

## ANALISIS KEBIJAKAN PEMBIAYAAN TB DI FASILITAS KESEHATAN MILIK PEMERINTAH ERA JKN DI KOTA SAMARINDA

*TUBERCULOSIS FINANCING POLICY ANALYSIS AT GOVERNMENT'S HEALTH FACILITY JKN ERA IN SAMARINDA CITY*

Erwin Purwaningsih<sup>1</sup>, Laksono Trisnantoro<sup>2</sup>, M.Faozi Kurniawan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa Minat Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada

<sup>2</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

<sup>3</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

### ABSTRAK

Tuberkulosis adalah penyakit menular dengan jumlah kasus tertinggi di Samarinda pada tahun 2016. Segi pembiayaan terdapat gap antara anggaran kesehatan dinas kesehatan kota Samarinda yang berasal dari APBD kota Samarinda dengan jumlah dana program pemberantasan TB. **Tujuan:** Mengidentifikasi kebijakan pembiayaan TB di fasilitas kesehatan milik pemerintah di Kota Samarinda. **Metode Penelitian:** Studi kasus dengan wawancara mendalam dan review dokumen. Subjek penelitian berjumlah 16 orang berasal dari pihak legislatif, pihak eksekutif, penyedia pelayanan kesehatan dan pihak lintas sektoral. **Hasil:** Terdapat koordinasi antara dinas kesehatan dan BPJS kesehatan untuk penetapan standar fasilitas kesehatan primer dan fasilitas kesehatan rujukan yang dapat bekerjasama dengan BPJS Kesehatan tetapi tidak untuk pertukaran data pasien dan transparansi penggunaan dana klaim pasien TB. Dana JKN merupakan sumber dana terbesar yaitu 94,48% dan diperuntukkan untuk pembiayaan rawat jalan tingkat lanjut (RJTL) dan rawat inap tingkat lanjut (RITL) pada tahun 2015. Tingginya RJTL disebabkan karena kurang maksimalnya pelaksanaan rujukan parsial dan rujuk balik pasien TB antara fasilitas kesehatan primer dan rujukan. **Kesimpulan:** Pembiayaan TB di Kota Samarinda masih lebih banyak di fasilitas kesehatan rujukan dibandingkan fasilitas kesehatan primer.

**Kata kunci:** Strategi pembiayaan, Fasilitas kesehatan, Tuberkulosis

### ABSTRACT

*Tuberculosis is a contagious disease with the highest number of cases in Samarinda in 2016. The financing side is a gap between the health budget of the Samarinda city health service from the Samarinda city budget with the number of funds for the TB eradication program. Aims: To identify TB financing policies at government-owned health facilities in Samarinda City. Research Methods: The Case study with in-depth interviews and document review. Research subjects amounted to 16 people from legislative, executive, health service providers and cross-sectoral parties. Result: There is coordination between the health service and health BPJS for the establishment of primary health care standards and referral*

*health facilities that can cooperate with BPJS Health but not for the exchange of patient data and transparency of the use of TB patient claims funds. The JKN fund is the largest source of funding of 94.48% and is reserved for advanced outpatient care (RJTL) and advanced inpatient (RITL) by 2015. The high RJTL is due to the inadequate implementation of partial referral and referral of TB patients between facilities primary health and referrals. Conclusion: TB financing in Samarinda City is higher in referral health facilities than primary health facilities.*

**Keywords:** Financing strategy, Health facility, Tuberculosis

### PENDAHULUAN

Tuberkulosis merupakan penyakit yang menjadi perhatian global. Sesuai dengan tujuan pembangunan berkelanjutan 2030, WHO menargetkan untuk menurunkan kematian akibat tuberkulosis sebesar 90% dan menurunkan insidensi sebesar 80% pada tahun 2030 dibandingkan dengan tahun 2014 (WHO, 2016).

