

## AUDIT MUTU LAYANAN RUJUKAN PRIMER GUNA MENGURANGI JUMLAH RUJUKAN KE LAYANAN SEKUNDER. STUDI KASUS PADA PROVINSI DKI JAKARTA

REFERRAL SYSTEM AUDIT TO REDUCE UNNECESSARY VISIT TO SECONDARY HEALTH CARE. CASE STUDY IN DKI JAKARTA PROVINCE

Muhammad Hardhantyo, Armiatin, Adi Utarini, Hanevi Djasri

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

### ABSTRACT

**Background:** Cost control care was sensitive issue in Universal Health Coverage (UHC) era. Some assume it could be achieved by reduce the quality given or service fee for functional staff. However, optimizing primary care services to avoid hospitalization could be another form of cost controlled care

**Method:** Retrospective audit was performed to 1025 medical record from 15 primary health office in DKI Jakarta Province. Sample was patient referred to hospital from Januari 1st until June 30th 2015. We monitored percentage of complete documentation, accuracy and quality of referred patient specifically for four diagnosis which Diabetes Melitus, Severe Pre Eclamsia, Hypertension and Dengue Fever. Selection of those diagnose was made based on high patient referred with low quality (60,2%). Result of audit was use to made effective refferal system guidance that contained referral manual for four case and revision of referral form.

**Result:** Patient referred were 0-87 year old. Majorly range from 60-70 year old (25,9%), 43,2% were men and 56,8% were woman, and most of them 54,5% used universal health coverage BPJS PBI. Medical record audit showed there is only 69,5% (SD ± 13.26) patient deserved to be referred to hospital from primary health office. After implementation the re-audit result showed significant improvement of referral quality, from 69,5% become 83,4% (SD ± 13.67, P<0.05), including its complete documentation, accuracy, and quality of the referral system.

**Conclusion:** The innovation for improving quality of referral system need support from various stakeholder. Referral form changes need approval from BPJS because its function not merely for administration, it is a way to communicate between primary doctors and specialist in hospital. Some component was missing in referral form today. Referral guidance revision from Ikatan Dokter Indonesia also needed for 155 cases in primary health office. Cost controlled care in universal health coverage could be achieved by optimizing the function of doctor in primary health office.

**Keyword:** Referral and consultation, gate keeper, quality assurance

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Kendali biaya merupakan suatu hal yang sensitif di era Jaminan Kesehatan Nasional saat ini, banyak yang beranggapan bahwa kendali biaya berarti menurunkan mutu pelayanan atau jasa medis untuk staf fungsional. Padahal salah satu bentuk dari kendali biaya adalah optimalisasi peran

dokter primer dengan menurunkan angka rujukan yang tidak perlu dari puskesmas.

**Metode:** Audit dilakukan secara retrospektif, kami mengambil sampel sebanyak 1025 rekam medis pasien yang di rujukan dari 15 puskesmas di Provinsi DKI Jakarta selama periode Januari hingga Juni 2014. Audit rekam medis dilakukan untuk melihat aspek kelengkapan, ketepatan, serta mutu rujukan terutama pada empat kasus khusus yakni Diabetes Melitus, Pre Eklamsia, Hipertensi dan Demam Dengue. Pemilihan kasus tersebut didasarkan pada tingginya angka rujukan disertai dengan rendahnya kualitas rujukan pada empat kasus tersebut (60,2%). Hasil audit kemudian dijadikan acuan guna penyusunan sistem rujukan efektif yang terdiri dari manual rujukan, perbaikan form rujukan serta pedoman rujukan primer pada empat kasus.

