

EVALUASI KEBIJAKAN PEMERINTAH DAERAH DALAM MENINGKATKAN PELAYANAN SISTEM RUJUKAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN ANTAR PULAU DI KABUPATEN KARIMUN

Zulindio Khalil Gibran¹, Fitri Kurnianingsih², Rudi Subiyakto³
170563201064@student.umrah.ac.id

Program studi Ilmu Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik, Universitas Maritim Raja Ali Haji

Abstract

This research is motivated by the problems experienced by the poor in Karimun Regency from policies that regulate the mechanism of the poor referral system registered as PBI Jamkesda Karimun so that to minimize the problem it is important to evaluate the policy of the Karimun Regency Regional Government in order to know the next problem so that it can be fixed by the Karimun Regency Regional Government. This research aims to find out the extent of the implementation of the Karimun Regency Regional Government policy in improving the services of the health referral system of poor people between islands in Karimun Regency. Data collection techniques are carried out with observations, interviews, and documentation. The data that has been obtained is then analyzed using measures including data collection, data reduction, data presentation and conclusion withdrawal. The implementation of poor public health referrals in Karimun Regency has been going well and has regulated all things about the health referral of poor people but researchers assess there are still things that have not been accommodated in this policy so that in its implementation there are still obstacles or problems found.

Keywords: Policy, Referral System, Poor Community

I. Pendahuluan

Kesehatan merupakan salah satu urusan wajib pemerintah yang diselenggarakan untuk memenuhi hak setiap warga negara Indonesia yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Hal ini ditegaskan dalam amanat Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) yang berbunyi “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. Salah satu prioritas reformasi kesehatan adalah meningkatkan dan pemerataan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat, sesuai dengan Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Terbentuknya rencana aksi Pemerintah Pusat melalui suatu sistem jaminan sosial dan kesehatan (SJSN) tersebut diharapkan pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar bagi seluruh rakyat Indonesia semakin terpenuhi, sehingga masyarakat di seluruh wilayah Indonesia, baik daerah terisolir maupun kepulauan akan terjamin kesehatannya..

Peraturan Presiden RI Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diterbitkan dalam rangka kebijakan program Pemerintah Pusat untuk meningkatkan dan memperluas cakupan dan jangkauan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat di Indonesia. Dalam era

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mulai efektif dilaksanakan sejak tanggal 01 Januari 2014, setiap warga negara wajib menjadi peserta JKN. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS), yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan, adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan melalui Undang-undang RI Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil (PNS), penerima dana pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun masyarakat umum.

Sesuai dengan Undang-undang RI Nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS Kesehatan, mewajibkan seluruh penduduk Indonesia untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan. Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis. Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), peserta BPJS kesehatan dapat berobat ke fasilitas kesehatan primer atau pertama seperti Puskesmas, Klinik, atau Dokter Keluarga yang tercantum pada kartu peserta BPJS kesehatan. Apabila memerlukan pelayanan lanjutan oleh dokter spesialis, maka peserta BPJS kesehatan dapat dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) atau fasilitas kesehatan tingkat kedua/sekunder. Rujukan ini hanya diberikan jika peserta BPJS kesehatan membutuhkan pelayanan kesehatan spesialis, atau jika fasilitas kesehatan primer yang ditunjuk untuk melayani peserta tersebut, tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan karena keterbatasan fasilitas, pelayanan, dan atau tenaga medis. Jika peserta masih belum dapat tertangani di fasilitas kesehatan sekunder, maka dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tersier untuk ditangani oleh dokter sub-spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub-spesialistik.

Sistem rujukan diselenggarakan dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan secara bermutu, efektif dan efisien, sehingga tujuan pelayanan kesehatan tercapai tanpa menggunakan biaya yang mahal. Sistem rujukan yang ditetapkan sejalan dengan sistem rujukan yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan. Masyarakat dapat melakukan rujukan ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) atau tingkat tersier dalam hal ini sarana Rumah Sakit (RS) atas persetujuan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dalam hal ini sarana Puskesmas, sehingga peran FKTP dapat berjalan sesuai dengan fungsinya secara optimal yaitu sebagai pemberi pelayanan kesehatan tingkat dasar atau primer. Kelas untuk peserta BPJS terbagi menjadi tiga, berdasarkan Peraturan Presiden RI Nomor 64 Tahun 2020 tentang pemberlakuan iuran dan tarif baru sejak bulan Januari 2021, sesuai dengan iuran yang dibayarkan a. Kelas III sebesar Rp.35.000,- (tiga puluh lima ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III, b. Kelas II sebesar Rp.100.000,- (seratus ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II, serta c. Kelas I sebesar Rp.150.000,- (seratus lima puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan menjelaskan bahwa sistem rujukan merupakan suatu penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang, sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Sistem rujukan diwajibkan bagi pasien yang merupakan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan pemberi pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2012).

Berdasarkan kebijakan tentang pelaksanaan JKN di wilayah Provinsi Kepulauan Riau, agar pelaksanaannya lebih terarah sesuai peraturan dan ketentuan JKN yang berlaku, maka diperkuat dengan pemberlakuan kebijakan Peraturan Gubernur Provinsi Kepulauan Riau Nomor 10 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin dan Penyakit Beresiko di Provinsi Kepulauan Riau.

Kabupaten Karimun merupakan salah satu wilayah administrasi yang bercirikan kepulauan karena memiliki bentangan alam laut (*seascape*) berupa pulau pulau kecil. Sebagai kabupaten yang bercirikan kepulauan, Kabupaten Karimun memiliki total jumlah pulau sebanyak 250 pulau dan 57 di antaranya berpenghuni (BPS, 2020). Keseluruhan pulau di Kabupaten Karimun sudah memiliki nama dan termasuk ke dalam kategori pulau-pulau kecil karena memiliki luasan di bawah dari 2000 km² berdasarkan Undang-Undang Nomor 1 tahun 2014. Dua pulau yang saat ini menjadi sentra kegiatan ekonomi masyarakat serta permukiman adalah Pulau Kundur dan Pulau Karimun. Pada tahun 2012 terjadi pemekaran kecamatan di Kabupaten Karimun, yang tadinya terdiri dari 9 Kecamatan menjadi 12 Kecamatan, dengan 42 Desa dan 29 Kelurahan. Pemekaran dimaksudkan agar adanya percepatan pemerataan pembangunan di pelosok pulau dan juga mengatasi kendala rentang kendali yang terasa jauh karena kurangnya akses menuju pusat pemerintahan kecamatan. Jumlah penduduk Kabupaten Karimun pada tahun 2020 menurut data Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Karimun berjumlah 257.297 jiwa, dengan komposisi 131.659 jiwa (51,17 persen) laki-laki dan 125.638 jiwa (48,83 persen) perempuan. Pada tahun 2020, komposisi jumlah penduduk usia kerja (< 15 tahun) sebanyak 165.597 jiwa (71,13 persen dari total jumlah penduduk), yang terdiri atas 83.993 jiwa (52,72 persen) laki-laki dan 81.604 jiwa (49,28 persen) perempuan. Jumlah penduduk usia kerja (usia produktif) ini merupakan bagian dari bonus demografi dan menjadi sumber daya pembangunan yang potensial sepanjang dikelola secara baik. Masih terdapat masyarakat miskin di Kabupaten Karimun, tentu mereka harus terdata agar dalam pelayanan kesehatan terutama dalam rujukan kesehatan antar pulau mendapatkan bantuan dan pelayanan yang baik. Pada saat ini pemerintah mengeluarkan kebijakan untuk masyarakat miskin tentang semua mekanisme rujukan kesehatan yang akan mereka dapatkan.

