

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Informan pada penelitian ini adalah dokter umum PNS yang bekerja di FKTP di Puskesmas Daerah Istimewa Yogyakarta dan Jawa Tengah, yang telah mengikuti pelatihan Calon Pembimbing Lapangan DLP (CPL DLP) pada tanggal 25 September 2017 sampai dengan 30 November 2017 dan menjalani magang stase rumah sakit (RS) di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta pada tanggal 23 Oktober 2017 sampai dengan 3 November 2017. Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan *focus group discussion* (FGD) kepada 14 dokter umum yang bersedia mengikuti penelitian dari total 19 dokter umum yang menjalani magang stase rumah sakit Pelatihan CPL DLP di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

FGD dilaksanakan tepat setelah acara penutupan Pelatihan CPL DLP pada tanggal 30 November 2017 bertempat di ruang kuliah Gedung Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dan dipimpin oleh seorang pakar di bidang Ilmu Kedokteran Keluarga dan Ilmu Kedokteran Layanan Primer. FGD dilakukan selama kurang lebih 120 menit dengan membahas dua belas pertanyaan terbuka yang telah dipersiapkan dalam panduan FGD (lampiran 2) yang mencakup perspektif peserta Pelatihan CPL DLP yang menjalani magang stase RS

di RS PKU Muhammadiyah Gamping tentang *paradigm shifting* dan rujukan pasien.

1. Karakteristik Sosiodemografi Informan Penelitian

Karakteristik sosiodemografi dari 14 informan penelitian disajikan dalam Tabel 3. Sebagian besar informan berusia antara 31-40 tahun yaitu sebanyak 8 orang (57,1%). Mayoritas informan berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 12 orang (85,7%). Sebagian informan termasuk dalam klasifikasi lama praktik 6-10 tahun dan 11-15 tahun yaitu masing-masing sebanyak 6 informan (42,8%).

Tabel 3. Distribusi frekuensi karakteristik informan berdasarkan umur, jenis kelamin, dan lama praktik (N=19)

Karakteristik Informan	Jumlah	Persen
1. Usia		
31-40 tahun	8	57,1%
41-50 tahun	5	35,7%
51-60 tahun	1	7,2%
Jumlah	14	100 %
2. Jenis kelamin		
Laki-laki	2	14,3%
Perempuan	12	85,7%
Jumlah	14	100%
3. Lama Praktik		
6-10 tahun	6	42,8%
11-15 tahun	6	42,8%
16-20 tahun	1	7,2%
> 20 tahun	1	7,2%
Jumlah	14	100%

2. Hasil Analisis Tematik FGD

Pada saat FGD dilaksanakan, peneliti melakukan perekaman suara proses FGD dengan menggunakan *digital recorder*. Hasil dari

rekaman FGD kemudian ditranskrip secara *verbatim* (Lampiran 3). Peneliti membaca hasil transkrip FGD secara berulang-ulang dan seksama untuk menentukan kode-kode. Kemudian peneliti memilah kode yang berbeda dan menyusunnya ke dalam tema dan meninjau kembali tema yang telah dibuat serta menjelaskan hal pokok dan penting dari data yang telah ditemukan. Tema tersebut dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 4. Tema Hasil Penelitian

Persepsi informan tentang Pelatihan CPL DLP	Tema Pertama
	Manfaat :
	a. pendalaman pembelajaran
	b. membuka mata dan pikiran :
	1. pentingnya pelatihan
	2. Peningkatan mutu layanan primer
	3. menjadi dokter di layanan primer yang baik
	c. motivasi untuk <i>life long learning</i>
	d. Peningkatan peran dalam JKN (Praktek Interprofessional Collaboration)
	e. Peningkatan ketrampilan klinis untuk Penguatan layanan primer
	f. Peningkatan wawasan (<i>paradigm shifting</i>)
	g. Peningkatan citra dokter di layanan primer
	h. Harapan calon pembimbing lapangan DLP
	i. Perubahan mind set (dari kontra menjadi pro)
Persepsi informan tentang manfaat yang didapatkan setelah mengikuti Pelatihan CPL DLP	Tema Kedua
	Manfaat :
	1. Perubahan mind set (dari kontra menjadi pro)
	2. Peningkatan wawasan (<i>Paradigm shifting</i>)
	3. Strategi menjadi pembimbing lapangan DLP
	4. Peningkatan Komunikasi dokter-pasien
	5. Aplikasi Prinsip Kedokteran keluarga

Persepsi tentang magang stase RS di RS PKU Muhammadiyah Gamping dan manfaatnya	Tema Ketiga dan empat
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak semua Dokter spesialis menilai ulang rujukan dari PPK 1. 2. Tidak ada kolaborasi antara para dokter spesialis di berbagai poli spesialis (rujukan internal RS). 3. Pelayanan dokter spesialis terkotak-kotak. 4. Peningkatan wawasan tentang tindak lanjut rujukan dari PPK 1. 5. Peningkatan wawasan pengelolaan klinis penyakit 6. Penangan di semua RS terkotak-kotak 7. Suasana dan lingkungan yang Islami 8. Pelayanan kesehatan yang holistik (aspek spiritual yang kuat) 9. Penerimaan yang baik dari Manajemen, karyawan & dosen pembimbing 10. Pentingnya penguasaan yang luas tentang penyakit. 11. Para Dokter spesialis membuat rujukan balik ke PPK 1 12. Ada kolaborasi yang baik antara dokter di PPK 1 dengan dokter di RTL (RS PKU) 13. Harapan pengelolaan kasus yang tuntas di RS, sebelum rujukan balik 14. Pembahasan aspek komunitas dalam pengelolaan kasus di beberapa spesialisasi (Obsgyn-sos, Pediatri-sos, Psikiatri-sos) 15. komunikasi & hubungan dokter pasien yang baik 16. Pentingnya penguasaan klinis penyakit 17. Dokter Spesialis memberikan antibiotic tanpa indikasi 18. Pentingnya memiliki rasa percaya diri sebagai DLP 19. Pentingnya edukasi bagi pasien di layanan primer (DLP sebagai penasihat medis (pasien)). 20. Perlunya penguatan layanan primer 21. Aplikasi prinsip kedokteran keluarga
Persepsi informan tentang perbedaan keterampilan dan kompetensi sebelum dan sesudah Pelatihan CPL DLP	Tema Kelima
	<p>Perbedaan sebelum dan sesudah pelatihan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. peningkatan kemampuan melakukan Critical Appraisal 2. Peningkatan kemampuan mengakses EBM 3. peningkatan wawasan tentang integrasi

	<p>aspek komunitas dalam pengelolaan penyakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. peningkatan kemampuan pengelolaan kasus secara holistic komprehensif 5. Membuka mata dan pikiran 6. Perbaiki KIE yang diberikan kepada pasien, sesuai dengan kebutuhannya 7. Peningkatan kemampuan memberikan penjelasan tentang DLP 8. Peningkatan kesadaran perlunya mengupdate ilmu
Persepsi informan tentang penerapan hal-hal yang telah didapatkan dari Pelatihan CPL DLP	<p style="text-align: center;">Tema Keenam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan instrument penilaian keluarga dalam anamnesis keluarga dan kunjungan rumah 2. Penggolongan kasus untuk pengelolaan berdasarkan jenisnya (<i>Quick Care</i> dan penyakit kompleks)
Persepsi informan tentang pengaruh aplikasi <i>Paradigm shifting</i> terhadap pola rujukan	<p style="text-align: center;">Tema Kedelapan</p> <p style="text-align: center;">Harapan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. adanya penurunan jumlah rujukan ke RTL 2. harapan : Adanya komunikasi dan kolaborasi yang baik antara PPK 1 dengan PPK 2 dan atau PPK 3 (pemberiaan feedback , rujukan balik untuk PPK 1) 3. adanya evaluasi sistem rujukan yang komprehensif (BPJS, Dinkes) 4. Dokter Spesialis tidak mau memberikan rujukan balik terutama untuk pasien prolansis
Persepsi informan tentang <i>overdiagnosed referral & underdiagnosed referral</i> beserta implikasinya	<p style="text-align: center;">Tema kesembilan dan sepuluh</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tantangan penguatan layanan primer 2. Penilaian underdiagnosed dan overdiagnosed terkait Panduan Praktik Klinis di layanan primer dan keterbatasan SDM 3. Pola rujukan harus mengikuti aturan BPJS (TACC , P-Care & alasan diagnosis/ ICD-10) 4. Tantangan terbesar adalah rujukan APS (komplain langsung ke bupati) & diagnosa abu-abu 5. Penilaian kinerja dari BPJS ada reward dan punishment nya
Persepsi informan tentang	<p style="text-align: center;">Tema kesebelas</p>

penyebab pasien dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan: sarana-prasarana PPK 1 2. Kasus memenuhi kriteria rujukan 3. Pada saat merujuk pasien perlu diberikan edukasi yang adekuat (Perlu ditangani oleh dokter ahli)
Persepsi informan tentang proses idealnya merujuk pasien dan kriteria pasien ideal yang dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut	<p style="text-align: center;">Tema kedua belas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pola rujukan harus mengikuti aturan BPJS (TACC , P-Care & alasan diagnosis/ ICD-10) 2. BPJS belum memberikan informasi yang adekuat (tidak proaktif) tentang aturan pola rujukan kepada peserta BPJS (alur, hak dan kewajiban). 3. Peserta BPJS tidak mau mengikti aturan BPJS (mengakali sistem) 4. Dokter Spesialis tidak menerapkan aturan rujukan BPJS 5. Dokter spesialis tidak melakukan rujukan balik 6. Tantangan terbesar : rujukan pasien APS & diagnosa abu-abu

Tema pertama membahas tentang Pelatihan Calon Pembimbing Lapangan DLP secara general dan tema yang muncul adalah manfaat yang didapatkan melalui Pelatihan Calon Pembimbing Lapangan DLP, dimana tema tersebut merupakan tema kedua, sehingga tema pertama dan kedua dapat digabungkan menjadi satu yaitu membahas tentang manfaat yang didapatkan melalui Pelatihan Calon Pembimbing Lapangan DLP.

Hampir dari keseluruhan informan yang mengikuti pelatihan CPL DLP merupakan orang-orang yang tidak menyetujui adanya DLP dan sempat mengikuti demonstrasi penolakan DLP. Namun setelah mengikuti pelatihan, informan merasakan mendapatkan banyak manfaat dari adanya pelatihan CPL DLP dan mendukung sepenuhnya program DLP hingga

mengajak rekan-rekannya untuk mengikuti pelatihan CPL DLP. Beberapa manfaat yang didapatkan oleh informan telah tercantum pada tabel 4. dan yang paling utama yaitu informan mendapatkan peningkatan wawasan terutama tentang *paradigm shifting*, kesempatan pendalaman pembelajaran dan peningkatan ketrampilan untuk penguatan layanan primer.

Sedangkan tema pertanyaan ketiga dan keempat membahas tentang magang stase RS di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta dan manfaatnya. Berdasarkan tema, peneliti membagi persepsi informan kedalam tiga kelompok pembahasan, yaitu keunggulan dari pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Gamping, kelemahan dari pelayanan kesehatan di rumah sakit secara keseluruhan, dan manfaat yang didapatkan oleh informan dari magang stase rumah sakit di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Tema kelima membahas tentang perbedaan ketrampilan dan kompetensi sebelum dan sesudah Pelatihan CPL DLP. Menurut informan, terdapat perbedaan ketrampilan yang dirasakan informan sebelum dan sesudah Pelatihan CPL DLP, dan ketrampilan yang paling banyak disampaikan oleh seluruh informan yaitu dalam hal komunikasi dokter pasien. Sedangkan untuk perbedaan kompetensi sebelum dan sesudah

pelatihan akan didukung oleh hasil rekap nilai pre-post test dari peserta Pelatihan CPL DLP.

Tema keenam membahas tentang implementasi dari pelatihan CPL DLP. Dalam tabel 4 dapat dilihat bahwa informan menerapkan hasil dari Pelatihan CPL DLP khususnya pada penggunaan alat bantu anamnesis untuk menilai fungsi keluarga dan ketersediaan sumber daya dalam keluarga, serta pada proses *critical appraisal & EBM*.

Aplikasi *paradigm shifting* yang semula menjadi bahasan khusus pada pertanyaan ketujuh, selalu dibahas dalam setiap kali membahas tema-tema lainnya. Aplikasi *paradigm shifting* tidak disebutkan secara khusus oleh informan dalam FGD. Namun, jika diamati aplikasi *paradigm shifting* telah dibahas oleh informan pada setiap tema sebelumnya, terdapat tiga aplikasi yang *paradigm shifting* yang disebutkan oleh informan antara lain: *Disease oriented* menjadi *illness oriented*, *Organ-body centered* menjadi *Person centered care*, dan Sekedar penyuluhan atau edukasi singkat menjadi pemberdayaan pasien-keluarga-masyarakat.

Pengaruh *Paradigm shifting* terhadap pola rujukan menjadi tema ke delapan, dimana pada tema ini informan menyadari bahwa belum ada pengaruh dari aplikasi *paradigm shifting* secara langsung terhadap pola rujukan, namun partisipan berharap dengan adanya penerapan *paradigm*

shifting oleh informan maka diharapkan adanya penurunan angka rujukan dan permasalahan terhadap rujukan dapat terselesaikan.

