

Kajian *Continuity of Care* Pasien Program Rujuk Balik di Puskesmas Kota Surabaya

Anak Agung Pradnya Paramitha Vidiani^{1,3}, Lisa Aditama², dan Amelia Lorensia²

¹Clinical Pharmacy of the Master Study Program, Faculty of Pharmacy, University of Surabaya, Surabaya, 60293, Indonesia

²Department of Clinical and Community Pharmacy, Faculty of Pharmacy, University of Surabaya, Surabaya, 60293, Indonesia

³Surabaya Health Vocational High School, Surabaya, 60119, Indonesia

Korespondensi: Lisa Aditama

Email: lisa_aditama@staff.ubaya.ac.id

Submitted : 29-01-2023, Revised : 14-06-2023, Accepted : 16-06-2023

ABSTRAK: Pasien penyakit kronis menjalani transisi pelayanan kesehatan, sehingga kesinambungan perawatan atau *continuity of care* (CoC) menjadi komitmen antar tenaga kesehatan. CoC diukur dari perspektif pasien berdasarkan pengalaman dalam pelayanan kesehatan terkait kesinambungan informasi, hubungan dan manajerial. Tujuan penelitian adalah melakukan kajian CoC pasien DM tipe 2 dan hipertensi PRB Puskesmas Kota Surabaya dan menggali pengalaman pasien dalam transisi pelayanan kesehatan. Rancangan penelitian adalah *mixed methods*. Sampel ditentukan secara purposive dengan memperhatikan kriteria penelitian. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner *Cuestionario Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atencion* (CCAENA) dan wawancara semi-terstruktur. Kesinambungan hubungan berada pada tingkat yang tertinggi, dimana hubungan dengan dokter spesialis lebih tinggi (95%) dibandingkan dokter umum (74%). Ketidaksinambungan hubungan terbesar, yaitu tidak bisa berkonsultasi dengan dokter yang sama di Puskesmas (58%). Kesinambungan manajerial terkait koherensi perawatan (91%) dan aksesibilitas (79%). Ketidaksinambungan manajerial terbesar adalah tidak ada koherensi perawatan antara dokter spesialis dan dokter di Puskesmas (85%) serta aksesibilitas saat antri di rumah sakit (48%). Kesinambungan informasi berada pada tingkat paling rendah (73%). Ketidaksinambungan informasi terbesar adalah diskusi antara pasien dan dokter di Puskesmas terkait pengobatan setelah rujukan (37%). Kesimpulan dari penelitian ini adalah ketidaksinambungan dalam transisi perawatan pasien penyakit kronis terbesar adalah pemberian informasi. Apoteker memiliki peran penting untuk meningkatkan pelayanan informasi dan menjamin keselamatan pasien disetiap rantai perawatan.

Kata kunci: CCAENA; CoC; kesinambungan hubungan; kesinambungan informasi; kesinambungan manajemen

ABSTRACT: Transition of healthcare increases the risk of chronic disease patients, therefore continuity of care (CoC) is needed for patient care. CoC measure from the patient's perspective based on experience related to continuity of information, relationships and managerial. The purpose was to study of CoC patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) and hypertension referral program at the Surabaya City Public Health Center and explore patient experiences in transitioning health services. The design is mixed methods. The sample was determined purposively by observe into research criteria. Data collection was using the *Cuestionario Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atencion* (CCAENA) questionnaire and semi-structured interviews. Relation continuity is the highest level, where relationships with specialist are higher (95%) than general prescriber (GP) (74%). The biggest discontinuity is not being able to consult the same GP (58%). Managerial continuity related to coherence of care (91%) and accessibility (79%). The biggest managerial discontinuity is coherence between specialist and GP (85%) and accessibility when queuing at the hospital (48%). Information continuity is the lowest level (73%). The biggest discontinuity is discussion between patients and GP regarding treatment after referral (37%). Conclusion this study is the biggest discontinuity in the transition of care for chronic disease patients is information. Pharmacists have an important role to improve information services and ensure patient safety.

Keyword: CCAENA; CoC; continuity relation; continuity information; continuity management

1. Pendahuluan

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyebab utama kematian di seluruh dunia. PTM yang tertinggi menyebabkan kematian diantaranya penyakit jantung, kanker, diabetes mellitus (DM) tipe 2 dan penyakit pernafasan kronis [1]. Di Indonesia, 73% merupakan penyebab kematian penyakit tidak menular salah satunya dikarenakan DM tipe 2 dan hipertensi [2]. DM dan hipertensi merupakan salah satu penyakit yang paling umum dengan faktor risiko kardiovaskular, diseluruh dunia dan frekuensinya meningkat seiring bertambahnya usia. Peningkatan tekanan darah merupakan temuan umum pada pasien dengan DM tipe 2 dan diperkirakan mencerminkan dampak resistensi insulin yang mendasari pada pembuluh darah dan ginjal. Sebaliknya, bahwa gangguan metabolisme karbohidrat lebih sering terjadi pada individu hipertensi. Dengan demikian menunjukkan bahwa hubungan patogenik antara DM dan hipertensi sebenarnya dua arah [3].