**Hasil:** Pasien yang dirujuk berusia antara 0 hingga 87 tahun (mean ± SD, 46.78 ± 19.15) dengan rentang usia terbesar adalah 60 hingga 70 tahun sebanyak 25,9%, laki-laki 43,2% dan perempuan 56,8%, dengan jaminan kesehatan terbanyak merupakan pengguna kartu BPJS PBI sebanyak 54,5%. Hasil audit menunjukkan bahwa hanya terdapat 69,5% (SD ± 13.26) kasus rujukan yang berkualitas dari 15 puskesmas di Provinsi DKI Jakarta. Pasca adanya implementasi, hasil re-audit menunjukkan peningkatan signifikan kualitas rujukan menjadi 83,4% (SD ± 13.67, P<0.05), baik dari segi kelengkapan, ketepatannya maupun mutunya.

**Kesimpulan:** Inovasi untuk meningkatkan kualitas sistem rujukan memerlukan dukungan dari berbagai *stakeholder*. Penggantian form rujukan memerlukan persetujuan dari BPJS karena fungsinya tidak hanya sebagai kelengkapan administrasi tetapi juga sebagai jembatan komunikasi antara dokter umum dengan spesialis di rumah sakit. Saat ini beberapa komponen dalam form masih kurang lengkap. Perbaikan pedoman rujukan bagi 155 kasus yang dapat ditangani di puskesmas perlu disusun oleh Ikatan Dokter Indonesia. Dengan berbagai perbaikan tersebut, kendali biaya di era jaminan kesehatan saat ini dapat tercapai dengan mengoptimalkan fungsi dokter di layanan primer.

**Kata Kunci:** Rujukan dan Konsultasi, Gate keeper, Jaminan Kualitas

### PENGANTAR

Salah satu tujuan dalam penerapan Jaminan Kesehatan Nasional adalah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang efisien sesuai amanah undang undang SJSN

No. 40/2004. Kewenangan dinas kesehatan dalam pengendalian biaya adalah dengan membuat regulasi pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien efektif dan sesuai kebutuhan, salah satu bentuknya dengan optimalisasi peran dokter primer dengan menurunkan angka rujukan yang tidak perlu dari puskesmas.

DKI Jakarta merupakan salah satu provinsi yang terpilih sebagai wilayah uji coba pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional yang diprakarsai oleh Badan Pelaksana Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, pada 1 Januari 2014. Pengalaman penerapan Kartu Jakarta Sehat (KJS) pada tahun sebelumnya menunjukkan tingginya pasien KJS yang meminta untuk berobat di Rumah Sakit (RS) sehingga perlu adanya perbaikan sistem dan pelaksanaan rujukan pelayanan primer dari Puskesmas ke rumah sakit<sup>1</sup>.

Evaluasi menunjukkan banyak pasien DKI Jakarta yang berobat di RS rujukan tertinggi seperti RS Cipto Mangunkusumo, sehingga mengakibatkan terjadinya penumpukan pasien. Penumpukan pasien di RS ini tentunya tidak perlu terjadi apabila sistem rujukan kesehatan berjenjang berjalan dengan baik. RS rujukan tertinggi seyogyanya hanya melayani penyakit rujukan khusus yang memerlukan layanan dokter subspesialis. Sedangkan pasien dengan penyakit ringan cukup diobati di sarana kesehatan primer, seperti puskesmas<sup>2</sup>.

Masalah sistem rujukan ini ternyata menjadi masalah global yang terjadi diberbagai negara, di negara maju seperti Amerika Serikat sendiri masih terdapat 26% peserta jaminan berobat yang tidak layak untuk dirujuk ke rumah sakit. Sehingga bila dikalkulasi maka potensi kerugian beban perawatan di rumah sakit sebesar 5.6 miliar dolar pertahun atau 75 triliun rupiah<sup>3</sup>. Di Inggris pada melalui survey di dua rumah sakit, terdapat 7% pasien dengan perawatan paliatif stadium akhir tidak layak untuk di rawat di rumah sakit sehingga memiliki potensi kerugian sebesar 4 miliar rupiah pertahun hanya dari dua rumah sakit saja<sup>4</sup>.