Tema kesembilan dan kesepuluh yakni tentang rujukan *overdiagnosed* dan *underdiagnose*. Dapat dilihat dalam tabel 4. bahwa informan tidak dapat mengatakan bahwa mereka merujuk pasien dengan *overdiagnosed* ataupun *underdiagnos*. Informan hanya menyesuainya dengan *P-Care*, ICD-10 ataupun kriteria TACC dari BPJS.

Tema sebelas dan dua belas tentang idealnya merujuk pasien dan alasan merujuk pasien ke FRTL. Sesuai dengan tabel 4. informan menyatakan bahwa idealnya kriteria pasien dirujuk sesuai dengan Panduan Praktik Klinis, namun seperti yang telah dikemukakan pada tema sebelumnya bahwa informan hanya menyesuainya dengan *P-Care*, ICD-10 ataupun kriteria TACC dari BPJS. Selain itu, hal yang juga muncul sebagai tema dari bahasan terakhir yaitu tantang yang harus dihadapi oleh dokter yang bekerja di layanan primer antara lain rujukan atas permintaan pasien dan diagnosis abu-abu. Selain itu, terdapat permasalahan terkait rujukan yang harus diselesaikan oleh BPJS.

3. Hasil Skor *Pre-Test* dan *Post-Test* Peserta Pelatihan

Peserta diberikan lembar pertanyaan sebagai *pre-test* dan *post-test* untuk mengukur peningkatan pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan. Berdasarkan data di tabel 5 dari hasil *pre-test* didapatkan nilai

terendah yaitu 41 dan nilai tertinggi 55 dengan rata-rata 49,4 , dan hasil *post-test* didapatkan nilai terendah 56 dan nilai tertinggi 69 dengan nilai rata-rata 62,75. Yang berarti bahwa terjadi peningkatan skor sebanyak sekitar 13 poin. Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat peningkatan kompetensi dan pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan . Hal tersebut sesuai dnegan pernyataan informan dalam FGD dan lembar evaluasi yang menyatakan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan dan kompetensi sebelum dan sesudah pelatihan. Peningkatan skor pengetahuan sebelum dan sesudah menandakan bahwa terdapat kesesuaian antara pernyataan informan pada FGD tentang terdapat peningkatan pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan dengan hasil skor *pre-post test* pelatihan CPL DLP.

Tabel 5. Skor Pre-test dan Post-Test Peserta Pelatihan

No	Informan	Skor		No	Informan	Skor	
		Pre-Test	Post-Test			Pre-Test	Post-Test
1.	dr. RK	45	59	1.	dr. RK	45	59
2.	dr. F2	41	69	2.	dr. F2	41	69
3.	dr. RA	52	60	3.	dr. BNW	55	67
4.	dr. STW	45	56	4.	dr. AD	48	61
5.	dr. AD	48	61	5.	dr. STW	45	56
6.	dr. BNW	55	67	6.	dr. RA	52	60
7.	dr. NF	48	61	7.	dr. NS	57	67
8.	dr. NS	57	67	8.	dr. CK	47	65
9.	dr. CK	47	65	9.	dr. NF	48	61
10.	dr.K	53	69				
11.	dr. P	48	60				
12.	dr. H	51	59				
Mean		49,4	62,75	Mean		48,6	62,8

4. Hasil Analisis Lembar Evaluasi Peserta Pelatihan

Lembar evaluasi Peserta Pelatihan digunakan sebagai triangulasi pada penelitian ini. Lembar Evaluasi Peserta Pelatihan diisi oleh 19 informan dan terdiri dari enam pertanyaan yang meliputi penilaian secara umum terhadap pelaksanaan Pelatihan CPL DLP, manfaat yang didapatkan dari pelaksanaan stase RS di RS PKU Muhammadiyah Gamping, kekurangan dari pelaksanaan stase rumah sakit, ketrampilan ataupun kompetensi yang perlu ditambahkan pada pelatihan, spesialisasi bidang kedokteran yang diminati, dan komentar tentang Pelatihan CPL DLP.

Pada Tabel 5 dapat dilihat bahwa peserta pelatihan memberikan penilaian secara umum terhadap Pelatihan CPL DLP dengan rata-rata nilai yaitu 8,5 dari nilai maksimal 10. Angka tersebut dengan kata lain menunjukkan bahwa peserta Pelatihan CPL DLP merasa puas dengan Pelatihan CPL DLP dan mendapatkan manfaat dari Pelatihan CPL DLP.

Tabel 6. Penilaian secara umum terhadap pelaksanaan Pelatihan CPL DLP Stase RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta dalam skala 1-10

Informan	Jawaban
dr. RK	9
dr. F2	9
dr. RA	9
dr. ASF	8
dr. S	9
dr. F	8
dr. AD	9
dr. KS	8
dr. SR	8

dr. BNW	8
dr. NF	8
dr. NS	8,5
dr. CK	9
dr. E	9
dr. H	8
dr. DK	9
dr. K	8
dr. P	8
dr. LNY	9
Mean	8,5

Dalam lembar evaluasi peserta, peserta menyatakan bahwa manfaat yang didapatkan dari pelaksanaan stase rumah sakit di RS PKU Muhammadiyah Gamping yang paling dominan yaitu meningkatkan wawasan dan menambah ilmu informan tentang penyakit dan pengelolaannya, terutama penyakit yang seharusnya tidak dirujuk ke FRTL. Manfaat tersebut juga telah dikemukakan informan dalam FGD, yang telah tersaji pada sub-bab 4 nomor 5.

Selain itu, hal lain yang dinyatakan informan pada pelaksanaan stase rumah sakit di RS PKU Gamping yaitu RS PKU Gamping merupakan wahana yang baik bagi pembelajaran, penerimaan yang baik dari seluruh karyawan RS terhadap informan. Hal tersebut juga sesuai dengan pernyataan yang disampaikan informan pada FGD.

Tabel 7. Manfaat yang didapatkan dari pelaksanaan stase RS di RS PKU Muhammadiyah Gamping

Informan	Jawaban
dr. RK	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjadi sebuah sarana untuk melakukan kolaborasi / komunikasi dengan dokter spesialis 2. Mendapatkan feedback dari spesialis

	tentang diagnosis rujukan
	3. Mendapatkan standard minimal apa saja yang harus dikuasai oleh DLP
dr. F2	1. Mengetahui pola rujukan ke RS 2. Mengetahui manajemen di layanan primer pada pasien post pelayanan RS 3. Collaborative improvement
dr. RA	1. Kolaborasi dengan dokter spesialis 2. Mendapatkan ilmu dari dokter spesialis tentang penyakit yang harusnya tidak dirujuk dari FKTP 3. Mendapatkan feedback dari dokter spesialis tentang kasus yang sudah selesai di RS
dr. ASF	1. Memahami kasus kasus yang bisa untuk FKTP yang mana juga ranah rujukan. 2. Mengetahui ilmu praktis dari spesialis yang bisa diterapkan di FKTP 3. Bisa mempelajari penanganan pasien sesuai diagnostic holistik dan manajemen komprehensif
dr. STW	1. Penyambutan dari Pihak RS sangat baik 2. Semua kebutuhan peserta sudah disediakan oleh pihak RS 3. Pasien dan keluarga kooperatif, kemungkinan besar karena RS/ keluarga juga mendapat penanganan yang baik dari pihak RS
dr. F	1. Kesiapan RS sebagai wahana Latihan 2. Dukungan staff bagus 3. Penyelenggaraan bagus
dr. AD	1. Tatalaksana penyakit oleh spesialistik di RS 2. Menemukan kasus yang spesialistik namun bisa diselesaikan di FKTP 3. Dosen Bimbingan yang diberikan menjadi lebih baik untuk konsultasi pasien
dr. KS	1. Mendapat tambahan ilmu tentang cara penanganan praktis untuk kasus yang sering dijumpai di FKTP 2. Memperoleh ilmu tentang tatalaksana terkini/ terbaru untuk kasus kasus yang sering ditemukan di FKTP 3. Memahami penanganan pasien rujuk balik setelah pasien kembali ke FKTP

	secara holistik dan komprehensif
dr. SR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendapatkan gambaran bagaimana penanganan pasien di FKTL II 2. Mendapatkan ilmu yang update tentang penanganan penyakit yang selama ini kita rujuk dari Puskesmas
dr. BNW	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bisa intropeksi diri, kualitas rujukan (diagnosis yang kita tulis, tatalaksan di RS, berhubungan diagnosis, komunikasi dokter spesialis dan dokterpuskesmas / klinik) sangat perlu ditingkatkan 2. Dokter spesialis banyak melihat pasien dari kacamata spesialisasinya tidak secara holistic 3. Memotivasi diri sendiri untuk meningkatkan kompetensi untuk menjadi dokter puskesmas yang berkualitas
dr. NF	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bimbingan dan pengetahuan dokter pembimbing utama dan dari spesialis 2. Sistem dari RS yang teratur contoh : rujuk balik selalu diisi 3. Kenyamanan penerimaan yang luar biasa, keikhlasan dalam membagi ilmu, tidak masalah
dr. NS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menambah knowledge tentang ilmu klinis 2. Update ilmu ilmu kedokteran yang sudah dimiliki 3. Memperbaiki sistem rujukan
dr. CK	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kemampuan berkomunikasi dengan pasien 2. Meningkatkan skill dalam pengelolaan pasien 3. Merubah cara pandang seorang DLP dalam menghadapi pasien (kelas komprehensif)
dr. E	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui ketepatan diagnosis rujukan 2. Mengetahui tatalaksana kasus di PPK II (baik kasus rujukan maupun non rujukan) 3. Lebih mendalami tatalaksana kasus penyakit secara holistic dan komprehensif
dr. H	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkuat pengetahuan tentang kolaborasi interprofesi

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Memperbaiki sistem rujukan 3. Mengetahui tatalaksana pasien paska RS
dr. DK	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembukaan dan penyambutan sangat welcome, goodiebag nya bagus 2. Jadwal rapi, tersusun dengan baik, konfirmasi setiap hari 3. Dokter bersedia membagi ilmu
dr.K	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penatalaksanaan kasus terbaru 2. Kasus-kasus yang dapat dirujuk 3. Sistem layanan kesehatan yang baik
dr. P	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendapatkan update ilmu untuk penatalaksanaan kasus-kasus di PKM 2. Mensinkronisasi rujukan antara FKTP dengan PPK II/III
dr. LNY	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penerimaan seluruh karyawan RS yang baik dan ramah 2. Pembimbing setiap hari ada/ hadir 3. Pengalaman menggali pasien secara holistic komprehensif, sangat membantu pasien dan bermanfaat sekali dalam penyelesaian masalah pada pasien.

Dalam pertanyaan lembar evaluasi ketiga yaitu tentang kekurangan dari pelaksanaan stase rumah sakit di RS PKU Muhammadiyah Gamping, hal yang menjadi kekurangan dan banyak ditulis oleh informan adalah waktu yang begitu singkat untuk stase rumah sakit khususnya pada bagian poliklinik, karena informan menginginkan lebih banyak waktu sehingga informan bisa lebih banyak belajar lagi.

Tabel 8. Kekurangan pelaksanaan stase RS di RS PKU Muhammadiyah Gamping

Informan	Jawaban
dr. RK	<ol style="list-style-type: none"> 1. Panitia utama (bukan yang dari RS PKU Gamping) kurang koordinasi 2. Satu pelatihan tapi P2gu anggaran Cikarang dan Semarang beda

dr. F2	Tidak ada
dr. RA	Untuk masalah konsumsi sebaiknya dikelola oleh panitia pelatihan RS PKU Gamping agar bias sesuai dengan kondisi, missal jika ada perubahan jadwal, dsb, sehingga bias fleksibel dan tidak mubazir
dr. ASF	Tidak semua peserta pelathan mendapat pendamping spesialis yang bisa BST dengan pendampingan pada kasus yang dicari di poli (spesialis di poli)
dr. STW	Parkiran di sebelah timur gedung skill lab belum ada atapunya
dr. F	Rekam medis rawat jalan ketika sudah kembali ke ruang RM tidak mudah dipinjam
dr. AD	Untuk pelatihan CPL DLP tidak hanya teoritik tetapi kalo bisa juga ada prakteknya yang dalam pelaksanaannya disesuaikan dengan kewenangan dokter FKTP
dr. KS	Waktu stase di poli kurang lama (terlalu singkat)
dr. SR	Waktu sehari namun dijadwalkan untuk beberapa poli terkadang membuat kurang fokus, sepertinya kurang bisa mengambil ketrampilan untuk penanganan pasien di puskesmas. Ketika stase poli sepertinya hanya sekedar tahu saja bagaiman tatalaksana di FKTL.
dr. BNW	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efektivitas waktu berhubungan dengan penjadwalan 2. Kurikulum materi saat bimbingan dengan dokter spesialis belum ada
dr. NF	Waktu yang terlalu pendek bagi kami untuk belajar lebih banyak
dr. NS	Kegiatan terlalu berorientasi pada penanganan kasus belum atau kurang menyentuh pada kolaborasi DLP di FKTP dari dokter di FKTL
dr. CK	Perlu ditambah lagi untuk diskusi dengan pembimbing

dr. E	Waktu stase di masing-masing poli terlalu singkat
dr. H	Kegiatan terlalu diorientasikan di penanganan kasus sebaiknya banyak berdiskusi tentang kolaborasi sistem rujukan berjenjang
dr. DK	Pada saat presentasi lebih baik bila ada moderator dari dokter PIC UMY
dr.K	Jadwal stase IGD yang belum seragam, dimana ada kelompok yang melaksanakan dan ada yang tidak, lebih baik diseragamkan
dr. P	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jadwal konsumsi kemaren agak meleset, jadi agak menahan lapar 2. Jadwal jaga IGD apakah perlu ? soalnya kami merasa jadi beban ketika UGD rame.
dr. LNY	Jadwal pemberian / pembahasan materi terkadang terbatas

Pada pertanyaan nomer empat lembar evaluasi yang membahas tentang ketrampilan ataupun kompetensi yang perlu ditambahkan pada pelatihan, ketrampilan yang paling diinginkan oleh peserta untuk ditambahkan yaitu ketrampilan pemeriksaan ultrasonografi (USG) dasar bagi dokter di FKTP dan pemeriksaan mata (refraksi & oftalmoskop) serta ketrampilan pembacaan hasil elektrokardiograf (EKG).