Kebijakan tentang rujukan kesehatan masyarakat miskin yang diterapkan dari 2019 hingga sekarang, ialah Peraturan Bupati Karimun Nomor 19 Tahun 2019 Tentang Penyelenggaraan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Daerah Yang Terintegrasi Dengan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Kabupaten Karimun. Pelaksanaan jaminan kesehatan diselenggarakan terintegrasi dengan program JKN. Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan Undang-undang SJSN yang iurannya dibayarkan Pemerintah Pusat sebagai peserta Program Jaminan Kesehatan. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan diatur melalui Peraturan Pemerintah Daerah. PBI terbagi menjadi 2 jenis yaitu PBI jaminan kesehatan Pusat, yang mana iuran premi jaminan kesehatannya dibiayai oleh Pemerintah Pusat dan PBI Jamkesda, yang mana iuran premi jaminan kesehatannya dibiayai oleh Pemerintah Daerah. Pada kebijakan Peraturan Bupati Karimun Nomor 19 Tahun 2019 membahas tentang PBI Jamkesda, Pemerintah memberikan bantuan khususnya masyarakat miskin yang terdata di Dinas Sosial Kabupaten Karimun dengan melampirkan SKTM yang ditandatangani Camat setempat. Kebijakan ini membahas pembiayaan selama pasien melakukan rujukan dalam dan luar Kabupaten maupun antar Provinsi.

Berdasarkan data rekapitulasi Kabupaten Karimun tahun 2019, terdapat 2 Rumah Sakit Umum (RSUD dan RSBT), 13 Puskesmas, 5 Poliklinik, 33 Puskesmas Pembantu (Pustu), 225 Posyandu, dan 12 Polindes di wilayah Kabupaten Karimun (BPS Kabupaten Karimun, 2020).

Di Kabupaten Karimun terdapat 2 unit Rumah Sakit Umum yang memiliki kompetensi sebagai *type-c*, Rumah Sakit ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) HM. Sani dan Rumah Sakit Bakti Timah (RSBT) Karimun, keduanya merupakan tujuan rujukan lanjutan pasien-pasien dari puskesmas yang ada di wilayah Kabupaten Karimun. Puskesmas yang berada di dalam Pulau Karimun yaitu Puskesmas Tebing, Puskesmas Karimun, Puskesmas Meral, Puskesmas Meral Barat, dan Puskesmas yang berada di luar Pulau Karimun yaitu Puskesmas Buru, Puskesmas Belat, Puskesmas Kundur Barat, Puskesmas Kundur Utara, Puskesmas Ungar, Puskesmas Kundur, Puskesmas Moro, Puskesmas Niur Permai dan Puskesmas Durai. Puskesmas terjauh dari pulau Karimun adalah Puskesmas Durai, untuk sampai ke Karimun membutuhkan waktu 3 jam

menggunakan kapal *speedboat* penumpang. Pada saat ini Kabupaten Karimun tidak mempunyai Ambulans laut sebagai sarana transportasi rujukan kesehatan sesuai standart nasional di setiap Puskesmas yang berada di luar pulau Karimun.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan rujukan kesehatan masyarakat miskin sangat ditentukan oleh ketersediaan serta pendistribusian tenaga kesehatan (SDM) bidang kesehatan di setiap Puskesmas di wilayah Kabupaten Karimun. Pada saat melakukan rujukan kesehatan setiap Puskesmas tetap berpedoman pada petunjuk pelaksanaan yang disusun secara sistematis pada Standart Operasional Prosedur (SOP), antara lain : a. Dokter melakukan anamnesa dan pemeriksaan kepada pasien, b. Dokter melakukan pemeriksaan lebih lanjut meliputi pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan tambahan, c. Dokter menemukan tanda-tanda kegawatan pada pasien dari hasil pemeriksaan dan membuat diagnose untuk segera dirujuk, d. Dokter menyampaikan informasi tentang rencana tindak lanjut terhadap pasien, e. Dokter membuat keputusan untuk merujuk pasien gawat darurat setelah kondisi pasien stabil, f. Dokter menerangkan kepada keluarga pasien tentang rencana rujukan dan disertai dengan penjelasan dan persetujuan (*inform consent*), g. Petugas menghubungi supir ambulans dan kapal yang akan digunakan, h. Petugas mempersiapkan perlengkapan rujukan meliputi peralatan kegawatan dan berkas rujukan, i. Dokter menghubungi rumah sakit rujukan, j. Pasien diberangkatkan setelah kondisi stabil dan pada keadaan tertentu perlu didampingi oleh perawat pengantar/pendamping rujukan selama dalam perjalanan, k. Petugas rujukan menyerahkan berkas surat rujukan dan menjelaskan kondisi pasien kepada petugas rumah sakit yang dirujuk, l. Petugas mengisi buku surat serah terima rujukan.

Selama ini masyarakat miskin masih mengalami kesulitan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang maksimal, terutama pelayanan rujukan yang baik, hal ini disebabkan karena belum adanya informasi yang pasti tentang mekanisme yang berlaku dalam melakukan pelayanan rujukan kesehatan tersebut. Apakah kebijakan ini sudah benar-benar memberikan dampak yang baik untuk masyarakat miskin atau malah sebaliknya, masyarakat miskin masih merasakan adanya perlakuan diskriminatif, masih adanya pendataan peserta PBI yang kurang tepat sasaran sesuai tujuan dari kebijakan, tidak tersedia Ambulans laut yang sesuai standart nasional di Kabupaten Karimun, Selain itu pelayanan rujukan yang diberikan juga masih rendah. Oleh karena itu perlu kita lakukan evaluasi kebijakan yang diterapkan oleh Pemerintah Kabupaten Karimun, mengapa masih timbul masalah-masalah rujukan? bagaimanakah implementasi kebijakan tersebut di wilayah Kabupaten Karimun saat ini?.

