

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI RUJUKAN BALIK PASIEN PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE 2 PESERTA ASURANSI KESEHATAN SOSIAL DARI RUMAH SAKIT KE DOKTER KELUARGA

FACTORS AFFECTING BACK REFERRAL OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENT OF ASKES SOCIAL MEMBERS FROM THE HOSPITAL TO THE PRIMARY CARE PHYSICIANS

Asri Wulandari¹, Gatot Subroto², Julita Hendrartini³

¹Magister Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

²PT Askes (Persero) Cabang Utama Yogyakarta

³Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Increased number of Askes insurance members with type 2 diabetes mellitus (DM) may have an impact of cost of health care. Since 2010, PT Askes (Persero) implemented the Chronic Disease Management Programme (Prolanis), especially for type 2 DM disease. However, back referral from internal medicine specialist to primary care physician was not well implemented.

Aim: This study aims to identify perceptions of internal medicine specialist and patients affecting implementation of back referral for patients with type 2 DM from the hospital to primary care physician.

Method: A qualitative study was employed, using in-depth interviews, observation and focus group discussions. In-depth interviews were conducted with eight internal medicine specialists in three hospitals in Kudus district and two primary care physicians. Focus group discussions were conducted with four groups of patients with type 2 DM, and observation was made to describe the working environment at the hospital.

Result: This study found that implementation of back referrals were influenced by physicians' workload at the hospital, perceived competence of primary care physician, lack of communication and coordination between the specialists and primary care physicians, as well as patient demands toward specialist doctor. Patients felt that access to a specialist doctor was limited due to referrals made by the primary physicians.

Conclusion: Both the internal medicine specialists and patients factors affect poor implementation of back referrals, despite their perceived understanding of the importance.

Keywords: back referral, Askes insurance members, type 2 diabetes mellitus, qualitative study

ABSTRAK

Latar belakang: Meningkatkan peserta Askes dengan diabetes mellitus (DM) tipe dua dapat meningkatkan biaya pelayanan kesehatan. Sejak tahun 2010, PT Askes (Persero) telah melaksanakan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis), khususnya untuk penyakit DM tipe 2. Namun demikian, rujukan balik dari spesialis penyakit dalam ke dokter keluarga atau dokter umum belum terlaksana dengan baik.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menggali persepsi dokter spesialis penyakit dalam dan pasien DM tipe 2 mengenai

implementasi rujukan balik dari RS ke dokter keluarga.

Metode: Dilakukan penelitian kualitatif dengan pengumpulan data wawancara mendalam, observasi dan diskusi kelompok terarah. Wawancara mendalam dilakukan terhadap delapan spesialis penyakit dalam di tiga RS di Kabupaten Kudus dan dua dokter keluarga, disertai dengan observasi untuk mengamati lingkungan kerja di RS. Selain itu, dilakukan empat diskusi kelompok terarah dengan pasien DM tipe 2.

Hasil: Studi ini menemukan bahwa pelaksanaan rujukan balik dipengaruhi oleh beban kerja spesialis di RS, persepsi spesialis terhadap kompetensi dokter keluarga, kurangnya komunikasi antara spesialis dengan dokter keluarga, serta orientasi pasien terhadap layanan oleh spesialis. Pasien merasa bahwa akses ke dokter spesialis menjadi terbatas karena rujukan yang dilakukan oleh dokter keluarga.

Kesimpulan: Meskipun dokter spesialis dan pasien memahami pentingnya rujukan balik, namun demikian baik dokter spesialis maupun pasien mempunyai persepsi yang menyebabkan kurangnya pelaksanaan rujukan balik ke dokter keluarga.

Kata kunci: rujukan balik, pasien Askes, diabetes mellitus tipe 2, penelitian kualitatif

PENGANTAR

Diabetes Mellitus (DM) merupakan penyebab kematian tertinggi keenam di dunia dibandingkan dengan penyakit kronis lainnya, yaitu sebesar 4% setelah penyakit kardiovaskuler (30%), kanker (27%), penyakit respiratori kronis, penyakit digestif dan penyakit kronis lainnya (30%).¹ Di Amerika Serikat, DM menjadi penyebab 231.404 kematian pada tahun 2007. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan adanya peningkatan jumlah penyandang DM di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi 21,3 juta pada tahun 2030, atau terjadi peningkatan sebesar 2,5 kali lipat (153%). *International Diabetes Federation* (IDF) memprediksi kenaikan sebesar 71,4%, yaitu dari 7 juta pada tahun 2009 menjadi 12 juta tahun 2030. Walaupun ada perbedaan prediksi,

namun dapat dilihat bahwa kenaikan DM mencapai 2–3 kali lipat pada tahun 2030.²

Data PT Askes (Persero) tahun 2011 menunjukkan bahwa dari sekitar 16 juta peserta Askes, terdapat 362.099 penderita DM yang mendapatkan pelayanan di RS baik rawat jalan maupun rawat inap. Berdasarkan data kunjungan pasien Askes di RS, DM merupakan diagnosis yang menduduki peringkat pertama selama tahun 2011 di Kabupaten Kudus. Makin meningkatnya jumlah peserta Askes Sosial yang menderita penyakit DM tipe 2 menimbulkan dampak peningkatan biaya pelayanan kesehatan khususnya di Kabupaten Kudus.

