

Peningkatan Mutu Tata Laksana Hipertensi Melalui Re-Distribusi Peserta, Tenaga Medis, Sarana dan Prasarana di Layanan Primer di Nusa Tenggara Barat (NTB)

Eva Tirtabayu Hasri S.Kep.,MPH

Sasaran Pembaca

Puskesmas NTB
BPJS Kesehatan Cabang NTB
Dinas Kesehatan di NTB

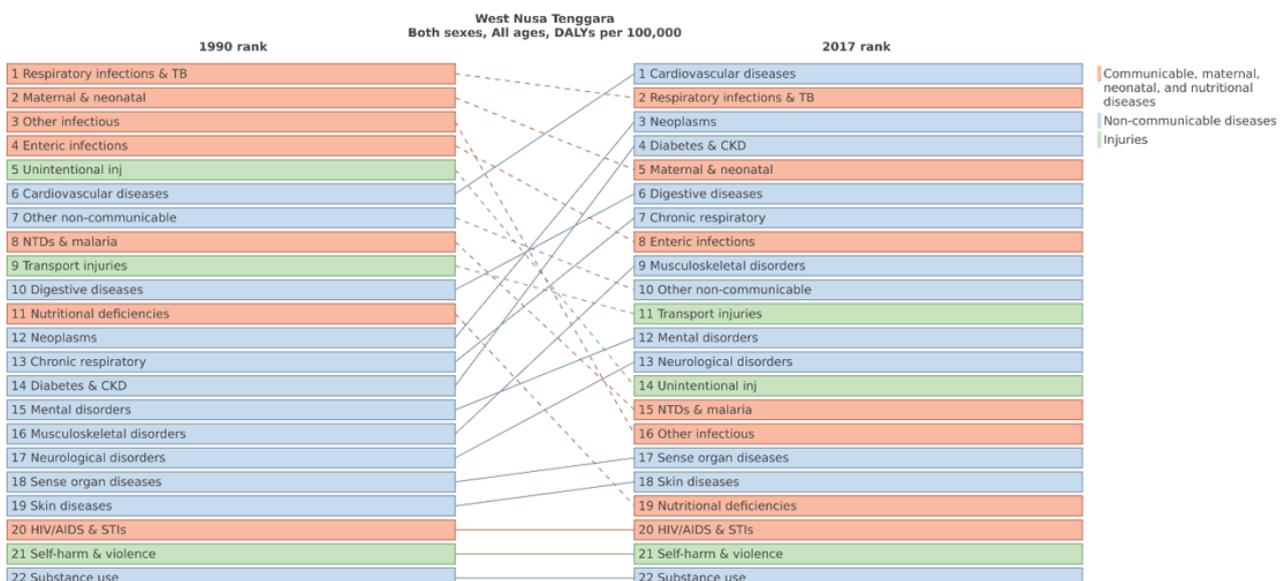
Ringkasan Eksekutif

Kapitasi merupakan salah satu tools untuk efisiensi dan peningkatan akses, namun belum tentu meningkatkan mutu. Jumlah pasien yang banyak kontak dengan layanan primer dapat menurunkan mutu pelayanan yang diberikan oleh tenaga medis, sehingga perlu dilakukan redistribusi peserta JKN, distribusi tenaga medis ataupun klinis, sarana dan prasarana.