II. Metode Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian deskriptif. Karena penelitian ini berusaha untuk mengungkapkan suatu fakta atau peristiwa sebagaimana adanya, dan memberikan gambaran objektif tentang keadaan atau permasalahan yang dihadapi. Adapun penelitian berjenis deskriptif ini untuk memuat gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antar fenomena yang diteliti. Objek dalam penelitian ini adalah evaluasi kebijakan Pemerintah Daerah Kabupaten Karimun dalam meningkatkan pelayanan rujukan kesehatan masyarakat miskin antar pulau di Kabupaten Karimun, agar masyarakat miskin dapat menerima pelayanan sistem rujukan kesehatan yang baik dan tepat antar pulau. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Karimun, alasan dilakukan penelitian karena masih banyak ditemukan kekurangan dan masalah yang tidak sesuai dengan kebijakan yang berlaku. penelitian memfokuskan untuk meneliti tentang evaluasi kebijakan Pemerintah Daerah dalam meningkatkan pelayanan sistem rujukan kesehatan masyarakat miskin antar pulau di Kabupaten Karimun. Untuk mengumpulkan data yang diperlukan peneliti melakukan observasi, wawancara dan studi literature. Berkaitan dengan informan yang sangat berpengaruh dalam penelitian ini yaitu Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan Staf Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan Dinas Kesehatan

Kabupaten Karimun, Kepala Puskesmas Buru, Kepala Puskesmas Moro, Kepala Puskesmas Durai, Kepala Puskesmas Belat, Kepala Puskesmas Ungar, staf Pengelola Pelayanan Kesehatan Pada Seksi Pelayanan Medis (Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) H.M. Sani Kabupaten Karimun dan Kepala Rekam Medik Rumah Sakit Bakti Timah (RSBT) Kabupaten Karimun.

Adapun teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis data kualitatif, mengikuti konsep yang diberikan Miles dan Huberman yaitu suatu aktivitas yang meliputi data reduksi, penyajian data, dan kesimpulan dan verifikasi. Untuk lebih memahami teknik tersebut, maka akan dijelaskan sebagai berikut:

a. Data Reduksi

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya. Dalam hal tersebut, ketika peneliti memperoleh data dari lapangan dengan jumlah yang cukup banyak.

b. Penyajian Data

Setelah data direduksi, selanjutnya peneliti mendisplaykan data yang berarti mengorganisir data, menyusun data dalam suatu pola hubungan sehingga semakin mudah difahami.. Dengan demikian, hasil dari data display ini mampu memudahkan peneliti dalam upaya pemaparan dan penegasan kesimpulan.

c. Kesimpulan dan Verifikasi

Langkah ketiga dalam analisis data kualitatif menurut Miles dan Huberman adalah penarikan kesimpulan. Dalam hal tersebut, peneliti berusaha dan berharap kesimpulan yang dicapai mampu menjawab rumusan masalah yang telah dirumuskan sejak awal.

III. Hasil dan Pembahasan

a. Evaluasi Tahap Perencanaan (*Ex-Ante*)

Dalam tahap digunakan untuk memilih dan menentukan prioritas dari berbagai alternatif dan kemungkinan cara mencapai tujuan yang telah dirumuskan. Adanya hal tersebut ditunjukkan untuk mengantisipasi tentang perkiraan awal konsekuensi dampak serta efek dari kebijakan yang direncanakan.

1. Kebutuhan

Kebutuhan ini sangatlah penting karena hal yang diharapkan bisa sesuai dengan kondisi lingkungan dan kesesuaian apa saja yang dibutuhkan oleh masyarakat terutama untuk masyarakat miskin dalam hal kesehatan yang seharusnya mereka mendapatkan pelayanan yang cukup baik tanpa dibandingkan bandingkan. Dengan adanya kebutuhan yang dapat mendukung berjalannya sistem rujukan kesehatan masyarakat miskin antar pulau tersebut, Terdapat kebutuhan-kebutuhan yang difasilitasi Dinas Kesehatan kepada masyarakat miskin yang sakit seperti Pemerintah Daerah harus memfasilitasi Ambulans laut untuk setiap puskesmas yang berada diluar pulau karimun, karena permasalahan untuk rujukan antar pulau ialah tiadanya ambulan laut sehingga pasien harus rujukan menggunakan kapal penumpang atau sewa kapal, setiap puskesmas harus mempunyai ambulan laut yang *standby* kapanpun diperlukan masyarakat terutama masyarakat miskin, karena rujukan tidak terjadi di pagi, siang atau sore hari saja tetapi juga terjadi dimalam hari, sedangkan kapal penumpang beroperasi hanya sampai sore hari saja, disini mengapa Ambulans laut siap siaga sangat dibutuhkan. Tentu juga tidak hanya ambulan laut, tetapi peralatan obat-obat dan peralatan di dalam kapal harus sesuai standart nasional yang telah ditentukan demi menunjang keselamatan pasien. Seharusnya Kabupaten Karimun harus mempunyai ambulans laut sesuai standart yang telah ditentukan, seperti menurut Kemenkes RI tentang Pedoman Teknis Ambulans tahun 2019 :

a) Memiliki area atau ruang pelayanan khusus untuk pasien.

- b) Memiliki alat kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan medis (seperti ambulans darat, ambulans air dapat berfungsi sebagai ambulans transport atau gawat darurat).
- c) Memiliki alat penyelamatan standar sesuai dengan ketentuan berlaku.
- d) Memiliki sumber daya manusia/petugas kesehatan yang dapat memberikan bantuan hidup selama perjalanan ke fasyankes yang dituju.

Didalam proses rujukan pasien harus didampingi oleh Perawat pendamping yang siap kapan saja dibutuhkan agar mengantarkan pasien hingga ke ruang IGD rumah sakit dan menjelaskan kronologis riwayat pasiennya. Pemerintah daerah memberi bantuan pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin, Kebutuhan selanjutnya ialah menyediakan peralatan yang memenuhi standar ketika melakukan rujukan dan penggantian pembiayaan/klaim rujukan harus jelas bagaimana mekanismenya, agar pasien yang kurang mampu/miskin mendapatkan proses pembiayaan/klaim yang lancar. Kebutuhan-kebutuhan seperti ini yang harus pemerintah persiapkan bagi masyarakatnya terutama untuk masyarakat miskin.