## **BAHAN DAN CARA PENELITIAN**

Studi ini mengundang 44 puskesmas kecamatan yang tersebar di seluruh DKI Jakarta untuk bergabung, namun hanya 15 puskesmas yang akhirnya mengikuti studi ini hingga akhir. Secara retrospektif kami mengambil data audit dari rekam medis 1025 pasien yang pernah dirujuk ke rumah sakit dari 15 puskesmas pada periode 1 Januari hingga 30 Juni 2014 dan kriteria eksklusi adalah apabila pasien tersebut dirujuk lebih dari satu kali dalam periode penelitian.

Penilaian mutu rujukan dinilai dengan melihat apakah pasien yang dirujuk sesuai dengan kebutuhan, menuju lokasi yang sesuai disertai prosedur yang tepat<sup>8</sup>. Guna melihat hal tersebut maka dilakukan 6 tahapan kegiatan perbaikan rujukan sesuai dengan siklus mutu<sup>9</sup>. Kegiatan pertama adalah diskusi terarah dengan perwakilan puskesmas untuk menentukan permasalahan pokok sistem rujukan di DKI serta menentukan 4 kasus prioritas untuk dijadikan sampel dalam audit.

Kegiatan berikutnya adalah audit rekam medis untuk melihat aspek kelengkapan, ketepatan, serta mutu rujukan terutama pada empat kasus khusus yakni Diabetes Melitus, Pre Eklamsia, Hipertensi dan Demam Dengue. Audit dilakukan dengan menggunakan instrumen audit yang dikembangkan oleh tim peneliti terdiri dari 11 area kelengkapan surat rujukan, 7 area ketepatan proses rujukan, 1 area pada rujukan Diabetes Melitus, 3 area pada rujukan demam dengue, 3 area pada rujukan pre-eklamsia berat dan 1 area pada rujukan kasus hipertensi. Instrumen tersebut dikembangkan berdasarkan acuan dari permenkes No. 5/2014 tentang panduan praktek klinik bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer.

Analisa hasil audit kemudian dilakukan sebagai bahan pertimbangan pada kegiatan ketiga yakni penyusunan manual serta pedoman rujukan tingkat provinsi DKI Jakarta. Kegiatan ini berupa workshop selama dua hari untuk merumuskan draf pedoman rujukan mengacu pada hasil audit dan evaluasi pada kegiatan pertama. Pertemuan ketiga mempertemukan antara akademisi, regulator dengan praktisi.

Kegiatan keempat merupakan implementasi hasil pertemuan sebelumnya yang menghasilkan sebuah pedoman dan sistem rujukan, ke 15 puskesmas yang mengikuti sedari awal dijadikan area wilayah ujicoba terhadap pedoman dan sistem rujukan tersebut. Kegiatan kelima dan keenam adalah audit ulangan pada 15 puskesmas dan finalisasi sistem serta pedoman rujukan diakhir rangkaian siklus mutu.

## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Pada diskusi terarah diketahui bahwa terdapat beberapa masalah yang sering terjadi pada saat proses rujukan diantaranya adalah: 1). Rujukan dibuat atas permintaan pasien bukan atas indikasi medis, 2). Rumah sakit tujuan seringkali penuh sehingga menyulitkan pada saat merujuk, 3). Tidak ada rujukan balik dari rumah sakit (RS) tidak ada sehingga puskesmas tidak bisa melanjutkan

pengobatan dan terpaksa harus kembali di rujuk ke RS, 4). Sistem rujukan online (SPGDT 119) belum berjalan dengan baik, dan 5). Standar rujukan penyakit belum tersosialisasi dengan baik.