Saat ini Indonesia memiliki program yang memudahkan akses pelayanan kesehatan kepada pasien penyakit kronis yaitu Program Rujuk Balik (PRB). PRB merupakan program yang diadakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan serta memudahkan akses pelayanan kesehatan kepada peserta penderita penyakit kronis [4]. PRB tersebut diberikan kepada peserta BPJS dengan penyakit kronis termasuk diabetes ataupun hipertensi yang sudah dalam kondisi terkontrol/stabil namun masih memerlukan pengobatan dalam jangka panjang yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), salah satunya puskesmas [5]. Transisi fasilitas kesehatan seperti yang dialami oleh pasien PRB ini dapat meningkatkan memburuknya kondisi pasien yang dapat disebabkan oleh kesalahan pengobatan yang ditimbulkan oleh perubahan yang sering dalam rejimen pengobatan, keterlibatan profesional perawatan kesehatan yang berbeda dan dokumentasi yang ti-

dak memadai serta transfer informasi antara penyedia layanan kesehatan. Maka diperlukannya *Continuity of Care* (CoC) diyakini penting untuk perawatan pasien [6].

Saat ini CoC telah mendapatkan perhatian dalam beberapa tahun terakhir dikarenakan peningkatan kompleksitas perawatan kesehatan, keterlibatan sejumlah layanan dan peningkatan pasien dengan penyakit kronis dan berbagai kondisi. CoC didefinisikan sebagai sejauh mana pasien mengalami perawatan dari waktu ke waktu secara koheren berdasarkan perspektif dari pasien. CoC merupakan cara penataan pemberian asuhan yang telah terbukti memiliki berbagai manfaat kesehatan. CoC memungkinkan pasien dan dokter untuk berbagi pengetahuan dari waktu ke waktu. Dapat dikatakan bahwa kondisi yang umumnya asimtomatik akan terdeteksi lebih awal karena hubungan jangka panjang antara pasien dan dokter. Dokter telah menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan pasien yang menyertai kontinuitas merupakan bagian integral dari proses pengambilan keputusan klinis. Pengenalan penyakit adalah langkah penting pertama untuk manajemen penyakit dan morbiditas dan mortalitas yang terkait, terutama pada penyakit kronis selama bertahun-tahun, seperti diabetes dan hipertensi [7].

CoC memiliki tiga domain yaitu kesinambungan hubungan yang didefinisikan persepsi pasien terkait hubungan terapeutik yang berkelanjutan dengan satu atau lebih banyak penyedia, kesinambungan informasi yaitu persepsi pasien terkait ketersediaan, penggunaan dan interpretasi informasi pada peristiwa masa lalu untuk memberikan perawatan yang sesuai dengan keadaan mereka saat ini, dan kesinambungan manajerial yaitu persepsi pasien tentang penerimaan layanan fasilitas kesehatan yang berbeda secara terkoordinasi, saling melengkapi dan tidak terduplikasi. CoC relasional berkaitan dengan hubungan peduli terus menerus dengan profesional, baik kontinuitas informasi dan manajerial terkait dengan persepsi interaksi antara penyedia.

Memantau dan meningkatkan CoC merupakan hal penting. Untuk mengukurnya dan penilaiannya harus melibatkan ketiga domain yaitu kesinambungan hubungan, kesinambungan informasi dan kesinambungan manajemen dari perspektif pasien [8].

Kuesioner *Cuestionario Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención* (CCAENA) adalah alat yang ditujukan untuk mengeksplorasi lintasan pasien dalam layanan perawatan kesehatan, untuk mengidentifikasi elemen (dis)kontinuitas yang dialami dalam transisi lintas tingkat perawatan dan untuk mengukur tingkat kontinuitas perawatan yang dirasakan oleh pengguna menggunakan skala *Likert*. Kuisisioner CCAENA dapat digunakan untuk mengidentifikasi tingkat CoC dan dikembangkan berdasarkan tinjauan literatur dan divalidasi menggunakan panel ahli, dua pretest, dan uji coba dengan sampel 200 pengguna layanan kesehatan. Proses validasi menunjukkan bahwa kuisisioner yang dirancang adalah instrumen yang valid dan reliabel. Kuisisioner ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman kita tentang fenomena koordinasi perawatan dan kesinambungan perawatan, serta menganalisis sudut pandang pasien [9]. Selain menggunakan kuisisioner CCAENA ini, dilakukan pula wawancara semi-terstruktur yang digunakan untuk menggali lebih dalam fenomena CoC terhadap ketiga domain ini.