2. Sasaran

Sasaran adalah rumusan kondisi yang menggambarkan tercapainya tujuan, berupa hasil pembangunan Daerah/Perangkat Daerah yang diperoleh dari pencapaian hasil (*outcome*) program Perangkat Daerah. Tujuan dari kebijakan tersebut adalah pemberian jaminan pembiayaan kesehatan kepada masyarakat Daerah melalui APBD dan dana lainnya yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat Daerah dan meningkatnya pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Daerah. Sasaran ditujukan kepada masyarakat miskin terdaftar dalam Basis Data Terpadu (BDT) yang terdata di Dinas Sosial dan terdaftar di dalam BPJS PBI Karimun selanjutnya tentu sasaran diatas harus terdata sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jamkesda agar mereka mendapatkan bantuan dari pemerintah daerah sesuai kebijakan yang diberlakukan untuk masalah kesehatan bagi masyarakat miskin terutama dalam sistem rujukan kesehatan.

3. Masukan

Pemerintah Kabupaten Karimun harus mampu memberi masukan dan bantuan apa saja nantinya yang dibutuhkan oleh masyarakat demi kenyamanan dan kesejahteraan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan rujukan kesehatan. Tentu pemerintah harus memunculkan alternatif strategi untuk melancarkan program kebijakan tersebut, dengan mensosialisasikan kepada masyarakat setempat, agar dalam proses pengimplementasiannya sesuai prosedur dalam perencanaan. Kemudian dengan mendata masyarakat miskin di seluruh Kabupaten Karimun, agar kebijakan tersebut tepat sarannya, untuk membuktikan mereka peserta BPJS PBI adalah memiliki Kartu Indonesia Sehat, kemudian Pemerintah Daerah memberikan bantuan transportasi pasien rujukan, keluarga pendamping pasien dan satu orang pendamping, bantuan biaya makan dan minum pasien rujukan, bantuan biaya pemondokan/sewa kamar selama proses rujukan dan bantuan biaya pemulasaran, transportasi dan hal-hal lain yang diperlukan untuk proses pengiriman jenazah. Seperti adanya Ambulans laut agar disaat rujukan pasien merasa nyaman dan lancar dan tidak memakai kapal penumpang atau boat pancung sebagai sarana rujukan. Maka dari itu Kabupaten Karimun merancang strategi alternatif sebagai solusi untuk memudahkan masyarakat miskin dalam melakukan rujukan kesehatan antar pulau dan masyarakat miskin harus terdata di BPJS PBI Karimun agar bisa mendapatkan bantuan dari pemerintah daerah karena tidak adanya Ambulans laut yang sesuai standart nasional di Kabupaten Karimun.

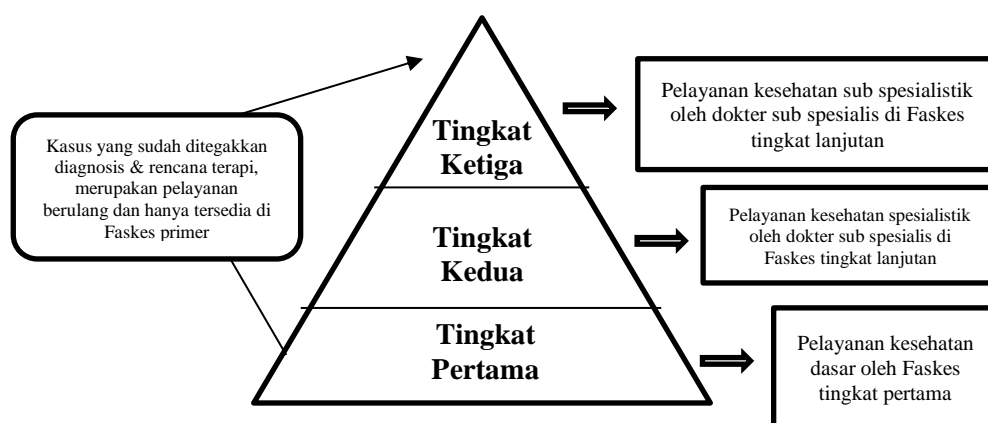
b. Evaluasi Tahap Pelaksanaan (*On-Going*)

1. Kepesertaan

Pelaksanaan jaminan kesehatan diselenggarakan dengan program JKN, peserta jaminan kesehatan bagi masyarakat dibayarkan melalui iuran premi jaminan kesehatan terdiri dari peserta PBI jaminan kesehatan dan peserta bukan penerima bantuan iuran (non PBI) jaminan kesehatan. Peserta PBI jaminan kesehatan yang dimaksud ialah peserta PBI jaminan kesehatan pusat, yang mana iuran premi jaminannya dibiayai oleh pemerintah pusat dan peserta PBI Jamkesda, yang mana iuran premi jaminannya dibiayai oleh Pemerintah Daerah. Peserta bukan PBI jaminan kesehatan yang dimaksud ialah pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya dan bukan pekerja dan anggota keluarganya. Pada kebijakan ini membahas PBI Jamkesda, peserta PBI Jamkesda ialah fakir miskin dan orang tidak mampu, penduduk yang telah terdaftar melalui SKTM pada UPTD JPKM yang diusulkan kembali oleh Dinas Kesehatan, fakir miskin dan orang tidak mampu yang tidak terdaftar dalam BDT yang diusulkan oleh camat setempat melalui SKTM, penduduk yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu, penduduk yang sakit kronis (menahun) dan tidak mampu, dan penduduk yang termasuk dalam kelompok khusus beserta keluarga seperti Ketua RT/RW, Kader posyandu dan pendonor darah secara rutin. Tentu mereka juga harus memenuhi persyaratan-persyaratan yang telah ditetapkan sebelum menjadi peserta PBI Jamkesda. Bukti kepesertaan peserta PBI Jamkesda adalah Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan. Penelitian ini menemukan bahwasanya dalam kepesertaan masih terdapat masalah dalam hal tidak tepat sasaran seperti contoh kasus masyarakat yang sebenarnya mampu tetapi terdata sebagai peserta PBI Jamkesda, tentu ini sebuah masalah. Hal ini tentu merugikan bagi pihak masyarakat miskin yang tentunya mereka tidak kebagian kuota, yang seharusnya mereka yang benar-benar tidak mampu yang wajib mendapatkannya. Dengan pernyataan diatas, bahwasanya pelaksanaan kebijakan tersebut perlu dilakukan pemantauan dan koordinasi dari pihak Pemerintah Daerah Kabupaten Karimun secara rutin terhadap kepesertaan dan penerima manfaat Jamkesda.

