinda	346.283	826.394	1: 2,39
	Kutai Kartanegara	263.781	733.693	1: 2,78
	Kutai Timur	95.584	444.671	1: 4,65
Jateng	Surakarta	257.736	509.576	1: 1,98
	Sragen	416.754	875.283	1: 2,10
	Karanganyar	369.757	838.762	1: 2,27

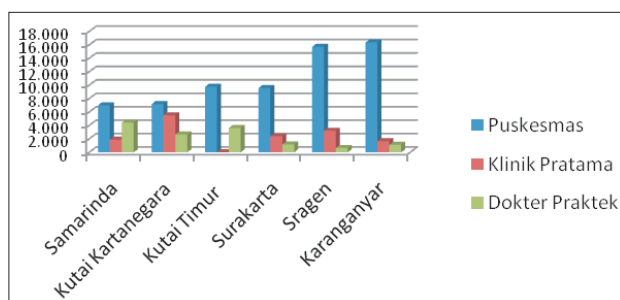
Tabel 7. Jumlah Peserta Menurut FKTP di 6 Kabupaten/Kota di Kaltim dan Jateng, Tahun 2014

Provinsi	Kabupaten/Kota	Rata-rata Jumlah Peserta per FKTP		
		Puskesmas	Klinik	Dokter
Kaltim*	Samarinda	7.013	1.885	4.448
	Kutai Kartnegera	7.188	5.523	2.652
	Kutai Timur	9.767	-	3.636
Jateng	Surakarta	9.568	2.380	1.178
	Sragen	15.713	3.220	648
	Karanganyar	16.357	1.679	1.117

Keterangan *) = data bulan Juni 2014

Tabel 8. Kesiapan FKTP sebagai Gatekeeper Pelayanan Peserta JKN, Tahun 2014

Provinsi	Jenis FKTP	Jumlah FKTP	Fungsi Gatekeeper			
			First contact	Continuity	Comprehensive	Coordinating
Kaltim	Puskesmas	6	100,0	100,0	100,0	100,0
	Klinik Pratama	2	100,0	75,0	75,0	100,0
	Dokter praktek	6	81,8	50,0	50,0	75,0
	Dokter gigi praktek	3	72,7	33,3	41,7	50,0
Jateng	Puskesmas	6	100,0	100,0	100,0	100,0
	Klinik Pratama	3	100,0	100,0	66,7	100,0
	Dokter praktek	6	90,1	83,3	62,5	83,3
	Dokter gigi praktek	2	86,4	50,0	37,5	50,0



Gambar 2. Jumlah Peserta di Puskesmas, Klinik Pratama dan Dokter Praktek Swasta di 6 Kab/Kota.

Puskesmas di Kaltim maupun di Jateng telah siap melaksanakan 4 fungsi *gatekeeper* yaitu *first contact*, *continuity*, *comprehensive* dan *coordinating*. Sebagian besar klinik pratama juga siap melaksanakan ke-4 fungsi *gatekeeper* kecuali untuk pelayanan paripurna. Fungsi *gatekeeper* yang dijalankan dengan baik oleh dokter praktek adalah *first contact* dan *coordination* sedangkan dokter gigi praktek perseorangan, fungsi *gatekeeper* yang cukup baik adalah *first contact*. Hal tersebut akan berbeda kondisinya jika antara dokter praktek perseorangan berpasangan atau praktek bersama dengan dokter gigi praktek perseorangan

PEMBAHASAN

Kesiapan FKTP dalam JKN

Pada November 2013, Menteri Kesehatan melaporkan bahwa Indonesia memiliki 9.500 puskesmas yang terdiri dari 3.152 Puskesmas Perawatan dan 6.358 Puskesmas Non Perawatan, dan hanya sekitar 18,6% atau 1.600-an Puskesmas yang masuk dalam kategori PONED (INHOTCH, 2013). Puskesmas PONED adalah Puskesmas Rawat Inap yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONED siap 24 jam untuk memberikan pelayanan terhadap

ibu hamil, bersalin dan nifas dan bayi baru lahir. Kondisi ini juga dipersulit dengan fakta bahwa hanya sekitar 6,4% dari jumlah puskesmas yang terdapat di daerah kepulauan, mengingat Indonesia adalah negara kepulauan terbesar di dunia, dan hanya sekitar 1,2% terdapat di wilayah perbatasan. Jumlah seluruh rumah sakit di Indonesia sampai Januari 2013 sebanyak 2.083 buah, tetapi INHOTCH mencatat bahwa dari 764 RSU Pemerintah, masih ada sekitar 126 RS yang tidak memiliki dokter spesialis anak, serta 117 RS yang tidak memiliki dokter spesialis kandungan. Sementara itu, jumlah tempat tidur di 685 Rumah Sakit Umum Pemerintah hanya berjumlah 101.039 buah, dan diantaranya sebanyak 46.986 tempat tidur masuk dalam kategori kelas III.