Berdasarkan poin – poin tersebut maka dilakukan audit untuk melihat gambaran dasar kualitas rujukan dari puskesmas. Audit pada 1025 pasien yang dirujuk dari 15 puskesmas dengan usia antara 0 hingga 87 tahun (mean  $\pm$  SD, 46.78  $\pm$  19.15) dan rentang usia terbesar antara 60 hingga 70 tahun sebanyak 25,9%, laki-laki 43,2% dan perempuan 56,8%, dengan jaminan kesehatan terbanyak merupakan pengguna kartu BPJS PBI sebanyak 54,5%. Hasil audit secara lengkap ditunjukkan pada tabel 1 dibawah.

mantoux, prosedur rujukan ke Rumah sakit disertai prosedur rujukan balik, hingga prosedur monitoring dan evaluasi mutu rujukan oleh dinas kesehatan. Seluruh prosedur tersebut telah disepakati dalam kegiatan ketiga, penyusunan manual serta pedoman rujukan tingkat provinsi DKI Jakarta. Uji coba implementasi pedoman serta form rujukan baru, dilakukan pasca adanya kesepakatan antar puskesmas dan dinas kesehatan. Uji coba dilakukan selama satu bulan untuk melihat dampak implementasi terhadap perubahan kualitas rujukan.

Kegiatan re-audit dilakukan setelah masa uji-coba berakhir, dimana masing-masing puskesmas kembali mengevaluasi rujukan yang dilakukan selama periode implementasi. Dalam tabel 1 dapat

**Tabel 1. Hasil Audit Kelengkapan dan Ketepatan dalam Proses Rujukan**

Kelengkapan Surat Rujukan	Hasil Audit (%)	Hasil Re-Audit (%)	p*	Ketepatan Proses Rujukan	Hasil Audit (%)	Hasil Re-Audit (%)	P*
Identitas Pasien	96,10	100,00	0.000	Diagnosa diluar 155 kasus	92,20	95,50	0.000
Tanggal Merujuk	93,00	99,90	0.000	Merujuk ke tempat rujukan yang sesuai	96,00	98,40	0.773
Nama RS yang dtuju	92,70	99,80	0.000	Pasien didampingi tenaga kesehatan	78,70	96,80	0.000
Poli / UGD yang dituju	92,40	97,60	0.000	Menggunakan ambulance transport	77,70	96,80	0.000
Hasil Anamnesa	24,00	69,90	0.000	Memberikan edukasi	20,50	68,70	0.000
Diagnosa	95,50	99,50	0.000	Melakukan Komunikasi dengan RS	62,80	99,20	0.000
Hasil Pemeriksaan Fisik	31,40	60,80	0.000	Pasien dirujuk 1x24 jam sejak diagnosis ditegakkan	93,00	100,00	0.000
Pemeriksaan Laboratorium	60,20	80,00	0.000				
Terapi Sementara	28,40	69,50	0.000				
Tindakan yang telah diberikan	25,40	62,40	0.000				
Tanda tangan dokter yang merujuk	92,70	99,90	0.000				

**Hasil Audit Kelengkapan dan Ketepatan dalam Proses Rujukan. \*nilai p menunjukkan area perubahan signifikan pasca intervensi, peningkatan signifikan pada nilai P<0,05**

Hasil audit menunjukkan bahwa hanya terdapat 69.5% (SD  $\pm$  13.26) kasus rujukan yang berkualitas dari 15 puskesmas di Provinsi DKI Jakarta. Masing-masing terdapat kekurangan pada kelengkapan surat rujukan seperti tidak mencantumkan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik maupun terapi yang telah diberikan. Pasien yang dirujuk kerumah sakit dalam kondisi yang tidak lengkap akan berakibat pada kebingungan dokter spesialis yang menerima pasien tersebut di rumah sakit. Hal ini perlu diperbaiki dengan perbaikan format form rujukan dimana form BPJS yang berlaku saat ini sangat tidak lengkap.

Guna menunjang hal tersebut kami melakukan perbaikan form rujukan beserta 13 prosedur rujukan yang berisi diantaranya berisi pedoman rujukan horizontal antar puskesmas seperti rontgen thorax, tes

dilihat bahwa terdapat perbaikan pada area kelengkapan maupun pada area ketepatan proses rujukan.