Tidak memiliki CoC pada pasien dengan penyakit kronis adalah hal biasa, terutama di negara-negara Asia dimana dokter perawatan primer tidak lazim dijumpai. Meskipun kemungkinan CoC di antara pasien penyakit kronis seperti hipertensi akan mendapat manfaat dari perawatan komprehensif, dampak CoC pada hasil klinis relatif kurang dipelajari. Saat *cardiovascular disease (CVD)* juga termasuk dalam penyebab utama kematian maka penting untuk *management* dari hipertensi (HT) untuk mengurangi resiko CVD dan juga mortalitas [10]. Berdasarkan latar belakang diatas, penelitian ini berkontribusi untuk memberikan kajian tentang peran apoteker dalam CoC pasien rujuk balik di puskesmas Kota Surabaya.

2. Bahan dan metode

2.1. Desain penelitian

Jenis penelitian ini adalah *mixed methods* dengan desain non-eksperimental secara *cross sectional*. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif dalam penelitian ini menggunakan kuisisioner *Cuestionario Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención* (CCAENA) untuk melihat tingkat CoC dari pasien serta metode kualitatif yang menggunakan wawancara semi-terstruktur pada pasien untuk memperdalam tingkat CoC.

2.2. Sampel penelitian

Sampel dalam penelitian ini menggunakan menggunakan teknik *nonprobability purposive sampling*. Teknik *nonprobability purposive sampling* karena peneliti mempunyai pertimbangan tertentu. Teknik ini dilakukan dengan pertimbangan keterbatasan waktu, tenaga dan biaya sehingga tidak dapat mengambil sampel yang besar dan jauh [11]. Dalam penelitian ini didapatkan 53 responden. Kriteria inklusi meliputi: pasien usia ≥ 18 tahun dengan diagnosa DM tipe 2 dan atau hipertensi, aktif mengalami pengobatan PRB di puskesmas, aktif mengambil obat PRB di puskesmas berdasarkan pelaporan apoteker puskesmas, memiliki kesesuaian data (alamat atau nomor HP) di puskesmas, dan bersedia menjadi responden penelitian. Kriteria eksklusi meliputi tidak dapat membaca dan menulis, domisili di luar Surabaya dan mengambil obat di apotek pengampu

Peneliti terlebih dahulu meminta daftar dan data pasien DM tipe 2 dan hipertensi PRB di setiap Puskesmas Kota Surabaya setelah mendapatkan perijinan dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan surat kode etik yang di terbitkan oleh Universitas Surabaya. Peneliti lalu bertemu dengan pasien di kediaman pasien yang bersedia menanda tangani formulir *informed consent*. Saat bertemu dengan pasien, peneliti memberikan kuisisioner CCAENA untuk diisi, selanjutnya pada hari yang sama peneliti melakukan wawancara semi-terstruktur pada pasien dengan alat bantu *voice recording*.

2.3. Instrumen penelitian

Penelitian kuantitatif berdasarkan hasil dari kuisisioner CCAENA. Kuisisioner CCAENA digunakan untuk mengukur tingkat kesinambungan perawatan pasien PRB di puskesmas. CCAENA terdiri dari 29 item terkait dengan hubungan penyedia perawatan pasien-primer (7 item); hubungan penyedia perawatan sekunder pasien (7 item); kesinambungan informasi (4 item); koherensi perawatan di seluruh tingkat perawatan (7 item) dan aksesibilitas di seluruh tingkat perawatan (4 item). Item memiliki empat pilihan jawaban, yang bervariasi menurut item: sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju (pada item yang berhubungan dengan kesinambungan hubungan); dan selalu, sering, kadang-kadang dan tidak pernah (pada hal-hal yang berkaitan dengan kesinambungan informasi dan manajemen).

Skor dalam kuisisioner ini dengan cara item dinilai dari 0–3 poin (dari sangat tidak setuju/tidak pernah hingga sangat setuju/ selalu). Setiap kontinuitas skor diubah menjadi variabel kategori dengan sempit kemungkinan nilai: sangat rendah ($\leq 0,25$); rendah ($>0,25$ hingga $0,5$); tinggi ($>0,5$ hingga $0,75$); dan persepsi kontinuitas yang sangat tinggi ($>0,75$) yang dianalisis secara deskriptif [12].

Hasil dari penelitian kualitatif dengan wawancara semi-terstruktur ini, rekaman hasil wawancara didengarkan kembali dan ditranskripsikan kata per kata oleh peneliti. Transkrip dianalisis menggunakan pendekatan *content analysis*. Pendekatan tersebut dilakukan dengan cara menentukan kata kunci (kode) dari sekumpulan kalimat yang mempunyai kemiripan arti. Kalimat tersebut mewakili tingkat CoC pada pasien berdasarkan dengan domainnya. Kode tersebut kemudian dikelompokkan ke dalam kategori-kategori yang lebih besar, sesuai dengan kebutuhan.