Masalah Kebijakan

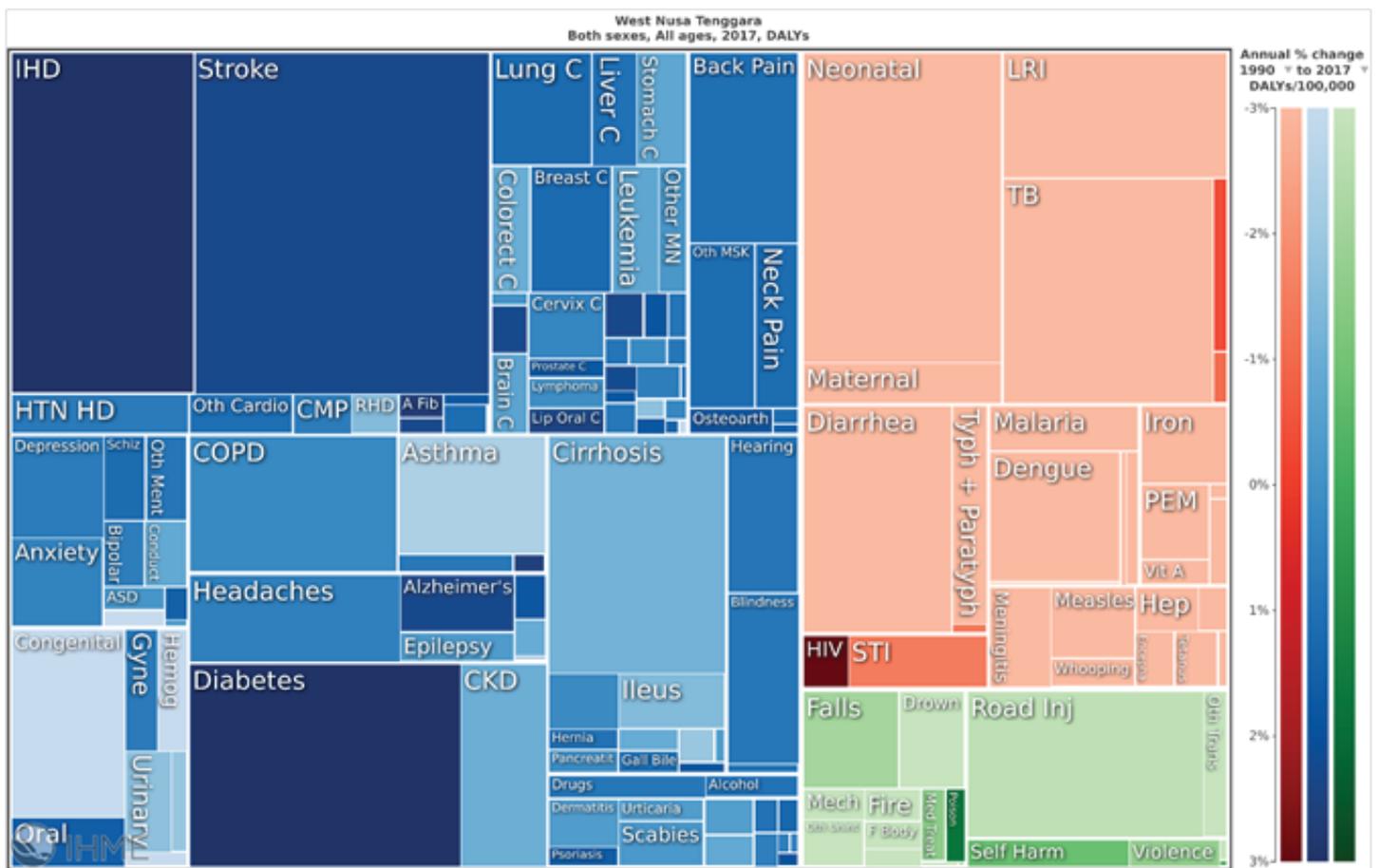
Nusa Tenggara Barat memiliki angka kematian terbanyak karena penyakit kardiovaskular (IHME, 2017) yaitu Stroke (Lihat gambar 1 dan 2). Salah satu penyebabnya Hipertensi. Hipertensi memiliki kode yang banyak dalam ICD X, salah satu Hipertensi yang harus tuntas dilayani di FKTP adalah Hipertensi esensial dengan kode I10. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia (selanjutnya disebut SKDI tahun 2012) dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama menyebutkan bahwa Hipertensi esensial harus dikuasai penuh oleh para lulusan dokter dan tuntas diselesaikan di Puskesmas.

