



# Rujukan Pasien

**Mahesa Paranadipa M**

Staf Pengajar Etik dan Hukum Kesehatan, Fakultas Kedokteran UIN Syarif Hidayatullah, Jakarta, Indonesia

## PERTANYAAN:

Saya seorang dokter di puskesmas daerah perkotaan. Sejak berjalannya Sistem Jaminan Kesehatan Nasional saya agak sedikit bingung mengenai mekanisme rujukan pasien, karena banyak sekali informasi aturan-aturan rujukan pasien. Terkadang juga saya mendapat masalah terkait permintaan pasien atau keluarganya untuk surat rujukan ke rumah sakit yang menurut hasil pemeriksaan saya pasien tidak perlu dirujuk. Mohon penjelasan.

## JAWABAN:

Salam seawat,  
Dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdapat banyak masalah dan tantangan. Di saat sistem kesehatan sedang bertahap ditata menuju pelayanan berjenjang, persoalan rujukan masih menjadi masalah utama dalam laporan yang disampaikan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Persoalan ini lebih banyak dikaitkan dengan aspek pembiayaan.

Tahun 2015, BPJS Kesehatan menyampaikan sebanyak 73,6% biaya kapitasi diterima oleh puskesmas. Jumlah kasus yang dirujuk ke rumah sakit sebanyak 11,9 juta kasus, dan beberapa diagnosis yang banyak dirujuk ke rumah sakit antara lain: hipertensi esensial, asthma unspecified, impacted cerumen, dan bronkitis. Beberapa penyakit tersebut masuk dalam 1,54 juta kasus non-spesialistik yang ditangani di rumah sakit.

Menjadi masalah terkait laporan di atas adalah penyakit yang dirujuk tersebut adalah penyakit yang tergolong dalam tingkat kemampuan 4 di dalam Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) tahun 2012, yang pengertiannya adalah penyakit tersebut harus mampu didiagnosis dan mendapat tatalaksana secara mandiri oleh dokter di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP).

Di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan disebutkan sistem rujukan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab

pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.

Di dalam Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, rujukan di bidang upaya kesehatan perorangan terbagi dalam:

1. Rujukan pasien
2. Rujukan spesimen
3. Rujukan pengetahuan tentang penyakit
4. Rujukan di bidang upaya kesehatan masyarakat

Kewajiban merujuk pasien disebutkan dalam Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran di Pasal 51, yaitu dokter dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib merujuk pasien ke dokter yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan. Pengertian di dalam undang-undang di atas bahwa rujukan tidak selalu harus ke dokter yang lebih ahli, namun dapat juga antara dokter di tingkat pelayanan yang sama, misalnya antar dokter di FKTP atau antara dokter spesialis ke dokter spesialis lainnya.

Di dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) disebutkan di Pasal 14 bahwa seorang dokter wajib bersikap tulus ikhlas dan mempergunakan seluruh keilmuan dan keterampilannya untuk kepentingan pasien, yang ketika ia tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan, atas persetujuan pasien/keluarganya, ia wajib merujuk pasien kepada dokter yang mempunyai keahlian untuk itu. Di dalam KODEKI ini juga ditekankan bahwa setiap keputusan dokter untuk merujuk pasien harus meminta persetujuan pasien atau keluarganya, tentunya setelah dokter memberi penjelasan lengkap mengenai alasan merujuk pasien.

Di dalam PMK No.001/2012, rujukan terbagi menjadi:

1. Rujukan vertikal, yaitu rujukan dapat dilakukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama ke pelayanan kesehatan tingkat ke dua atau ke tiga. Untuk

pelayanan tingkat ke dua merujuk ke pelayanan tingkat ke tiga.

2. Rujukan horizontal, yaitu rujukan antar pelayanan kesehatan yang setara
3. Rujukan balik, yaitu rujukan balik dari pelayanan kesehatan tingkat di atas ke pelayanan kesehatan ke tingkat di bawahnya.

Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter pemberi pelayanan kesehatan di tingkat pertama. Namun untuk kasus-kasus darurat, bidan dan perawat dapat melakukan rujukan langsung pasien ke rumah sakit. Sistem rujukan diwajibkan bagi pasien yang merupakan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan pemberi pelayanan kesehatan. Untuk asuransi komersil, mekanisme rujukan tergantung kepada ketentuan yang ditetapkan oleh perusahaan asuransi tersebut.

Di dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 514 tahun 2015 tentang Panduan Praktik Klinik bagi Dokter di Pelayanan Primer disebutkan mengenai Kriteria Rujukan yang menggunakan rumusan *Time-Age-Complication-Comorbidity* (TACC). Namun selain empat kriteria tersebut, kondisi fasilitas pelayanan juga menjadi dasar bagi dokter untuk melakukan rujukan demi menjamin keberlangsungan penatalaksanaan dengan persetujuan pasien/keluarganya

Terdapat alasan untuk tidak merujuk pasien meski telah memenuhi kriteria rujukan, yaitu:

1. Alasan yang sah, antara lain tidak dapat ditransportasikan atas alasan medis, tidak adanya sumber daya untuk melakukan rujukan, dan kondisi geografis yang tidak memungkinkan melakukan rujukan.
2. Mendapat persetujuan pasien atau keluarganya.

Dari semua hal di atas, setiap dokter dan tenaga kesehatan lain harus mengutamakan keselamatan pasien di atas segalanya. Prinsip "*Salus aegroti suprema lex est*" atau keselamatan pasien adalah hukum utama - harus dipegang teguh oleh dokter dan tenaga kesehatan lain.



## Kombinasi Magnesium Sulfat dan Nimodipin Menurunkan Insidens Vasospasme Serebral Post-Perdarahan Subaraknoid (SAH)

Pada kasus post-perdarahan subaraknoid (SAH) sering terjadi vasospasme serebral yang dapat menyebabkan iskemia serebral, infark serebral sekunder, dan perdarahan otak/serebral berulang. Diketahui pula dapat terjadi hipomagnesemia pada >50% pasien SAH. Nimodipin merupakan *1,4-dihydropyridine calcium channel blocker* efektif mencegah dan menangani kerusakan iskemik otak yang disebabkan vasospasme serebral setelah SAH; namun, risiko perdarahan berulang post-operasi subaraknoid masih besar (>27%). Magnesium sulfat berperan menghambat secara kompetitif influks kalsium dan mencegah terjadinya vasospasme. Para ahli melakukan uji klinis kombinasi nimodipin + magnesium sulfat guna meminimalisir vasospasme serebral lebih lanjut.

Zhang C, *et al*, melakukan studi prospektif, acak, tersamar ganda, dan terkontrol, untuk membandingkan efikasi dan keamanan nimodipin + magnesium sulfat dengan nimodipin + plasebo pada kasus perdarahan subaraknoid (SAH); sebanyak 120 pasien SAH dibagi ke dalam 2 kelompok: kelompok pertama (60 pasien) diberi 25% magnesium sulfat intravena 1 mL/menit, 1x/hari (14 hari pertama 1400 mL 0,9% normal salin + 40 mL 25% magnesium sulfat; 7 hari berikutnya 500 mL 0,9% normal salin + 40 mL 25% magnesium sulfat) bersamaan dengan nimodipin oral 4x20 mg per hari. Kelompok kedua (60 pasien) diberi nimodipin oral 4x20 mg (per hari). Intervensi dilakukan selama 21 hari; pada hari ke-22 *difollow-up* dengan angiografi serebral untuk melihat insidens vasospasme intrakranial, iskemia serebral, infark serebral sekunder, perdarahan berulang, defisit neurologis, dan kematian.