3. Hasil

Sebanyak 53 pasien yang memenuhi kriteria inklusi pasien PRB selama bulan Juli-November

2022 menjadi sampel dalam penelitian ini. Karakter pasien bervariasi, diantaranya jenis kelamin, rentang usia, (mulai 40 sampai ≥ 80 tahun), jenjang pendidikan mulai sekolah dasar (SD) sampai sarjana (S1), didiagnosis DM dan atau hipertensi. Secara detail data karakteristik demografi pasien ditunjukkan pada Tabel 1.

3.1. Penelitian kuantitatif

Dari ketiga domain, kesinambungan hubungan berada pada tingkat yang tertinggi, dimana hubungan dengan dokter spesialis memiliki persentase sebesar 95%. Persentase hasil kuisisioner CCAENA berdasarkan domain kesinambungan hubungan dengan dokter spesialis di rumah sakit (RS) didapatkan hasil CoC yang memiliki hasil sangat tinggi sebesar 50 orang (94,34%) dan tinggi sebesar 3 orang (5,66%) ditunjukkan pada Tabel 2.

Hubungan dengan dokter umum di puskesmas memiliki presentase sebesar 74%. Persentase hasil kuisisioner CCAENA berdasarkan domain kesinambungan hubungan dengan dokter umum di puskesmas didapatkan hasil CoC yang sangat tinggi, sebesar 26 orang (49,06%), tinggi sebesar 23 orang (43,40%) dan rendah sebanyak 4 orang (7,55%) sesuai pada Tabel 3.

Persentase hasil kuisisioner CCAENA berdasarkan domain kesinambungan manajemen, terkait koherensi perawatan didapatkan 91% dengan distribusi CoC sangat tinggi sebanyak 52 orang (98,11%) dan tinggi sebanyak 1 orang (1,89%). Selain koherensi perawatan, kesinambungan manajemen juga terdapat aksesibilitas perawatan kesehatan, yang didapatkan CoC sebesar 74% dengan distribusi sangat tinggi 28 orang (52,83%), tinggi sebanyak 22 orang (41,51%), rendah sebanyak 2 orang (3,77%) dan sangat rendah sebanyak 1 orang (1,89%) seperti ditunjukkan di tabel 4 dan 5. Setelah dilakukan analisis butir pertanyaan pada domain ini, ketidaksambungan tertinggi disebabkan karena antrian yang cukup lama saat ke dokter spesialis di RS.

Domain kesinambungan informasi berada di tingkat paling rendah, yaitu sebesar 73% dengan

Tabel 1. Data karakteristik demografi pasien pada penelitian

Faktor pasien	Σ pasien (%)*
Jenis kelamin	
Perempuan	33 (80,00)
Laki-laki	20 (20,00)
Usia (tahun)	
40 – 49	9 (16,98)
50 – 59	13 (24,53)
60 – 69	17 (32,08)
70 – 79	12 (22,64)
≥80	2 (3,77)
Status pendidikan	
Sekolah Dasar	12 (22,64)
Sekolah Menengah Tingkat Pertama	11 (20,75)
Sekolah Menengah Tingkat Atas	19 (35,85)
Sarjana (S-1)	11 (20,75)
Lama pengobatan (tahun)	
1 – 5	4 (7,55)
6 – 10	11 (20,75)
11 – 15	17 (32,07)
16 – 20	12 (22,64)
>20	9 (16,98)
Diagnosis	
DM tipe 2	13 (24,53)
Hipertensi	23 (43,40)
DM tipe 2 dan Hipertensi	17 (32,07)

*Persentase didapatkan dari jumlah partisipan dibagi dengan total partisipan dikalikan dengan 100% (N=53)

Tabel 2. Distribusi frekuensi hasil penilaian berdasarkan domain kesinambungan hubungan dengan dokter spesialis

Hasil	Σ pasien (%)
Sangat tinggi	50 (94,34)
Tinggi	3 (5,66)
Rendah	0
Sangat rendah	0

Tabel 3. Distribusi frekuensi hasil penilaian berdasarkan domain kesinambungan hubungan dengan dokter umum

Hasil	Σ pasien (%)
Sangat tinggi	26 (49,06)
Tinggi	23 (43,40)
Rendah	4 (7,55)
Sangat rendah	0

distribusi CoC sangat tinggi sebanyak 17 pasien (32,01%), tinggi 22 pasien (41,52%), rendah 10 pasien (18,87%) dan sangat rendah sebanyak 4 pasien (7,55%) ditunjukkan pada tabel 6. Setelah dilakukan analisis butir, ketidaksinambungan informasi terbesar dikarenakan tidak adanya diskusi antara pasien dan dokter puskesmas terkait pengobatan setelah rujukan (37%).

