

Pelayanan Primer yang Berkualitas: Sebuah Tinjauan Literatur

The Qualified Primary Care: A Literature Review

Donni Hendrawan¹, Chandra Nurcahyo², Andi Afdal³

¹⁻³ Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (donni.hendrawan@bpjs-kesehatan.go.id)

Abstrak: Penguatan pelayanan kesehatan primer telah digaungkan sejak lama oleh para pemangku kepentingan dalam rangka meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Namun demikian, implementasinya belum optimal. Salah satu tolok ukurnya adalah performa FKTP yang masih belum sesuai dengan target yang ditetapkan. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan saran dan rekomendasi guna mewujudkan pelayanan kesehatan primer yang berkualitas. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan teknik pengumpulan data desk research (*secondary data*), serta proses triangulasi untuk memastikan validitas dan reliabilitas data yang digunakan. Temuan penting dalam penelitian ini adalah secara umum Indonesia belum memiliki tata kelola yang komprehensif dalam setiap aspek yang termasuk dalam mata rantai penting yang diperlukan untuk menentukan kualitas pelayanan kesehatan primer. Oleh sebab itu, dibutuhkan pembenahan secara bertahap dan berkesinambungan yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh *stakeholder* terkait.

Kata Kunci: Kesehatan; kualitas; pelayanan; primer

Abstract: *The strengthening of primary health care has been explained and sounded for a long time by the stakeholders in order to achieve the effectiveness and efficiency of the National Health Insurance Program implementation. Nevertheless, the implementation has not been optimal yet. It refers to the fact that FKTP performance is not in accordance with the target. This research was aimed to give recommendations in realizing the qualified primary health care. This research used the qualitative approach using desk research as the collection data method and the triangulation process as an instrument to check the validity and reliability of the data. The result of the research showed that Indonesia does not have comprehensive governance yet in every aspect to create the qualified primary health care. Therefore, it needs gradually and continuously improvements done by all related stakeholders.*

Key Words: *Health; quality; care; primary*

PENDAHULUAN

UU no 40/2004 tentang SJSN secara tegas menetapkan prinsip kesetaraan (equity) dan prinsip asuransi sosial sebagai landasan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional. Prinsip kesetaraan merujuk pada keleluasaan akses pelayanan kesehatan bagi peserta sedangkan prinsip efisiensi mengamankan operasionalisasi program yang berbasis pada kaidah asuransi sosial. Hal ini sangat diperlukan untuk mewujudkan cakupan semesta (UHC) dimana peserta dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai kebutuhan dan terbebas dari beban finansial (Tulchinsky T.H, 2018). Untuk mencapai hal tersebut maka perlu dilakukan reformasi sistem pelayanan kesehatan yang dapat mengatasi disparitas kesehatan yang semakin meningkat terutama di negara sedang berkembang. Penelitian menunjukkan bahwa Pelayanan Kesehatan Primer (Primary Care) yang berkualitas mampu mengurangi disparitas kesehatan yang disebabkan faktor rasial, etnis dan tingkat pendapatan (Wang et al, 2015). Oleh karena itu penguatan kualitas Pelayanan Kesehatan Primer sudah sepatutnya menjadi fokus utama untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang akan berdampak pada efektifitas dan efisiensi pelaksanaan JKN.

Menurut definisi dari Institute Of Medicine (IOM, 1996), Pelayanan Kesehatan Primer (Primary Care) adalah Pelayanan Kesehatan terintegrasi dan mudah diakses yang dikelola oleh klinisi yang bertanggung jawab melaksanakan upaya kesehatan perorangan, mengembangkan hubungan berkelanjutan dengan pasien dan menjalankan prakteknya dalam lingkup keluarga dan komunitas. Selain itu, menurut Dr. Barbara Starfield, Pelayanan Kesehatan Primer memiliki karakteristik pokok yang dikenal sebagai 4 Pilar Pelayanan Kesehatan Primer (4C's) yakni *Comprehensive Care* (Pelayanan kesehatan yang bersifat komprehensif), *First Contact* (Kontak Pertama), *Coordination Of Care* (Koordinasi pelayanan) dan *Continuity Of Care* (Pelayanan yang berkesinambungan) (Foo,C,D et al, 2021). Pelayanan kesehatan primer bukanlah jenis pelayanan spesialisik atau suatu disiplin ilmu kedokteran namun ia adalah pelayanan kesehatan bersifat generalis yang dapat diakses oleh semua kelompok masyarakat (Mc Auley et al., 2021). Penguatan kualitas Pelayanan Kesehatan Primer dilakukan dengan memastikan terwujudnya karakter pokok yang dimilikinya melalui pembenahan terutama pada dimensi struktur (input) dan proses (Starfield,1994). Deklarasi Astana 2018 juga menekankan upaya peningkatan infrastruktur dan kapasitas untuk mewujudkan pelayanan kesehatan primer yang berkualitas (WHO, 2018).

Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer telah lama digaungkan pemangku kepentingan terkait untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi program JKN. Berbagai strategi telah dilaksanakan mulai dari melaksanakan seleksi untuk memastikan kesiapan struktur FKTP,

menerapkan sistem pembayaran berbasis kinerja, mendorong pemberian manfaat promotif preventif hingga skema redistribusi peserta dari Puskesmas ke Klinik Pratama. Seluruh intervensi dimaksud dipercaya sebagai panacea yang akan segera memberikan dampak peningkatan kualitas Pelayanan Kesehatan Primer. Namun hingga saat ini, performa Pelayanan Kesehatan Primer masih belum mencapai target yang diharapkan. Oleh karena itu tinjauan literatur ini dilakukan untuk menggali berbagai referensi yang dapat menjadi masukan dalam merumuskan upaya untuk meningkatkan kualitas Pelayanan Kesehatan Primer di Indonesia.