Kegiatan merujuk merupakan komunikasi antar dokter di puskesmas dengan dokter rumah sakit, dan rujukan balik berarti dokter rumah sakit mengembalikan pasien tersebut untuk kemudian dirawat atau diberikan tindakan lanjutan di puskesmas. Yang terjadi selama ini adalah dokter puskesmas tidak memberikan kelengkapan yang diperlukan oleh dokter spesialis sehingga terjadi kerancuan dan mereka harus mengulang kembali pemeriksaan yang telah dilakukan di puskesmas. Demikian dengan surat rujukan balik, surat tersebut dipakai oleh dokter puskesmas untuk mengetahui tindakan apa saja yang telah diberikan oleh rumah sakit, sehingga pada saat pasien kembali ke puskesmas, dokter tau

langkah – langkah berikutnya untuk mengobati pasien. Permasalahan diatas diatasi dengan perbaikan form rujukan menjadi satu halaman yang komprehensif.

Evaluasi pada masing-masing puskesmas juga dilakukan untuk melihat efek perbaikan pada kualitas rujukan di puskesmas tersebut. Tabel 3 Menunjukkan hasil evaluasi kualitas rujukan di masing-masing

Tabel 2 dibawah ini menunjukkan hasil kualitas rujukan pada empat kasus, yakni demam dengue, diabetes melitus, Pre eklamsia berat dan hipertensi

Diagnosis	Hasil Audit (%)	Hasil Re-Audit (%)	p*	Diagnosis	Hasil Audit (%)	Hasil Re-Audit (%)	P*
<b>Diabetes Melitus</b> Target gula darah tidak tercapai dengan perbaikan gaya hidup sehat dan terapi pemberian 2 Obat Hiperglikemik Oral (OHO) selama 3 bulan	28,2	95,2	0.000	<b>Hipertensi Esensial</b> Target tekanan darah tidak tercapai dengan modifikasi gaya hidup dan pemberian terapi kombinasi 2 obat selama 3 bulan	-**	98,9	0.000
<b>Demam Dengue</b> Telah dilakukan pemeriksaan hemokonsentrasi	92,9	88,9	0.000	<b>Pre Eklamsia Berat</b> Dirujuk dengan kondisi tekanan darah lebih dari atau sama dengan 160/110 atau Proteinuria 500 gr/24 jam atau lebih dari atau sama dengan 2+ dipstik	87,4	100	0.000
Sudah menghubungi RS	27,7	100	0.000	Terdapat edema	69,9	90,9	0.000
Tidak terjadi perbaikan kondisi dengan Infus Kristaloid 15 ml/KgBB/Jam	67,4	88,9	0.000	Merujuk dalam waktu 1x24 jam sejak diagnosa PEB ditegakkan	93,6	100	0.000

Persentase hasil audit kualitas rujukan pada empat diagnosis kasus. \*nilai p menunjukkan area perubahan signifikan pasca intervensi, peningkatan signifikan pada nilai P<0,05. \*\* data awal tidak didapatkan karena terdapat kriteria tersebut belum digunakan pada saat audit pertama.

Pemilihan empat diagnosis pada tabel 2 didasarkan pada hasil diskusi terarah yang dilakukan saat awal kegiatan. Diagnosis tersebut seringkali dikeluhkan oleh puskesmas karena pasien meminta dirujuk meskipun belum layak untuk diberikan rujukan. Batasan-batasan kemampuan puskesmas untuk melakukan tindakan medis pada 155 kasus sebenarnya telah diatur dalam peraturan menteri kesehatan no 5 tahun 2014, tetapi peraturan ini belum tersosialisasi dengan baik dan belum digunakan sebagai hal wajib dalam proses rujukan. Kriteria audit yang digunakan diatas sesuai dengan peraturan tersebut.

Hasil re-audit menunjukkan adanya perbaikan kualitas rujukan pada seluruh diagnosis, pada kasus diabetes melitus tipe – 2 misalnya, pada awal kegiatan ditemukan bahwa banyak rujukan yang tidak sesuai dimana pasien baru bisa dirujuk apabila target gula darah tidak tercapai dengan perbaikan gaya hidup sehat dan terapi pemberian 2 Obat Hiperglikemik Oral (OHO) selama 3 bulan. Pada re-audit terjadi peningkatan yang sangat besar dimana 95,2% (p<0,05) baru dirujuk apabila kriteria tersebut terpenuhi, pasien tidak bisa lagi ke rumah sakit atas permintaan sendiri. Pada kasus lain juga demikian banyak terjadi peningkatan kualitas rujukan pada kasus demam dengue, pre-eklamsia berat dan hipertensi (p<0,05)

puskesmas, target peningkatan sebesar 80% dijadikan rujukan keberhasilan.