3.2. Penelitian kualitatif

Pada penelitian kualitatif dilakukan penggalan informasi terkait ketidaksambungan pasien dalam berbagai domain. Setelah itu hasilnya akan dilakukan analisis pada transkrip dengan menggunakan pendekatan *content analysis*. Lalu akan terbentuk tema dari sekumpulan kalimat yang memiliki kemiripan arti. Berikut merupakan beberapa tema yang terbentuk dari berbagai domain

3.2.1. Domain: Kesenambungan manajemen

Tema 1 : Kekosongan obat

"Pernah mbak saya itu adalah terus luama kosong, akhirnya waktu itu saya minta tolong dirujuk aja mbak ke RS kan disana obatnya lebih lengkap juga. Tapi yang diabet saya tetep ke puskesmas"

"Tau mbak aku keentekan obat pas obate sing luarang maneh pokoke sing warnane ijo iku mbak, duh batin ku aku iki lek tuku dewe buangkrut laan. Yawes mbak ngenteni ae yo opo maneh aku iki manut ae wes"

Tema 2 : Antrian panjang di Rumah Sakit

"Aku nek ke Rumah Sakit ya pagi berangkat nanti baru sampe rumah itu ya jam 4 an setelah Ashar, aku kadang yo seng nggarai males nak rumah sakit iku lak antrine iku mbak. Padahal ya udah ambil nomor antrian online cumak kan ya sampek sana itu nungguin lagi"

"Saya jujur sampek nggak mau sekarang mbak disuruh kembali ke rumah sakit saya itu trauma mbak lah saya itu hampir hampir 12 jam mbak kayaknya disana itu lah berangkat pagi baru sampe rumah itu sekitar Isha mbak aku sampe bilang ke dokternya dok aku disini aja ya dok aku takut trauma aku antri di rumah sakit, terus dok-

ternya bilang iya bu cuma ada yang saya tanda tangani gitu lho mbak saya ya nggak tau itu surat pernyataan gitu"

3.2.2. Domain: Kesenambungan informasi

Tema 1 : Penjelasan penggunaan obat

"Pernah dapet yang baru itu pegawainya kadang nggak ditulisin yo tak mintai tolong nak tolong dituliskan ini buat apa itu buat apa kadang ganti lagi pegawainya lupa lagi pokok kalo ibuk ini tetep diingetin aja yo mbak wong buat kebainkannya diri sendiri"

"Saya ini sudah hafal mbak cara pake obatnya tapi saya ya dikasi tau sama dokter yang di rumah sakit katanya metformin ini dilihat dari gula darahnya ibu kalo emang sudah agak turun ya diminum dua kali aja. kalo puskesmas kekosongan gitu ya aku nggak pusing mbak wong aku ya dirumah banyak hehehehe kadang gitu tak kasikan tanggung mbak yang emang katanya cek cek gula e tinggi wes iki ae wes timbangane antre antre ribet ngurus ngurus wes tak nyei ae hahahaha"

Tema 2 : Komunikasi dengan tenaga kesehatan

"Saya itu mbak sebenarnya lebih suka ke puskesmas lah deket dari rumah tinggal naik becak aja bisa atau jalan kaki ya bisa. Tapi saya ini kan nggak pernah ini ambil obat jantung saya di puskesmas takutnya itu obatnya nggak ada atau nggak di cover sama BPJS."

"Pernah mbak sekali ini tok she mbak ini barusan kemarin ini biasane itu bagian obat-obat itu ngasi tau ini buat apa ini buat apa obate lah kok hari itu langsung saya dikasikan kresok isinya obat-obat saya ya saya juga mikire halah paling wes biasa ngono yo mbak jadinya ya ndak ndak ngecek lagi. sampek rumah itu ya tak taruh ae gitu mbak teros besoke itu wayahe minum obat aku kaget lho obatku kok ganti kok nggak dikasi tau apa-apa langsung mbak aku ke puskesmas, lah dia bagian obat obat itu ya nggak mau disalahkan mbak dia bilange nurut resep yang dikasi sama dokter katanya itu gitu malah dia ngasi tau kalo ibu nggak mau yg ini yaudah saya ganti yang biasanya gitu mbak"

Tabel 4. Distribusi frekuensi hasil penilaian berdasarkan domain kesinambungan manajemen koherensi perawatan

Hasil	Σ pasien (%)
Sangat tinggi	52 (98,11)
Tinggi	1 (1,89)
Rendah	0
Sangat rendah	0

Tabel 5. Distribusi frekuensi hasil penilaian berdasarkan domain kesinambungan manajemen aksesibilitas fasilitas kesehatan

Hasil	Σ pasien (%)
Sangat tinggi	28 (52,83)
Tinggi	22 (41,51)
Rendah	2 (3,77)
Sangat rendah	1 (1,89)

Tabel 6. Distribusi frekuensi hasil penilaian berdasarkan domain kesinambungan informasi

Hasil	Σ pasien (%)
Sangat tinggi	17 (32,08)
Tinggi	22 (41,51)
Rendah	10 (18,87)
Sangat rendah	4 (7,55)