METODE

Tinjauan literatur ini dilakukan dengan mengumpulkan berbagai jurnal terkait pelayanan kesehatan primer maupun informasi yang terkait pada beberapa penyedia jurnal yakni PubMed, Science Direct dan Proquest. Selain itu juga dilakukan pencarian melalui Google untuk mencari informasi lainnya yang terkait serta materi internal BPJS Kesehatan. Pencarian dilakukan terhadap jurnal yang berbahasa Inggris maupun yang berbahasa Indonesia dengan menggunakan kata pencari yakni “Primary Care”, “Primary Health Care”, “Health Care Quality”, “Universal Health Care Coverage”, “Barbara Starfield” sebagai panduan. Mayoritas jurnal yang ditemukan berbahasa Inggris dan dilakukan pemilahan terhadap jurnal yang diperoleh berdasarkan kesesuaian konten dengan topik yang ditetapkan. Topik-topik terkait yang diambil sebagai bahan penulisan adalah: Definisi Pelayanan Kesehatan Primer, 4 Pilar Pelayanan Kesehatan Primer, Perbedaan antara Pelayanan Kesehatan Primer (Primary Care) dengan Pelayanan Kesehatan Dasar (Primary Health Care), Pelayanan Kesehatan Primer sebagai strategi mencapai UHC, regulasi terkait Pelayanan Kesehatan Primer, Kualitas Pelayanan Kesehatan Primer. Jurnal yang terkait dengan konten medis di eksklusi mengingat topik yang menjadi sumber tinjauan lebih bersifat non-medik.

HASIL

Penelitian ini menghasilkan temuan (*findings*) bahwa secara umum Indonesia belum memiliki tata kelola yang komprehensif dalam setiap aspek yang termasuk dalam mata rantai penting yang diperlukan untuk menentukan kualitas pelayanan kesehatan primer. Oleh sebab itu, menjadi sebuah keharusan dan kebutuhan untuk dilakukan pembenahan secara bertahap dan berkesinambungan yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh *stakeholder* terkait. Hal ini dapat dimulai dari adanya kesepakatan tentang definisi dan kedudukan pelayanan kesehatan primer merujuk pada keterkaitannya dengan JKN sebagai sistem pembiayaan kesehatan yang bersifat perorangan.

PEMBAHASAN

Kedudukan pelayanan primer

Definisi pelayanan primer

Terminologi pelayanan kesehatan primer (*Primary Care*) merujuk pada aktivitas klinis yang dilakukan untuk menyelesaikan masalah kesehatan individu (Lee et al., 2009). Pelayanan kesehatan primer juga fokus pada pelayanan kesehatan perorangan dan menekankan upaya transformasi untuk memenuhi tujuan dari pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*). Lebih lanjut lagi, pelayanan kesehatan primer adalah strategi yang sangat diperlukan untuk mengelola alur pasien dalam sistem pelayanan kesehatan dan menjadi penentu dari peran dan fungsi setiap tingkatan pelayanan (Starfield, 1998). Pelayanan kesehatan primer identik dengan tipe pelayanan berbasis kedokteran keluarga sedangkan pelayanan kesehatan dasar memiliki ruang lingkup yang mencakup seluruh populasi (Muldoon, L. K., Hogg, W. E., & Levitt, M., 2006).

Barbara Starfield (2009), pakar pelayanan kesehatan primer menetapkan bahwa pelayanan kesehatan primer adalah tulang punggung dari sistem pelayanan kesehatan berdasarkan alasan sebagai berikut : (a) kontak pertama dari pasien untuk melakukan utilisasi pelayanan, (b) fokus pada pelayanan individu secara menyeluruh (*person centered*), di samping fokus pada penyakit yang diderita (*disease centered*), (c) pelayanan yang diberikan bersifat komprehensif ditinjau dari upaya penanganan yang dilakukan untuk semua masalah kesehatan, (d) kapasitas untuk mengkoordinasikan dan mengintegrasikan pelayanan sehingga menghindarkan terjadinya duplikasi yang berujung pada in-efisiensi. Oleh karena itu, pemahaman terkait definisi dan perbedaan antara kedua nomenklatur tersebut agar tidak terjadi duplikasi fungsi dan pengukuran performa yang lebih akurat (Awofeso N, 2004).

Pelayanan Kesehatan Primer di Indonesia

Merujuk pada ketentuan yang berlaku di Indonesia, nomenklatur pelayanan kesehatan primer tidak pernah digunakan secara eksplisit. Pelayanan kesehatan primer pada umumnya ditampilkan berdasarkan posisinya sebagai tingkat layanan, penjabaran dari fungsi yang dilaksanakan, serta identifikasi kewenangan dari pemberi layanan. Kondisi ini dapat dilihat pada deskripsi berbagai regulasi. **Pertama**, Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan pelayanan primer sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama di mana pelayanan tersebut diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dasar. **Kedua**, Perpres No. 72 Tahun 2012

tentang Sistem Kesehatan Nasional yang menyatakan pelayanan kesehatan perorangan primer sebagai pelayanan kesehatan di mana terjadi kontak pertama secara perorangan sebagai proses awal pelayanan kesehatan.