2. Alur Rujukan

Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis, dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama, Jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh spesialis, maka pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua, pelayanan kesehatan tingkat kedua di faskes sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes primer, pelayanan kesehatan tingkat ketiga di faskes tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes sekunder dan faskes primer.



Gambar 1. Alur Rujukan Berjenjang

Dalam penelitian ini mendapatkan bahwa alur rujukan Kabupaten Karimun adalah mengikuti alur rujukan piramid (berjenjang) dan ada juga yang tidak mengikuti alur rujukan piramid, untuk yang non piramid biasanya terjadi kepada pasien yang mampu, mereka langsung melakukan rujukan ke luar provinsi. Alur rujukan mengikuti SOP yang diterapkan pemerintah dan dilaksanakan setiap Puskesmas bagi masyarakat terutama masyarakat miskin. Alur rujukan harus mengikuti kebijakan yang telah di laksanakan. Alur rujukan untuk masyarakat miskin di dalam kebijakan tersebut ditetapkan mengikuti alur rujukan berjenjang, Alur rujukan selama ini sudah berjalan dengan baik, pada hakikatnya untuk masyarakat miskin tetap harus mengikuti prosedur/ SOP rujukan yang telah dibuat agar ditanggung pemerintah.

3. Transportasi Rujukan

Permasalahan pelayanan kesehatan di daerah terpencil dapat diatasi dengan adanya pelayanan kesehatan yang terintegrasi yaitu kombinasi antara seluruh kegiatan pelayanan kesehatan terhadap pasien dengan kepastian koordinasi dan hubungan antar individual di dalamnya. Seperti yang sudah disebutkan sebelumnya bahwa keberadaan sarana transportasi dalam proses rujukan adalah hal yang sangat penting. Fasilitas transportasi yang baik pada pelaksanaan rujukan adalah alat transportasi yang sesuai dengan keadaan geografis daerah tersebut

Penelitian ini menemukan bahwa sehubungan dengan keterbatasan sarana transportasi rujukan (Ambulans laut) di wilayah Kabupaten Karimun, selanjutnya sarana transportasi yang digunakan untuk proses rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit Daerah masih banyak menggunakan sarana transportasi umum seperti pompong/ boat pancung dan speedboat. Dalam konteks keterbatasan transportasi dari pemerintah berupa ambulans laut maka di tingkat kecamatan, penggunaan pompong/ boat pancung dan *speedboat* sebagai alat transportasi rujukan menjadi sangat relevan dan penting meskipun belum sepenuhnya memberikan kenyamanan dan kelancaran. maka penggunaan transportasi umum yang ada di masyarakat menjadi alternatif yang dipilih.



Gambar 2. Ambulans Laut Desa Tanjung Kilang Durai

Gambar diatas salah satu boat pancung dari desa Tanjung Kilang durai yang digunakan rujukan ke rumah sakit dalam waktu tempuh 4-5 jam, pengadaan kapal tersebut dari dana desa Tanjung Kilang untuk warganya yang ingin rujukan ke rumah sakit. Satu sisi, sarana transportasi umum ini memang kurang nyaman dan kondisinya kurang memenuhi syarat untuk proses rujukan tapi di sisi lain, keberadaan sarana transportasi tersebut sangat membantu memenuhi kebutuhan rujukan pasien dan kelancaran rujukan antar pulau.

4. Layanan Pendamping

Bagi kasus rujukan pasien dengan penyakit tertentu maka biasanya Perawat akan mendampingi/mengantar. Akan tetapi, jika pasien dengan masalah kebidanan atau melahirkan maka bidan lah yang akan mendampingi selama proses rujukan. Dalam hal pelaksanaan rujukan yang harus adanya Perawat/Bidan pendamping/pengantar rujukan masih ditemukan masalah atau kendala, dimana kebijakan yang sudah ada hanya mengatur pembiayaan untuk transportasi saja, namun belum mengakomodir pembiayaan untuk akomodasi dan uang harian. Dalam pelaksanaannya sehubungan dengan jarak antar pulau dan waktu kegiatan rujukan dilaksanakan, Perawat/Bidan perujuk tidak langsung bisa kembali pulang ke daerahnya dan diharuskan menginap di tempat rujukan, secara otomatis membutuhkan biaya tambahan dan operasional selama di tempat tersebut. Masalah kesehatan rujukan dapat terjadi setiap saat. Berkaitan dengan layanan pendampingan dalam proses rujukan maka Pemerintah Daerah Kabupaten Karimun perlu mempertimbangkan kembali terhadap pembiayaan kebutuhan Perawat/Bidan pendamping tersebut.

5. Sumber Daya Manusia Dalam Sistem Rujukan

Sumber daya manusia sangat dibutuhkan didalam kesehatan, sumber daya manusia merupakan komponen utama didalam keberhasilan disaat menolong pasien yang dirujuk. Penelitian ini menemukan bahwa masih terdapat kekurangan dokter spesialis di tingkat puskesmas bahkan rumah sakit. Sebagian besar puskesmas yang ada di Indonesia terutama di daerah terpencil tidak memiliki tenaga dokter spesialis.

Kecamatan Subdistrict	Dokter Doctor	Perawat Nurse	Bidan Midwife	Farmasi Pharma- ceutical	Ahli Gizi Nutritionist
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Moro	6	8	25	1	-
Durai	2	8	6	-	-
Kundur	6	50	34	3	1
Kundur Utara	5	17	14	2	1
Kundur Barat	6	20	19	4	2
Ungar	2	4	10	-	1
Belat	4	8	16	2	-
Karimun	12	32	35	4	2
Buru	3	5	14	1	-
Meral	6	14	26	1	1
Tebing	6	7	20	1	1
Meral Barat	4	3	16	-	1
Karimun	62	176	235	19	10

Gambar 3. Jumlah Tenaga Kesehatan Menurut Kecamatan Di Kabupaten Karimun Tahun 2019

Melihat gambar diatas, Penelitian ini juga menemukan bahwa di puskesmas yang ada di Kecamatan, belum tersedia dokter spesialis yang cukup dan menetap. Pengaturan mekanisme praktik dokter spesialis di rumah sakit juga belum mampu memenuhi kebutuhan masyarakat. Tentu dengan kesiapan SDM rujukan ini bisa mendongkrak pelayanan di fasilitas rumah sakit semakin meningkat setiap tahunnya kepada masyarakatnya terutama masyarakat miskin.