Untuk itulah dilaksanakan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) oleh PT Askes (Persero) sejak tahun 2010, khususnya untuk penyakit DM tipe 2. Selain melibatkan dokter keluarga sebagai *gatekeeper*, Prolanis juga melibatkan peran dokter spesialis di RS. Dokter spesialis berperan dalam *transfer of knowledge* kepada dokter keluarga dan pendukung kontinuitas pengobatan pasien dalam pemberian rujukan balik khususnya untuk pasien DM tipe 2 dengan kondisi terkontrol untuk ditangani di tingkat dokter keluarga. Sampai dengan saat ini koordinasi pelayanan yang ditunjukkan dengan pemberian rujukan balik dari dokter spesialis ke dokter keluarga belum berjalan dengan baik. Dokter spesialis penyakit dalam merupakan pihak yang paling memiliki otoritas untuk melakukan rujukan balik pasien ke dokter keluarga. Faktor pasien turut mempengaruhi pelaksanaan rujukan balik. Ketidakpercayaan pasien terhadap kemampuan dokter umum dalam manajemen penyakit DM dan tingginya kepercayaan terhadap kemampuan dokter spesialis menyebabkan rujukan balik pasien ke dokter umum sulit dilakukan.³ Selain itu, masih banyak anggota masyarakat kita yang tidak merasa mantap jika tidak ditangani oleh spesialis meskipun sebenarnya penyakitnya cukup ditangani oleh dokter umum atau dokter keluarga.⁴ Peralihan/transisi pelayanan pasien kronis dari dokter umum ke dokter spesialis juga akan menimbulkan keinginan dan harapan pasien terhadap interaksi pelayanan di dokter umum dan dokter spesialis.⁵

Jawaban terhadap surat rujukan dari dokter keluarga merupakan hal yang penting dilakukan oleh dokter spesialis di RS karena informasi pelayanan kesehatan pasien dapat terdokumentasi dengan baik secara komprehensif di tingkat pelayanan kesehatan primer (PHC). Selain itu, pemberian rujukan balik memegang peran vital dalam meningkatkan keberlanjutan perawatan pasien yang bermutu dan memuaskan pasien.⁶ Dampak belum berjalannya rujukan

an balik antara lain: tidak adanya kontinuitas pengobatan pasien, tertundanya pengobatan, duplikasi pelayanan, tindak lanjut pelayanan, polifarmasi, hospitalisasi (rawat inap), meningkatnya risiko gugatan malpraktik, dan meningkatnya biaya.⁷

Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi persepsi Dokter Spesialis Penyakit Dalam dan persepsi pasien yang mempengaruhi pelaksanaan rujukan balik pasien DM tipe 2 dari RS ke dokter keluarga.

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan teknik pengumpulan data wawancara mendalam, observasi dan diskusi kelompok terarah. Wawancara mendalam dengan dokter spesialis penyakit dalam dilakukan setelah jam pelayanan pasien dengan waktu dan tempat sesuai dengan kesepakatan bersama. Wawancara mendalam juga dilakukan terhadap dokter keluarga dengan tujuan untuk mengkonfirmasi beberapa jawaban yang sebelumnya telah diberikan oleh Dokter Spesialis Penyakit Dalam maupun pasien.

Observasi dilakukan untuk menggambarkan beban kerja dokter dan diamati dari jumlah pasien, jam pelayanan, jumlah dokter yang melayani, jumlah tenaga pendukung lainnya seperti perawat dan petugas administrasi, serta mengamati praktik rujukan balik untuk dokter spesialis penyakit dalam pasien DM tipe 2 ke dokter keluarga. Observasi dilakukan bersamaan dengan pelaksanaan wawancara mendalam dengan dokter spesialis.