Kalimantan Timur merupakan salah satu provinsi di Indonesia dengan peningkatan jumlah kasus baru TB BTA (+) yang cukup signifikan. Provinsi Kalimantan Timur berada pada urutan ke 17 pada angka notifikasi kasus TB per 100.000 penduduk di Indonesia pada tahun 2016 atau meningkat 7 peringkat dari posisi 24 pada tahun 2012. Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit menular dengan jumlah kasus tertinggi di Samarinda pada tahun 2016. Jumlah kasusnya selalu konsisten berada di urutan pertama dengan jumlah kasus tertinggi dari seluruh kota di Provinsi Kalimantan Timur di tahun 2012, 2013, 2015 dan 2016 (Profil Kesehatan Kalimantan Timur, 2016)

Pembiayaan yang bersumber dari biaya pemerintah adalah semua bentuk pembiayaan yang dialokasikan oleh pemerintah (pusat, provinsi, kabupaten-kota) untuk pembangunan kesehatan, baik upaya kesehatan yang bersifat

langsung untuk pelayanan kesehatan maupun secara tidak langsung. Pada pembiayaan tuberkulosis di Samarinda, terjadi kesenjangan atau gap pada pembiayaan program TB bila dibandingkan dengan anggaran kesehatan dinas kesehatan kota Samarinda.

Hal ini menunjukkan bahwa jumlah kasus TB tinggi tetapi jumlah anggaran programnya kecil. Adanya masalah kesenjangan pembiayaan program TB juga terdapat dalam penelitian mengenai pembiayaan HIV/AIDS dan Tuberkulosis yang dilakukan di Estonia oleh (Politi & Torvand, 2007) menunjukkan bahwa terdapat adanya fragmentasi dalam pembiayaan antara strategi dan program kesehatan.

**METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif dengan metode kualitatif. Penelitian ini menggunakan desain penelitian studi kasus, dengan strategi penelitian eksplanatoris. Sesuai dengan tujuan penelitian, maka subjek penelitian berjumlah 16 responden berasal dari institusi pemerintah terkait dengan alokasi dana kesehatan yaitu institusi kesehatan dan non kesehatan. Institusi kesehatan yaitu dinas kesehatan, BPJS kesehatan cabang Samarinda, RSUD dan puskesmas, puskesmas dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu puskesmas dengan jumlah kasus TB tertinggi dan terendah di daerah rural dan urban di Samarinda, hal ini dilakukan untuk mengidentifikasi apakah terdapat perbedaan pada pembiayaan program TB di puskesmas yang berada di daerah pinggiran dan perkotaan yang dibedakan berdasarkan tinggi rendahnya kasus TB yang ditemukan

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**Hasil**

Perbandingan antara jumlah anggaran program kesehatan dengan anggaran kesehatan dan belanja langsung Dinkes Kota Samarinda akan ditunjukkan oleh Gambar 1 berikut ini:



Gambar 1. Perbandingan Anggaran TB dan Anggaran Kesehatan (Belanja Langsung) Dinkes Samarinda

Gambar 1 menunjukkan bahwa jumlah dana untuk pelaksanaan program pemberantasan tuberkulosis (TB) bila dibandingkan dengan total anggaran program/kegiatan Dinkes, hasilnya kurang dari 1% dalam empat tahun terakhir. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah kasus TB tinggi tetapi jumlah anggaran programnya kecil.

Penelitian yang dilakukan pada fasilitas pelayanan kesehatan primer (puskesmas) dilakukan di 4 puskesmas dari total 26 puskesmas keseluruhan yang ada di kota Samarinda, yaitu di puskesmas Temindung, Remaja, Loa Bakung, dan Sungai Siring. Pembiayaan program TB oleh 4 puskesmas tersebut akan ditunjukkan pada tabel 1 sebagai berikut:

No	Puskesmas	Tahun		
		2015 (Rp)	2016 (Rp)	2017 (Rp)
1	Temindung (Urban)	2.260.000	7.580.000	7.660.000
2	Remaja (Urban)	200.000	1.920.000	2.460.000
3	Loa Bakung (Pinggiran)	1.440.000	7.150.000	9.300.000
4	Sungai Siring (Pinggiran)	1.750.000	300.000	1.375.000
Total		5.650.000	16.950.000	20.795.000

Tabel 1. Pembelanjaan Dana Program Tuberkulosis (TB) di 4 Puskesmas (Sampel) di Samarinda