FKTP saat ini ada 2.388 klinik pratama dan 3.984 dokter praktek mandiri, masih jauh dari cukup, sehingga diperlukan peningkatan jumlah fasilitas kesehatan swasta, dan peningkatan tersebut jauh lebih efektif dibandingkan dengan peningkatan jumlah puskesmas (Kartini Rospandi, 2015). Kementerian Kesehatan seharusnya lebih fokus pada perbaikan mutu layanan pada puskesmas, dan menambah jumlah secara bertahap sesuai kebutuhan dan kemampuan daerah. Dokter praktek rasio 1: 2.500 peserta, sedangkan rasio tempat tidur (TT) dengan peserta, 1 TT: 1.000 peserta, sehingga tahun 2015 dengan target peserta 168 juta diperlukan tempat tidur sebanyak 168.000 TT (Donald Pardede, 2015). Jumlah unit perawatan intensif (ICU) hanya berjumlah 4.231 tempat tidur dan banyak terpusat di Rumah Sakit Umum Perkotaan (Tipe A dan B), sedangkan Rumah Sakit mayoritas masuk dalam kategori C dan D. Peningkatan rekrutmen secara aktif oleh BPJS terhadap klinik pratama dan dokter praktek privat untuk melakukan kerja sama dengan BPJS perlu segera dilaksanakan, sehingga mampu mengantisipasi lonjakan dari peningkatan peserta.

FKTP sebagai *Gate keeper* JKN

Program Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan menggunakan konsep *Gate Keeper* dalam penyediaan layanan kesehatan tingkat pertamanya. Jika dilihat dari konsep *gate keeper* adalah konsep sistem pelayanan kesehatan di mana fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan medik. Tujuan implementasi gatekeeper (a) mengoptimalkan peran fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam sistem pelayanan kesehatan, (b) mengoptimalkan fungsi fasilitas kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar kompetensinya, (c) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dengan melakukan penapisan pelayanan yang perlu dirujuk sehingga mengurangi beban kerja rumah sakit, (d) menata sistem rujukan dan (e) meningkatkan kepuasan peserta dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas (Starfield, B., 1998).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semua puskesmas sudah berfungsi sebagai kontak pertama pelayanan (*first contact*), pelayanan berkelanjutan (*continuity*), semua puskesmas telah memberikan pelayanan paripurna (*comprehensive*) terutama untuk pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, semua puskesmas telah melaksanakan fungsi koordinasi pelayanan (*coordination*). Puskesmas melakukan koordinasi pelayanan dengan penyelenggara kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai kebutuhannya (BPJS, 2014).

FKTP bisa berfungsi sebagai gatekeeper, bila model pelayanan lebih diprioritaskan (Azrul Azwar, 1997) pada (a) mengutamakan pelayanan pencegahan penyakit, (b) mencegah pelayanan yang berlebihan, (c) membatasi konsultasi dan rujukan atau sebagai penapis rujukan. *World Health Organization* (1978) mengemukakan bahwa FKTP memegang peranan kunci dalam pengendalian biaya dan pengendalian mutu pelayanan. Di samping itu, FKTP harus berupaya mengendalikan biaya kesehatan (*cost containment*) yang sebaik-baiknya, sedemikian rupa sehingga risiko pembiayaan dapat diperkecil (Saltman B., Rico A., Boerma W., 2006). Program promotif dan preventif juga harus diterapkan guna menekan biaya pelayanan kesehatan. Program tersebut harus dimasukkan

secara spesifik dan jelas. Tidak hanya terfokusnya anggaran untuk kuratif saja, justru ini akan menjadikan kelebihan pasien dalam suatu layanan kesehatan dan membengkaknya biaya jaminan. Upaya promotif yang dilakukan di FKTP berupa penyuluhan kesehatan seperti perubahan gaya hidup sehat, sedangkan upaya preventif dapat berupa pencegahan seperti imunisasi dan kesehatan lingkungan (Dit BUKD, 2012).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan tentang ketersediaan FKTP di Kab/Kota terbanyak adalah puskesmas dan paling sedikit klinik pratama, dan secara keseluruhan rata-rata per Kab/Kota terdapat 51,7 FKTP. Dokter gigi praktek belum banyak yang melakukan kerjasama dengan BPJS. Fasilitas puskesmas lebih baik dibandingkan dengan FKTP lainnya. Tidak semua klinik pratama ada rawat inapnya, dan 44% klinik pratama memiliki laboratorium dan 56% klinik pratama bekerja sama dengan laboratorium swasta.