Masih merujuk pada Perpres No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, pelayanan kesehatan perorangan primer memberikan penekanan pada pelayanan pengobatan, pemulihan tanpa mengabaikan upaya peningkatan dan pencegahan, termasuk di dalamnya pelayanan kebugaran dan gaya hidup sehat (*healthy life style*). Pelayanan kesehatan perorangan primer diselenggarakan oleh tenaga kesehatan yang dibutuhkan dan mempunyai kompetensi seperti yang ditetapkan sesuai ketentuan berlaku serta dapat dilaksanakan di rumah, tempat kerja, maupun fasilitas pelayanan kesehatan perorangan primer, baik Puskesmas dan jejaringnya, maupun fasilitas pelayanan kesehatan lainnya milik pemerintah, masyarakat, maupun swasta. Dilaksanakan dengan dukungan pelayanan kesehatan perorangan sekunder dalam sistem rujukan yang timbal balik. Pelayanan kesehatan perorangan primer diselenggarakan berdasarkan kebijakan pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh Pemerintah dengan memperhatikan masukan dari pemerintah daerah, organisasi profesi, dan/atau masyarakat.

Ketiga, Permenkes No. 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perseorangan yang mendefinisikan pelayanan primer sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama sebagai: (a) pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi di Puskesmas, puskesmas perawatan, tempat praktik perorangan, klinik pratama, klinik umum di balai/lembaga pelayanan kesehatan, dan rumah sakit pratama (Pasal 2), (b) dalam keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (Pasal 2), serta (c) Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama (pasal 4). **Keempat**, Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Perpres No. 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Perpres No. 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Perpres No. 19 Tahun 2019 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan, serta Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan yang mendefinisikan pelayanan primer sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama sebagai pelayanan kesehatan non-spesialistik

Berdasarkan beberapa ketentuan tersebut diatas maka dapat disimpulkan terdapat inkonsistensi baik dalam penyebutan maupun pendefinisian pelayanan primer. Definisi pelayanan primer sesuai Perpres no 72/2012 sudah menggambarkan karakteristik Pelayanan Kesehatan Primer karena ditetapkan sesuai fungsi pokok yang dilaksanakannya yakni fungsi kontak pertama dan pelayanan yang bersifat komprehensif. Namun definisi tersebut belum secara tegas menetapkan 2 karakteristik pokok lainnya yakni Kontinuitas dan Koordinasi. Disisi lain, Permenkes no 001/2012

serta peraturan lainnya cenderung berorientasi pada pendefinisian Pelayanan Kesehatan Primer berdasarkan tiga kategori yakni sifat layanan, pemberi layanan serta tempat pelayanan. Kondisi ini pada prinsipnya menimbulkan ambiguitas yang dapat berdampak pada upaya untuk mengoptimalkan kualitas Pelayanan Kesehatan Primer. Penyebutan Pelayanan Kesehatan Primer sebagai Pelayanan Tingkat Pertama cenderung mempersempit definisi Pelayanan Kesehatan Primer dimana lebih terkonotasi sebagai pelayanan yang paling sederhana/mendasar yang kurang berkualitas dibandingkan pelayanan spesialis. Selain itu, penyebutan tersebut tidak mencitrakan/menampilkan makna “primer” serta kedudukannya sebagai pelayanan yang utama dalam sistem kesehatan.

Selain itu, merujuk pada pendefinisian sebagaimana dituangkan dalam Perpres no 72/2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, mengandung pengertian bahwa klinisi lain selain dokter dapat dikategorikan sebagai pemberi pelayanan tingkat pertama sepanjang yang bersangkutan berfungsi sebagai kontak pertama dan memberikan pelayanan komprehensif. Hal ini menunjukkan ada insiatif untuk mengedepankan peran Pelayanan Kesehatan Primer sebagai tim bukan individu. Akan tetapi disisi lain definisi permenkes secara tegas memberikan batasan yang lebih spesifik yakni pelayanan tingkat pertama sebagai pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi saja dan dilakukan pada tempat sebagaimana ditetapkan. Hal ini jelas tidak sejalan dengan definisi standar Pelayanan Kesehatan Primer dan mengatasi dampak transisi epidemiologi dan demografi yakni meningkatnya kelompok usia lanjut dengan penyakit kronis.

Karakteristik Kunci Pelayanan Tingkat Pertama

Pada prinsipnya optimalisasi pelayanan tingkat pertama sangat tergantung dari integrasi aspek penentu performa layanan yang terdiri atas struktur (*input*), serta proses dan luaran (*outcome*). Pendekatan berbasis pada ketiga aspek tersebut dikenal dengan konsep Donabedian. Konsep ini sangat sesuai untuk diterapkan dalam melakukan analisis mengingat karakter pelayanan tingkat pertama yang bersifat multidimensional di mana dimensi stuktur sangat berperan untuk memfasilitasi akses dan utilisasi sehingga tercapainya *outcome* (Kringos et al., 2010). Sekelompok ahli dari Eropa melakukan identifikasi aspek- aspek yang membentuk kerangka sistem pelayanan kesehatan primer berdasarkan tinjauan sistemik literatur. Aspek-aspek tersebut terdiri dari (Kringos et al., 2010): (a) aspek struktur yang terdiri dari tata kelola kebijakan (*governance*), tata kelola pembiayaan, serta pengembangan kapasitas dan kompetensi tenaga kesehatan, (b) aspek proses meliputi penjabaran dari 4 pilar pelayanan kesehatan primer yang terdiri dari akses/kontak pertama, kontinuitas pelayanan, koordinasi pelayanan, pelayanan komprehensif, serta (c) aspek luaran yang terdiri dari kualitas pelayanan, efisiensi pelayanan dan kesetaraan pelayanan.