Tabel 1 menunjukkan bahwa jumlah dana program di puskesmas yang menjadi sampel penelitian berada di puskesmas Loa Bakung dengan kategori puskesmas wilayah pinggiran dengan jumlah kasus TB tinggi dengan persentase pendanaan mencapai 5,07% pada tahun 2016. Puskesmas Temindung yang merupakan puskesmas dengan jumlah kasus tertinggi untuk kategori wilayah perkotaan jumlah pendanaan untuk TB nya tertinggi hanya mencapai 4,25% di tahun 2016. Sehingga dapat dikatakan bahwa jumlah dana program/kegiatan untuk TB lebih tinggi di wilayah pinggiran dibandingkan perkotaan

Badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) cabang kota Samarinda juga memiliki fungsi dalam pembelanjaan dana., sebagaimana data yang ditunjukkan tabel berikut:

Tabel 2. Rekapitulasi Data Peserta dan Pembiayaan dengan Diagnosa TB di Rumah Sakit (Tingkat Rujukan) di Kota Samarinda

Kategori	Tahun	Jumlah Peserta	Jumlah Kasus	Biaya (Rp)
RJTL (Rawat jalan tingkat lanjut)				
	2015	393	588	186.817.600
	2016	824	1283	381.412.100
	2017	1358	2035	518.112.700

Tabel 2 menunjukkan bahwa jumlah pembiayaan dana yang dikeluarkan oleh BPJS untuk pelayanan pasien rawat jalan dan rawat inap tingkat lanjut tinggi bila dibandingkan dengan institusi lainnya. Biaya klaim yang dibayarkan BPJS untuk pasien RJTL terus mengalami grafik peningkatan,

mencapai hampir dua kali lipat dibandingkan tahun sebelumnya dan mencapai puncaknya pada tahun 2017.

Berdasarkan data dari tabel 1 dan 2, dapat dilihat bahwa biaya yang dikeluarkan untuk rawat jalan di fasilitas kesehatan rujukan (FKTL) jauh lebih besar dibandingkan dengan biaya yang ada di puskesmas (FKTP). Jika dipersentasikan pelayanan rawat jalan yang ada di puskesmas (4 puskesmas sampel) tidak pernah lebih dari 2% dalam 3 tahun terakhir dan jika diakumulasikan untuk seluruh puskesmas yang ada di Samarinda pun jumlah pembiayaannya tidak akan mencapai 50% bila dibandingkan dengan biaya pelayanan rawat jalan di FKTL. Saat melakukan wawancara dengan salah satu pihak rumah sakit yang ada di kota Samarinda, beliau menyatakan bahwa jika ada pasien yang posisinya lebih dekat dengan rumah sakit maka pihak rumah sakit akan menerimanya dan juga telah disiapkan obat-obatannya, seperti kutipan wawancara berikut ini:

*“.....pasiennya ini dekat rumahnya dekat rumah sakit saya, nggak papa saya terima, saya inikan saya dia ngambil ke sini cuman selanjutnya dia ndak perlu daftar, jadi dia ada klinik TB dia langsung ke klinik TB ketemu saya nanti obat sudah saya siapkan di situ.....”* (R10/Rumah Sakit)

Dari pernyataan di atas terlihat bahwa pihak rumah sakit menerima dengan tangan terbuka pasien dengan diagnosis TB untuk memeriksa kondisi kesehatannya di rumah sakit. Salah satunya dengan dalih posisi pasien lebih dekat dengan rumah sakit. Selanjutnya rumah sakit juga menjadi tempat rujukan bagi pasien dari dokter praktek swasta, berikut kutipan wawancaranya:

*“....dokter-dokter yang praktek malem yang biasa swasta kita terima. Maksudnya kalo dia ngerujuk pasien kita terima itu aja, untuk pengendalian TB kita welcome....”* (R10/Rumah Sakit)

Fasilitas rawat jalan yang ada di rumah sakit diketahui menerima pasien yang mendapat rujukan dari FKTP untuk penegakkan diagnosa dan ada pula yang ke rumah sakit atas inisiatif pasien sendiri, sesuai dengan hasil wawancara berikut:

*“....pasien dari rujukan puskesmas atau apa ke sini, atau inisiatif memang ada pasien yang datang gitu di sini untuk penegakkan diagnosa...”* (R10/Rumah Sakit)

