

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, pasal 4 menyatakan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan. Kesehatan menjadi suatu hal yang didambakan oleh setiap orang. Banyak cara yang dilakukan agar tetap sehat sebagai upaya preventif sampai berobat ke dokter apabila terkena penyakit. Selanjutnya pada pasal 14 Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Untuk mewujudkan upaya kesehatan tersebut pemerintah telah mengupayakan dengan berbagai program, salah satunya adalah dengan program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem jaminan sosial nasional pada dasarnya merupakan program negara yang bertujuan untuk memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Mensukseskan program ini pemerintah bekerjasama dengan PT. Askes dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Sebagai perusahaan penyelenggara Jaminan Kesehatan, PT. Askes (Persero) dituntut untuk selalu dapat memberikan pelayanan yang terbaik kepada pesertanya. Oleh sebab itu, guna mengintegrasikan antara pelayanan kesehatan yang bermutu dengan rasionalitas biaya, maka sejak tahun 1978 telah dikembangkan pola pelayanan

managed care concept, dimana peserta Askes mendapatkan pelayanan kesehatan secara berjenjang dari tingkat pertama hingga lanjutan. Pelayanan tingkat pertama berperan sentral sebagai *gate keeper* yang menentukan sejauh mana peserta membutuhkan pelayanan pada tingkat lanjutan sesuai kebutuhan medis, sehingga *Primary Care Provider (PCP)* seharusnya dapat menjalankan peran sebagai penjaga mutu layanan dan pengontrol biaya (PT. Askes, 2010).

Awalnya Puskesmas merupakan PCP utama bagi peserta Askes, dimana atas dasar Keputusan Menteri Kesehatan ditentukan setiap Puskesmas secara langsung berperan menjadi pemberi pelayanan kesehatan bagi peserta Askes. Akan tetapi dalam perkembangan selanjutnya, seiring dengan peran Puskesmas sebagai penyangga upaya kesehatan masyarakat, muncul keluhan-keluhan peserta menyangkut pelayanan khususnya pelayanan kuratif yang diberikan oleh Puskesmas diantaranya adalah sedikitnya kesempatan peserta untuk ditangani langsung oleh Dokter, terbatasnya waktu pelayanan hanya pada pagi hari, keterbatasan pelayanan obat, dan sebagainya (PT. Askes, 2010).

Merespon gejala tersebut, maka sejak tahun 2003 pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) mulai diperluas pada *Primary Care Provider (PCP)* Dokter Keluarga, dengan harapan tercapainya peningkatan kepuasan peserta Askes, serta optimalisasi peran PCP sebagai *gate keeper*. Disamping itu, dengan perluasan PCP Dokter Keluarga juga diharapkan terjadinya peningkatan hubungan antara Dokter dengan peserta Askes selaku pasien, untuk dapat bekerjasama secara profesional dan harmonis dalam

penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi pasien itu sendiri beserta keluarganya.

Dokter keluarga merupakan dokter praktik umum yang menyelenggarakan pelayanan primer yang komprehensif, kontinu, mengutamakan pencegahan, koordinatif, mempertimbangkan keluarga, komunitas dan lingkungannya dilandasi ketrampilan dan keilmuan yang mapan (PT. Askes, 2010). Pelayanan yang diberikan oleh dokter keluarga PT. Askes (Persero) diharapkan lebih diutamakan kepada pelayanan promotif dan preventif selain pengobatan terhadap penyakit yang dideritanya melalui pembayaran muka (prabayar). Penulisan resep sesuai dengan Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) yang diterbitkan PT. Askes (Persero). Bila diperlukan atas indikasi medis, dokter keluarga dapat merujuk peserta ke rumah sakit yang dirujuk (Chotimah dan Kusnanto, 2000).

Perbedaan prinsip antara pelayanan di Puskesmas dan dokter keluarga adalah pelayanan puskesmas menggunakan pendekatan komunitas, sedangkan pelayanan dokter keluarga menggunakan pendekatan keluarga sebagai inti. Dengan pendekatan konsep dokter keluarga maka hubungan antara peserta dengan dokternya akan menjadi lebih baik dan pengenalan kesehatan keluarga diharapkan lebih mendalam sehingga upaya preventif dan promotif yang dikembangkan dapat lebih spesifik (Chotimah dan Kusnanto, 2000). Selain itu, terdapat pula peningkatan yang signifikan dari sisi manfaat pelayanan di dokter keluarga seperti yang terlihat dalam Tabel 1:

Tabel 1. Peningkatan Pelayanan Dokter Keluarga

Jenis Pelayanan	Sebelum	Sesudah
Pelayanan Medik	Fokus pada pelayanan kuratif	Fokus pada upaya promotif dan preventif
Pelayanan Obat	Apotek dan Dispensing	Apotek dan Dispensing
Pelayanan Laboratorium Sederhana	Tidak Ada	Darah dan urin rutin
Besaran Kapitasi	Rp 2.500,-	Rp 5.500,- s/d Rp 6.500,- sesuai hasil kredensialing dan komposisi peserta terdaftar
Pencatatan	Manual	Komputerisasi
Rekrutmen	Sesuai perminatan	Penilaian Kapitasi sarana dan prasarana sesuai standar PDKI
Standar Kompetensi Dokter Keluarga	Tidak ada	Workshop dan modul Dokter Keluarga

Sumber: Info Askes Buletin PT. Askes (Persero) Edisi Juni 2010

Hasil studi pendahuluan di PT. Askes (Persero), petugas mengatakan program dokter keluarga telah ada sejak lama, pada PT. Askes (Persero) Cabang Surakarta program ini mulai mengembangkan program ini tahun 2008, namun minat dokter untuk bekerjasama dengan PT. Askes (Persero) masih kurang. Hal ini dikarenakan tingkat pembayaran kapitasi yang rendah.

Sejak tahun 2010 minat dokter keluarga untuk bekerjasama dengan PT. Askes (Persero) mulai meningkat dengan dinaikkannya pembayaran kapitasi yang semula hanya Rp 2.500,- per jiwa sekarang menjadi Rp 5.500,- s/d Rp 6.500,- sesuai dengan kategori kapasitas pelayanan yang dimiliki oleh dokter keluarga. Pembayaran kapitasi akan diberikan kepada dokter yang telah melaporkan kunjungan peserta. Tingkat kunjungan pasien masih belum maksimal dikarenakan tingkat kunjungan peserta askes ke dokter keluarga yang

masih rendah. Hal ini dikarenakan pelayanan di dokter keluarga hanya pelayanan tingkat dasar ke peserta askes dan ada beberapa peserta yang mengatakan kurang puas dengan pelayanan dokter keluarga karena pelayanan oleh dokter keluarga kurang lengkap, seperti tidak tersedianya pelayanan laboratorium, pelayanan kesehatan gigi, pelayanan kesehatan mata, sehingga apabila pasien membutuhkan pelayanan tersebut mereka harus dirujuk (yang akhirnya mereka harus ke tempat pelayanan rujukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai kondisinya). Pelaporan dokter keluarga yang terlambat mengakibatkan PT. Askes (Persero) kesulitan dalam mengetahui kunjungan peserta ke dokter keluarga.

Dengan adanya permasalahan tersebut, perlu dilakukan penelitian di PT. Askes (Persero) Cabang Surakarta tentang penerapan program dokter keluarga dan judul penelitian yang diambil adalah **"Evaluasi Penerapan Program Dokter Keluarga Di PT. Askes (Persero) Cabang Surakarta"**

B. Rumusan Masalah Penelitian

1. Masalah Umum

Bagaimana penerapan program dokter keluarga di PT. Askes (Persero)

Cabang Surakarta Tahun 2011?

2. Masalah Khusus

- a. Bagaimana sistem pelayanan pada program dokter keluarga?
- b. Bagaimana sistem pelaporan pada program dokter keluarga?
- c. Bagaimana sistem pembayaran pada program dokter keluarga?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui penerapan program dokter keluarga di PT. Askes (Persero) Cabang Surakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui sistem pelayanan pada program dokter keluarga;
- b. Mengetahui sistem pelaporan pada program dokter keluarga;
- c. Mengetahui sistem pembayaran pada program dokter keluarga.

D. Manfaat penelitian

1. Bagi Institusi (PT. Askes Persero Cabang Surakarta)

- a. Sebagai bahan pertimbangan guna perencanaan pengembangan Pelayanan program dokter keluarga;
- b. Sebagai bahan evaluasi pada program dokter keluarga.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan (Dokter Keluarga)

Hasil penelitian dapat dijadikan masukan guna meningkatkan mutu pelayanan pada masyarakat.

3. Bagi Peneliti

- a. Merupakan media belajar peneliti dalam menerapkan ilmu yang telah diperoleh selama mengikuti perkuliahan;
- b. Meningkatkan kemampuan dan ketrampilan peneliti dalam melakukan penelitian dan penulisan ilmiah.