Pemilihan Responden pasien DM tipe 2 terlebih dahulu dilakukan dengan melihat data restrospektif dari laporan rutin bulanan Prolanis di dokter keluarga. Dilakukan empat kelompok diskusi dengan pasien prolanis dari dokter keluarga yang sama, terdiri dari dua kelompok peserta PNS dan dua kelompok peserta yang sudah pensiun. Masing-masing kelompok terdiri dari 6-10 pasien dan diskusi dipandu oleh peneliti dan fasilitator. Diskusi direkam dan dilakukan transkrip.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Persepsi Dokter Spesialis Penyakit dalam terhadap Pelaksanaan Rujukan Balik

Persepsi dokter spesialis penyakit dalam terhadap rujukan balik bergantung pada pemahaman dan pengalaman mereka dalam pelaksanaan rujukan dan rujukan balik yang selama ini berjalan di PT Askes (Persero) Kabupaten Kudus. Sebagian besar responden memahami konsep rujukan pasien DM tipe 2 ke RS. Rujukan pasien DM tipe 2 menurut responden dilakukan untuk kasus pasien DM dengan komplikasi

dan kasus yang tidak dapat ditangani oleh dokter keluarga. Responden merasa bahwa dokter keluarga sangat membatasi pemberian rujukan pasien ke spesialis.

Dari hasil wawancara juga dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memahami pula konsep rujukan balik pasien DM tipe 2 dari RS ke dokter keluarga. Sebagian menyatakan bahwa rujukan balik merupakan pengembalian pasien setelah ditangani oleh dokter spesialis di RS ke dokter keluarga, dan dilakukan untuk kasus DM tipe 2 yang terkontrol, stabil, tanpa ada komplikasi, pasien DM baru, ataupun pasien yang cukup ditangani oleh dokter keluarga dan tidak membutuhkan evaluasi rutin dari dokter spesialis. Selain itu, responden menyatakan bahwa rujukan balik dapat diberikan atas permintaan pasien dengan pertimbangan jarak tempat tinggal, seperti ungkapan berikut: “Kadang kadang, dia pasien dengan komplikasi tapi karena jauh ya misalnya disitu kan mereka orangnya dari Rembang, Jepara itu mereka minta dirawat, dikembalikan di dokter keluarga atau di RSU terdekat.” (Responden 5)

Hasil wawancara menyatakan bahwa semua responden mengatakan selalu melakukan rujukan balik ke dokter keluarga. Responden memahami bahwa pemberian rujukan balik pasien DM tipe 2 wajib dilakukan oleh dokter spesialis di RS, dilakukan atas permintaan dokter keluarga agar pasien mendapatkan rujukan kembali ke RS untuk kunjungan berikutnya, seperti yang disampaikan berikut ini:

“Walaupun belum bisa diatasi, tapi kok sudah sebulan, harus juga dikirim, karena jatahnya sebulan, rujukan itu berlaku sebulan... dari Askes. Sembuh *gak* sembuh, selesai *gak* selesai, satu bulan harus balik, ada rujukan balik.” (Responden 7)

“selama ini ada rujukan balik, tiap bulan mesti mereka minta, dokter keluarga... minta jawaban rujukan. Administratif saja.” (Responden 8)

Terdapat beberapa kendala yang diidentifikasi responden dalam rujukan balik yaitu penolakan pasien, kurangnya kemampuan dokter keluarga, beban kerja spesialis yang tinggi, kurangnya sosialisasi, ketersediaan formulir, dan masa berlaku rujukan yang pendek. Sebagian besar responden mengatakan bahwa pasien tidak mau dirujuk balik dan menginginkan pelayanan di spesialis sebagai kendala terbesar dalam pelaksanaan rujukan balik. Selain itu, kurangnya kemampuan/kompetensi dokter keluarga, seperti misalnya dokter keluarga yang *copy-paste* resep dan mengganti resep tanpa konfirmasi juga menyebabkan responden beranggapan

bahwa pasien harus selalu ditangani oleh dokter spesialis di RS.

“Kendalanya ya kemampuan dokter Askesnya itu sendiri (tertawa). Ya kendalanya itu, himbauan Askes yang menurut saya agak lucu, kalau obatnya itu harus dituliskan, untuk diteruskan. Lha itu himbauan, himbauannya agak lucu kalau menurut kami, resepnya itu ditelan mentah-mentah, tanpa dia paham efek samping obat-obat tersebut.” (Responden 2)

“Dokter keluarga tu tidak bisa, *tulalit* lah, saya susah ya, dokter keluarga itu, *basic*-nya juga kurang lah, banyak yang *ngacau-ngacau tuh*.” (Responden 6)

Hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti menunjukkan bahwa jumlah pasien di RS pemerintah lebih banyak dibandingkan dengan pasien di RS swasta khususnya pasien dengan penyakit DM tipe 2. Banyaknya pasien yang dilayani menjadikan responden tidak mempunyai cukup waktu untuk menjawab surat rujukan. Rujukan balik dianggap sebagai beban tambahan yang dirasakan oleh responden, seperti pernyataan berikut ini: “Saya memang *nggak* cukup waktu itu, karena beban kerjanya memang kadang banyak, itu kan, *udah* ini, *mriksa* pasien, *nulis* resep, *nulis* *macem-macem*, jawab rujukan lagi *macem-macem*, sepertinya banyak yang teradministrasi untuk Askes.” (Responden 8)

Pemahaman yang masih keliru terhadap rujukan balik yang saat ini hanya diterjemahkan sebagai sekedar jawaban rujukan biasa, salah satunya disebabkan karena responden belum mendapatkan sosialisasi dari PT Askes tentang pelayanan rujukan balik secara personal. Informasi yang didapatkan hanya berupa surat yang sifatnya vertikal dan satu arah.