6. Jaringan Dalam Sistem Rujukan

Pada proses rujukan, salah satu cara untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi adalah membangun jaringan yang kuat antar institusi pelayanan kesehatan seperti Puskesmas dan Rumah Sakit. Jaringan ini penting untuk menjamin kecepatan dan ketepatan penanganan terhadap pasien yang secara langsung mempengaruhi mutu layanan kesehatan. Pada konteks pembentukan jaringan kerja dalam proses rujukan, maka aspek komunikasi antar institusi menjadi sangat penting. Kegagalan sistem rujukan formal disebabkan karena dua hal yakni kurangnya komunikasi informasi dan kurangnya pemanfaatan layanan Ambulans. Untuk mengatasinya maka perlu ada pengorganisasian masing-masing komponen yang ada di setiap fasilitas kesehatan untuk memobilisasi sumber daya yang ada dan bekerja sama dalam suatu sistem yang terintegrasi. Peran dinas kesehatan dalam penyelenggaraan layanan rujukan perlu ditingkatkan dalam konteks jaringan antar institusi kesehatan. Pengembangan konsep jaringan ini ditujukan untuk meningkatkan mutu layanan rujukan. Salah satu contoh kecil dalam proses jaringan ini adalah komunikasi antara Puskesmas terutama mengenai keadaan pasien, proses rujukan dan pembiayaan serta kesiapan Rumah Sakit dalam transport dan penerimaan rujukan.

Dalam penelitian ini menemukan bahwa jaringan yang dilakukan oleh Puskesmas dan Rumah Sakit sudah lumayan baik, pihak rumah sakit tidak memberatkan masyarakat, tidak menyuruh mereka mereka bolak-balik untuk mengurus administrasi rujukan yang tidak lengkap, tetapi pihak Rumah Sakit yang akan saling komunikasi dengan Puskesmas untuk persyaratan rujukan yang kurang, mereka mempunyai grup whatsapp internal mereka untuk berkomunikasi membahas tentang perihal administrasi rujukan yang kurang. Adanya jaringan ini juga akan mendorong terjadinya efisiensi layanan. Tetapi tetap harus ditingkatkan lagi jaringan ini sesuai standart yang telah dikeluarkan sistem rujukan nasional ke seluruh pelayanan kesehatan, memperkecil celah-celah kesalahan baik itu dari Puskesmas dan Rumah Sakit maupun pasien sendiri. Agar tingkatan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Karimun semakin baik lagi.

7. Pembiayaan Sistem Rujukan

Pada penelitian ini pada dasarnya kebijakan pembiayaan yang dilakukan dalam sistem rujukan pasien dari Puskesmas ke RSUD kabupaten Karimun dititik beratkan kepada masyarakat atau pasien, namun untuk pasien yang terdaftar di PBI Jamkesda Karimun atau JKN biaya perjalanan akan digantikan dengan bukti perjalanan. Ketersediaan biaya bagi pasien untuk pelaksanaan rujukan ke tingkat Rumah Sakit merupakan faktor yang menentukan bagi masyarakat di setiap kecamatan secara umum, kondisi ini bertolak belakang dengan kondisi pendapatan masyarakat yang pendapatan hanya rata-rata kebawah. Untuk masalah pembiayaan jika pasiennya dirujuk ke FKTP lanjutan luar Provinsi (Jawa/Sumatera) maka segala pembiayaan ditanggung Daerah mulai dari transportasi pasien rujukan, keluarga pendamping dan satu orang perawat pendamping. Keluarga pendamping disini ialah satu orang keluarga pendamping pasien dewasa atau dua orang keluarga pendamping bagi pasien anak-anak sekurang-kurangnya umutnya 12 tahun, kemudian makan minum sebesar Rp. 50.000/orang dan sewa kamar khusus jawa maksimal sebesar Rp. 2.000.000/bulan dan wilayah Sumatera maksimal sebesar Rp. 1.500.000/bulan, ini semua

akan ditanggung Pemerintah Daerah, apabila rujukan masih seputaran Kecamatan dan Kabupaten/Kota (Batam dan Tanjungpinang), hanya biaya transportasi saja yang ditanggung. Biaya transportasi rujukan yang ditanggung adalah biaya tiket kapal laut/udara (PP), boarding pass dan asuransi, airport tax, biaya taksi/transportasi darat pasien yang dirujuk keluar Kabupaten pada saat dirujuk dan taksi/transportasi pada saat akan kembali ke Kabupaten Karimun. Biaya transportasi yang ditanggung adalah biaya berdasarkan pengeluaran real (*actual cost*) disertai bukti, untuk biaya ambulan Puskesmas atau Rumah Sakit tidak ditanggung oleh Pemerintah Daerah karena Ambulans termasuk pelayanan yang ditanggung program JKN. Hal ini mengantisipasi atas kebijakan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, pada pasal 5 ayat 3 berbunyi “penggunaan Ambulans untuk mengantarkan pasien dari fasilitas kesehatan perujuk ke fasilitas kesehatan penerima rujukan sampai ambulan kembali ke tempat perujuk” yang artinya BPJS hanya menanggung biaya transportasi wajib Ambulans darat dan laut, tidak menanggung biaya kapal umum. Dengan kebijakan seperti ini tentu sangat membebankan masyarakat miskin untuk biaya transportasi, sedangkan Kabupaten Karimun tidak mempunyai Transportasi Ambulans laut.

Tetapi pada saat proses penggantian biaya rujukan yang dilakukan oleh masyarakat miskin memakan waktu yang cukup lama, sehingga masyarakat miskin tetap harus memakai uang pribadi terlebih dahulu untuk membiayai fasilitas rujukannya. Secara umum, pemerintah kabupaten menjalankan misi sosial yakni membebaskan biaya pelayanan kesehatan untuk masyarakat terutama untuk masyarakat miskin, sangat terbantunya mereka adanya kebijakan ini, tetapi tetap mereka harus melengkapi persyaratan semua untuk bisa di biayai oleh pemerintah, jika terdapat kekurangan pihak pemerintah tidak bisa membantu pembiayaan rujukan yang dilakukan masyarakat miskin. Pemerintah Daerah Kabupaten Karimun segera melakukan perbaikan terhadap proses pembiayaan pengklaiman menjadi lebih cepat pencairannya sehingga masyarakat miskin tidak diberatkannya dengan memakai uang pribadi mereka dalam melakukan rujukan.