Hasil dari analisa yang dilakukan menunjukkan faktor-faktor yang perlu dimonitor untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan primer yang terdiri dari dimensi tata kelola, dimensi kondisi ekonomi, serta dimensi pengembangan kapasitas. **Pertama**, dimensi tata kelola terdiri dari: (a) tujuan sistem pelayanan kesehatan: Visi dan misi nasional dari sistem pelayanan kesehatan, (b) kebijakan yang mendorong adanya kesetaraan akses pelayanan primer: Segala kebijakan maupun ketentuan yang berdampak pada kemudahan untuk mendapatkan pelayanan, (c) sentralisasi maupun desentralisasi manajemen pelayanan primer dan pengembangan layanan: adanya kebijakan yang mengatur tentang variasi model praktik yang disesuaikan dengan kondisi geografi, penetapan prioritas program serta kebijakan terkait dengan peran serta masyarakat, (d) manajemen kualitas infrastruktur: adanya ketentuan yang menjamin kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan seperti, mekanisme penilaian kualitas, sertifikasi *provider*, ketersediaan informasi tentang kualitas layanan, ketersediaan panduan klinis, standar kompetensi serta standarisasi fasilitas, (e) advokasi pasien: prosedur kepatuhan pasien di sarana pelayanan, (f) status kepemilikan sarana, serta (g) integrasi pelayanan primer kedalam sistem pelayanan kesehatan: Keberadaan mekanisme kolaborasi antara pelayanan primer dan lanjutan.

Kedua, dimensi kondisi ekonomi yang terdiri dari: (a) sistem pembiayaan kesehatan : model pembiayaan yang digunakan (asuransi atau pajak), (b) total biaya pelayanan kesehatan, (c) total biaya pelayanan kesehatan primer, (d) status pembiayaan tenaga kesehatan pada tingkatan pelayanan kesehatan dasar, (e) bentuk remunerasi, serta (f) pendapatan tahunan dari tenaga pelayanan primer. **Ketiga**, dimensi pengembangan kapasitas terdiri dari: (a) profil tenaga kesehatan pada pelayanan kesehatan tingkat pertama, (b) tanggung jawab dan pencapaian, (c) pendidikan, (d) asosiasi profesi, (e) kedudukan akademis dari disiplin ilmu pelayanan tingkat pertama, serta (f) pengembangan ke depan dari tenaga pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Kandungan yang terdapat dalam dimensi proses sejatinya merupakan karakteristik pokok dari pelayanan tingkat pertama sebagaimana konsep yang dibuat oleh Dr. B. Starfield, seorang pakar pelayanan kesehatan primer terkemuka. Dalam konsepnya, Starfield mengemukakan bahwa pelayanan kesehatan tingkat pertama secara spesifik memiliki empat fungsi pokok yang dapat dijadikan sebagai indikator untuk mengukur performa pelayanan tingkat pertama. Keempat fungsi tersebut terdiri dari beberapa dimensi.

Pertama, dimensi akses yang mencakupi hal-hal sebagai berikut: (a) ketersediaan sarana pelayanan: rasio kecukupan antara jumlah serta model *provider* pelayanan tingkat pertama, (b) akses secara geografis: berapa jumlah sarana yang sangat terpencil? seberapa dekat sarana pelayanan dengan target populasi?, (c) akomodasi akses: kondisi yang terkait langsung dengan kemudahan akses contoh, kemudahan akses setelah jam praktek, sistem perjanjian, kunjungan rumah/*home visit*, (d) keterjangkauan biaya untuk mengakses pelayanan: apakah dijumpai adanya hambatan finansial

bagi pasien untuk mengakses pelayanan contoh, *cost sharing*, *co-payment*, dan lainnya, (e) akseptabilitas terhadap pelayanan: kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan, (f) tingkat utilisasi pelayanan: pantauan data utilisasi, serta (g) kesetaraan akses: kondisi di mana penyediaan akses dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Kedua, dimensi kontinuitas pelayanan yang mencakupi hal-hal sebagai berikut: (a) longitudinalitas, yakni adanya hubungan jangka panjang antara *provider* dengan pasien, (b) kontinuitas informasi pasien, yakni ketersediaan sistem informasi pasien misalnya, rekam medik pasien, sistem rujukan, serta (c) kontinuitas relasi pelayanan, yakni adanya kualitas yang baik dari hubungan antara provider dengan pasien misalnya: pola komunikasi, respon terhadap kebutuhan pasien serta respek terhadap pasien. **Ketiga**, dimensi koordinasi pelayanan yang meliputi sistem *gatekeeper*, struktur praktek dan tim PPK tingkat pertama, yakni apakah PPK memiliki atau menjadi bagian dari suatu tim pemberi layanan, bauran keahlian (*skill mix*) dari PPK tingkat pertama, yakni diversifikasi keahlian, integrasi dengan pelayanan tingkat lanjut, serta integrasi dengan sistem kesehatan masyarakat