Tabel 3. Persentase Peningkatan kualitas rujukan di masing-masing puskesmas

PUSKESMAS	Hasil Audit (%)	Hasil Re-Audit (%)
A	74,7	93,7
B	63,6	83,8
C	68,7	88,2
D	75,3	94,9
E	72,0	100
F	88,8	99,9
G	77,4	86,5
H	53,1	70,9
I	80,3	77,2
J	49,2	90,2
K	94,4	99,7
L	61,1	61,1
M	74,4	76,6
N	55,7	68,6
O	54,6	60,4

Apabila dilihat menggunakan target standar mutu sebesar 80% maka pada awal studi hanya ada 3 puskesmas yang memenuhi, namun pasca intervensi 9 dari 15 puskesmas berhasil memenuhi target 80%. Namun apabila melihat peningkatan perbaikan maka hal tersebut terjadi pada hampir seluruh puskesmas dimana 13 dari 15 meningkat

## KESIMPULAN DAN SARAN

Penguatan sistem rujukan dapat dijadikan salah satu kendali biaya dalam era Jaminan Kesehatan Nasional karena dapat menurunkan angka rujukan tidak perlu dari puskesmas ke fasilitas kesehatan sekunder. Tugas dinas kesehatan sebagai regulator perlu diperkuat untuk memonitor dan evaluasi proses rujukan pasien. Ujicoba yang kami lakukan baru berlangsung selama satu bulan, sehingga perlu adanya fase ujicoba lebih panjang agar hasil yang didapatkan lebih akurat. Inovasi berupa perbaikan form rujukan memerlukan dukungan berbagai *stakeholder*, karena form rujukan merupakan jembatan komunikasi dokter puskesmas dengan rumah sakit bukan hanya sebagai persyaratan administrasi BPJS, tanpa adanya proses komunikasi baik rujukan tidak akan berjalan baik, kedepan perlu ada pertemuan lanjutan dengan BPJS Kesehatan sebagai regulator untuk mengubah bentuk form rujukan mereka.

Selain itu diperlukan kerjasama dengan seluruh pihak untuk menyusun pedoman rujukan bagi 155 kasus di puskesmas secara lokal spesifik. Pedoman ini nantinya menjadi panduan bagi seluruh fasilitas kesehatan primer baik puskesmas maupun dokter praktek swasta untuk mengetahui batasan kemampuan yang harus diberikan sebelum merujuk kasus tersebut.

Seluruh kegiatan mendapatkan pendanaan dari Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta sebagai bagian dari program peningkatan mutu yang sedang gencar digalakkan. Tidak ada kepentingan finansial ataupun politik didalam penyusunan artikel ini.

## REFERENSI

1. Sudarjah, G. M, Maqin, A. Terkendalanya proses implementasi Kartu Jakarta Sehat (KJS). *Trikonomika* Vol 12. Juni 2013
2. Wright, Brad, and Andrew J. Nice. "Variation in local health department primary care services as a function of health center availability." *Journal of Public Health Management and Practice* 21.1 (2015): E1-E9.
3. Halfon, P. Egli, Y. Measuring Potentially Avoidable hospital readmissions. *Journal of Clinical Epidemiology* 2002; 573-587
4. S. Ward, M. Gott, C. Gardiner, M. Cobb, N. Richards, and C. Ingleton. "Economic analysis of potentially avoidable hospital admissions in patients with palliative care needs." *Progress in Palliative Care* 2012; 20(3), 147-153. DOI: 10.1179/1743291X12Y.0000000018