Formulir yang jumlahnya terbatas dan RS yang enggan menggunakan formulir rujukan balik yang diberikan oleh PT Askes menjadikan formulir di RS menjadi bervariasi. Hal ini diperparah dengan dokter keluarga yang membuat sendiri formulir rujukan dan rujukan balik dengan format yang berbeda. Faktor ini menjadi pemicu kebingungan dokter spesialis sehingga akhirnya tidak menuliskan rujukan balik.

“Kendalanya formulirnya kadang *gak* ada karena Askes itu formulirnya sendiri, ... Biasanya pasien bawa sendiri untuk rujukan dari dokter, dari dokter keluarga kan minta rujukan balik, kita tanda tangani dan sebagainya. Biasanya *gitu*. Nah itu susahnyanya kan itu formatnya berbeda-beda.” (Responden 5)

Kendala terakhir adalah masa berlaku rujukan yang hanya satu bulan menjadikan penanganan pasien DM di RS menjadi tidak tuntas, seperti pernyataan berikut: “Belum selesai di sini belum

tuntas pengobatan harus sudah dirujuk kembali, karena batasan waktu satu sebulan, harus dirujuk kembali, belum selesai, dan tidak akan balik ke sini sebelum tiga bulan di sana.” (Responden 7)

Sekalipun terdapat beberapa kendala, seluruh responden menganggap bahwa apabila rujukan balik dilakukan dengan baik, maka akan memberikan manfaat kepada semua pihak. Sebagian besar responden mengatakan bahwa rujukan balik memberikan manfaat paling banyak bagi pasien karena faktor jarak yang lebih dekat, kemudahan dan kenyamanan pasien. Rujukan balik bermanfaat pula bagi responden itu sendiri karena dapat mengurangi beban kerja responden, dapat membina hubungan baik dengan dokter keluarga dan mengembalikan pasien pada dokter keluarga perujuk. Selain itu, rujukan balik juga bermanfaat bagi dokter keluarga Askes karena adanya *transfer of knowledge* atau pembelajaran dan transfer informasi dari dokter spesialis ke dokter keluarga. Dengan rujukan balik, maka beban pembiayaan pelayanan kesehatan yang dikeluarkan oleh PT Askes menjadi tidak terlalu berat.

Dari pernyataan-pernyataan di atas menunjukkan bahwa responden mempunyai persepsi bahwa rujukan balik merupakan hal yang penting karena apabila dilakukan dengan benar dapat memberikan manfaat yang cukup banyak. Namun demikian, pemahaman rujukan balik yang dianggap sebatas jawaban rujukan dan diterjemahkan sebagai persyaratan administratif pelayanan, justru menjadikan rujukan balik dianggap merugikan, terutama bagi pasien dengan komplikasi.

Berdasarkan hasil wawancara, sebagian besar responden mengakui komunikasi yang kurang antara responden dengan dokter keluarga yang hanya melalui surat rujukan, kurangnya komunikasi yang dapat dilihat dari pemberian informasi pengobatan yang tidak sama dan tidak seimbang antara dokter keluarga dan dokter spesialis, seperti berikut ini: “Kalau komunikasi secara langsung saya tidak tahu, tapi kalo dari hasil pemberian obat kadang bertolak belakang, ini *nggak* usah dibelikan.” (Responden 3)

Persepsi Pasien Terhadap Sistem Rujukan dan Rujukan Balik

Pasien memahami bahwa rujukan ke dokter spesialis RS dilakukan apabila kondisi penyakit tidak dapat ditangani oleh dokter keluarga sekalipun menurut dokter keluarga, seringkali pasienlah yang meminta dirujuk. Pasien merasa bahwa dokter keluarga membatasi pemberian rujukan, seperti diungkapkan berikut ini: “Saya itu pernah punya pengalaman seperti ibu itu, penyakit kulit di sini (kaki)

itu apa karena kencing manis *nggak tau ya, wong* penyakit *gini* kok. Saya minta rujukan sampai satu minggu *nggak* dikasih, terus saya bilang pak ini bagaimanapun saya minta rujukan.” (Responden 4)