Berdasarkan peserta JKN baik di puskesmas, klinik pratama, dokter praktek swasta sudah cukup baik, sedangkan kepesertaan untuk dokter gigi praktek perseorangan masih rendah. Rasio peserta dibanding penduduk tertinggi di Kutai Timur (1: 4,65) sedangkan yang terendah di Surakarta (1: 1,98)

Semua puskesmas telah melaksanakan 4 (empat) fungsi *gate keeper* dan semua FKTP telah melaksanakan fungsi *first contact*, dan sebagian besar klinik pratama sudah siap dengan fungsi-fungsi *gatekeeper* lainnya dan ada sebagian kecil yang belum melaksanakan pelayanan paripurna. Dokter praktek yang fungsi *gatekeepernya* dijalankan dengan baik adalah *first contact* dan *coordination* sedangkan untuk dokter gigi praktek perseorangan, fungsi *gatekeeper* yang cukup baik adalah *first contact*.

Saran

Dari beberapa kesimpulan perlu diberikan saran dan rekomendasi yaitu perlunya dilakukan persebaran fasilitas kesehatan sesuai dengan kemampuan daerah untuk melaksanakannya, dan untuk tenaga kesehatan lebih difokuskan pada pelayanan kesehatan dasar/primer dulu. Di samping itu, untuk meningkatkan kepesertaan dokter gigi agar dokter praktek perseorangan berpasangan atau praktek bersama dengan dokter gigi praktek perseorangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin, Samsul. 2013. Peran Dokter Layanan Primer sebagai Gatekeeper di Era JKN/BPJS Kesehatan, Rakor PDUI se Jatim, 21 Desember 2013. Surabaya.
- Azwar, Azrul, 2001. Pemberdayaan Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan Nasional Menuju Indonesia Sehat 2010. Konas Promosi Kesehatan 12 Juni. Jakarta.
- Balqis, 2013. Kesiapan Badan Penyelenggara Kesehatan dalam menghadapi JKN. Tersedia pada: <http://journal.unhas.ac.id/index.php/jadkkm/article> [Diakses 5 Januari 2014].
- BPJS Kesehatan, 2013. Panduan Praktis Gatekeeper Concept Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan. Jakarta.
- Budiarto, Wasis dan Mugeni Sugiharto, 2013. Biaya Klaim INA CBGs dan Riil Penyakit Katastropik Rawat Inap Peserta Jamkesmas di 10 Rumah Sakit Umum Pusat. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, .16 (1): hal. 58-65.
- Gani, Ascobat, 2006. Reformasi Pembiayaan Kesehatan Kabupaten/ Kota dalam Sistem Desentralisasi. Tersedia pada: <http://www.litbang.depkes.go.id/download/seminar/desent>, [diakses tgl. 12 Juli 2009].
- Geyman, John. 1971; The modern Family Doctor and Changing Medical Practice. Appleton-Century-Croffts.
- INHOTCH, 2013. Jelang dilaksanakannya BPJS, kondisi Rumah Sakit Umum dan Puskesmas sangat memprihatinkan. Tersedia pada: www.inhotch.org.
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. Buku Saku Gatekeeper Dalam Pelaksanaan SJSN, Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- McWhinney, 1981. An Introduction of Family Medicine. Available at: <http://www.amazon.com/lan-R.-McWhinney/e/B001HCVX3I> ;Accessed 2 Agustus 2004].
- Saltman B.,Rico A.,Boerma W. 2006. European Observatory on Health System and Policy Series: Primary Care in the driver's seat?. (sl): Open University Press.
- Starfield,B. 1998. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford: Oxford University Press.
- Slameto, 2010. Belajar dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sugiyono. 2013. Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: ALFABETA.
- Thabrany, Hasbullah. 2004. Jaminan Kesehatan Nasional Dalam SJSN. [Online] tersedia pada : <http://staff.ui.ac.id/internal/140163956/material/MengapaperluAskesnas.pdf> . [Diakses 13 Mei 2013].
- Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2004. Undang-Undang Nomer 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta.
- Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2013. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomer 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta.
- Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2013. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomer 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Perpres Nomer 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta.
- Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2013. Permenkes Nomer 71 tahun. 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN. Jakarta.
- World Health Organization. 1978. Primary Health Care, International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, Sept 6–12. Geneva.
- World Health Organization, 2006. Working together for Health, World Health Report 2006, Geneva.