Didapatkan bahwa pemberian 25% magnesium sulfat intravena 1 mL/menit, 1x/hari (14 hari pertama 1400 mL 0,9% normal salin + 40 mL 25% magnesium sulfat; 7 hari berikutnya 500 mL 0,9% normal salin + 40 mL 25% magnesium sulfat) bersamaan dengan nimodipin oral 4x20 mg (per hari) pada 60 pasien SAH selama 21 hari, memberikan hasil

penurunan bermakna insidens vasospasme serebral, perlambatan iskemia serebral, infark serebral sekunder, dan defisit neurologis; dengan nilai  $P < 0,05$ . (LWA)

### REFERENSI:

- Zhang C, Zhao S, Zang Y, Zhao W, Song Q, Feng S, et al. Magnesium sulfate in combination with nimodipine for the treatment of subarachnoid hemorrhage: A randomized controlled clinical study. *Neurol Res.* 2018;40(4):283-91.

terapi yang makin besar.

Konsensus ini masih merekomendasikan *metformin* sebagai terapi lini pertama. Terapi lini keduanya lebih cenderung merekomendasikan pilihan golongan *GLP-1 agonist* atau *SGLT-2 inhibitor* dibandingkan insulin, tergantung karakteristik pasien atau alasan lain, seperti aksesibilitas pengobatan ataupun biaya.

**Table.** Comparison of therapeutic effects between groups A and B.

	Group A	Group B	Statistics	P
Number of included patients	60	60		
<b>Cerebral vasospasm</b>				
<i>n</i>	4	12	$X^2=4.62$	<0.05
Lasting time (hour)	11.09±5.38	13.73±6.24	$t=2.481$	<0.01
Vm (cm/s)	143.2±12.7	149.6±18.9	$t=2.177$	<0.05
Death	1	2	$X^2=0.00$	>0.05
<b>Delayed cerebral ischemia</b>				
<i>n</i>	3	10	$X^2=4.23$	<0.05
Lasting time (hour)	13.16±4.82	15.57±5.35	$t=2.592$	<0.01
Death	0	0	$X^2=0.00$	>0.05
<b>Secondary cerebral infarction</b>				
<i>n</i>	2	8	$X^2=3.93$	<0.05
Death	1	3	$X^2=0.26$	>0.05
<b>Neurologic deficits</b>				
<i>n</i>	3	11	$X^2=5.18$	<0.05
NIHSS score	2.74±1.06	3.27±1.19	$t=2.524$	<0.01
<b>Re-hemorrhage</b>				
<i>n</i>	4	5	$X^2=0.120$	>0.05
Death	3	3	$X^2=40.175$	>0.05
CT score of bleeding volume	17.23±6.21	17.47±5.86	$t=0.218$	>0.05
Total number of deaths	5	8	$X^2=0.78$	>0.05

## Konsensus Terbaru ADA/ EASD untuk Diabetes

Setelah terakhir keluar di tahun 2015, *Joint Consensus the American Diabetes Association (ADA)* dan *European Association for the Study of Diabetes (EASD)* terbaru dikeluarkan pada bulan Oktober. *Preview* dari panduan ini telah dipresentasikan pada sesi ilmiah ADA 2018. Panduan ini menekankan bantuan tatalaksana diabetes tipe 2 di antara pilihan terapi yang makin kompleks. Salah satunya dengan menekankan manfaat kardiovaskuler dari obat diabetes golongan *sodium-glucose cotransport-2 (SGLT-2) inhibitor* dan *glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonist*.

Fokus konsensus ini tidak hanya pada target glikemik individual atau cara memilih terapi yang tepat sesuai individu, namun yang terpenting adalah cara mencapai target glikemik individual dengan mempertimbangkan faktor pasien dan pilihan

Secara umum, ADA/EASD menyarankan melakukan penilaian status kardiovaskuler sebagai langkah pertama menentukan pendekatan terapi. Pada pasien dengan penyakit jantung aterosklerotik, direkomendasikan *GLP-1 agonist* dengan manfaat kardiovaskuler yang telah terbukti atau *SGLT-2 inhibitor* yang juga memiliki manfaat kardiovaskuler. Namun urutan akan dibalik pada pasien gagal jantung, rekomendasi utama adalah *SGLT-2 inhibitor* karena memiliki bukti menurunkan gagal jantung dalam studi kardiovaskuler (pasien dengan fungsi ginjal cukup), atau dengan *GLP-1 agonist* sebagai alternatif.