Keempat, dimensi komprehensif yang mencakupi ketersediaan peralatan medik, kontak pertama untuk masalah kesehatan yang bersifat umum, yakni cakupan masalah kesehatan yang dapat ditangani, terapi dan diagnosa lanjutan (*follow-up diagnose*), yakni cakupan terapi serta perawatan lanjutan, prosedur tindakan medik dan pelayanan preventif, yakni cakupan tindakan medik maupun pelayanan preventif yang dilakukan, pelayanan kesehatan reproduktif serta kesehatan ibu-anak, serta promosi kesehatan, yakni cakupan pelayanan promosi kesehatan. Keseluruhan faktor-faktor penentu tersebut di atas harus dilakukan kajian secara oleh komite pakar untuk melihat faktor utama dan kesesuaiannya dengan kondisi Indonesia. Hasil kajian tersebut dapat digunakan sebagai landasan pembenahan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan primer di Indonesia

Kondisi Pelayanan Kesehatan Primer Bagi Peserta JKN

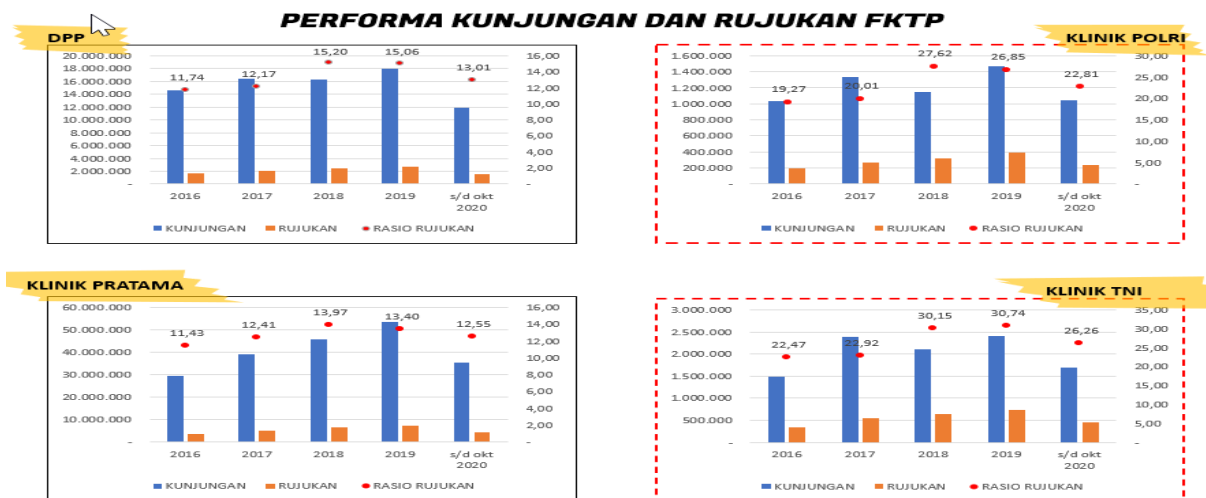
Pada prinsipnya terdapat kenaikan jumlah faskes yang bekerja sama dari tahun ke tahun hingga bulan September 2020, sebagaimana terlihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 1. Jumlah Faskes yang Bekerja Sama

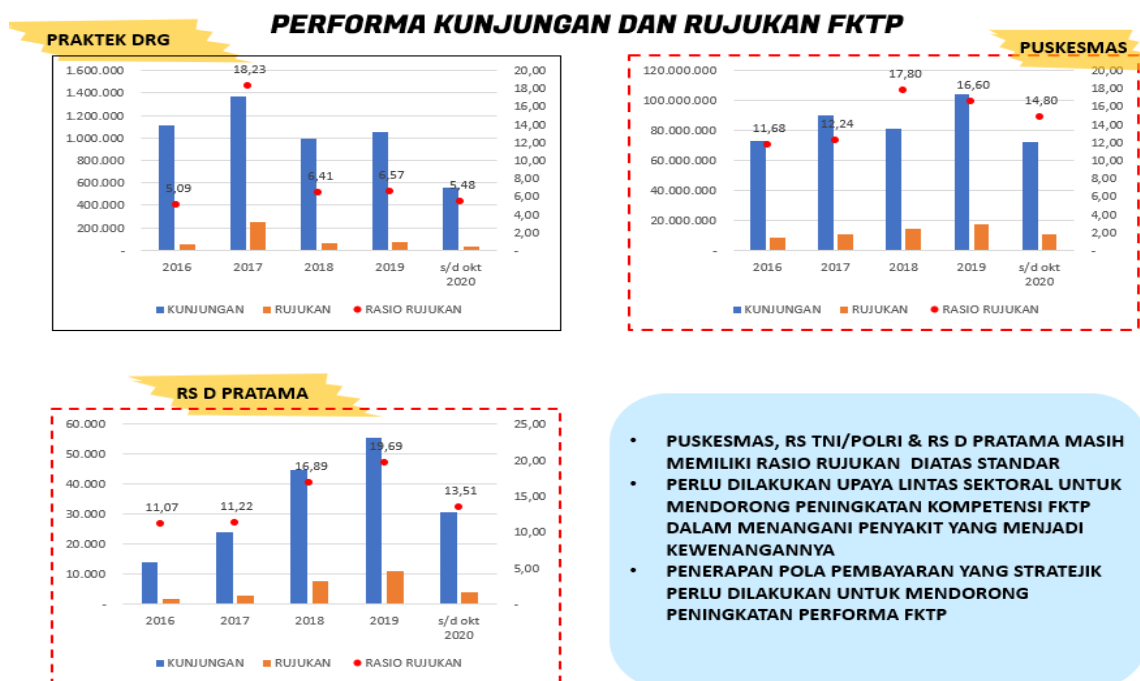
| No | Jenis FKTP | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 (Real. s.d 30 Sept.) |
|--------------|---------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------------|
| 1 | Dokter Praktek Perorangan | 4.578 | 4.883 | 5.475 | 5.354 | 4.937 |
| 2 | Klinik POLRI | 568 | 562 | 562 | 569 | 568 |
| 3 | Klinik Pratama | 3.880 | 4.603 | 5.415 | 5.543 | 5.478 |
| 4 | Klinik TNI | 704 | 669 | 660 | 654 | 644 |
| 5 | Praktik Dokter Gigi | 1.150 | 1.188 | 1.226 | 1.228 | 1.197 |
| 6 | Puskesmas | 9.813 | 9.842 | 9.933 | 10.050 | 10.111 |
| 7 | RS Tipe D Pratama | 15 | 16 | 27 | 32 | 28 |
| Total | | 20.708 | 21.763 | 23.298 | 23.430 | 22.963 |