Manfaat rujukan menurut pasien adalah: (1) *Monitoring* kondisi kesehatan pasien di RS, (2) pasien ditangani oleh dokter spesialis yang kompeten dibidangnya, khususnya untuk pasien DM dengan komplikasi, (3) pasien merasa lebih mantap apabila ditangani oleh dokter spesialis, (4) pelayanan di dokter spesialis lebih lengkap terutama dalam mendapatkan obat-obat tertentu yang tidak dapat diresepkan oleh dokter keluarga. Rujukan balik dapat memberi manfaat antara lain: (1) Komunikasi antara dokter spesialis di RS dengan dokter keluarga, (2) Informasi pengobatan yang telah dilakukan oleh dokter spesialis kepada dokter keluarga, sehingga terapi bisa dilanjutkan oleh dokter keluarga, (3) Manfaat administratif agar dokter keluarga bisa memberikan rujukan kembali kepada pasien dengan mudah ke RS, dan (4) Memudahkan pasien karena dekat dengan tempat tinggal dan efisiensi waktu.

Persepsi Dokter Spesialis Penyakit Dalam Terhadap Pelaksanaan Rujukan Balik

Dokter keluarga sangat membatasi pemberian rujukan ke spesialis walaupun kondisi pasien sudah komplikasi. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian lain yang mengatakan bahwa dengan sistem *gatekeeping*, dokter spesialis akan menolak peran *gatekeeper* dan menganggap dokter primer sebagai pesaing karena memperluas cakupan pelayanan primer yang dampaknya menurunkan rujukan ke spesialis.⁸ Hasil penelitian lain juga menyatakan bahwa koordinasi pelayanan antara dokter spesialis dengan dokter keluarga dipengaruhi oleh pengaturan praktik bahwa dokter spesialis bekerja dan dipengaruhi oleh kepentingan finansial/keuangan yang terancam dengan adanya pembatasan rujukan dari dokter keluarga ke dokter spesialis.⁹

Konsep rujukan balik pasien DM tipe 2 ke dokter keluarga menurut Perkeni apabila penanganan pasien DM di RS rujukan telah selesai, maka pasien dapat dikirim kembali atau dirujuk balik kepada dokter pelayanan primer atau dokter keluarga. Surat jawaban rujukan merupakan bentuk komunikasi tertulis dari dokter spesialis kepada dokter umum yang berfungsi untuk menjamin kontinuitas/kesinambungan perawatan pasien, menghindari duplikasi upaya pelayanan atau manajemen pasien yang tidak terkoordinir dan memberikan dukungan profesional kepada dokter umum serta dapat meningkatkan kepuasan pasien.¹⁰

Pemahaman dokter spesialis terhadap konsep rujukan balik telah sesuai dengan Surat Edaran Direksi PT Askes (Persero) No. 24/2012 tentang Pedoman Pelayanan Rujukan Balik, yang menyatakan kondisi pasien yang dapat dirujuk balik adalah pasien DM tipe 2 dengan kondisi terkontrol. Setelah pasien ditetapkan dalam kondisi terkontrol oleh dokter spesialis, maka dokter spesialis memberikan surat rujukan balik kepada dokter keluarga tempat peserta terdaftar. Namun demikian, ketentuan tersebut belum dijalankan di semua RS di Kabupaten Kudus. Rujukan balik dianggap sekedar surat jawaban rujukan biasa, dilakukan untuk semua kasus tanpa terkecuali serta diterjemahkan sebagai bagian dari persyaratan administratif pelayanan.

Meskipun sebagian besar dokter spesialis memahami konsep rujukan balik dan mengatakan selalu melakukan rujukan balik, namun berdasarkan hasil observasi, diskusi dengan pasien dan wawancara dengan dokter keluarga, informasi pada formulir rujukan balik tidak pernah diisi. Seringkali dokter spesialis hanya paraf dan formulir diisi oleh perawat.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa surat jawaban rujukan diberikan apabila surat rujukan dari dokter keluarga yang berlaku selama satu bulan telah habis. Padahal menurut Keputusan Direksi PT Askes (Persero) No. 21/Kep/0109 tentang Pedoman Administrasi Pelayanan Kesehatan Askes Sosial dijelaskan bahwa untuk penyakit kronis surat rujukan dapat berlaku selama tiga bulan untuk penyakit yang sama.