C. Evaluasi Tahap Pasca Pelaksanaan (*Ex-Post*)

Dalam hal ini konsep pada tahap pelaksanaan, yang membedakannya terletak pada objek yang dinilai dengan yang dianalisa, dimana tingkat kemajuan pelaksanaan dibanding rencana tetapi hasil pelaksanaan dibanding dengan rencana yakni apakah dampak yang dihasilkan oleh pelaksanaan kegiatan tersebut sesuai dengan tujuan yang akan atau ingin dicapai.

1. Dampak

Sebagus apapun suatu kebijakan sistem yang dijalankan, tentu tidak serta merta dapat dinyatakan bahwa sistem tersebut sempurna. Akan muncul dampak dari yang dijalankan oleh kebijakan tersebut, Hal yang sama juga terjadi dalam pelaksanaan sistem rujukan kesehatan masyarakat miskin yang ada di Kabupaten Karimun. Faktor yang mempengaruhi akses masyarakat ke rumah sakit adalah faktor geografis. Dalam arti fisik, kendala geografis di darat berhubungan erat dengan kondisi jalan, kendala geografis di laut ketersediaan transportasi laut dan pengaruh musim atau cuaca. Semakin jauh jarak secara geografis, maka pengorbanan biaya dan waktu menjadi semakin besar.

Dalam penelitian ini mendapatkan beberapa dampak yang ditimbulkan dari pelaksanaan kebijakan tersebut adalah

- a) Kebijakan sudah mengatur secara rinci tentang sistem rujukan kesehatan masyarakat miskin namun dalam pelaksanaannya tidak diimbangi dengan ketersediaan sarana transportasi rujukan laut (Ambulan laut). Sehingga setiap ada kasus, masyarakat lebih memilih sarana rujukan menggunakan kapal reguler dan kapal carter/sewa milik rakyat

(pompong, *speedboat* dan boat pancung) dan berdampak pada waktu rujukan menjadi sangat lama di perjalanan.

- b) Dalam kebijakan tersebut sudah mengatur tentang pembiayaan rujukan kesehatan (biaya sarana transportasi) namun dalam pelaksanaannya di masyarakat dana transportasi tersebut tidak langsung tersedia pada saat akan digunakan, sehingga menjadi masalah bagi masyarakat miskin untuk menalangi dahulu biaya transportasi pada saat akan berangkat, begitu juga untuk penggantian biaya tersebut harus melalui proses dan waktu yang lama.
- c) Kemudian karena tidak adanya kebijakan yang membahas tentang administrasi pembiayaan Perawat pendamping selain biaya transportasi, mempengaruhi motivasi Perawat pendamping untuk melaksanakan rujukan tersebut.

2. Hasil

Suatu kebijakan tidak semestinya hanya mempunyai dampak saja selama dilaksanakan, kebijakan juga mempunyai keberhasilan yang telah dicapai sesuai tujuan kebijakan yang diharapkan pada saat perencanaan kebijakan tersebut.

Dalam penelitian ini menemukan hasil pencapaian selama sudah di laksanakan kebijakan tersebut

- a) Bahwa beberapa tujuan dari kebijakan tersebut sesuai yang diharapkan pada saat perencanaan, dengan dilaksanakannya kebijakan tersebut terhadap masyarakat miskin, masyarakat miskin yang terdaftar ke dalam PBI Jamkesda Karimun sangat terbantu dengan biaya yang ditanggung oleh Pemerintah Daerah baik itu rujukan dalam Kabupaten maupun rujukan Keluar Provinsi Kepulauan Riau sesuai diatur dengan kebijakan tersebut.
- b) Dilingkup institusi pemberi pelayanan kepada rujukan masyarakat miskin baik ditingkat FKTP maupun di FKTL kebijakan ini sudah membantu mengatur mekanisme, prosedur, petunjuk pelaksanaan kepada arah pelaksanaan sistem rujukan kesehatan masyarakat miskin antar pulau yang lebih baik.
- c) Pemberlakuan kebijakan tersebut sudah menunjukkan hasil dirasakan selama ini oleh Pemerintah Daerah Karimun dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan dan kesehatan masyarakat miskin di Kabupaten Karimun.

3. Keluaran

Dalam melihat dampak dan hasil yang ada, Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun benar-benar penting dalam mengevaluasi kebijakan, karena masih terdapatnya kekurangan dalam kebijakan tersebut yang harus diperbaiki dengan solusi yang benar. Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun perlu memberikan solusi agar dampak yang dihasilkan bisa diperbaiki secepatnya, dengan adanya dampak dari kebijakan seperti, kurangnya ketersediaan Ambulans laut di Kabupaten Karimun, tidak tersedianya dana transportasi, harus melalui proses waktu yang lama untuk penggantian biaya masyarakat miskin sehingga masyarakat miskin harus meminjam/memakai uangnya dulu untuk biaya transportasi rujukan, tidak tersedianya kebijakan yang membahas pembiayaan Perawat pendamping selain transportasi sehingga mempengaruhi motivasi Perawat pendamping dalam melaksanakan rujukan. Begitu juga pencapaian hasil yang didapat dari berjalannya kebijakan tersebut sudah cukup bagus, masyarakat miskin PBI Jamkesda sangat terbantu dengan adanya bantuan dari Pemerintah Daerah Kabupaten Karimun, dilingkup institusi pemberi pelayanan kepada rujukan masyarakat miskin baik ditingkat FKTP maupun di FKTL kebijakan ini sudah membantu mengatur mekanisme, prosedur, petunjuk pelaksanaan kepada arah pelaksanaan sistem rujukan kesehatan masyarakat miskin antar pulau yang lebih baik. Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun harus mencari solusi yang tepat untuk memperbaiki dampak yang

timbul dan membuat strategi jangka panjang sehingga pelayanan rujukan Kabupaten Karimun menjadi lebih baik kedepannya.