Pesatnya pertumbuhan jumlah Faskes kerjasama tersebut tidak serta merta menunjukkan adanya performa yang baik sesuai dengan konsep kualitas pelayanan sebagaimana dimaksud di atas. Hal ini mengindikasikan bahwa FKTP yang bekerja sama belum optimal melaksanakan perannya sesuai dengan kaidah-kaidah pelayanan kesehatan primer. Terdapat disparitas yang cukup signifikan antar jenis saskes sesuai dengan data dibawah ini:

Figur 1. Performa Kunjungan dan Rujukan FKTP (Kategori DPP, Klinik Pratama, Klinik Polri, serta Klinik TNI)



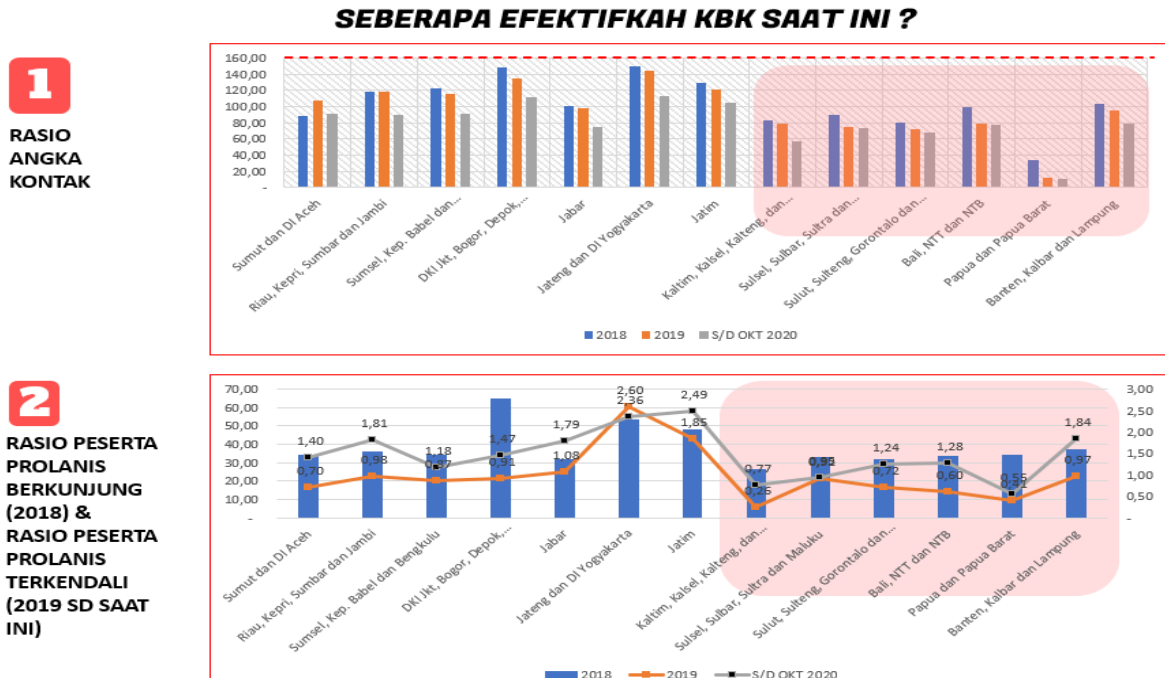
Figur 2. Performa Kunjungan dan Rujukan FKTP (Kategori Praktek DRG, Puskesmas, dan RS D Pratama)