Tabel 9. Ketrampilan yang perlu ditambahkan pada Pelatihan CPL DLP

Informan	Jawaban
dr. RK	<p>YA</p> <p>Terutama basic skill yang harus dilakukan pelatihan tersendiri yang harus dikuasi oleh DLP. Contohnya : Pembacaan EKG, USG basic untuk ANC, ATLS, ACLS</p>

dr. F2	YA Komunikasi pada pasien dengan komplikasi
dr. RA	YA Untuk Praktek USG yang digunakan pada ANC Pembacaan EKG dan penatalaksanaan kegawatan jantung di tingkat FKTP sebelum dirujuk ke FKTL
dr. ASF	YA USG dasar untuk dokter FKTP yang masing-masing bisa hands on
dr. STW	YA Ketrampilan klinis USG Pemeriksaan mata dengan oftalmoskop hands on
dr. F	YA Penyusunan laporan atau RM
dr. AD	YA Mata : Penggunaan refkeratometri THT : Pengambilan serumen Obsgyn : pelatihan USG Bedah : bedah minor
dr. KS	YA Pelatihan EKG PEmbacaan Radiologi bagi dokter FKTP Pelatihan USG dasar bagi dokter FKTP
dr. SR	YA Terkait ketrampilan dan skill missal USG butuh pelatihan khusus
dr. BNW	YA Perlu penyesuaian kompetensi DLP dnegan kompetensi dokter spesialis tertentu missal : pelatihan USG dasar, pelatihan GELS/ ATLS yang dilaksanakan serempak bukan mandiri (inisiatif peserta pelatihan untuk ikut karena membayar sendiri)
dr. NF	YA 1. Penekanan pada kasus –kasus

	terbanyak di Puskesmas 2. Peningkatan kompetensi dengan peningkatan ketrampilan
dr. NS	YA Ketrampilan USG
dr. CK	YA Pelatihan USG Pelatihan EKG
dr. E	YA Mohon ditambahkan waktu untuk stase masing-masing waktu di Poli
dr. H	YA Ketrampilan atau skill untuk memberdayakan masyarakat bukan sekedar memberi penyuluhan
dr. DK	YA 1. Teknik pemeriksaan refraksi, oftalmoskop, TIO 2. USG obstetric 3. Penilai Ronsen 4. Patient Safety
dr.K	YA 1. Pemeriksaan Refraksi 2. Pemeriksaan Neurologi 3. Interpretasi EKG 4. Interpretasi Radiologi
dr. P	YA 1. USG 2. Pemeriksaan mata 3. EKG Dasar
dr. LNY	YA USG hands on

Pertanyaan kelima membahas tentang bidang spesialisasi yang paling favorit. Hasil menunjukkan bahwa bidang spesialisasi yang paling diminati adalah ilmu kedokteran jiwa atau psikiatri, kemudian yaitu bidang obstetric & Gynecology.

Tabel 10. Bidang spesialisasi yang diminati/ favorit selama stase RS

Informan	Jawaban
dr. RK	Anak

	Kedokteran Jiwa Obstetrik & Gynecology
dr. F2	-
dr. RA	Anak Kedokteran Jiwa Obstetrik & Gynecology
dr. ASF	Kedokteran Jiwa Telinga Hidung & Tenggorokan Kulit & Kelamin
dr. STW	Obstetrik & Gynecology Kulit & Kelamin
dr. F	Kedokteran Jiwa
dr. AD	Kedokteran jiwa
dr. KS	Kedokteran Jiwa Mata
dr. SR	Kedokteran Jiwa
dr. BNW	Kedokteran Jiwa Penyakit Dalam Orthopedi
dr. NF	Kedokteran Jiwa Kulit Kelamin
dr. NS	Kedokteran Jiwa Obstetrik & Gynecology
dr. CK	Obstetrik & Gynecology
dr. E	Kedokteran Jiwa
dr. H	Kedokteran Jiwa
dr. DK	Mata Kulit & Kelamin
dr.K	Kedokteran Jiwa Obstetrik & Gynecology
dr. P	Kedokteran Jiwa
dr. LNY	Obstetrik & Gynecology Kuli & Kelamin

Pertanyaan triangulasi yang terakhir yaitu tentang komentar ataupun hal yang perlu disampaikan tentang Pelatihan CPL DLP. Pada pertanyaan ini informan banyak menuliskan tentang kurangnya waktu, sehingga kedepannya perlu diadakan penambahan waktu pelatihan, serta adanya sesi saling berbagi ilmu antara wahana stase RS (RS PKU Muhammdiyah Gamping RS

Akademik Universitas Gajah Mada), harapan akan adanya pelatihan serupa, dan adanya keseimbangan antara teori dan praktik klinis.

Tabel 11. Komentar ataupun hal yang perlu disampaikan tentang Pelatihan CPL DLP

Informan	Jawaban
dr. RK	Peserta dipisah kedalam 2 RS berbeda sehingga ada yang dapat bagus ada yang tidak. Sebaiknya untuk memakai hanya satu RS saja contohnya PKU gamping yang mendukung DLP. Tidak bijaksana menurut saya kalau pelatihan dilaksanakan di RS yang menolak DLP
dr. F2	Tidak ada
dr. RA	Penerimaan FKIK UMY dan RS PKU Gamping sangat luar biasa dan terkoordinasi dengan sangat baik
dr. ASF	Tidak ada
dr. STW	Dalam satu berada di satu poli sekaligus berdiskusi
dr. F	Tidak ada
dr. AD	Cukup baik
dr. KS	Tidak ada
dr. SR	CPL DLP harus mondar mandir terutama yangstase di PKU dalam 1 hari bisa 3 tempat berbeda (PKU-RS UGM-AMC)tentu saja menguras energy dan kurang efektif . Mungkin bisa dipertimbangkan untuk jadwal yang akan datang
dr. BNW	Pelatihan CPL DLP di PKU Gamping cukup banyak memberikan saya kesempatan untuk belajar lagi, berpikir, termotivasi untuk banyak bermanfaat agar menjadi dokter muslim dengan waktu yang kita punya. Terimakasih atas semuanya.
dr. NF	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu di Poli lebih panjang 2. Waktu diskusi dengan pembimbing diperpanjang 3. Terimakasih dr. Oryzati atas

	bimbingan, kesabaran dan ilmu yang banyak
dr. NS	Stase RS sebaiknya di satu RS, jangan dipisah
dr. CK	Tidak ada
dr. E	Harapan : ada kelanjutan dari pelatihan berikutnya
dr. H	Pembimbing DLP banyak member materi
dr. DK	Sudah bagus, mungkin waktunya bisa ditambah lagi, missal satu poli dua hari dan dibahas secara mendalam kasusnya, kalau perlu BST
dr.K	Semoga suasana hangat yang kami rasakan saat stase RS bisa berlanjut di lain kesempatan. Suasana penyambutan benar-benar berkesan dan bikin rindu.
dr. P	Keseimbangan antara teori dan Praktek klinis
dr. LNY	Kadang materi yang didapatkan temen temen PKU dengan Temen-temen RSA berbeda, lebih baik ada sharing ilmu

B. Pembahasan

1. Persepsi Dokter yang telah mengikuti pelatihan calon pembimbing lapangan DLP (CPL DLP) tentang pelatihan calon pembimbing lapangan DLP

Pada saat FGD, pertanyaan pertama yang didiskusikan mengenai Pelatihan CPL DLP secara general. Hampir dari keseluruhan informan yang mengikuti pelatihan CPL DLP merupakan orang-orang yang tidak menyetujui adanya DLP dan sempat mengikuti demonstrasi penolakan DLP. Namun setelah mengikuti pelatihan, informan

merasakan mendapatkan banyak manfaat dari adanya pelatihan CPL DLP dan mendukung sepenuhnya program DLP hingga mengajak rekan-rekannya untuk mengikuti pelatihan CPL DLP. Hal ini didukung dengan adanya hasil FGD, informan mengatakan bahwa :

“Ya, jadi sebenarnya saya mengamati teman-teman yang pertama kali sangat menolak kemudian kami berkesempatan untuk berbicara berdiskusi, kami menanyakan kepada yang menolak. Dia mengatakan “Saya termasuk orang yang mendemo pada waktu menolak DLP, .saya termasuk apakah itu DLP, DLP itu makanan apa sih, atau apa. Awal- awal itu saya mendengar kisah-kisah itu, kemudian saya bilang “Ndak papa kalian boleh berbicara seperti ini, tetapi saya sudah mempelajari ini dari dulu saya mengatakan ini suatu hal yang bagus sekali, silakan kalian pelajari selama tiga bulan ini dan katkaan di akhir pelatihan itu, kalian puas atau tidak puas, dan saya menengok hari ini. Hari ini saya berbicara lagi sama mereka dan mereka mengatakan “inilah sebenarnya bentuk ee, apa ..., layanan primer yang harus kita lakukan, jadi mereka sudah berubah. Artinya ada kepuasan dari mereka selama pelatihan ini.”(NF)

“Iya, awal saya kalo menolak tidak, tetapi memang sempat berbicara sama temen yang antipati, kan saya punya kesempatan ketika pertemuan pertama, kebetulan saya punya teman di Jogja, saya minta ketemuan di hotel.

Dia tanya saya “ ngapain kamu lim?”

“Anu, pelatihan DLP”.

”Wah bukannya DLP sudah dibabat habis itu”.

Ada ya bilang seperti itu , kemudian kami sampaikan bahwa ini adalah suatu program yang memang direstui oleh kementrian kesehatan, sehingga mau ndak mau , kita tetap harus berproses seperti itu. Kemudian berlanjut mendapat terus materi-materi, seperti yang telah disampaikan oleh temen-temen bahwa saya sendiri juga merasakan hal yang sama bahwa , ini sebenarnya yang memang dibutuhkan oleh masyarakat kita. Ini yang mestinya memang menjadi ruh kita ketika kita memberikan pelayanan kepada mereka” . (NS)

Manfaat lain yang didapatkan oleh informan selain perubahan *mindset* akan dukungan DLP, antara lain :

- a. Peserta mendapatkan kesempatan untuk pendalaman pembelajaran.