IV. Kesimpulan

Adapun kesimpulan yang dapat diambil dari hasil penelitian ini, pelaksanaan rujukan kesehatan masyarakat miskin di Kabupaten Karimun selama ini telah berjalan dengan baik dan sudah mengatur semua hal-hal tentang rujukan kesehatan masyarakat miskin namun peneliti menilai masih ada hal-hal yang belum terakomodir dalam kebijakan ini sehingga didalam pelaksanaannya masih ditemukan kendala-kendala ataupun permasalahan yang ditemukan. Beberapa hal yang menjadi dasar dari kesimpulan ini dapat dijabarkan sebagai berikut :

- a. Pada saat perencanaan kebijakan sudah cukup bagus, Dinas Kesehatan memikirkan kebutuhan-kebutuhan yang diperlukan masyarakat terutama masyarakat miskin pada saat melakukan rujukan kesehatan dengan melihat kondisi ekonomi mereka yang mungkin saja tidak mampu mendapatkan pelayanan kesehatan, Dinas Kesehatan menentukan sasaran kebijakan yang akan dilaksanakan yaitu masyarakat miskin dan tujuan kebijakan adalah pemberian jaminan pembiayaan kesehatan kepada masyarakat Daerah melalui APBD dan dana lainnya yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat Daerah dan meningkatnya pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Daerah. Sehingga Dinas Kesehatan membuat program bantuan untuk masyarakat miskin berupa memberikan bantuan transportasi pasien rujukan, keluarga pendamping pasien dan satu orang pendamping, bantuan biaya makan dan minum pasien rujukan, bantuan biaya pemondokan/sewa kamar selama proses rujukan dan bantuan biaya pemulasaran, transportasi dan hal-hal lain yang diperlukan untuk proses pengiriman jenazah.
- b. Pada saat pelaksanaan, kebijakan yang dilaksanakan sudah cukup bagus melihat dari kepersertaan, yang mendapat bantuan ini adalah masyarakat miskin yang sudah memenuhi persyaratan yang telah ditentukan Dinas Kesehatan, alur rujukan kesehatan Kabupaten Karimun untuk kebijakan ini adalah sistem rujukan berjenjang, transportasi rujukan yang digunakan adalah kapal penumpang/*speedboat* atau carter kapal/boat pancung, setiap rujukan yang terjadi di dampingi dengan Perawat pendamping, sumber daya manusia kesehatan yang ada masih memiliki keterbatasan seperti terbatasnya dokter spesialis, hubungan komunikasi sudah sangat baik dengan menggunakan grup whatsapp sja mereka komunikasi tentang kekurangan tanpa menyuruh pasien untuk bolak-balik mengurus administrasi yang kurang, dan bantuan pembiayaan sangat membantu untuk masyarakat miskin, harus memenuhi syarat terlebih dahulu, namun masa pengklaiman membutuhkan waktu yang lama untuk pencairan.
- c. Pada saat pasca pelaksanaan kebijakan timbul beberapa dampak. Seperti transportasi rujukan yang mereka gunakan tidak nyaman dan tidak lancar, transportasi tersebut adalah kapal penumpang/*speedboat* dan kapal carter/boat pancung, ini disebabkan karena tidak adanya Ambulan laut standar nasional di Kabupaten Karimun, klaim biaya rujukan kesehatan dengan waktu yang lama, sehingga masyarakat miskin harus mencari/memakai uang mereka dahulu, pengaruhnya motivasi Perawat pendamping rujukan karena tidak adanya regulasi tentang Perawat rujukan selain membahas tentang biaya transportasi, namun kebijakan tersebut juga memiliki pencapaian hasil berupa dengan dilaksanakannya kebijakan tersebut terhadap masyarakat miskin, masyarakat miskin yang terdaftar ke dalam PBI Jamkesda Karimun sangat terbantu dengan biaya yang ditanggung oleh Pemerintah Daerah baik itu rujukan dalam Kabupaten maupun rujukan Keluar Provinsi Kepulauan Riau sesuai diatur dengan kebijakan tersebut, sudah membantu mengatur mekanisme, prosedur, petunjuk pelaksanaan kepada arah pelaksanaan sistem rujukan

kesehatan masyarakat miskin antar pulau yang lebih baik dan sudah menunjukkan hasil dirasakan selama ini oleh Pemerintah Daerah Karimun dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan dan kesehatan masyarakat miskin di Kabupaten Karimun.

V. Daftar Pustaka

BUKU :

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2015). *Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang*. Humas BPJS Kesehatan, 1–16.

Choiriyati, N. (2020). *Kabupaten Karimun dalam Angka 2020*. Badan Pusat Statistik Kabupaten Karimun.

Nugroho, R. (2008). *Kebijakan Publik Formulasi, Implementasi, Dan Evaluasi*. Jakarta: PT Gramedia.

Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2012). *Pedoman Sistem Rujukan Nasional*, Jakarta.

Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: PT Alfabet.

JURNAL :

Afiyani, D. N., Dwimawati, E., & Pujiati, S. (2020). *Evaluasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Di Puskesmas Bogor Utara Kota Bogor Provinsi Jawa Barat Tahun 2019 Pendahuluan*. 3(1).

Faulina, CA, Khoiri, A, Herawati, YK. (2016). *Kajian Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di UPT*. Pelayanan Kesehatan Universitas Jember. Jurnal IKESMA Volume 12 Nomor 2.

Luti, I., Hasanbasri, M., & Lazuardi, L. (2012). *Kebijakan Pemerintah Daerah Dalam Meningkatkan Sistem Rujukan Kesehatan Daerah Kepulauan Di Kabupaten Lingga Provinsi Kepulauan Riau*. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, 01(01), 24–35.

Setiawati, M. E., & Nurriszka, R. H. (2019). *Evaluasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI, 8(1), 35–40.

PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN :

BPJS Kesehatan Kabupaten Karimun. (2018). *Peraturan BPJS Kesehatan No 1 Tahun 2018 Tentang Penilaian Kegawatdaruratan dan Prosedur Pengganti Biaya Pelayanan Gawat Darurat*.

Bupati Karimun. (2019). *Peraturan Bupati Karimun No19 tentang Penyelenggaraan PBI JKN*.

Kemenkes RI, 2012. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 01 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan*. Jakarta: Kemenkes RI.

VI. Ucapan Terimakasih

Terimakasih untuk keluarga, serta dosen pembimbing utama ibu Dr. Fitri Kurnianingsih. S.Sos., M.Si dan dosen pembimbing kedua bapak Dr. Rudi Subiyakto, S.Sos., M.A. yang sudah membimbing dan membantu penulis dalam menyelesaikan tugas akhir dan teman-teman seperjuangan yang sudah sudi membantu dalam proses ini, serta ribuan terimakasih penulis hanturkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun, Puskesmas Durai, Buru, Moro, Belat dan Ungar, RSUD H.M. Sani dan RSBT Karimun yang sudah berkontribusi serta ikut membantu melancarkan penulisan artikel ini.