3.2.3. Domain: Kesinambungan hubungan

Tema 1 : Tenaga kesehatan di puskesmas tidak selalu sama

“Aku kalo sama yang di puskesmas itu dokter doktere nggak apal mbak jadi ya kalo konsultasi jane ya enakan ke rumah sakit tapi ya mualese an-triane suwe, tapi yawes mbak kita ini kan ya hanya mau berobat sukur2 diwei gratis karo pemerintah”

“Ibuk kalo sama dokter dokter puskesmas nggak kenal ganti-ganti tapi kalo di rumah sakit kenal tapi pegawai yang di obat-obat itu kenal mbak sering nyapa ibu kan tiap bulan ketemu mbak”

Tema 2 : Keramahan tenaga kesehatan di puskesmas

“Nggak mbak aku nggak kenal mbek pegawai sing ndek obate iku judes judes mbak tapi yawes yo mbak wong kene mek njupuk obat tok nang kono”

“Saya nggak pernah mbak nanya ke bagian farmasinya ketus mbak kalo njawab, saya kalo ada

apa-apa ya ke dokternya aja kalo nanyain obat juga. Dulu soalnya pernah sekali nanya tentang rujuk balik dulu awal-awal lah nggak tau dianya juga nggak paham atau yaopo ya mbak ibuk ini malah dimarain mosok ya gaoleh nanyain administrasi ke dia gitu ya mbak mentang mentang kita itu gratis”

4. Pembahasan

Pelayanan kesehatan dalam PRB dilaksanakan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan. Transisi pelayanan kesehatan menjadi salah satu resiko besar ketidaksesuaian pengobatan [13].

CoC mempunyai banyak manfaat untuk pasien diabetes dan hipertensi dalam PRB diantaranya menghasilkan komunikasi yang baik antara pasien dan dokter, serta meningkatkan kepatuhan pasien dengan melakukan follow up rutin. COC adalah bagaimana pengalaman perawatan seorang pasien dari waktu ke waktu secara koheren dan terkait [14]. Proses CoC tidak lepas dari 3 domain yaitu kesinambungan hubungan, manajerial dan informasi. Hasil yang diperoleh pada penelitian ini menggunakan kuisisioner CCAENA ketiga domain ini memiliki nilai yang tinggi. Hasil tersebut berdasarkan pengalaman pasien dari segi relasi dengan tenaga kesehatan, penyampaian informasi serta manajemen dari instansi terkait.

Pada domain kesinambungan hubungan menggunakan kuisisioner CCAENA. Pada domain kesinambungan hubungan ini terdapat dua bagian yaitu hubungan dengan dokter spesialis di RS dan dokter umum di puskesmas. Keduanya memperoleh hasil yang tinggi dalam CoC, akan tetapi hubungan dengan dokter umum memiliki tingkat yang rendah dibandingkan hubungan dengan dokter spesialis. Setelah dilakukan analisis butir terdapat permasalahan yang dapat mempengaruhi *continuity* pada perawatan pasien yaitu pasien tidak dapat memilih dokter yang sama setiap perawatan di puskesmas. Pemilihan dokter di puskesmas ini sangat berbeda dengan pemilihan dokter spesialis di RS, karena apabila daftar untuk perawatan di RS pasien dapat memilih dengan dokter yang diinginkan. Hal ini dapat terjadi dikarenakan tenaga kesehatan di puskesmas yang sering berpindah tempat praktek, sehingga ketika pasien sudah nyaman untuk membicarakan perawatannya kepada satu dokter belum dapat dipastikan untuk bulan depan ketika perawatan pasien akan mendapatkan dokter yang sama. Hal ini serupa dengan hasil wawancara yang dilakukan dengan tema tenaga kesehatan di puskesmas yang tidak selalu sama, dimana pasien merasa apabila terdapat perbedaan dokter yang menangani perawatan kurang

nyaman untuk menceritakan riwayat yang dialami pasien. Selain tema tersebut terdapat pula tema yaitu keramahan tenaga kesehatan di puskesmas, dimana pasien mengeluhkan beberapa pegawai puskesmas apabila diminta informasi dimana itu bukan bagiannya, tenaga puskesmas menjawab dengan nada yang sedikit sinis, bahkan beberapa pasien menyatakan bahwa hanya karena gratis mereka mendapatkan pelayanan yang kurang menyenangkan. Tema ketiga yaitu hubungan dengan apoteker dalam tema ini dapat dilihat bagaimana hubungan antara apoteker dengan pasien. Dimana pasien merasa tidak pernah berkepentingan dengan apoteker bahkan beberapa pasien mengetahui bahwa tugas apoteker hanya menyerahkan obat saja. Konsultasi terkait obat para pasien lebih nyaman untuk berkonsultasi dengan dokter yang menangani perawatannya.