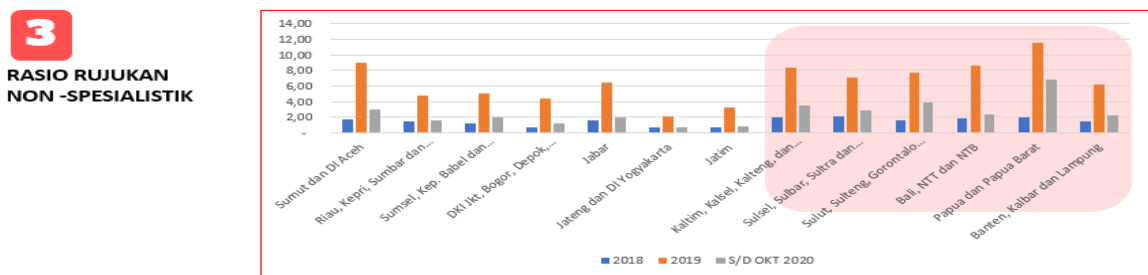
Masih terlihat lemahnya fungsi Puskesmas maupun FKTP milik TNI-Polri sebagai Gatekeeper dilihat dari tingginya rasio rujukan Puskesmas maupun Faskes TNI Polri. Hal ini sejalan dengan temuan dari hasil studi yang dilakukan oleh Mulyanto dkk. dimana FKTP memahami tugasnya sebagai *Gatekeeper* namun kurang berkomitmen melaksanakannya karena menganggap tugas ini sebagai tambahan beban kerja dan membatasi otonomi sebagai klinisi (Mulyanto, J., Wibowo, Y., & Kringos, D. S., 2021). Hal ini menegaskan bahwa pelaksanaan Gatekeeper merupakan salah satu aspek yang perlu dibenahi untuk meningkatkan kualitas Pelayanan Kesehatan Primer sesuai temuan Barbara Starfield. Selain itu dikaitkan dengan fungsi yang lebih komprehensif sebagai Care Coordinator yang sesungguhnya merupakan essensi tupoksi FKTP yang paling efektif maka dapat diyakini bahwa seluruh jenis FKTP belum mampu melakukannya. Kondisi ini terlihat dari rendahnya jumlah peserta Prolanis yang terkendali dibanding peserta terdaftar.

Upaya untuk mendorong peningkatan kualitas pelayanan kesehatan primer juga terlihat belum optimal berjalan. Instrumen pembayaran yang digunakan yakni KBK memiliki indikator yang hanya berfokus pada proses bukan outcome sehingga memiliki dampak yang minimal dalam meningkatkan performa FKTP. Disatu sisi belum terdapat adanya panduan proses yang menjadi acuan bagi FKTP untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Hanya FKTP di Jawa dan Sumatera yang mampu mencapai target sedangkan FKTP diluar wilayah tersebut rata-rat tidak mampu mencapai indikator. Besaran indikator KBK sendiri khususnya yang terkait dengan Rasio Rujukan Non Spesialistik secara umum belum dapat disesuaikan dengan konteks epidemiologi kewilayahan yang ada di masing2 daerah. Untuk performa RJTL secara umum PRB belum berjalan dengan baik mengingat masih tingginya angka kontrol ulang.

Figur 3. Rasio Angka Kontak, Rasio Peserta Prolanis Berkunjung, Serta Rasio Peserta Prolanis Terkendali

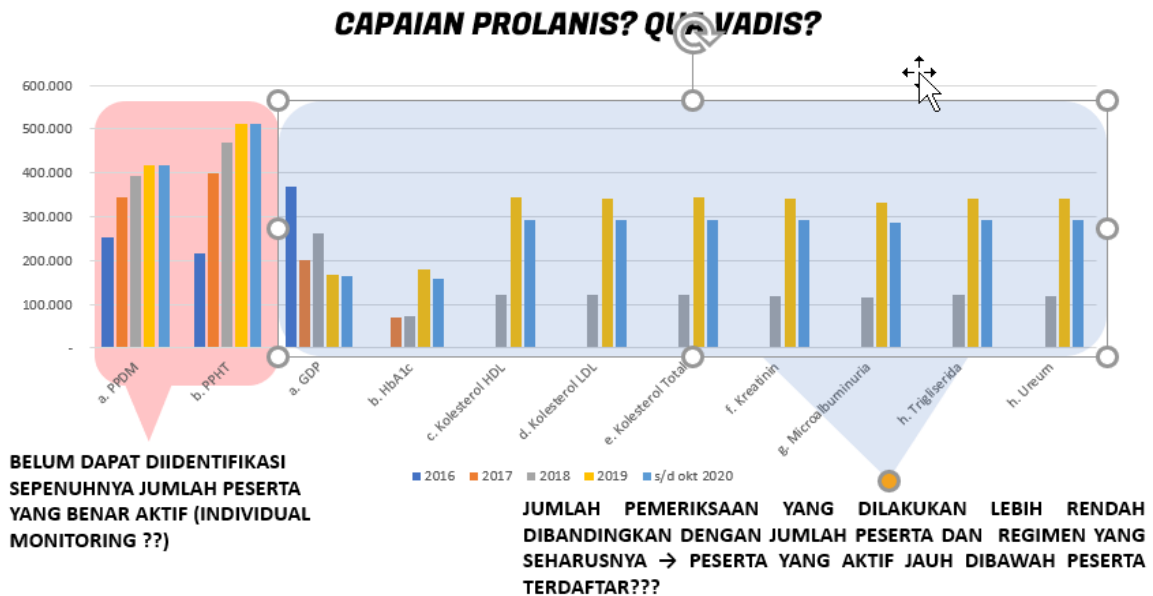


Figur 4. Rasio Rujukan Non-Spesialistik



- KBK BELUM SEPENUHNYA EFEKTIF DALAM MENDORONG PENINGKATAN KOMPETENSI DAN MUTU PELAYANAN OLEH FKTP TERUTAMA DIWILAYAH LUAR JAWA DAN SUMATERA
- PERLU DILAKUKAN EVALUASI DAN PERBAIKAN INDIKATOR KBK AGAR DAPAT LEBIH EFEKTIF MELALUI INDIKATOR YANG "SMART", BERKORELASI DENGAN EPIDEMIOLOGI KEWILAYAHAN DAN BERORIENTASI PADA OUTCOME
- PERLU DILAKUKAN PENYESUAIAN INDIKATOR DENGAN PRIORITAS MAUPUN KONDISI YANG ADA DI MASING-MASING WILAYAH