Informan merasa selama ini informan hanya bekerja saja, tanpa belajar lebih mendalam, dan informan merasa butuh untuk penyegaran ilmu-ilmunya. Hal ini di dukung dengan adanya hasil FGD, beberapa informan mengatakan bahwa :

“Setelah mengikuti pelatihan DLP ini, pelatihan ini sangat bermanfaat bagi kami semua, terutama karena sudah agak lama juga di Puskesmas dan dari pelatihan DLP ini saya ,mendapatkan hal yang sangat sangat banyak, yang mana selama ini sebagian sudah kami laksanakan, tapi juga ada hal-hal baru yang belum. Tapi ya rata-rata memang sudah, namun pengalaman kami, waktu kami melaksanakan itu mungkin belum semendalam seperti yang diajarkan dalam pelatihan DLP ini. (E)

- b. Pelatihan CPL DLP membuka mata dan pikiran peserta tentang pentingnya pelatihan CPL DLP. Pelatihan ini mengajarkan peserta untuk menjadi dokter di layanan primer yang baik, dalam hal ini bukan hanya sekedar memberikan obat kepada pasien. Sehingga nantinya akan terciptanya peningkatan mutu layanan primer. Pelayanan primer merupakan batu pondasi dari sistem kesehatan nasional sehingga peningkatan mutu layanan primer akan meningkatkan *outcomes* kesehatan dan *ekuitas* kesehatan (Shi et al., 2012). Hal ini didukung dengan adanya hasil FGD, beberapa informan mengatakan bahwa :

“kalo menurut saya pribadi ketika saya mengikuti diklat DLP ini, saya merasa dibukakan matanya begitu...” (BNW)

“Jadi kita semakin profesional dan kita harus benar-benar membuka mata kita bahwa e.... kita masih sangat ketinggalan, bahwa peningkatan mutu dari layanan primer itu memang udah harus ditingkatkan.” (NF)

“Dari pelatihan yang saya rasakan ini, justru saya merasa bahwa inilah dokter yang sebenarnya, karena saya diajari dulu ketika saya pendidikan dokter untuk jadi tukang berikan obat bukan untuk lebih ke preventif atau lebih melihat keluarganya secara holistik, dan juga saya justru merasa kalo dulu saya sekolah di kedokteran diajari itu, saya dipersiapkan untuk menjadi dokter spesialis, Mind Set saya seperti itu. Begitu liat seperti ini, ternyata ada yang harusnya tidak semua orang mau jadi spesalis, jadi memang harus ada yang di Primary. “ (RK)

- c. Pelatihan CPL DLP memotivasi peserta untuk *life long learning*. *Life long learning* merupakan sebuah konsep yang melibatkan keseluruhan diri untuk memulai kegiatan (perilaku aspek), dan keterampilan (kemampuan) mencari informasi yang diaktifkan dengan motivasi yang berkelanjutan (kognisi). Seperti yang telah diketahui, pendidikan kedokteran adalah proses belajar seumur hidup yang dimulai dari saat sekolah kedokteran, serta ke dalam sarjana pendidikan kedokteran, dan berlanjut sepanjang kehidupan profesional dari dokter. *Life long learning* dianggap sangat penting oleh lebih dari 75% dokter dalam survei nasional di Amerika Serikat, dan telah digambarkan sebagai elemen penting dari sebuah profesionalisme (Hojat et al., 2006). Dokter sebagai tenaga kesehatan harus senantiasa memperbaharui ilmu-ilmu sesuai dengan

pengembangan ilmu dan teknologi yang ada. Hal ini didukung dengan adanya hasil FGD, informan mengatakan bahwa :

“Cuman di DLP ini menekankan bahwa sebagai dokter itu kita tidak berhenti belajar, bahwa kita harus belajar, belajar dan belajar terus, dan harus mengupdate keilmuan kita.” (NF)

- d.** Pelatihan CPL DLP juga meningkatkan wawasan peserta terutama tentang *Paradigm shifting*. Informan merasa selama ini informan sebagai dokter memandang pasien, hanya dari penyakitnya saja (disease), tidak melihat secara keseluruhan, baik dampaknya dan hal-hal yang mempengaruhinya seperti psikologi, sosial, cultural (Green et al., 2002). Hal ini didukung oleh pernyataan informan bahwa :

“Jadi manfaat itu salah satunya yaitu merubah pola pandang kita terhadap pasien, kalo selama ini kita memandang pasien itu fokus kepada penyakitnya, tetapi pada saat ini kita harus memandang pasien itu, secara keseluruhan atau holistik dan komprehensif, itu sebenarnya yang lebih penting.” (NF)

- e.** Peserta pelatihan CPL DLP merasa mendapatkan peningkatan ketrampilan klinis untuk penguatan layanan primer. Hal ini didukung oleh pernyataan informan bahwa :

“Artinya kita juga diberi bekal untuk ketrampilan klinisnya jadi kan kita harus lebih mampu dari segi skill-nya, sehingga kemarin memang saya kira bagus sekali selain stase di puskesmas tapi juga ada stase di Rumah Sakit, karena kita juga seorang klinisi, seorang klinisi kan harus lebih lagi kemampuannya” (CK)

- f.** Peserta pelatihan pun berpendapat bahwa pelatihan CPL DLP juga bermanfaat dalam peningkatan peran dalam era Jaminan Kesehatan Nasional dalam kaitannya dengan *Interprofessional Collaboration*. Kolaborasi antar

profesi dalam pelayanan kesehatan akan meningkatkan *outcomes* kesehatan pasien, menurunkan mortalitas dan morbiditas serta dosis pengobatan semakin optimal. Banyak sekali keuntungan yang akan didapatkan dalam pelayanan kesehatan dengan kolaborasi antarprofesi, baik keuntungan bagi penyedia pelayanan kesehatan, mengurangi pekerjaan ekstra dan meningkatkan kepuasan kerja (Bosch & Mansell, 2015). Hal ini dikuatkan dengan pendapat informan :

*“dokter adalah SDM –nya seperti DLP dan BPJS adalah pendukungnya. kemarin kan di pelatihan itu kan kita mendapatkan sistem rujukan seperti itu, itu kan juga bagian dari **interprofesi** dan itu kan juga bagian dari yang pernah kita dapat di akreditasi. Jadi memang itu saling keterkaitan, jadi memang bermanfaat sekali” (AD)*

- g.** Pelatihan CPL DLP pun bermanfaat untuk meningkatkan citra dokter di layanan primer. Adapun hal tersebut dikemukakan oleh informan yaitu :

“...untuk yang pelayanan primer yang di luar negeri jadi mereka homecare , jadi istilahnya langsung datang ke rumah bahwa jika ini nanti terjadi di Indonesia ,citra dokter kemungkinan akan balik lagi ya, tidak hanya menjadi mencari uang atau keuntungan saja, tetapi memang nama dokter akan naik lagi” (Y)

- h.** Pelatihan CPL DLP juga memberikan harapan bagi peserta CPL untuk bisa menjadi pendamping yang baik nantinya. Hal ini disampaikan oleh informan yaitu :

“pendamping itu bagusya harus lebih dari calon DLP nya, sehingga apakah pelatihan ini cukup menjadikan saya pendamping, karena saya juga jadi ragu karena itu harus ditambah yang lainnya, mereka dididk menjadi spesialis DLP, kalo kita tidak menjadi spesialis tetapi menjadi pendamping rasanya itu kurang pas ya, jadi pendamping itu harus lebih, sehingga semoga ada kesempatan untuk bisa jadi spesialis juga” (F)

2. Persepsi Dokter yang telah mengikuti pelatihan calon pembimbing lapangan DLP (CPL DLP) tentang manfaat pelatihan calon pembimbing lapangan DLP

Pertanyaan nomor dua membahas manfaat pelatihan CPL DLP secara khusus, namun karena informan membahas manfaat pada pertanyaan nomor satu yang sebenarnya membahas pelatihan CPL DLP secara general, sehingga pada bagian ini hanya menambahkan pendapat tentang manfaat pelatihan CPL DLP sebelumnya. Manfaat yang didapatkan oleh informan lainnya adalah :

- a. Pelatihan CPL DLP meningkatkan ketrampilan komunikasi dokter-pasien informan. Hubungan dokter-pasien menjadi komponen yang esensial pada bidang pelayanan kesehatan. Beberapa penelitian tentang komunikasi pada pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa betapa pentingnya kemampuan komunikasi seorang dokter. Hal tersebut disebabkan karena melalui komunikasi dokter pasien yang baik, dokter dapat mengetahui masalah utama pasien, membuat terapi yang sesuai serta solusinya (Verlinde et al., 2012). Sebagaimana disampaikan oleh informan :

“.....yang paling saya utamakan itu adalah komunikasi saya dengan pasien menjadi lebih terstruktur dan terarah. Awalnya pada saat saya mulai mengisi RM itu, kan rasanya berat, kok banyak sekali yang harus diisi. Tapi setelah saya terbiasa dengan pola-pola seperti itu, akhirnya saya pun mempunyai komunikasi pada pasien yang lebih sempurna..” (AD)

- b. Pada pelatihan CPL DLP tidak hanya diajarkan tentang teori Kedokteran Keluarga tetapi juga diajarkan cara menerapkan Prinsip Kedokteran Keluarga tersebut, informan merasa usai menjalani pelatihan CPL DLP, informan menjadi lebih dapat menerapkan Prinsip Kedokteran Keluarga, yang selama ini belum sempat diterapkan ketika menjalani profesinya. Hal ini didukung oleh pernyataan informan :

“.....yang jelas yang saya rasakan setelah pelatihan DLP ini, ketika saya menghadapi pasien saya bisa menggunakan pendekatan dengan pendekatan dari sisi pasien. Seperti misalnya ada kasus dengan gangguan pencernaan, kan kita langsung memikirkan Gastritis atau dispepsia. Tetapi ketika kita menerapkan pendekatan kedokteran keluarga ini, kita menanyakan bagaimana yang dia rasakan, bagaimana dengan keluarganya, ternyata ketemu masalahnya bukan pada organ digestifnya....

..... Bagaimana kita menggali keluarganya, menggali bagaimana tentang stress-stress yang ada di lingkungannya, jadi kita bisa berkesinambungan” (SR)

- c. Informan pada pelatihan ini merupakan orang yang nantinya akan menjadi pembimbing lapangan program DLP, sehingga usai pelatihan ini informan memiliki strategi untuk menjadi pembimbing lapangan DLP yang baik. Informan mengemukakan bahwa

“Karena habis pelatihan itu, mau ndampingi itu ya mungkin kepercayaannya baru 20% min. Kurang gitu. Tapi justru dengan itu merasa kurang, disampaikan dr. Mora, kita itu belajar, dan saya lihat memang betul. Saya itu belajar akreditasi itu justru saya mendampingi, banyak ditanya oleh Puskesmas-Puskesmas, mau ndak mau saya belajar, gitu loh. Jadi ketika kita menjadi pendamping, justru itu menjadi pemicu kita, karena akan ada tantangan, akan ada pertanyaan, yang membuat kita harus mencari jawabannya yang benar apa. Karena mungkin kalo kita tidak ada pertanyaan, gak ada tantangan, bisa jadi kita tidak menemukan, apa yang mestinya

kita cari, kita harus mendalami. Tapi ketika ada pertanyaan, ada dari mungkin yang nantinya kita bimbing itu, menanyakan hal, kita pasti akan menjawab yang benar yang seperti apa” (NS)

3. Persepsi peserta Pelatihan CPL DLP terhadap magang stase RS di RS PKU Muhammadiyah Gamping dan manfaatnya

Informan mengikuti magang stase RS di RS PKU Muhammadiyah Gamping selama kurang lebih 2 minggu. Informan merasakan bahwa RS PKU Muhammadiyah Gamping telah menyelenggarakan dan menjadi wahana latihan yang baik bagi para informan. Hal tersebut dilihat melalui penerimaan dari pihak Rumah sakit yang sangat baik yaitu seluruh manajemen, karyawan RS dan dokter pembimbing yang baik dan ramah, semua kebutuhan peserta telah disediakan oleh pihak RS, dan pembimbing selalu hadir setiap hari. Tak hanya itu, pasien serta keluarganya sangat kooperatif, informan berpendapat hal itu dikarenakan pasien dan keluarga mendapatkan penanganan yang baik dari pihak RS. Hal ini pun didukung dengan informan yang mengungkapkan bahwa :

“Stase di Rumah Sakit ini ada beberapa, terutama di RS PKU Muhammadiyah Gamping ini. Pertama sejak kita masuk sampai selesai stase disana, sambutannya begitu baik sekali, dari mulai satpam, cleaning service, dari mulai dosen-dosen pembimbing, semua ramah, semua baik. Jadi membuat kita nyaman disana sampai ada tulisan ‘Selamat Datang’, berbeda dengan suasananya ketika kita ke RSA ya. Di samping itu semua, kelihatannya ‘welcome’ seklai dengan kita, jadi kita belajar disana itu senang gitu....” (LN1Y)

Selain itu, salah satu kelebihan RS PKU Muhammadiyah Gamping dibandingkan RS lain yaitu melayani pasien tidak hanya dari sisi biologis nya saja tapi juga memperhatikan aspek spiritual dalam proses penyembuhan pasien sehingga pelayanan kesehatan menjadi holistic, dan suasana rumah sakit yang islami pun turut mendukung hal tersebut. Hal tersebut tentu baik bagi kondisi pasien, karena aspek spiritual merupakan salah satu elemen penting dalam kepribadian seseorang. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Taylor et al., (2013) disebutkan bahwa > 75 % pasien merasakan bahwa aspek spiritual merupakan elemen penting bagi kesembuhan penyakitnya. Oleh karena itu, pasien merasa penyedia pelayanan kesehatan seharusnya juga dapat menyediakan dan menjawab kebutuhan spiritual mereka untuk membantu mengatasi penyakit dan sebagai salah satu bentuk dukungan sosial. Informan menyatakan bahwa

“....yang disampaikan itu selalu ada doa, baik untuk orang yang sakit, baik orang yang menunggu orang yang sakit , sehingga menguatkan mereka. Disini ada sisi holistiknya, kalo saya melihat. Sisi holistiknya adalah pendekatannya tidak hanya kepada individu yang sakit, tetapi yang mendampingi yang sakit juga dikuatkan disitu, untuk kembali ke Allah....“
(BNW)

Informan juga melihat dari sisi lain yaitu saat informan mengikuti stase Poliklinik. Informan melihat adanya kolaborasi yang baik antara dokter di PPK 1 dengan dokter di RTL (RS PKU Muhammadiyah Gamping) dilihat dari dokter spesialis dari sebagian besar departemen

mengisi rujukan balik untuk dokter di PPK . Hal ini didukung dengan pertanyaan informan :