Kendala yang paling dirasakan oleh dokter spesialis penyakit dalam pelaksanaan rujukan balik adalah beban kerja yang tinggi dan banyaknya pasien di RS, sehingga tidak mempunyai cukup waktu untuk menuliskan rujukan balik ke dokter keluarga. Hasil penelitian lain di Brazil dan Afrika Selatan juga menyatakan bahwa beban kerja yang terlalu banyak menyebabkan dokter spesialis tidak menulis surat jawaban rujukan.^{10,11} Demikian pula kurangnya kemampuan dokter keluarga menyebabkan pasien menjadi kurang percaya kepada dokter keluarga dan tidak mau dirujuk balik oleh dokter spesialis ke dokter keluarga. Hasil penelitian di Afrika Selatan menyatakan pula bahwa kompetensi dan penilaian atas kualitas rujukan dari dokter umum mempengaruhi keputusan dokter spesialis untuk tidak menjawab surat rujukan dokter umum.¹¹

Meskipun banyak kendala dokter spesialis penyakit dalam dan dokter keluarga, namun pasien menjadi faktor yang paling berpengaruh terhadap keberhasilan pelayanan rujukan balik. Hasil diskusi dengan pasien DM menyatakan bahwa pasien yang mengalami komplikasi, dan sudah terbiasa dengan

penanganan dokter spesialis, cenderung tidak mau ditangani di dokter keluarga atau dirujuk balik. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian di Kanada yang menyatakan bahwa rujukan balik pasien dari dokter spesialis ke dokter keluarga sulit dilakukan karena faktor ketidakpercayaan pasien terhadap kemampuan dokter keluarga dalam manajemen penyakit DM tingkat kepercayaan pasien yang tinggi terhadap kemampuan dokter spesialis.³

Meskipun banyak kendala dalam pelaksanaan rujukan balik, namun dokter spesialis mengungkapkan bahwa apabila rujukan balik dilakukan dengan benar maka akan memberikan banyak manfaat bagi semua pihak. Selain bermanfaat, rujukan balik juga memiliki kerugian terutama bagi pasien dengan komplikasi. Pemahaman tersebut karena kurangnya sosialisasi oleh PT Askes tentang program pelayanan rujukan balik.

Penelitian ini menemukan bahwa komunikasi antara responden dan dokter keluarga masih sangat kurang. Surat rujukan maupun surat jawaban rujukan merupakan alat komunikasi untuk pertukaran informasi antara dokter spesialis dan dokter umum yang berhubungan dengan perawatan.¹² Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lain yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan personal dan hubungan profesi antara dokter spesialis dan dokter umum menjadi faktor penyebab rendahnya surat rujukan balik dari dokter spesialis kepada dokter keluarga.¹⁰ Hal ini juga dirasakan oleh pasien seiring dengan informasi yang seringkali bertentangan dalam hal pengobatan.

Penanganan pasien DM yang dilakukan oleh dokter keluarga dan dokter spesialis endokrin secara bersama-sama memberikan dampak terhadap upaya pencegahan yang lebih baik pada pasien daripada penanganan pasien DM yang hanya dilakukan oleh dokter keluarga saja atau oleh dokter spesialis endokrin saja.¹³ Dampak tidak baiknya koordinasi dan komunikasi serta transfer informasi antara pelayanan primer dan spesialis menyebabkan antara lain: tidak adanya kontinuitas pengobatan pasien, tertundanya pengobatan, duplikasi pelayanan, polifarmasi, rawat inap, meningkatnya risiko gugatan malpraktik, dan meningkatnya biaya.⁷ Selain itu, kurangnya komunikasi antara dokter spesialis dan dokter umum/dokter keluarga menyebabkan proses dalam sistem rujukan tidak dapat berjalan dengan baik.^{14,15}

Hubungan antara dokter umum dan dokter spesialis yang kurang harmonis banyak disebabkan oleh beberapa faktor di antaranya persaingan memperebutkan loyalitas pasien, wibawa profesional dan kompensasi. Dokter spesialis merasa dengan *managed care* jumlah permintaan pelayanan mereka

menjadi berkurang.¹⁶ Aspek lain yang mempengaruhi kolaborasi antara dokter umum dan dokter spesialis adalah karena status dokter spesialis yang lebih tinggi dibandingkan dengan dokter umum.¹⁷

Untuk memperbaiki komunikasi antara dokter keluarga dan dokter spesialis, sebagian besar responden lebih menginginkan adanya pertemuan langsung secara rutin yang difasilitasi oleh PT Askes antara dokter spesialis penyakit dalam dengan dokter keluarga dalam bentuk *peer review* atau *case review*, sehingga dapat diperoleh kesepakatan tentang pengelolaan pasien DM tipe 2 terutama untuk pembagian wewenang antara dokter spesialis di RS dan di dokter keluarga.

Sebuah terobosan untuk mengintegrasikan pelayanan antara dokter keluarga dan dokter spesialis juga perlu dilakukan. Dokter spesialis bertindak sebagai pendamping/konsultan dokter keluarga dalam penanganan penyakit dan dipasangkan dengan beberapa dokter keluarga. Kompensasi yang diberikan kepada dokter spesialis diberikan dengan sistem pembayaran kapitasi dalam suatu praktek bersama/komprehensif.