Domain kesinambungan manajemen menggunakan kuisisioner CCAENA terdapat dua bagian yaitu koherensi perawatan dan aksesibilitas di fasilitas kesehatan. Hasil pada domain ini didapatkan hasil yang tinggi untuk CoC. Setelah dilakukan analisis butir dan penggalian mendalam domain kesinambungan manajemen ini ditemukan bahwa ketidaksinambungan terbesar terdapat dalam aksesibilitas perawatan kesehatan karena antrian yang lama saat di RS. Walaupun saat ini pengambilan nomor antrian sudah secara online, pasien masih harus menunggu di RS lebih dari 3 jam. Peningkatan kunjungan pasien ke RS menyebabkan antrian pasien khususnya pada pelayanan rawat jalan bertambah. Kondisi ini menyebabkan waktu tunggu pelayanan menjadi lama [15]. Selain dengan CCAENA, dalam wawancara pasien terdapat beberapa masalah yang dapat menyebabkan *discontinue* dalam perawatan ini, yaitu kekosongan obat PRB ini masih sering terjadi sehingga pasien perlu membeli obatnya di luar atau bahkan tidak meminum obat tersebut untuk beberapa hari. Manajemen terkait pengadaan obat di puskesmas di Kota Surabaya untuk pasien PRB masih dilakukan oleh apotek pengampu, sehing-

ga apoteker puskesmas hanya bertugas untuk memberikan ke pasien, namun jika obat tersebut kosong maka puskesmas akan menjanjikan ke pasien hingga obat tersebut tersedia. Selama obat itu kosong maka pasien dapat berinisiatif untuk membeli obat itu sendiri diluar, namun terdapat obat-obat PRB yang memiliki harga tinggi sehingga pasien tidak dapat membeli obat tersebut dan berdampak pasien tidak minum obat untuk beberapa hari hingga mendapat informasi dari apoteker puskesmas jika obat telah tersedia. Dalam penelitian yang sudah dilakukan oleh Safitri, disebutkan beberapa faktor kekosongan obat PRB di apotek pengampu yaitu karena apotek pengampu PRB belum memiliki strategi khusus dalam pengelolaan obat PRB. Kekosongan obat dari distributor PRB masih sering terjadi. Ada selisih harga obat antara harga apotek dan harga dari BPJS Kesehatan. Sistem website dari BPJS Kesehatan sering mengalami permasalahan seperti obat tidak tercantum sehingga apotek tidak bisa melakukan klaim [16].

Domain kesinambungan informasi pada pasien DM tipe 2 dan atau hipertensi di puskesmas sudah baik. Namun berdasarkan pengalaman pasien terdapat permasalahan didalam domain ini, yaitu diskusi oleh dokter puskesmas terkait keberlanjutan perawatan pasien setelah dari RS. Tetapi hal ini dapat teratasi dengan adanya sistem informasi, dimana pasien tidak perlu menceritakan ulang terkait riwayat penyakit ataupun pengobatan yang dialami di RS. Selain CCAENA, hasil yang digali menggunakan wawancara ternyata masih terdapat beberapa hal yang kurang menurut pengalaman pasien. Penjelasan terkait penggunaan obat dikatakan masih belum secara konsisten dilakukan oleh apoteker, meskipun pasien merupakan pasien PRB yang sudah mengalami kondisi stabil dan dikembalikan ke fasilitas kesehatan tingkat satu. Pengobatan pasien ini sudah berjalan lama, namun terkadang pasien ini memerlukan penjelasan kembali terkait penggunaan obat yang digunakan. Tidak hanya penjelasan terkait penggunaan obat, na-

mun juga penjelasan terkait efek samping obat ini tidak pernah dijelaskan oleh apoteker. Pemberian informasi terkait penggunaan maupun efek samping obat ini merupakan tindakan yang harus dilakukan oleh apoteker puskesmas karena hal ini tercantum dalam standart pelayanan kefarmasian di puskesmas. Dalam Permenkes no. 74 tahun 2016 terdapat pelayanan farmasi klinik di puskesmas sebagaimana dimaksud salah satunya adalah konseling dan pemantauan serta pelaporan efek samping obat [17].