“Stase di Rumah Sakit PKU Gamping, dari 8 poli dan 1 IGD yang kita kunjungi, saya mengamati dokter spesialisnya setelah mereka menganamnesis , kemudian menegakkan diagnosa, kemudian yang mereka lakukan adalah mencatat di rujuk balik. Nah, rujuk balik inilah yang penting sekali untuk kami di layanan primer. Jadi seperti yang dr.L katakan ‘bagaimana kita harus menjelaskan kepada pasien, jika kita sudah merujuk pasien, tapi tidak ada rujuk balik dari dokter-dokter spesialis. Tetapi, di RS PKU Gamping, semua, tidak ada satupun dokter yang tidak menuliskan rujukan balik nya. Jadi, saya bilang ‘ Berbahagia sekali, orang-orang yang merujuk ke PKU Gamping itu, karena mereka mendapat tanggapan” (NF)

Hal tersebut juga didukung oleh pernyataan informan yang menyatakan bahwa ada dokter spesialis di beberapa poli yang tidak mengisi rujukan balik untuk dokter di PPK 1. Seperti yang dinyatakan oleh informan berikut ini :

“....jadi ada yang hanya, mungkin pasien tu pasien yang rutin, jadi hanyamenulis saja resep yang sudah ada sebelumnya, tanpa melakukan pemeriksaan fisik. Itu di 3 poli saya lihat seperti itu....” (E)

Namun, menurut informan hal tersebut dinilai cukup baik, mengingat secara general masih banyak dokter spesialis di RS lain banyak pula dokter spesialis yang tidak mengisi rujukan balik dan hal tersebut menjadi salah satu kelebihan RS PKU Muhammadiyah Gamping dibandingkan RS lainnya, seperti yang dipaparkan oleh informan berikut ini :

“...artinya belum ada kolaborasi yang baik, antara dokter layanan primer dengan dokter di layanan tingkat dua. Tetapi di PKU Gamping semua sudah berjalan baik, atau karena mungkin RS Pendidikannya UMY ya, jadinya semua sudah baik.” (NF)

Selain itu, pelayanan dokter spesialis terkotak-kotak dan terbatas hanya di departemennya saja, sehingga tidak terbentuknya kolaborasi antara para dokter spesialis di berbagai poliklinik spesialis dalam hal rujukan internal RS. Hal ini didukung oleh informan seperti berikut ini ;

“Mungkin untuk proses rujukan dan rujukan balik sudah berjalan. Cuma untuk rujukan intEl RS yang belum. Jadi, kalo rujukan internal, sebelum kita selesai di rumah sakit, itu kan belum dikembalikan.” (E)

Dalam proses rujukan balik dari FRTL ke PPK 1, informan berharap bila dokter spesialis dapat menyelesaikan kasus secara tuntas terlebih dahulu, baru dikembalikan ke PPK 1, sehingga PPK 1 tidak merujuk bolak-balik pasien yang sama dengan diagnosis yang sama ke FRTL karena belum tuntas pengobatannya. Hal ini didukung dengan pernyataan informan yaitu :

“.... jadi, harapan kami yang di layanan primer, sebaiknya memang diselesaikan dulu yang di rumah sakit, jadi kalo sudah stabil dikembalikan ke kita. Tidak terus pasien kembali terus rujuk lagi. Dikembalikan tapi dikasih catatan ‘mohon dirujuk untuk kembali’. Jadi dikembalikan, bukan ditulis ‘kontrol 1 bulan lagi’, berarti kan belum selesai.” (E)

Namun, dibalik manfaat pembelajaran ketrampilan klinis, informan mendapatkan manfaat lain yaitu informan menyadari akan pentingnya edukasi bagi pasien di PPK 1, dimana DLP merupakan advokat medis

pasien PPK 1. Menurut *Irish Medical Organization dalam IMO Role of The Doctor Series The Doctor as Advocate* (2013) peran sebagai advokat medis pasien merupakan salah satu tugas dan tanggung jawab yang paling penting bagi setiap dokter. Dokter sebagai profesional diharapkan dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien dan melakukan apa yang dokter bisa demi kesehatan pasien. Selain itu, yang harus dipahami bahwa advokasi bukan hanya tentang memastikan pasien mendapatkan perawatan medis yang paling tepat, advokasi adalah tentang merawat pasien secara holistik. Seperti yang telah diungkapkan oleh informan yaitu :

“Jadi, kita beruntung juga menjadi DLP, bahwa kita itu, punya kesempatan, punya semangat kita itu, untuk betul-betul bisa berkomunikasi secara baik kepada pasien, harapannya kita itu betul-betul membantu mereka, bukan melempar mereka kesana-kesini, sehingga mereka bingung, gak ada kepastian. Sehingga saya pikir kita semuanya, ndak usah kecil hati, dibandingkan dengan teman sejawat kita yang spesialis, kita punya nilai lebih dibandingkan mereka.” (NS)

Tidak hanya edukasi, informan menyadari bahwa pentingnya peningkatan wawasan tentang penyakit yang luas dan pengelolaan penyakit klinis bagi dokter di layanan primer, mengingat terdapat 155 penyakit yang harus dikelola secara tuntas di layanan primer. Informan juga merasakan bahwa proses magang stase RS memberikan penyegaran ilmu, dan peningkatan wawasan tentang tindak lanjut rujukan dari PPK 1 bagi informan, dikarenakan biasanya mendapatkan *update* ilmu baru di

bidang kedokteran melalui kursus singkat yang diadakan oleh instansi atau organisasi Hal ini didukung dengan pernyataan informan yaitu :

“....bagi saya yang sudah lama yang tidak melihat, karena saya sudah selesai kuliah cukup lama, bekerja di Puskesmas juga cukup lama. Untuk stase di Rumah Sakit benar-benar sangat bermanfaat bagi saya, karena juga dapat suatu refreshing atau penyegaran juga dan untuk menambah pengetahuan atau menambah wawasan tentang klinis”.... (E)

“...jadi , dari sini kita sebagai Dokter Layanan Primer itu dituntut untuk banyak tau. Ilmu ita harus kuat, meskipun itu diagnosisnya kompetensi rumah Sakit, kita harus tau ilmunya, untuk menerangkan ini sakit apa, kenapa harus dirujuk, nanti diapakan, kembali kesini lalu apa. Kita harus bisa, karena pasien itu malah mendapat penjelasan penjelasan yang lebih luas itu di Pelayanan Primer...” (LNIIY)

Komunikasi merupakan aspek penting dalam hubungan dokter-pasien, sehingga informan menyadari betapa pentingnya seorang dokter di layanan primer memiliki komunikasi yang baik dengan pasiennya, agar pasien mengerti dengan jelas mengenai penyakitnya. Menurut Biglu et al., (2017) komunikasi efektif dokter dan pasien memainkan peran yang sangat penting dalam proses penegakkan diagnosis dan pengobatan penyakit pasien. Komunikasi dokter yang baik dapat menjadi terapi yang efektif selain dari obat yang diresepkan oleh dokter. Hal ini sesuai dengan pernyataan informan yaitu :

“..... bahwa kita memang harus membina hubungan yang baik dengan pasien, harus betul menguasai klinis dari suatu penyakit, sehingga kita bisa memberikan penjelasan yang baik salah satunya terkait dengan perjalanan ilmiah penyakit. Kalo kita seorang DLP, mestinya kan kita itu tau, kita bisa berkomunikasi, membina hubungan yang baik, sehingga pasien itu tidak harus kita lempar kesana, harus mungkin membuang

biaya, waktu dan tenaga. Tetapi kita akan berkomunikasi, e..... menyampaikan keadaan sekarang seperti ini, kapan harus kontrol lagi, kapan jadwal kontrol, harus kontrol segera kalo kegawatdaruratannya apa itu akan kita sampaikan....”
(NS)

Menurut informan melalui magang stase RS, partisipasi sebagai dokter di layanan primer semakin menyadari akan pentingnya penguatan layanan primer. Hal ini didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut :

“Nah, tetapi butuh penguatan di layanan primer, sehingga orang itu melihat kita itu berharga, berkualitas, bahkan ketika kita membekali diri kita “BE ABOVE AVERAGE”.(BNW)

4. Persepsi peserta Pelatihan CPL DLP terhadap tentang perbedaan ketrampilan dan kompetensi sebelum dan sesudah Pelatihan CPL DLP

Setelah mengikuti Pelatihan CPL DLP informan merasakan adanya perbedaan ketrampilan, yaitu peningkatan ketrampilan dalam berbagai hal yaitu peningkatan ketrampilan untuk mengakses artikel dan jurnal untuk *Evidence Based Medicine* (EBM) dan melakukan *Critical Appraisal*. EBM merupakan sebuah upaya untuk memasukkan ilmu pengetahuan ke dalam penanganan dan perawatan pasien. Persepsi dokter tentang pengetahuan mereka terhadap EBM merupakan sebuah hal fundamental yang penting untuk pengalaman belajar yang efektif (Aguirre-Raya et al., 2016). Kemampuan tersebut juga membantu informan dalam

memperbarui keilmuannya. Hal tersebut dinyatakan informan sebagai berikut :

“...Tapi ketika saya mengikuti e.....CPLDLP ini e.....saya merasa lebih dong gitu ya. Lebih dong apa karena pembimbingnya dr. Icha ya. Tapi e..... saya merasa bahwa bener-bener dibimbing, bagaimana sih cara membuat Critical Appraisal yang benar. Walau memang saya, jujur saja masih jauh dari bisa. Jadi dengan melihat itu, kita bisa melihat perkembangan terkini penyakit-penyakit dan obat-obatan yang baru....” (A)

Informan pun juga menyadari betapa pentingnya memperbarui keilmuan dalam menangani pasien, seperti hal berikut yang disampaikan oleh informan:

“Tapi ya menurut saya yang lebih pokok adalah ketika kita itu kemudian tau, kita kemudian ada semangat bahwa ‘ ini loh’, kita itu memang masih kurang sekali, yang mestinya harus kita kuasai , yang harusnya mestinya kita kemudian menyampaikan itu kepada pasien karena itu termasuk haknya pasien, kita berikan pelayanan yang sebaik-baiknya. Kemarin belum kita berikan. Ini menurut saya yang jauh lebih pokok, bahwa kita menjadi merasa butuh untuk kita belajar, kita menjadi lebih semangat untuk kita itu terus menambah, terus mengupgrade ilmu kita, sehingga kita akan memberikan haknya pasien, sesuai dan menjadi kewajiban kita. Dan itu menjadi hal yang tidak mudah kita itu mencapai dan ketika kita ikut pelatihan dan mendapat itu, saya kira untuk saya pribadi itu menjadi suatu hal yang sangat amat luar biasa” (NS)

Selain itu, informan merasa terdapat perbaikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) pada pasien, biasanya informan melakukan edukasi alakadarnya kepada pasien, bahkan Karena banyaknya pasien di FKTP, menyebabkan informan tidak mengedukasi pasien dengan baik.

Padahal, telah banyak sekali konflik dokter-pasien yang terjadi selama ini dikarenakan komunikasi dokter-pasien tidak berjalan baik dan efektif.

Panduan komunikasi dokter-pasien terkini umumnya menganjurkan gaya kemitraan (*partnership*), dengan berbagi informasi dua arah. Hal tersebut tentu saja lebih baik daripada gaya interaksi satu arah, patElistik di mana dokter mendominasi pertemuan, dimana gaya komunikasi tersebut dipakai oleh sebagian besar dokter di wilayah Indonesia. Budaya Asia Tenggara dicirikan oleh struktur sosial hirarkis. Kekuatan yang besar antara orang-orang dengan status sosial yang lebih tinggi dan lebih rendah dikombinasikan dengan orientasi kolektif daripada individu. Hal ini menyebabkan kurangnya otonomi bagi individu dalam mengambil keputusan, dan untuk pasien, keterlibatan keluarga mereka kuat sekali pengaruhnya dalam pengambilan keputusan medis (Claramita et al., 2013).

Menurut Ranjan et al., (2015) kemampuan diagnostik dokter akan meningkat karena pemahaman yang lebih baik tentang masalah pasien. Selain itu, komunikasi dokter-pasien juga telah terbukti mengurangi stres kerja bagi dokter dan meningkatkan kepuasan kerja. Tingkat kepuasan pasien ditingkatkan dengan pengakuan yang lebih baik dan pemahaman tentang penyakit mereka dan perawatan yang tersedia. Hal tersebut dapat meningkatkan kepatuhan mereka terhadap nasihat yang diberikan oleh

dokter. Selain itu, ini memiliki dampak positif pada psikologi pasien, kesehatan mental, daya toleransi dan kualitas hidup. Hal ini didukung oleh informan :

“Karena ada kewajiban kami untuk memberikan KIE, dokter harus memberikan KIE kepada semua pasien. Selama ini sepertinya tidak nyambung antara anamnesa yang saya berikan dengan e..... KIE yang apa ya, yang kaya Indonesia Raya. Nah, sekarang setelah saya mengikuti pelatihan DLP ini, karena saya sudah menggali lebih banyak, sehingga apa yang saya berikan edukasinya sesuai dengan kebutuhan pasiennya. Jadi tidak Indonesia Raya, itu tadi yang mungkin bisa saya sampaikan” (K)

Informan juga mengalami peningkatan kemampuan pengelolaan kasus secara holistic -komprehensif, biasanya kebanyakan dari informan hanya menyelesaikan dari aspek biologisnya saja, tanpa mempertimbangkan aspek lainnya yang mempengaruhi kesehatan pasien.