Tingginya angka kunjungan rawat jalan di FKTL juga dipengaruhi oleh fasilitas yang lebih lengkap bila dibandingkan dengan FKTP. Alat pemeriksaan seperti alat rontgen memang hanya terdapat di fasilitas kesehatan rujukan seperti rumah sakit, sebagaimana pernyataan responden berikut ini:

*“.....dia kan nggak punya rontgen mungkin atau apa kan ndak ada untuk pemeriksaan dahak, rontgen aja. Itu bisa dia rujuk....”* (R10/Rumah Sakit)

Sumber daya manusia dalam hal ini dokter spesialis yang hanya terdapat di fasilitas kesehatan rujukan turut memberikan kontribusi pada tingginya penggunaan jasa rawat jalan di rumah sakit. Hal tersebut sama seperti kutipan wawancara berikut:

*“.....rujuk ke kita karena kan yang punya spesialis penyakit dalam di sini kan.....”* (R10/Rumah Sakit)

Jika proses pengobatan di FKTP telah selesai tetapi diketahui masih terdapat kuman yang resisten, maka pasien kembali dirujuk ke FKTL untuk pemeriksaan lebih lanjut, sebagaimana keterangan responden di bawah ini:

*“....nanti kalo dia memang untuk pemeriksaan lanjut ini masih ada kuman yang resisten atau apa dia kirimkan kirim ke AWS, alatnya ada di AWS nanti di sana dia dirujuk ke ini ke bagian spesialis paru atau klinik DOT nya yang untuk TCM.....”* (R10/Rumah Sakit)

## PEMBAHASAN

Komunikasi ke fasilitas kesehatan perujuk merupakan prosedur-prosedur standar yang harus dijalankan sebelum melakukan rujukan pasien (Kemenkes RI, 2012). Hambatan pelaksanaan SOP tentang komunikasi terdapat pada tidak berjalan lancarnya komunikasi saat hendak merujuk pasien. Dalam hal ini pasien TB yang berobat ke dokter praktek swasta langsung memperoleh rujukan pengobatan ke rumah sakit (FKTL). Pasien TB yang diduga suspek seharusnya memperoleh pelayanan pemeriksaan status kesehatannya di puskesmas (FKTP) terlebih dahulu, mengingat strategi DOTS juga telah dilaksanakan di Puskesmas dan obat-obatan program juga telah tersedia di puskesmas.

Dari penelitian ini, diketahui bahwa tidak terdapat mekanisme pelaksanaan rujukan parsial antara dokter praktek mandiri (DPM) dengan puskesmas. Berdasarkan petunjuk teknis pelayanan tuberkulosis (TB) bagi peserta jaminan kesehatan nasional (JKN) tentang alur rujukan parsial (Kemenkes RI, 2015a) antar FKTP menyatakan bahwa FKTP satelit yakni DPM, klinik swasta dan puskesmas satelit yang sudah terlatih TB yang tidak memiliki fasilitas mikroskopis wajib merujuk pasien terduga TB tanpa penyulit baik pasiennya sendiri, spesimen atau fiksasi spesimen ke FKTP mikroskopis untuk penegakan diagnosis.

Ketentuan rujuk balik telah dilaksanakan dengan baik di RSUD I.A.Moeis yang menjadi sampel penelitian, khususnya pada pasien yang berasal dari puskesmas. Namun tidak untuk rujuk balik yang berasal dari rujukan dokter praktek swasta. Hal ini disebabkan karena kurang patuhnya pihak rumah sakit terhadap SOP tentang rujuk balik

dari FKTP ke FKTL dan sebaliknya terutama pada pasien peserta JKN, keterbatasan sarana prasarana di fasilitas primer, sehingga pasien yang pernah dirujuk balik, kembali berobat ke RSUD untuk mendapatkan obat yang diperlukan.