Sistem pembayaran yang lebih komprehensif akan mendorong kerja sama tim dan koordinasi pelayanan untuk mendorong terwujudnya efektifitas dan efisiensi pelayanan yang lebih baik.¹⁸ Selain itu, model pengintegrasian ini juga dapat meminimalisasi konflik antara dokter primer (dokter keluarga) dan dokter spesialis dalam pengembangan sistem pelayanan kesehatan yang lebih baik.⁹ Sistem rujukan yang baik membutuhkan hubungan kerjasama, hubungan tanpa persaingan/konflik diantar pelayanan primer dan sekunder dengan informasi dua arah atau timbal balik yang diperoleh melalui sistem pencatatan yang terintegrasi.¹⁰

Persepsi Pasien Terhadap Sistem Rujukan dan Rujukan Balik

Meskipun pasien mengetahui bahwa rujukan ke dokter spesialis dilakukan apabila kondisi pasien tidak dapat ditangani di dokter keluarga, namun masih dijumpai pasien yang meminta dirujuk atas keinginan/permintaan pribadinya karena berorientasi pada pelayanan spesialis dan belum percaya dengan dokter keluarga. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa rujukan dari dokter primer ke spesialis dipengaruhi oleh faktor pasien yaitu tidak adanya kepercayaan pasien terhadap kemampuan dan kompetensi dokter keluarga.¹⁹

Saat ini pasien merasa akses ke dokter spesialis menjadi lebih sulit, karena dokter keluarga sangat membatasi pemberian rujukan. Sistem pelayanan kesehatan yang menggunakan sistem *gatekeeping*

memang terbukti dapat menurunkan pengeluaran biaya kesehatan secara nasional apabila dokter primer dapat mengendalikan akses dan biaya kesehatan.²⁰ Namun di sisi lain adanya *gatekeeper* akan meningkatkan ketidakpuasan pasien dalam pelayanan kesehatan karena pembatasan akses ke dokter spesialis.⁸

Pengalaman dan Harapan Pasien terhadap Pelayanan dan Pengelolaan Penyakit DM Tipe 2 oleh Dokter Spesialis RS dan Dokter Keluarga

Menurut persepsi pasien pelayanan di dokter keluarga sudah baik. Dokter keluarga Askes dianggap ramah, baik, komunikatif, memiliki waktu yang cukup untuk pasien dan sabar. Karakteristik dokter keluarga ini sejalan dengan hasil penelitian lain yang menyatakan bahwa karakteristik dokter umum yang baik untuk pasien dengan penyakit kronis antara lain yang memiliki keterampilan interpersonal, klinis dan kemudahan akses.²¹

Meskipun dokter keluarga memiliki karakteristik yang baik, namun keterbatasan dokter keluarga dalam meresepkan obat dan pemeriksaan laboratorium serta pembatasan rujukan menyebabkan pasien menjadi kurang puas. Oleh karenanya, sebagian besar pasien lebih memilih datang ke tempat praktik pribadi dokter spesialis penyakit dalam agar mendapatkan pelayanan yang lebih baik walaupun harus mengeluarkan biaya sendiri. Namun untuk obat, pasien tetap mengambil di RS tempat dokter spesialis bekerja.

Penelitian ini mengungkapkan model pelayanan dan pembayaran yang terintegrasi antara dokter spesialis penyakit dalam dengan dokter keluarga dengan sistem pembayaran kapitasi. Penerapan sistem pembayaran kapitasi di dokter spesialis akan lebih mendorong efisiensi biaya daripada kapitasi yang hanya diterapkan pada dokter keluarga.²⁰ Model kapitasi yang hanya diterapkan pada dokter keluarga hanya mempunyai pengaruh kecil terhadap efisiensi biaya, karena dokter spesialislah yang lebih sering merujuk ke RS. Di samping itu, alasan lain untuk menerapkan kapitasi di dokter spesialis adalah untuk mengurangi ketidakpuasan terhadap manajemen tradisional yang membutuhkan otorisasi dokter primer untuk mendapatkan pelayanan dokter spesialis.²⁰

KESIMPULAN

Dokter spesialis penyakit dalam dan pasien menganggap rujukan balik merupakan hal yang penting dilakukan. Namun demikian rujukan balik belum dilakukan secara konsisten. Beban kerja yang berlebih dan waktu yang tidak mencukupi menjadikan dokter spesialis penyakit dalam sulit melengkapi su-

rat rujukan balik. Selain itu, persepsi dokter spesialis penyakit dalam terhadap kompetensi dan kualitas rujukan dokter keluarga, serta kurangnya komunikasi dan koordinasi antara dokter spesialis penyakit dalam dengan dokter keluarga dalam penanganan pasien DM tipe 2 juga mempengaruhi perilaku dokter spesialis penyakit dalam untuk melakukan rujukan balik. Persepsi pasien yang berorientasi pada dokter spesialis juga merupakan fakta yang masih menghambat rujukan balik dari dokter spesialis ke dokter keluarga, sehingga memerlukan sosialisasi lebih lanjut.