Informan mengatakan bahwa :

“Yang rasakan memang e.....kita memang lebih detil dalam anamnesis pasien, lebih menggali secara holistik dan komprehensif. Yang sebelumnya kita,eterus terang karena pasien di Puskesmas banyak, jadi e.... kurang waktu ya. Jadi lebih e.. Cepet selesai , lebih baik, mungkin setelah ikut jadi kita bisa lebih bisa menggali, jadi mungkin akan lebih bermanfaat untuk pasien kedepannya” . (R)

Jika dilihat dari pernyataan informan diatas, diketahui pula bahwa informan merasa memiliki keterbatasan waktu dalam melayani pasien khususnya memberikan edukasi kepada pasien. Menurut informan hal tersebut disebabkan oleh banyaknya pasien yang berkunjung ke FKTP. Permasalahan tentang waktu yang sangat singkat juga dibenarkan oleh

penelitian yang dilakukan oleh Irving et al., (2017) tentang variasi waktu konsultasi dokter layanan primer di 67 negara, 15 negara dengan rata-rata waktu konsultasi < 5 menit, dan Indonesia termasuk kedalamnya dengan rata-rata waktu konsultasi dokter yaitu selama 3 menit per pasien.

Selain itu informan juga mengalami peningkatan wawasan tentang integrasi aspek komunitas dalam pengelolaan penyakit. Hal ini didukung oleh pernyataan informan yaitu:

“Tetapi setelah mengikuti DLP, dimana DLP adalah gabungan dari family-medicine dan kesehatan komunitas. Sehingga yang saya rasakan, saya lebih memandang suatu penyakit lebih menyeluruh di suatu lokasi atau wilayah setempat. Misalkan saya melakukan posbindu di dua desa yang berbeda. Dimana desa yang pertama memiliki lebih banyak ke obesitas dan desa kedua lebih banyak anemia. Sehingga saya melihat faktor risiko, faktor kebiasaan hidup, yang akhirnya saya bisa menentukan diagnosa komunitas itu sendiri. Sehingga nanti tujuannya untuk motivasi dan memberikan edukasi sesuai dengan keadaan lingkungan setempat yang memang berbeda dengan desa yang lainnya.”(AK)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hasegawa et al., (2005) pada *General Practitioner (GP)* di Skotlandia menunjukkan bahwa 87% GP menyatakan bahwa pelayanan kesehatan dengan pendekatan secara holistik di *Primary Care* merupakan sebuah hal yang penting dalam proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Saat ini pengelolaan kasus tidak difokuskan hanya kepada penyakit (*disease-centred models*), namun telah terjadi pergeseran paradigma menjadi pengelolaan kasus secara

holistik, berpusat pada pasien (*holistic, patient centred models of care*). Pengelolaan kasus secara holistik dapat meningkatkan pemberdayaan dan kepuasan pasien serta mengurangi rujukan pasien.

Tak hanya itu hal lain yang didapatkan dari Pelatihan CPL DLP adalah informan menjadi lebih dapat memberikan penjelasan tentang DLP kepada orang awam atau pun orang awam yang kontra terhadap DLP. Hal ini didukung oleh pernyataan informan sebagai berikut :

“Jadi setelah saya mengikuti pelatihan ini, dulu ketika saya sebelum Pelatihan, belum tau yang namanya DLP seperti apa, e..... arahnya nanti ke pasien itu seperti apa, demikian juga untuk saya sendiri sebagai seorang dokter itu, seperti apa, itu ya diem aja gitu. Tapi setelah pelatihan yang pertemuan di hari kedua, saya ketemu sama temen-temen di Tiga Putradan sesama dokter gitu, saya sudah bisa mulai ngomong. Artinya, saya bisa menyampaikan kepada teman, e..... DLP itu seperti apa. Walaupun, e..... saya jumpai diantara teman-teman itu ada yang kemudian e..... artinya dalam hati saya, ketika saya menyampaikan, ‘e. ...temen ini tenang nih, dia masuk apa yang saya sampaikan, pesan DLP kaya nya masuk ini. Tapi ya,ada juga yang masih, ya mungkin menolak 100% pun juga ada....”
(NS)

5. Persepsi informan tentang cara implementasi hal- hal yang telah didapatkan pada Pelatihan CPL DLP

Informan mengimplementasikan hal hal yang didapatkan yaitu seperti ketrampilan komunikasi, khususnya pada anamnesis dengan menggali lebih dalam menggunakan berbagai macam alat dan pendekatan serta edukasi yang tidak lagi singkat dan sangat general untuk

semua pasien. Informan juga menggunakan alat bantu tambahan yaitu *family dynamics & family assessment tools* seperti *Family SCREEM (social, cultural, religious, economic, educational, medical)* untuk menggambarkan ketersediaan sumber, penilaian kapasitas keluarga dalam berpartisipasi pada ketentuan pelayanan kesehatan atau mengatasi krisis dan *Family APGAR (adaptability, partnership, growth, affection, resolve)* untuk untuk menilai disfungsi keluarga, kepuasan individu mengenai hubungan kekeluargaan serta lainnya guna menunjang anamnesis yang lebih mendalam dan menyeluruh. Selain itu, hal-hal yang diperoleh dari pelatihan pun dapat diimplementasikan pada saat pemeriksaan pasien, edukasi yang lebih menyeluruh dan menggali permasalahan bio-psiko-sosio-spiritual pasien lebih mendalam dengan kunjungan rumah. Informan juga melakukan penggolongan kasus contohnya penyakit *Quick Care* dan penyakit kompleks. untuk pengelolaan penyakit berdasarkan jenisnya, sehingga dalam pengelolaannya dapat lebih holistic. Hal tersebut didukung oleh beberapa informan seperti berikut ;

“....tapi yang sangat bermanfaat disini bahwa saya sangat mendapatkan tambahan yaitu adanya ke anamnesa keluarga. Itu yang sangat sangat saya dapatkan. Yang selama kami belum memahami betul, misalnya adanya genogram, e.....adanya APGAR, adanya SCREEM dsb, disini lebih seperti bisa mengupas sedikit demi sedikit sehingga semua permasalahan menjadi lebih jelas.”(E)

“Untuk ilmu yang sudah banyak kita dapatkan dari pelatihan DLP ini, mungkin e..... jika diaplikasikan di puskesmas e..... kita mungkin ada semacam e.pemilihan kasus mungkin

dicari memang kasus-kasus yang memang itu keluhannya kalo istilahnya kalo pas kuliah itu e.....di luar negeri itu Quick Care, Quick Care itu untuk kasus-kasus seperti ISPA, kasus-kasus ringan tidak ada masalah. Kasus itu mungkin bisa kita, seerti biasa kita memeriksa pasien, menggali trus langsung dioabti dan selesai. Tetapi untuk pasien yang kita lihat ada keluhan-keluhan yang kompleks misal dari psikologis nya atau sosialnya, baru kita mungkin bisa ditindaklanjuti dengan perjanjian kunjungan rumah atau perjannjian bertemu diwaktu lain, baru setelah itu bisa kita aplikasikan untuk apa namanya menggali dan mengisi rekam medis yang komprehensif juga, kita bisa terapkan disana. Jadi tidak semua kasus yang di puskesmas bisa, seperti yang kalo di luar negeri kasus yang Quick Care itu bisa lewat-lewat, tapi kalo kita melihat kaya tadi ada keluhan fisiknya, psikis nya, baru mungkin kita gali ada masalah yang lebih kompleks lagi, baru kita mungkin kunjungan lanjutan, kontrol berikutnya atau mungkin ketemu di waktu yang lain. Jadi tidak bsa kita aplikasikan disitu, sementara pasien-pasien lainnya masih antri menunggu.”(LNIIY)

6. Persepsi informan tentang aplikasi *paradigm shifting*

Informan tidak mendefinisikan secara harfiah apa yang dimaksud dengan *paradigm shifting* dan bagaimana informan mengaplikasikan *paradigm shifting* saat peneliti menanyakan secara khusus tentang aplikasi *paradigm shifting* dalam FGD. Namun, setelah peneliti mengamati jawaban dan tanggapan informan pada pertanyaan persepsi lainnya, informan menjelaskan tentang *paradigm shifting* secara tidak langsung pada pertanyaan persepsi lainnya. Informan juga mengatakan mendapatkan peningkatan wawasan mengenai *paradigm shifting* setelah mengikuti pelatihan CPL DLP seperti yang telah dijelaskan pada sub bab persepsi sebelumnya. Adapun konsep *paradigm shifting* yang dipaparkan oleh informan yaitu :

a) Disease oriented menjadi illness oriented

“Jadi manfaat itu salah satunya yaitu merubah pola pandang kita terhadap pasien, kalo selama ini kita memandang pasien itu fokus kepada penyakitnya, tetapi pada saat ini kita harus memandang pasien itu, secara keseluruhan atau holistik dan komprehensif, itu sebenarnya yang lebih penting.” (NF)

b) Organ-body centered menjadi Person centered care

*“.....yang jelas yang saya rasakan setelah pelatihan DLP ini, ketika saya menghadapi pasien saya bisa menggunakan pendekatan dengan pendekatan dari sisi pasien. Seperti misalnya ada kasus dengan gangguan pencernaan, kan kita langsung memikirkan Gastritis atau dispepsia. Tetapi ketika kita menerapkan pendekatan kedokteran keluarga ini, kita menanyakan bagaimana yang dia rasakan, bagaimana dengan keluarganya, ternyata ketemu masalahnya bukan pada organ digestifnya....
..... Bagaimana kita menggali keluarganya, menggali bagaimana tentang stress-stress yang ada di lingkungannya, jadi kita bisa berkesinambungan” (SR)*

c) Sekedar penyuluhan atau edukasi singkat menjadi pemberdayaan pasien-keluarga-masyarakat

“Tetapi setelah mengikuti DLP, dimana DLP adalah gabungan dari family-medicine dan kesehatan komunitas. Sehingga yang saya rasakan, saya lebih memandang suatu penyakit lebih menyeluruh di suatu lokasi atau wilayah setempat. Misalkan saya melakukan posbindu di dua desa yang berbeda. Dimana desa yang pertama memiliki lebih banyak ke obesitas dan desa kedua lebih banyak anemia. Sehingga saya melihat faktor risiko, faktor kebiasaan hidup, yang akhirnya saya bisa menentukan diagnosa komunitas itu sendiri. Sehingga nanti tujuannya untuk motivasi dan memberikan edukasi sesuai dengan keadaan lingkungan setempat yang memang berbeda dengan desa yang lainnya.”(AK)

7. Persepsi informan tentang pengaruh *paradigm shifting* terhadap pola rujukan

Pengaruh aplikasi *paradigm shifting* terhadap pola rujukan belum dapat dilihat segera setelah Pelatihan CPL DLP selesai. Informan berharap bahwa dengan penerapan *paradigm shifting* dapat membawa perubahan dan perbaikan pada beberapa aspek yaitu penurunan angka rujukan ke RTL, perbaikan sistem komunikasi antar fasyankes, dan perbaikan sistem evaluasi rujukan.