Tidak adanya aturan yang mengikat dari pemerintah tentang sistem rujukan untuk pasien mandiri memberikan peluang bagi mereka untuk tidak mengikuti alur rujukan. Pada Pasal 5 PMK No. 001 Tahun 2012, tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan dinyatakan bahwa sistem rujukan diwajibkan bagi peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan juga pemberi pelayanan kesehatan, sedangkan untuk peserta asuransi kesehatan komersial mengikuti aturan yang berlaku sesuai dengan ketentuan dalam polis asuransi dengan tetap mengikuti pelayanan kesehatan berjenjang, dan untuk setiap orang yang bukan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dapat mengikuti sistem rujukan (Kemenkes RI, 2012)

Rujukan balik merupakan hal penting dalam suatu sistem rujukan. Hal ini juga ditegaskan dalam pedoman sistem rujukan nasional tahun 2012 dan BPJS kesehatan tahun 2014, dimana semua kasus kesehatan yang telah ditangani di RS rujukan harus dilakukan rujuk balik. Laporan kasus yang dilakukan di Namibia menyatakan bahwa sebagian besar kasus rujukan tidak dilakukan rujuk balik ke fasilitas perujuk (Sari, 2014)

Komunikasi dan regulasi menjadi penyebab dari lemahnya koordinasi antara dokter praktek swasta, puskesmas dan rumah sakit dalam melakukan rujukan pasien TB. Hal tersebut turut berkontribusi pada tingginya jumlah pembiayaan pengobatan klaim rawat jalan pasien TB di rumah sakit. Sehingga muncul asumsi jika rumah sakit mencari keuntungan dari tingginya jumlah kunjungan RJTL pasien TB di Kota Samarinda.

Hal ini menimbulkan masalah baru seperti memberi celah terhadap potensi fraud. Menurut Permenkes RI Nomor 36 tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan (fraud) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan pada sistem jaminan sosial nasional (SJSN), kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional yang selanjutnya disebut kecurangan JKN adalah tindakan yang dilakukan dengan sengaja oleh peserta, petugas BPJS Kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan, serta penyedia obat dan alat kesehatan untuk mendapatkan keuntungan finansial dari program jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional melalui perbuatan curang yang tidak sesuai

dengan ketentuan (Kemenkes RI, 2015b)

Perawatan tingkat lanjut di FKTL yang cukup tinggi untuk TB di Kota Samarinda seharusnya tidak terjadi karena warga kota Samarinda telah memperoleh jaminan pengobatan dari pemerintah daerah kota Samarinda yang disalurkan melalui JKN KIS kategori 2 untuk pasien tidak mampu dan menjadi peserta BPJS Kesehatan bagi pasien yang mampu dengan membayar premi. Puskesmas sebagai FKTP pemerintah juga merupakan perpanjangan tangan pemerintah pusat untuk melakukan tindakan pengendalian kasus TB secara nasional dan setiap daerah di Indonesia.

## KESIMPULAN

Strategi pembiayaan TB di Kota Samarinda belum efektif dan efisien. Pembiayaan TB di Kota Samarinda masih lebih banyak di FKTL dibandingkan FKTP. Hal ini diakibatkan oleh lemahnya koordinasi antara Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan terkait dengan sistem rujuk balik, pembiayaan TB dan pemanfaatan data-data tentang TB.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penyelesaian karya ilmiah ini. Pihak sponsor Lembaga Pengelola Dana Pendidikan (LPDP) Kementerian Keuangan yang telah memberi bantuan dana penelitian. Pembimbing, kedua orang tua serta rekan-rekan KMPK 2016 yang telah membantu memberikan dukungannya kepada peneliti selama proses penyusunan karya ilmiah ini

## DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI. (2012). Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, 1–10.
- Kemenkes RI. (2015a). Kementerian kesehatan republik indonesia direktorat jenderal pengendalian dan pencegahan penyakit 2015.
- Kemenkes RI. (2015b). Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 36 tahun 2015 tentang pencegahan kecurangan (.)
- Politi, C., & Torvand, T. (2007). Financing HIV/AIDS and tuberculosis interventions in Estonia. *Health Financing Policy Paper 2007/2*, (September), 31 p. Retrieved from <http://www.euro.who.int/document/e90770.pdf>

Profil Kesehatan Kalimantan Timur. (2016). 10 Penyakit Terbanyak Berdasarkan Pencatatan di Puskesmas Tahun 2016, 38.  
Sari, R. E. (2014). Analisis Kelayakan Rujukan Persalinan Oleh Bidan Puskesmas PONE

Di RSUD Pirngadi Medan 2012. *Jambi Medical Journal*, 2(2).  
WHO. (2016). WHO | Global tuberculosis report 2016. WHO 2016.