Jika pasien tidak memiliki penyakit jantung aterosklerotik atau gagal jantung, prioritas berikutnya adalah fokus pada kebutuhan pasien dan obat-obatan yang tidak meningkatkan berat badan atau risiko hipoglikemia rendah. Penting juga untuk



mempertimbangkan *cost-effectiveness*; konsensus ini juga menyatakan bahwa terapi *sulphonylurea*, TSD, atau insulin generasi lama bisa diberikan jika pasien hanya mampu membeli obat tersebut. (PMD)

#### REFERENSI:

- Tucker ME. New ADA/EASD guidance on diabetes: Assess CV status first [Internet]. 2018 [cited 2018 June 30]. Available from: [https://www.medscape.com/viewarticle/898697#vp\\_1](https://www.medscape.com/viewarticle/898697#vp_1).

## Vitamin D Memperbaiki Gejala Fibromialgia

Defisiensi atau insufisiensi vitamin D sering dikaitkan dengan gangguan osteometabolik seperti osteoporosis dan osteomalasia, serta kondisi muskuloskeletal nonspesifik yang nyeri. Beberapa studi telah menunjukkan bahwa vitamin D dapat berperan dalam pencegahan patologi penyakit autoimun, dan bahkan mempengaruhi sindrom metabolik pada pasien artritis reumatoid. Fibromialgia merupakan sindrom nyeri kronik dengan gejala nyeri otot dan sering disertai *fatigue*, gangguan tidur, dan *mood* depresif. Prevalensi fibromialgia pada populasi antara 0,66% dan 4,4%, lebih sering pada wanita, khususnya pada usia 35 - 60 tahun. Beberapa studi telah menunjukkan kaitan negatif antara kadar 25(OH)D dan fibromialgia. Suatu meta-analisis juga telah menunjukkan bahwa kadar vitamin D serum pasien fibromialgia lebih rendah bermakna dibandingkan orang normal.

Telah dilakukan studi pendahuluan pada 11 pasien wanita untuk meneliti efek suplementasi vitamin D terhadap gejala fibromialgia. Diagnosis fibromialgia berdasarkan pada kriteria *American College of Rheumatology*. Pasien fibromialgia dan mempunyai kadar 25(OH)D  $\leq 30$  ng/mL mendapat tablet vitamin D 50.000 IU sekali seminggu selama 3 bulan. Median usia pasien 48,5 (28-67) tahun dan 63,4% Kaukasia. Durasi penyakit bervariasi dari 0-10 tahun.

Hasilnya menunjukkan bahwa kadar 25(OH)D meningkat bermakna setelah 3 bulan, rata-rata 18,4 vs 33,8 ng/mL,  $p=0,01$ . Menariknya, perbaikan skor skala analog visual (VAS) setelah 3 bulan 90 (0-100) vs 30 (0-80),  $p=0,002$ . Delapan pasien (72,2%) merespons bahwa mereka mengalami perbaikan gejala yang sangat bermakna; kecenderungan penurunan

jumlah poin nyeri ditemukan setelah 3 bulan (17 (11-18) vs 10 (0-18),  $p=0,07$ ).

Disimpulkan bahwa kadar 25(OH)D dan gejala penyakit pada pasien fibromialgia dengan defisiensi/insufisiensi vitamin D tampak membaik dengan suplementasi vitamin D. (EKM)

#### REFERENSI:

- de Carvalho JF, da Rocha Araújo FAG, da Mota LMA, Aires RB, de Araujo RP. Vitamin D supplementation seems to improve fibromyalgia symptoms: Preliminary results. *Isr Med Assoc J*. 2018;20(6):379-81.
- AH, Afshari M, Ghajar M, Forooghi Z, Moosazadeh M. Vitamin D and fibromyalgia: A meta-analysis. *Korean J Pain*. 2017; 30(4): 250-7.