Informan berharap setelah mengikuti pelatihan CPL DLP dan menerapkan prinsip prinsip dari *paradigm shifting*, angka rujukan ke RTL dapat mengalami penurunan, karena informan berharap dapat mengelola terlebih dahulu sebelum dirujuk. Ringberg et al., (2013) mengatakan bahwa dokter spesialis kedokteran keluarga yang menerapkan prinsip kedokteran keluarga dalam praktiknya, lebih jarang merujuk pasien ke pelayanan kesehatan tingkat sekunder. Hal ini didukung oleh pernyataan informan yaitu :

“....rujukan , harapan kami, juga nanti rujukan kami akan semakin menurun, karena banyak pasien yang kita coba untuk kita kelola dulu di layanan primer, kecuali memang betul-betul itu rujukan spesialisik yang mana di faskes pertama itu memang kurang berkompeten. Disitu baru kita rujuk.”(E)

Informan merasa selama ini belum terjalinnya dengan baik komunikasi antara dokter di PPK 1 dan 2 hingga dokter yang bertugas di

PPK 1 merasa mereka tidak mendapatkan saran bila terdapat kesalahan dalam merujuk pasien. Informan juga merasa kebanyakan dokter di PPK 2 tidak merujuk balik pasiennya ke PPK 1, seperti yang dinyatakan informan sebagai berikut :

“e.... Kalo saya untuk sistem rujukan ini, sebenarnya yang lebih ditekankan seperti yang disampaikan dr. NF adalah komunikasi yang baik antara PPK 1 dengan PPK 2 atau PPK 3, sehingga dokter spesialis itu bisa bermitra dengan kita yang berada di layanan primer yang notabene kita adalah paling dekat dengan pasien. Sehingga ada diagnosa yang mungkin dinilai keliru atau tidak pas atas apa yang kita punyai keterbatasan e. ...apa ya, keterbatasan yang kita punyadi layanan primer, sehingga kita dalam menegakkan diagnosa itu tidak bisa tepat, kemudian kita menuliskan diagnosa itu untuk dirujuk, itu ada umpan balik, ada evaluasi, sehingga kita tidak kejeplung di tempat yang sama, tidak mengulang sesuatu yang salah, meskipun di diri kita sendiri mencoba untuk belajar lagi. ..” (BNW)

Hal tersebut merupakan sebuah isu prioritas yang harus dihadapi oleh informan dimana sudah seharusnya koordinasi klinis antar penyedia pelayanan kesehatan berjalan dengan harmonis. Koordinasi klinis merupakan sebuah koneksi atau hubungan harmonis yang terjalin antara berbagai penyedia pelayanan kesehatan yang dibutuhkan untuk memberikan perawatan kepada pasien guna mencapai tujuan bersama tanpa adanya konflik. Koordinasi klinis terbagi menjadi dua macam yaitu koordinasi klinis informasi dan koordinasi klinis manajemen. Koordinasi klinis informasi yang dimaksud yaitu penggunaan informasi klinis pasien untuk menyelaraskan aktifitas antara berbagai penyedia pelayanan

kesehatan, sedangkan koordinasi klinis manajemen yang dimaksud yaitu penyediaan perawatan kesehatan secara berurutan dan komplementer oleh berbagai penyedia pelayanan kesehatan yang terlibat. Koordinasi klinis yang buruk merupakan sebuah rintangan dalam mencapai hasil pelayanan kesehatan yang efektif (Aller MB et al., 2017).

Sehingga menurut informan untuk menangani masalah tersebut, informan berharap adanya evaluasi perbaikan sistem rujukan yang dilaksanakan terintegrasi oleh Dinas Kesehatan, BPJS dan pihak yang terkait. Hal tersebut dinyatakan oleh informan sebagai berikut:

*“...Sehingga evaluasinya harusnya sistem, bukan hanya PPK 1 bilang ke Kepala Dinas pada saat rapat koordinasi atau mungkin kemarin di Sleman, kelainan Refraksi itu udh kita keluarkan dari 4A. Misalnya seperti itu ya, di purworejo juga sudah. Tetapi kemudian muncul ke kompetensi kita, ketika itu memang cukup hanya di PPK 1 dan kita bisa koreksi, kenapa enggak. Kecuali kalo misal itu, bukan ranah kita, di luar kompetensi kita, baru kita rujuk. Jadi, paling enggak ketika ada evaluasi, itu ada perbaikan di diri kita, karena kita itu kadang gak bisa lihat ‘getok’ kita sendiri, ketika kita nulis rujukan, kita merasa sudah PD, atau kita egah-egohke dari ICD 10 yang ada, misal. Karena ICD 10 juga bersifat apa yaa, sangat spesialistik kalo menurut saya, kalo saya baca, kita bandingkan dengan ICPC, sangat berbeda sekali, begitu. Sehingga ketika tidak ada evaluasi dari PPK 2 ke PPK 1, dari dokter spesialis dengan dokter di puskesmas, ya selamanya dokter Puskesmas itu kesannya ‘**Bodoh Banget**’ gitu loh. Terus kapan kita mau maju ? kalo kaya gini, kita enggak dikoreksi, kita enggak dikasih tau.” (BNW)*

PE Martinussen (2013) dalam penelitiannya menyatakan bahwa pertemuan regular antara dokter yang bekerja di rumah sakit dan dokter di pelayanan primer serta pelatihan yang diberikan dokter spesialis

kepada dokter di layanan primer dapat meningkatkan kualitas rujukan dan meningkatkan kapasitas layanan primer serta mengurangi daftar pasien yang akan dirujuk.

8. Persepsi informan tentang *overdiagnosed* dan *underdiagnosed referral* di PPK 1 dan implikasinya

Menurut informan bahwa Menteri Kesehatan telah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) No. 514 tahun 2015 tentang Panduan Praktik Klinis bagi dokter di FKTP. Dalam keputusannya terdapat diagnosis apa saja yang dapat ditangani dan diagnosis yang bukan merupakan kompetensi dokter di FKTP sehingga sebaiknya dirujuk oleh dokter yang bekerja di FKTP. Sehingga untuk melihat apakah ketika informan merujuk pasien ke FRTL *overdiagnosed* ataupun *underdiagnosed* dapat dilihat melalui KMK No. 514 tahun 2015. Hal tersebut didukung oleh pernyataan oleh informan sebagai berikut :

“...ketika ditanya apakah ini underdiagnosed atau overdiagnose, itu kembali ke kriteria e.. KMK 514 tentang Panduan Praktek di Layanan Primer, bahwa ketika kita punya seperti ini-seperti ini, diagnosanya ini, mengarah kesini. Itu yang menjadi pegangan, ibaratnya Al-Quran dan Sunnahnya kita pegang, kalo di Puskesmas itu ya KMK 514 dan bebrapa update klinik dari jurnal misalnya dari buku buku spesialis, dari guideline....”(BNW)

Selain Panduan Praktik Klinis, BPJS menetapkan kriteria untuk merujuk pasien yaitu salah satunya pasien yang dirujuk harus memenuhi salah satu dari TACC (*Time, Age, Complication, Comorbidity*). *Time*

adalah perjalanan penyakit digolongkan pada kondisi kronis melewati *Golden Time Standart*. *Age* yang dimaksud yaitu usia pasien kategori yang dikawatirkan meningkatkan risiko komplikasi serta kondisi penyakit lebih berat. *Complication* adalah komplikasi yang ada memperberat kondisi pasien. *Comorbidity* adalah gejala penyakit lain memperberat kondisi pasien.

Kriteria tersebut digunakan oleh BPJS agar dokter yang berfungsi sebagai gate keeper di FKTP dapat memilah-milah pasien yang akan dirujuk agar angka rujukan ke RTL tidak tinggi. Namun, menurut informan yang sebenarnya banyak terjadi di FKTP adalah bila informan ingin merujuk pasien ke RTL, mereka harus menyesuaikan dengan *P-care*, kriteria TACC, dan ICD-10 tersebut agar pasiennya dapat dirujuk.

*“Disini, yang kedua adalah kita merujuk adalah karena berkelit dari diagnosa aslinya. Jadi bukan over dok, kalo saya gak akan memilih kata kata over, kalo over itu seakan akan kita itu melebihi kaya korupsi gitu. **Kalo saya bahasanya saya adalah saya sesuaikan dengan P-Care nya dok.**(yang lain tertawa). Jadi gimana caranya biar bisa masuk, tetapi enggak kena rujukan non spesialistik, itu nomor satu, yang kedua pasiennya puas dirujuk.” (RK)*

Namun, ada hal yang sering membuat dokter di FKTP bingung yaitu dengan adanya diagnosis abu-abu. Diagnosis abu-abu yang dimaksud adalah dalam Panduan Praktik Klinis dan sistem P-care BPJS diagnosis tersebut merupakan diagnosis yang dapat ditangani oleh dokter di FKTP, namun pada kenyataannya, karena keterbatasan sarana sehingga

dokter hanya bisa mendiagnosanya, untuk terapinya dapat dikerjakan di RTL. Jika hal tersebut terjadi, maka presentase non spesialisik akan meningkat, sehingga kapitasi FKTP tersebut dapat dipotong oleh BPJS sebagai salah satu sanksi. BPJS juga menerapkan sanksi, namun juga memberikan penghargaan kepada FKTP yang memiliki evaluasi yang baik, yaitu salah satu tenaga medis di FKTP tersebut diberikan kesempatan untuk mengikuti seminar sebagai bentuk penghargaan yang gunanya nanti dapat meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan tersebut.

Hal tersebut didukung oleh pernyataan informan yaitu :

*“...untuk diagnosis rujukan, wah, ini rujukan kita ga bisa nih, contoh kita harus koreksi lensa, kita ga punya alatnya, tanda tangannya gak payu nggih. Kemudian kita mau masukkan diagnosis, lah diamati di P-Care, P-care nanti kalo kita gak e.... gak disesuaikan dnegan P-care maka kita nanti kena oleh e... rujukan non spesialisik. Jadi e... angka rujukan non spesialisik kita tinggi. Ketika tinggi maka kapitasi kita dipotong. Jadi kita berusaha menekan, ya memang BPJS memberikan nilai maksimal 5%. Jadi dibawah 5% sebenarnya masih oke, gak papa, masih aman lah katakan. Tapi ya harusnya malah 0, karena memang ketika masih ada isinya itu artinya masih, kasarannya ya **“Bodoh Banget ya, iki masih bisa ditangani kok dirujuk”**. Tapi harusnya memang 0.*

“....Untuk masalah reward, itu rewardnya ada dok. Saya udah pernah dulu, waktu pertemuan 2016 akhir, itu kan evaluasi. Rewardnya itu ada, jadi mereka memotong, tetapi juga ada rewardnya, kalo bagi yang tercapai. Jadi kan tiap 3 bulan, 4 bulan, bulan keempat itu kan kitadi evaluasi, kapitasi berbasis kinerja. Itu bulan keempat dievaluasi, ketika ini tiga-tiganya baik-baik-baik, apa yang paling atas itu e..... Prestasi, ketika tiga-tiganya Prestasi, yaitu rujukan non spesialisik, prolanis sama angka kontak, maka BPJS akan ‘mengontak’kami, PPK 1. Ini ada contoh dikirim seminar, dikirim pertemuan apa, intinys adalah peningkatan kompetensi kita. Jadi tidak ada reward dalam bentu uang. Tidak dalam bentuk ke PPK-nya, karena PPK itu adalah kerjasama. Jadi kalo diundang ya bisanya

Cuma salah satu kalo gak Ka-Pus nya ya dokternya, Cuma dua itu...”(RK)

Selain hal tersebut, menurut informan terdapat hal yang menjadi sebuah dilemma sekaligus menjadi tantangan bagi dokter di FKTP yaitu menghadapi pasien yang minta dirujuk ke RTL tanpa indikasi atau atas keinginan pasien sendiri. Bila dokter di FKTP tidak menuruti keinginan pasien, biasanya pasien akan langsung melaporkan ke Bupati atau walikota setempat dengan tuduhan tidak melayani pasien BPJS dengan baik. Dokter berada dalam dilemma karena jika dirujuk, pasien tersebut masih mampu dilayani di FKTP dan tidak terindikasi untuk dirujuk. Namun jika tidak dilayani, maka FKTP terkadang akan mendapat teguran melalui pejabat terkait. Sehingga sulit sekali bagi dokter untuk menjelaskan kepada pasien, seperti yang dinyatakan informan sebagai berikut :

“...ketiga diagnosis yang menurut kami susah untuk rujukan itu adalah yang APS itu dok. Jadi udah tau gak bisa dirujuk, sudah dijelaskan, tetep maunya ngotot dirujuk. Intinya kalo BPJS tetep gak boleh dirujuk. Tapi kalo di kita itu ibaratnya, kita bikin perang, antara kita sama pasien. Ketika pasien ndak puas, segala macem, yang masuk adalah komplain, komplain masuk ke kita. Jadi kita harus double lagi nih kerja lagi. Pasien sekarang itu komplain nya aneh-aneh, dok. Dia gak nulis di koran, tapi langsung lapor ke Pak Bupati ... “(RK)

Dalam pelayanan kesehatan di layanan primer, menurut informan masih terdapat keterbatasan yang tidak dapat dihindari yaitu keterbatasan SDM dan sarana. Sehingga informan merasa pentingnya penguatan layanan

primer. Hal tersebut merupakan sebuah tantangan yang harus segera diselesaikan bersama-sama. Informan menyatakan pendapatnya sebagai berikut :

“....Nah ini, dari beberapa faktor kita harus mengevaluasi. Trus yang mengevaluasi ini siapa ? Tetapi ketika saya belajar di S2 Fam-Med dan mencoba untuk belajar tentang penguatan layanan primer ini, kemudian saya mencoba untuk melakukan apa yang saya bisa lakukan untuk membuat perubahan, dari sekecil yang bisa kita lakukan. Tetapi ketika yang melakukan itu sedikit dan tidak serempak, itu berat rasanya. Sehingga memang butuh advokasi dan apa ya, kesadraan dari masing-masing individu untuk itu....” (BNW)

9. SPersepsi informan terhadap penyebab pasien dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut

Dalam (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 001 tahun 2012) tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan pasal 9, rujukan vertical dari fasyankes yang lebih rendah ke fasyankes yang lebih tinggi dilakukan apabila pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau sub spesialisik dan perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan. Menurut informan penyebab pasien dirujuk ke RTL yaitu kasus atau diagnosa memenuhi kriteria rujukan dan terdapat keterbatasan sarana serta prasana yang ada di FKTP. Seperti yang telah disebutkan sebelumnya bahwa Menteri Kesehatan telah mengeluarkan keputusan no. 514 Tahun 2015 tentang Panduan Praktik Klinis bagi dokter di FKTP yang

digunakan juga digunakan sebagai pedoman kasus rujukan ke RTL, bila tidak sesuai dengan kompetensi dokter di layanan primer. Namun, terkadang kasus tersebut merupakan kasus yang seharusnya dapat tuntas di FKTP, karena adanya keterbatasan sarana dan prasarana dalam penegakkan diagnosis dan penanganan pasien, maka pasien harus dirujuk ke RTL. Hal tersebut didukung oleh pernyataan informan sebagai berikut :