Saat ini upaya peningkatan mutu pelayanan di layanan primer dilakukan melalui upaya penerapan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK). Kapitasi dapat menyebabkan kurangnya kunjungan/kontak, minim kunjungan spesialis, diagnostik, dan pelayanan kuratif namun tinggi rujukan dan persepan berulang (Gosden et al.,2004). Hasil penelitian lainnya menunjukkan bahwa kapitasi kurang berdampak pada peningkatan mutu dan akses, disebabkan karena pembayaran kapitasi yang terbatas sehingga hanya memperhitungkan pelayanan yang diberikan oleh klinisi namun tidak memperhitungkan mutu layanannya (Zukevas, 2004).



Gambar 1. Rangkings Penyakit di NTB

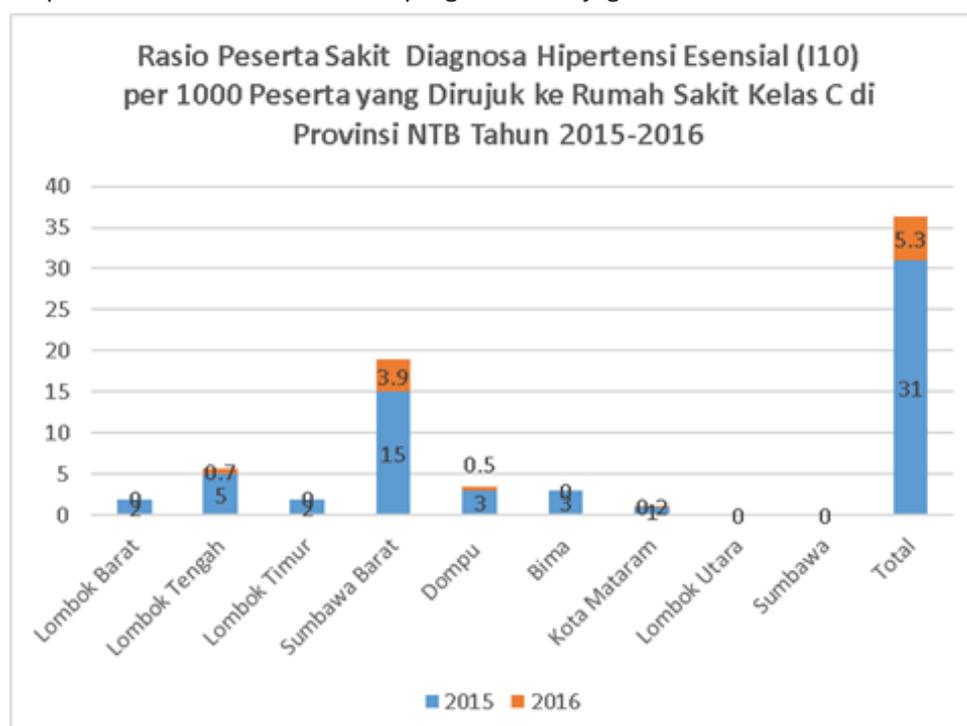
Sumber: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>



Gambar 2. Stroke Penyebab Kematian Terbanyak di NTB
Sumber: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>

Hasil Penelitian

Hasil penelitian bahwa hipertensi esensial masih dirujuk dari layanan tingkat primer ke fasilitas rujukan tingkat lanjut, namun mengalami tren penurunan. Hasil analisa rasio peserta sakit diagnosa hipertensi esensial yang dirujuk ke rumah sakit di provinsi NTB tahun 2015 ke tahun 2016 mengalami penurunan. Kasus terbanyak selama tahun 2015 dan 2016 di Sumbawa Barat, walaupun terbanyak tapi kasusnya mengalami penurunan pada tahun 2016. Berbeda halnya dengan kabupaten lombok barat (2016), lombok timur (2015 & 2016), bima (2016), lombok utara (2015 & 2016) dan sumbawa (2015 & 2016) tidak ada karena tidak ada rujukan atau karena jumlahnya sangat kecil mengingat sampel hanya 1%. Trend penurunan ini tidak dapat memastikan bahwa mutu yang diberikan juga baik.