Figur 5. Capaian Prolanis



SIMPULAN

Berdasarkan tinjauan literatur diatas serta hasil pemetaan indikator performa Pelayanan Kesehatan Primer yang mengacu pada konsep yang disusun oleh Kringos et.al (2010) maka kondisi pelayanan kesehatan primer di Indonesia secara umum belum memiliki tata kelola yang komprehensif dalam setiap aspek yang termasuk dalam mata rantai penentu kualitas Pelayanan Kesehatan Primer. Perlu dilakukan pembenahan secara bertahap yang dilakukan bersama oleh seluruh pemangku kepentingan terkait. Hal ini seyogianya dimulai dari adanya kesepakatan tentang definisi dan kedudukan Pelayanan Kesehatan Primer dilihat dari keterkaitannya dengan JKN sebagai sistem pembiayaan kesehatan yang bersifat perorangan. Dalam prakteknya, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan tingkat pertama tersebut tidak hanya terbatas pada penguatan peran sebagai gatekeeper, peningkatan fungsi sebagai pembeli strategik maupun peningkatan aktivitas promotif dan preventif. Pembenahan harus dilakukan secara menyeluruh pada seluruh aspek yang diperlukan untuk menciptakan pelayanan yang berkualitas. Kualitas layanan pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan suatu keniscayaan sebagaimana disampaikan dalam Deklarasi Astana 2018..

REFERENSI

- Institute of Medicine 1996. Primary Care: America's Health in a New Era. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/5152>.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2021. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25983>.
- WHO, Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, 2018
- Starfield, B. (1998). Primary care: Balancing Health needs, services, and technology, Oxford university care
- Contribution of primary care to health: an individual level analysis from Tibet, China Wang et al. International Journal for Equity in Health (2015) 14:107 DOI 10.1186/s12939-015-0255-y
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2021. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25983>
- Tulchinsky T. H. (2018). Bismarck and the Long Road to Universal Health Coverage. Case Studies in Public Health, 131–179. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804571-8.00031-7>
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? The Lancet, 344(8930), 1129–1133. doi:10.1016/s0140-6736(94)90634-3
- WHO and UNICEF. Declaration of Astana, Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan 25 and 26 October 2018. 2018
- Muldoon, L. K., Hogg, W. E., & Levitt, M. (2006). Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference?. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 97(5), 409–411. <https://doi.org/10.1007/BF03405354>
- Starfield, B. (2009). Toward international primary care reform. *Canadian Medical Association Journal*, 180, 1091-2. Retrieved from http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/E79.pdf
- Mulyanto, J., Wibowo, Y., & Kringos, D. S. (2021). Exploring general practitioners' perceptions about the primary care gatekeeper role in Indonesia. *BMC family practice*, 22(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01365-w>
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Pavlic, D. R., Svab, I., Tedeschi, P., Wilson, A., Windak, A., Dedeu, T., & Wilm, S. (2010). The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC family practice*, 11, 81. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-81>
- Starfield, B. (2009). Toward international primary care reform. *Canadian Medical Association Journal*, 180, 1091-2. Retrieved from http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/E79.pdf
- Van Weel, C., & Kidd, M. R. (2018). Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de*

- l'Association medicale canadienne, 190(15), E463–E466.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.170784>
- Wenhua Wang, Leiyu Shi, Aitian Yin, Zongfu Mao, Elizabeth Maitland, Stephen Nicholas, Xiaoyun Liu, "Primary Care Quality among Different Health Care Structures in Tibet, China", *BioMed Research International*, vol. 2015, Article ID 206709, 8 pages, 2015.
<https://doi.org/10.1155/2015/206709>
- Foo, C., Surendran, S., Jimenez, G., Ansah, J. P., Matchar, D. B., & Koh, G. (2021). Primary Care Networks and Starfield's 4Cs: A Case for Enhanced Chronic Disease Management. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2926.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18062926>
- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994 Oct 22;344(8930):1129-33. doi: 10.1016/s0140-6736(94)90634-3. PMID: 7934497.
- Lee, Yong-jun, C., Sung, Kim, Chung, S. H., Kim, J., Park, H. K. (2009). Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: Tests of data quality and measurement performance. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(2), 103-11. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzp007>
- Awofeso N . What is the difference between “primary care” and “primary healthcare”? *Quality in Primary Care* 2004;12:93-94 <https://primarycare.imedpub.com/what-is-the-difference-between-primary-care-and-primary-healthcare.pdf>
- UU no 36 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional,
<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Search?search=uu+no+36+tahun+2009>
- Perpres No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional,
<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/41327/perpres-no-72-tahun-2012>
- Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan,
<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Search?search=perpres+no+12%2F2013>
- Perpres No. 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/41481/perpres-no-111-tahun-2013>
- Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan,
<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/94711/perpres-no-82-tahun-2018>
- Perpres No. 19 Tahun 2019 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan, <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/39833/perpres-no-19-tahun-2016>
- Permenkes No. 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perseorangan, <https://www.kemhan.go.id/itjen/2017/03/13/peraturan-menteri-kesehatan-republik-indonesia-nomor-001-tahun-2012-tentang-sistem-rujukan-pelayanan-kesehatan-perorangan.html>