“Kalo menurut saya, kenapa kok pasien ini kita rujuk ke FKTL, ya karena kita, kadang keterbatasan yang tidak bisa kita upayakan untuk pasien tersebut. Yang pertama mungkin bisa dilihat dari sarana-prasarana yang kita punya. Yang kedua dari diagnosanya, jadi diagnosanya memang kriteria rujukan. Jaid menurut PMK514 tahun 2015 tentang Panduan Praktik Kedokteran di FKTP , disitu muncul kriteria rujukan. Ketika misal DHF, DHF itu 4A misal levelnya, kenapa kok dirujuk. Disitu ada panduannya. Nah, pada saat kita lihat kok ini ada indikasi dirujuk, ya kita rujuk....” (BNW)

Namun, menurut informan, ketika pasien diputuskan untuk dirujuk ke RTL, dokter yang bertugas di FKTP memiliki kewajiban untuk memberikan penjelasan kepada pasien tentang penyebab pasien dirujuk. Informan menyatakannya sebagai berikut :

“Saya selalu sampaikan ke pasien saya ‘Pak, Bu, saya tidak begitu paham ilmunya tentang ini, misal perdarahan uterus disfungsi, sudah saya obati kok tidak membaik, tidak punya USG, sehingga saya harus merujuk panjenengan ke dokter kandungan, karena begini-begini-begini’. Saya sampaikan alsannya. Nah nanti pada saat disana, saya selalu sampaikan ‘Saya merujuk Panjenengan ke ahlinya, yang mungkin dokter Spesialis Kandungan lebih ilmunya daripada saya. Ketika nanti panjenengan sampai disana, panjenengan konsultasi begini-begini-begini.’ Selalu saya sampaikan, bukan kemudian mendikte begitu, enggak. Tetapi menumbuhkan komunikasi,

karena pasien itu kalo di Rumah Sakit mereka itu akan seolah-olah lebih patuh, dibanding dengan dokter puskesmas. Ini yang saya alami betul.....” (BNW).

10. Persepsi informan terhadap proses ideal merujuk pasien dan kriteria pasien ideal yang dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut

Menurut informan pola rujukan sebenarnya harus mengikuti aturan BPJS (*TACC, P-Care, ICD-10*) seperti yang telah dijelaskan pada sub bab ke sepuluh. Informan merasa terdapat tantangan-tantangan dalam merujuk pasien, tantangan terbesar untuk merujuk pasien, yaitu rujukan atas permintaan pasien sendiri (rujukan APS) dan rujukan pasien dengan diagnosis abu-abu. Rujukan pasien APS yang dimaksud adalah pasien yang seharusnya tidak ada indikasi dirujuk, namun pasien tersebut meminta untuk dirujuk ke FRTL. Sedangkan Diagnosis abu-abu yang dimaksud yaitu diagnosis penyakit yang bias ditangani dan harus tuntas di FKTP, namun realitanya dokter di FKTP tidak memiliki sarana untuk menegakkan diagnose tersebut dan apabila memiliki alat untuk menegakkan diagnose tersebut, terapi dari dokter di FKTP tidak dapat digunakan, serta diagnose tersebut tidak dapat dirujuk, hanya dapat dirujuk bila dokter FKTP menyesuaikan diagnosisnya dengan *P-care*, seperti contohnya pada kasus kelainan refraksi. Hal tersebut dikatakan informan sebagai berikut :

“Tapi yang jadi masalah adalah yang setengah-setengah, jadi diagnosis abu-abu. Tingkat 1 tingkat 2 itu kan sesuai dengan PPK 1 nya. ‘oh kami bisa menatalaksana myopi, kami bisa trial lens nya’. Contoh nya seperti itu. Jadi disini, yang area nya abu-abu ini sebenarnya yang harus dikonfirmasi. Jadi kalo yang sudah di fix gausah diutik-utik lagi lah. Tapi tolong kalo saya yang saya amati, saya jangan dibatasi dengan P-Care , dimana disitu eksisten lebih khususnya ...”

“...Kalo yang masalah refraksi, kebetulan saya di poli mata bareng sama dr. , dan itu hampir 100% kali ya untuk yang kelainan mata yang untuk refraksi itu, pasti diganosisnya itu. Karena, di program P-care nya itu memang, kalo kita langsung nunjuk myopi atau hypermetropia atau yang satunya presbio itu gak bisa, gak bisa dirujuk. Jadi, kita di PPK 1 udah tau nih, oh ini gak ada alat untuk mendiagnosis, correct lense, trial lense nya gak ada. Kemudian yang kedua tadi, sistemnya juga salah. Karena memang yang diterima optik untuk dibayari resep kacamatanya itu adalah resep dokter spesialis bukan resep dokter umum. KIR nya itu loh, gak laku dokter umum. Jadi disini, BPJS mintanya 4A, tapi dari sisi sistemnya dia untuk e..... memberikan kaca mata itu harus Sp.M. Itu gak ‘gatak’ gitu loh. Jadi memang sistemnya yang harus dirubah.. “ (RK)

Tantangan lainnya yang dihadapi oleh dokter di layanan primer menurut informan yaitu BPJS belum memberikan informasi yang adekuat (tidak proaktif) tentang aturan pola rujukan kepada peserta BPJS. Sehingga terkadang dokter di layanan primer diprotes oleh pasien karena tidak mau merujuk pasien tanpa indikasi ataupun kasus lain misalnya pasien dengan penyakit yang dapat ditangani di FKTP, namun tidak dirujuk balik oleh dokter spesialis di FRTL dan ketika pada akhirnya dirujuk oleh dokter FKTP ke FRTL, dokter di FKTP juga diprotes oleh petugas BPJS.

“....ya, itu juga e..... tolong ya kalo yang saya pernah beberapa kali kalo rujukan atas permintaan pasien. Kita

kalimat terakhir adalah 'silakan ke BPJS, nanti dijelaskan'. Tapi itu intinya kadang pasien gak mau kesana. Jadi mungkin disini, kenapa ndak BPJS itu membuat sebuah e. ngomong ke Kapitan, orangnya. Kan yang disuruh selama ini sosialisasi adalah kita PPK1, lah BPJS itu ngapain gitu loh? Dia itu kan yang punya data pasiennya, dia yang punya data seluruhnya, kenapa dia tidak memberikan sebuah surat lah minimal, 'iki loh kewajiban anda, hak anda, alur nya begini....'

"...Ya itulah mba. Sekarang kalo misalnya spesialisnya tau itu TB, dan itu bisa ditatalaksana oleh tingkat 1, ngapain gak dikembalikan ke kita? Tapi kenapa pasiennya disuruh datang terus, nah sekarang yang salah siapa dong?' saya tanyakan ke petugasnya itu.

'Ya spesialisnya dok, tapi kok dokter kasih rujukan?'

'Ya wong sudah datang ke tempat kami, sudah dikasih tau seperti itu, pasiennya tetep gak mau, alasannya adalah yang nyuruh dokter spesialisnya, kita mau apa mba.'

'Ya jangan dikasih rujukan.'

"Lah nanti pasiennya ngamuk mba.'

'Yaudah dikasih rujukan yang tidak usah pake print out.'

'Loh, kalau tidak kasih print out nanti jawabannya gini mba : 'loh dok kok gak ada print out? Kalo ndak ada print out saya disuruh bayar dok. Lha terus gimana?'

'Intinya gak boleh dikasih rujukan.'

'Silakan mba, kami di Puskesmas Sleman ada 25 Puskemas. Mba luangkan waktu 1 atau 2 hari, silakan datang ke salah satu Puskesmas kami, pada waktu jam kerja. Silakan mba kemudian masuk ke poli, dna mba tunggu nanti kalo ada pasien rujukan yang minta rujukan APS, kemudian nanti mba sendiri yang menjelaskan.'

'Lho, itu kan tugas PPK 1'

'Mba, anda by the book dan by the field itu beda. By the book ada bilang gak boleh, silakan jelaskan by the field. Untuk tau by the book kita itu tinggal belajar dan baca, tapi kalo mba mau merasakan by the field, mba harus datang, kemudian merasakan sendiri, jelaskan sendiri mba, nanti gimana.'

Tulisannya terakhirnya gini

'Yasudah dok, kalo memang pasien sudah diedukasi dan gak mau, disuruh datang ke BPJS saja nanti kita jelaskan.'

Alasannya begitu terus..."(RK)

Hal seperti kasus yang dipaparkan sebelumnya terjadi karena biasanya pasien tersebut nakal dan mengakali sistem BPJS. Kasus yang

sering terjadi yaitu pasien BPJS datang ke FRTL dengan menjadi pasien umum, kemudian setelah tau perkiraan diagnosis penyakit, dan untuk menegakkan diagnosis butuh pemeriksaan lanjutan dengan harga yang cukup mahal, pasien memilih menggunakan BPJS, dan meminta rujukan dari FKTP untuk dirujuk ke FRTL. Setelah diagnosis ditegakkan dan diketahui bahwa penyakit tersebut dapat ditutaskan di FKTP, seharusnya dokter spesialis melakukan rujukan balik. Namun, beberapa spesialis di FRTL tidak melakukan hal tersebut, sehingga dokter di FKTP terkena imbasnya. Seperti yang telah dipaparkan oleh informan sebagai berikut :

“Nah itu harusnya problemnya adalah di Tingkat Dua dok, spesialisnya. Katakanlah itu dulu mungkin waktu awal kalo yang pernah saya tau loh, beberapa pasienn itu bukan kita rujuk pertama kali kesana. Nih, kebanyakan kaya gini : Pasien itu datang dulu ke Rumah Sakit dengan membayar. Jadi datang ke spesialis gak pakai kartu. Jadi datang ke spesialis alasannya ‘dok ini gini-gini-gini’, ‘oh ini suspek TB’. Kemudian dia pemeriksaan , segala macam, skoring hasilnya positif, diobati. Nah, setelah itu kan datang kedua, ‘Bu, punya BPJS gak?’

‘Punya’

‘oh yaudah minta rujukan’

Nah, biasanya yang jadi masalah adalah yang kaya gitu dok. Jadi awalnya dia sudah terjadi masalah atau ‘Pasiennya ngakali sistem’.

Jadi kalo saya melihat, kesalahan disitu adalah spesialisnya ini, yang gak mengembalikan. Kalo beberapa RS, contoh ya pasien TB dewasa, ketemu positif TB. Oleh rumah sakit, sebelum dimulai pengobatan, sudah dikembalikan dok. Agar satu paket obat TB satu kardus itu stok nya di Puskesmas. Jadi ini kalo RSA itu, e.. saya gak melihat spesialisnya dok, Cuma disini memang semua itu kembali ke individu dokternya. Jadi disini, kita gak bisa ‘Mendikte’. ‘Dok ini nanti dirujuk balik ya, nanti Prolanis di tempat saya.’ Gak bisa kaya git. Semua itu adalah keputusan spesialis untuk dikembalikan ke tingkat satu. Termasuk juga yang sederhana saja, surat feedback. Itu dikasih apa enggaknya dikasih ke spesialis.....” (RK)

Permasalahan-permasalahan yang terjadi seperti yang telah dipaparkan sebelumnya, menunjukkan bahwa masih lemahnya sistem monitoring dan evaluasi oleh BPJS, sehingga hal-hal tersebut dapat terjadi. Informan mengatakan bahwa perlunya diadakan monitoring dan evaluasi keseluruhan untuk sistem rujukan. Hal tersebut didukung oleh pernyataan informan sebagai berikut :

“Kalo menurut saya monitoring dan evaluasi sangatlah penting. Contohnya pada pribadi diri kita sendiri lah, muhasabah dan intropeksi diri untuk membuat suatu perubahan . Apalagi itu adalah sebuah sitem yang melibatkan banyak faktor, sehingga monitoring dan evaluasi ini sangat penting. Kalo misalnya memang e.....menginginkan seuah perubahan. Ketika sudah ada monitoring dan evaluasi, ini kemudian disampaikan, dikomunikasikan. Apalagi tentang sistem rujukan ini, sehingga saya berfikirnya, ketika memang ada evaluasi itu kan, kalo orang jawa bilang itu kan “di-elik’ke”, kaya ada feedback gitu. Karena kita kan gak bisa ngelihat gethok kita sendiri, harus orang lain yang melihat kita, sehingga ketika kita ada sesuatu yang kurang, kita jadi tau.” (RK)

C. Kelemahan Penelitian

Adapun kelemahan pada penelitian ini adalah

- 1) Peneliti tidak melakukan observasi langsung terhadap informan penelitian
- 2) Peneliti tidak meneliti lebih lanjut pengaruh aplikasi *paradigm shifting* terhadap rujukan pasien
- 3) Kurangnya data objektif penunjang data hasil FGD