Selain dua hal tersebut pada domain *informational continuity* ini terdapat satu tema yang sering terjadi pada pelayanan PRB di puskesmas yaitu komunikasi dengan tenaga kesehatan khususnya apoteker. Pada tema ini terdapat beberapa *miss-komunikasi* antara pasien dengan apoteker yang berpengaruh terhadap pengobatan pasien PRB. Hal ini terjadi seperti penggantian obat dari merk dagang menjadi generik, selain itu informasi terkait kekosongan atau ketersediaan obat. Komunikasi antara apoteker dan pasien merupakan hal yang wajib dilakukan dalam pelayanan PRB di puskesmas. Pasien penyakit kronis mengakses obatnya lebih sering dari kunjungan ke faskes primer. Apoteker merupakan kunci layanan terakhir yang dijumpai oleh pasien, sehingga diperlukan komunikasi terhadap perawatan pasien. Berdasarkan persepsi pasien, aspek pelayanan kefarmasian yang telah berlangsung dengan baik adalah aspek pelayanan umum serta sarana prasarana dan pengelolaan perbekalan farmasi [18]. Aspek pelayanan kefarmasian yang dirasa belum diterima pasien secara optimal adalah aspek pelayanan informasi obat dan konseling serta monitoring

Penelitian ini dapat menunjukkan bahwa tingkat CoC pasien DM dan atau hipertensi PRB di puskesmas Kota Surabaya sudah tinggi, namun masih terdapat beberapa hal yang perlu ditingkatkan terkait peran dari apoteker untuk memberikan pelayanan kefarmasian pada pasien PRB sehingga pasien PRB dapat memperoleh perawatan yang baik.

5. Kesimpulan

Continuity of care (CoC) merupakan cara pemberian asuhan yang terbukti memiliki berbagai manfaat kesehatan terutama dalam perawatan terhadap pasien yang mengalami transisi dalam perawatan kesehatan. Ketidaksinambungan dalam transisi perawatan pasien penyakit kronis terbesar adalah pemberian informasi. Apoteker memiliki peran penting untuk meningkatkan pelayanan informasi dan menjamin keselamatan pasien disetiap rantai perawatan.

Ucapan terima kasih

Kepala Puskesmas dan Apoteker Puskesmas Kota Surabaya atas kesempatan dan kemudahan yang diberikan bagi peneliti untuk mengambil sampel di Puskesmas. Bapak dan ibu dosen Fakultas Farmasi Universitas Surabaya yang telah membantu meluangkan waktu untuk memberikan saran dan masukan kepada peneliti selama proses penelitian.

Daftar pustaka

- World Health Organization. Noncommunicable diseases; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>
- World Health Organization. Non-communicable diseases; 2020. Available from: <https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases>
- Tsimihodimos V, Gonzalez-Villalpando C, Meigs JB, Ferrannini E. Hypertension and diabetes mellitus coprediction and time trajectories. *Hypertension*. 2018;71(3):422-428.
- Kemendes. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan Nasional; 2014.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Tata hubungan kerja (board manual) dewan pengawas direksi BPJS kesehatan. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan; 2016:1-32.
- Koopman RJ, Mainous AG, Baker R, Gill JM, Gilbert GE. Continuity of care and recognition of diabetes, hypertension, and hypercholesterolemia. *Arch Intern Med*. 2003;163(11):1357-1361.
- Van Walraven C, Oake N, Jennings A, Forster AJ. The association between continuity of care and outcomes: A systematic and critical review. *J Eval Clin Pract*. 2010;16(5):947-956.
- Ensing HT, Koster ES, van Berkel PI, van Dooren AA, Bouvy ML. Problems with continuity of care identified by community pharmacists post-discharge. *J Clin Pharm Ther*. 2017;42(2):170-177.
- Aller M, Anth BA, Policy H, Services H. A tool for Assessing continuity of care across care levels: An extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *International J Integr Care*. 2013;13(3):1-11.
- Choi D, Choi S, Kim H, Kim K, Kim N, Ko A, Kim KH, Son JS, Yun JM, Kim Y, Park SM. Impact of continuity of care on cardiovascular disease risk among newly-diagnosed hypertension patients. *Sci Rep*. 2020;10(1):1-9.
- Sugiyono. Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan tindakan, edisi 19. Bandung: Alfabeta; 2013:2-125.
- Vargas I, de Lassaletta JC. CCAENA questionnaire – continuity of care between care levels. Barcelona; 2010:1-10.
- Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of health care. Canadian Health Service Research Foundation; 2002:1-51.
- Waibel S, Henao D, Aller M, Vargas I. What do we know about patients perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Heal Care*. 2012;24(1):39-48.
- Heryana A, Mahadewi EP, Ayuba I. Kajian antrian pelayanan pendaftaran pasien BPJS di rumah sakit. *Gorontalo J Public Heal*. 2019;2(1):92.
- Safitri DA. Gambaran ketersediaan obat dengan e-purchasing untuk pasien program rujuk balik di fasilitas kesehatan tingkat I di Apotek Wonosari periode desember 2020. Magelang: Universitas Muhammadiyah Magelang; 2021.
- Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 74 Tahun

2016 tentang standart pelayanan kefarmasian di puskesmas. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2016.

18. Wirasuta IM, Ayu Wistari NM, Nirmala Kosasih

DA. Penilaian pelayanan kefarmasian program rujuk balik jaminan kesehatan nasional di Kotamadya Denpasar berdasarkan sudut pandang pasien. *J Farm Indones*. 2016;53(9):1689-99.