REFERENSI

- 1 WHO. Global Status Report on Noncommunicable Diseases, 2010.
- 2 Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Indonesia. 2011.
- 3 Brez S, Rowan M, Malcolm J, Izzi S, Maranger J, Liddy C, Keely E, & Ooi TC. Transition from Specialist to Primary Diabetes Care: A Qualitative Study of Perspectives of Primary Care Physicians. *BMC Family Practice*. 2009;10(39) June.
- 4 Mukti AG. Sistem Rujukan oleh Dokter Keluarga dalam Rangka Efisiensi dan Efektivitas Pelayanan Kesehatan. Makalah Seminar Dokter Keluarga Sebagai Gatekeeper, RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta. 2001.
- 5 Berendsen A, Jong BM, Jong GM, Dekker JH, & Schuling J. Transition of Care: Experiences and Preferences of Patients Across The Primary/Secondary Interface - A Qualitative Study. *BMC Health Services Research*. 2009;9 (April): 62.
- 6 Khattab MS, Abolfotouh MA, Al-Khaldi YM, & Khan MY. Studying The Referral System in One Family Practice Center in Saudi Arabia, *Annals of Saudi Medicine*. 1999;19(2): 167-70.
- 7 Lin CY. Improving Care Coordination in the Specialty Referral Process Between Primary and Specialty Car. *North Carolina Medical Journal*. 2012;73(1) April: 61-2.
- 8 Forrest CB. Primary Gatekeeping and Referrals: Effective Filter or Failed Experiment, *British Medical Journal*. 2003;326: 692-5.
- 9 Pena-Dolhun E, Grumbach K, Vranizan K, Osmond D, Bindman AB. Unlocking Specialists' Attitudes Toward Primary Care Gatekeepers, *The Journal of Family Practice*. 2001; 50(12): 1032-7.
- 10 Harris M, Ferreira A, Moraes I, De Andrade F, and De Souza D. Reply Letter Utilization By Secondary Level Specialists In a Municipality In Brazil: a Qualitative Study. *Revista Pan American Journal Public Health*, 2007;21(2-3): 96-110.
- 11 Smith S dan Khutoane G. Why Doctors Do Not Answer Referral Letters. *South Africa Family Practice*, 2009;51(1): 64-7.
- 12 Tattersall MH, Butow PN, Brown JE, and Thompson JF. Improving doctor's letter. *Medical Journal of Australia*. 2002; 177 (November): 516-20.
- 13 Lafata JE, Martin S, Morlock R, Divine G Xi. H. Provider Type and The Receipt of General And Diabetes-Related Preventive Health Services Among Patients With Diabetes. *Medical Care*. 2001;39: 491-9.
- 14 Paramaputri P. Evaluasi Peran Dokter Umum sebagai Gatekeeper dalam Sistem Rujukan di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Pertamina Jaya dan Pertamedika Medical Center, Tesis, Magister Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 2008.
- 15 Susiyanti W dan Kasim F. Evaluasi Rujukan Pasien Pensiunan Pertamina dengan Penyakit Jantung Koroner, Hipertensi dan Diabetes Mellitus di Pertamedika Medical Center, Tesis, Magister Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 2009.
- 16 Pearson SD. Principles of Generalist - Specialist Relationships. *Journal of General Internal Medicine*. 1999;14(1) January: 13-20.
- 17 Berendsen A, Benneker WHGM, Sculing J, Koom NJ, Slaets JPJ, & Jong BM. Collaboration with general Practitioners: Preferences of Medical specialist-a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2006;6 (December):155.
- 18 Goroll AH, Berenson RA, Schoenbaum SC, Gardner LB. Fundamental Reform of Payment for Adult Primary Care Comprehensive Payment for Comprehensive Care, *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(3): 410-15.
- 19 Forrest CB, Shi L, Von Schrader S, & Judy. Managed Care, Primary Care, and the Patient-practitioner Relationship, *Journal of General Internal Medicine*. 2002a;17(1): 270-7.
- 20 Hendrartini J. Model Kinerja Dokter dengan Pembayaran Kapitasi dalam Program Asuransi Kesehatan. Disertasi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 2010.
- 21 Infante FA, Proudfoot JG, Davies GP, Bubner TK, Holton CH, Beilby JJ, & Harris MF. How People With Chronic Illness View Their Care in General Practice: A Qualitative Study. *Medical Journal of Australia*. 2004;181(2) July: 70-73.