**Table.** Comparison between fibromyalgia and vitamin D features at baseline and after 3 months of vitamin D supplementation.

	Pre-vitamin D supplementation N=11*	Post-vitamin D supplementation N=11*	P value
Median age, years, 25(OH)D, ng/ml	48.5 (28-67) 18.4 (15.5-25.8)	33.8 (28-58)	0.01
Number of tender points	17	(11-18)	0.07
VAS Median score (range)	90 (0-100)	30 (0-80)	0.002

Data are shown as median (range) or percentage 25(OH)D = 25-hydroxy-vitamin D; VAS = visual analog scale; \* All patients were female

## Skrining Mencegah Kanker Serviks dengan Pemeriksaan HPV atau Sitologi

Sekitar 99,7% kanker serviks (leher rahim) dikaitkan dengan infeksi persisten human papilloma virus (HPV) pada serviks. Infeksi ini mendahului terjadinya kanker serviks invasif. Walaupun vaksinasi HPV berpotensi efektif mengontrol kanker, strategi ini membutuhkan biaya yang tidak kecil. Oleh karena itu, pencegahan sekunder melalui skrining masih akan dilanjutkan. Pencegahan sekunder melalui skrining dapat berupa pemeriksaan sitologi (misalnya Pap smear, liquid-based cytology/LBC Pap test), inspeksi visual asam asetat, dan pemeriksaan HPV. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemeriksaan HPV mungkin merupakan langkah pertama mencegah kanker serviks yang lebih baik.

Hal ini terungkap dari penelitian HPV FOCAL yang melibatkan 19.009 wanita, yang menjalani skrining kanker serviks. Periode penelitian Januari 2008 sampai Mei 2013. Pasien dipantau selama 48 bulan. Peneliti

menemukan bahwa pemeriksaan HPV mendeteksi lebih banyak kasus neoplasia intraepitelial serviks derajat 3 (hampir semua sel-sel serviks abnormal, lesi pra-kanker, perlu diberi terapi) secara bermakna pada skrining pertama dibandingkan Pap test. Pemeriksaan menggunakan sitologi saja mendeteksi lebih sedikit neoplasia intraepitelial serviks derajat 2 (dua per tiga sel-sel serviks abnormal, lesi pra-kanker, perlu diberi terapi).

Peneliti juga mengungkapkan hal menarik bahwa pemeriksaan HPV pada hasil pemeriksaan sitologi yang negatif mengungkapkan 25 kasus lesi derajat 2 yang tidak ditemukan dengan pemeriksaan sitologi saja. Namun, penelitian lain mengungkapkan bahwa pemeriksaan HPV memiliki spesifisitas

untuk neoplasia intraepitelial serviks derajat 2 lebih rendah dibandingkan skrining sitologi mengakibatkan tindakan kolposkopi dan biopsi yang seharusnya tidak perlu.

Spesifisitas pemeriksaan HPV yang belum optimal masih menjadi faktor yang membatasi penggunaan pemeriksaan ini sebagai skrining, terutama pada populasi wanita muda dengan infeksi HPV yang mengalami regresi (perbaikan) tanpa terjadi kanker. Panduan rekomendasi dari the US Preventive Services Task Forces mendukung pemeriksaan sitologi setiap 3 tahun atau pemeriksaan HPV setiap 5 tahun pada wanita usia 30-65 tahun. (HLI)

#### REFERENSI:

- Ogilvie GS, Van Niekerk D, Kraiden M, Smith LW, Cook D, Gondara L, et al. Effect of screening with primary cervical HPV testing vs cytology testing on high-grade cervical intraepithelial neoplasia at 48 months. The HPV FOCAL randomized clinical trial. *JAMA* 2018;320(1):43-52.
- Hernandez R. Could HPV testing take the place of the Pap for cervical cancer screening? *Cancer Therapy Advisor* [Internet]. 2018 July 3 [cited 2018 July 20]. Available from: <https://www.cancertherapyadvisor.com/gynecologic-cancer/cervical-cancer-hpv-testing-replace-pap-screening-risk/article/778217/>