Sumber: BPJS Kesehatan dalam DaSK, 2020

Akibat Jika Tidak Ada Perbaikan

1. Ternyata jumlah peserta yang banyak dapat menurunkan kualitas pelayanan yang diberikan oleh dokter, sedangkan pada Puskesmas kapitasi kecil kualitas pemeriksaan dokter terjaga karena kuantitas yang sedikit. Kondisi ini memerlukan redistribusi peserta JKN.
Standar ideal WHO menyatakan bahwa standar 1 orang dokter untuk melayani 2500 penduduk. Sedangkan di Indonesia ditetapkan rasio ideal 1:5.000. Data BPJS Kesehatan (2017) bahwa di tingkat nasional jumlah dokter dan peserta JKN-KIS perbandingannya sebesar 1:4.747, namun demikian ini tidak merata untuk setiap jenis FKTP. Puskesmas (PKM) rasionya rata-rata masih sebesar 1:7.180. Dokter Praktek Pribadi (DPP) rasionya 1:1.905, dan untuk Klinik pratama rasionya 1:2.017.
2. Manajemen tata laksana hipertensi yang tidak bermutu di Puskesmas dipengaruhi oleh kurangnya sumber daya dan fasilitas. Selain itu juga disebabkan oleh kurangnya deteksi, kurangnya rujukan ke fasyankes, kurangnya perawatan yang sesuai standar, kurangnya perawatan jangka panjang, kurangnya informasi terbaru tentang cara mengelola pasien hipertensi dengan benar di antara dokter. Hal ini berdampak pada morbiditas dan mortalitas serta tingginya biaya perawatan. Untuk itu perlu meningkatkan kualitas perawatan pasien hipertensi.

Rekomendasi

Peningkatan kualitas tata laksana hipertensi dilakukan dengan cara:

1. BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan dan Layanan Primer melakukan Re-Distribusi peserta JKN di layanan primer yang ada di satu wilayah.
2. Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan melakukan Re-Distribusi tenaga medis .
3. Pemerintah daerah, Dinas Kesehatan, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan melakukan Distribusi sarana dan prasanana layanan kesehatan ke semua layanan primer.
4. Dinas Kesehatan dan Layanan Primer melakukan Peningkatan pengetahuan dokter Puskesmas tentang manajemen penyakit kronis.
5. Organisasi Profesi, Dinas Kesehatan dan Kementerian Kesehatan memperbarui pedoman nasional dan memberikan akses pedoman kepada dokter.
6. Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan meningkatkan kualitas sistem manajemen data Hipertensi.
7. Dinas Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan meningkatkan program skrining Hipertensi.

Daftar Pustaka

- Al-Sharif AI, Al-Khaldi YM. Resource availability for care of hypertensives at primary health settings in Southwestern Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2003; 24 (5): 466-71.
- DaSK PKMK FKK-MK UGM. (2020). Data Sampel BPJS Kesehatan Tahun 2015 dan 2016. BPJS Kesehatan. Diakses <https://kebijakankesehatan-indonesia.net/datakesehatan/file/peta-penyakit-layanan-rujukan.html>.
- Hasan, AG & Adisasmito, WBB. (2017). Analisis Kebijakan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN Pada FKTP Puskesmas Di Kabupaten Bogor Tahun 2016. Yogyakarta: Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia Volume 06 No. 03 September.
- Kalantan KA, Mohamed AG, Al-Taweel AA, Ab-dulghani HM. Hypertension among attendants of primary health care centers in Al-Qassim region, Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2001; 22(11): 960-3.
- Salama, N & Ilyas, Y. (2016). Efektivitas Puskesmas Duren Sawit sebagai Gatekeeper dalam Penanganan Pasien Hipertensi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2016. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Tuwijri, AAA & Al-Rukban, MO. (2006). Hypertension control and co-morbidities in primary health care centers in Riyadh. *Ann Saudi Med* 26(4) July-August 2006 www.saudiannals.net.
- Zukevas SH and Hill SC, 2004, Does Capitation Matter? Impacts on Access, Use, and Quality, *Inquiry* 41: 316-335.