

**SISTEM RUJUKAN KESEHATAN TERINTEGRASI DI ERA
OTONOMI DAERAH DI KABUPATEN PASANGKAYU PROVINSI
SULAWESI BARAT**

Disusun dan diajukan oleh

Marwayani

P022191013



**PROGRAM STUDI PERENCANAAN DAN PENGEMBANGAN
WILAYAH/OTONOMI DAERAH
SEKOLAH PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

**SISTEM RUJUKAN KESEHATAN TERINTEGRASI DI ERA OTONOMI
DAERAH DI KABUPATEN PASANGKAYU PROVINSI SULAWESI BARAT**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Perencanaan dan Pengembangan Wilayah/Otonomi Daerah

Disusun dan diajukan oleh

Marwayani

Kepada

**SEKOLAH PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

**SISTEM RUJUKAN KESEHATAN TERINTEGRASI DI ERA OTONOMI
DAERAH DI KABUPATEN PASANG KAYU PROVINSI SULAWESI BARAT**

disusun dan diajukan oleh

MARWAYANI

P022191013

Telah dipertahankan di hadapan panitia ujian yang dibentuk dalam rangka penyelesaian program studi Perencanaan dan Pengembangan Wilayah Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin

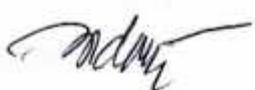
pada tanggal 27 Mei 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

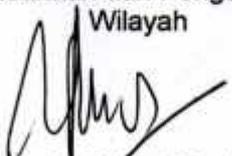
Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping


Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc., Ph.D
NIP.19620318 198803 1 044


Prof. Dr. Idayanti Nursyamsi, SE., M.Si
NIP.19690627 199403 2 002

Ketua Program Studi,
Perencanaan dan Pengembangan
Wilayah


Prof. Dr. Ir. Ahmad Munir, M.Eng
NIP.19620727 198903 1 003

Dekan Sekolah Pascasarjana
Universitas Hasanuddin


Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc
NIP.19670308 199003 1 001



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Marwayani

NIM : P022191013

Program Studi : Perencanaan dan Pengembangan Wilayah

Jenjang : S2

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 03 Juni 2021

Yang Menyatakan



Marwayani

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah senantiasa kami panjatkan kepada Allah Subhana Wa Ta'ala yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Tesis ini dengan Judul : Sistem Rujukan Kesehatan Terintegrasi Di erah Otonomi Daerah Di Kabupaten PasangkayuProvinsi Sulawesi Barat.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Tesis ini merupakan bantuan dari berbagai pihak yang dengan tulus memberikan saran dan kritik serta dukungan moral dari pembimbing kami Prof.Dr.H.Veni Hadju, M.Sc.,Ph.D Dan Prof.Dr.Idayanti Nursyamsi, SE.,M.Si. Terkhusus kepada penguji Prof. Dr. A.pangerang Moentah, Prof. Dr. dr. Ridwan, SKM.M.Kes,M.Sc.PH dan Dr. Ir. Rusnadi Padjung, Ms yang telah memberikan saran terhadap penyempurnaan Tesis ini.

Terima kasih dan salam bangga kami kepada kedua orang tua H.P.Makkasau dan Hj. Isimi, Amd,Pd yang selalu mendoakan, meridhoi dan mensupport usaha kami, begitu halnya ayahanda M. Amin dan Ibunda Hj.Nurhaya, Spd yang telah memberikan doa dan dukungan yang begitu besar terhadap kelancaran studi ananda.

Terkhusus suami tercinta Sulkifli, SE yang penuh pengertian senantiasa mendoakan, meridhoi dan mensupport langkah kami, terima kasih atas pengorbanannya yang begitu besar merelakan berkurangnya waktu berkumpul dan merawat buah hati kami Azka Athallah Zulkifli dan Aeyza Azkiya Azzahra.

Secara khusus penghargaan dan ucapan terima kasih juga kami haturkan kepada :

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA, Rektor Universitas Hasanuddin, yang telah memberi izin dan kesempatan untuk menimba ilmu di Program Magister pada Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
2. Prof. Dr. Ahmad Munir, M.Eng, sebagai Ketua Program Studi Perencanaan dan Pengembangan Wilayah/Otonomi Daerah Universitas Hasanuddin Makassar yang telah membantu kemajuan studi serta memberi motivasi.
3. Segenap Dosen dan staf program Magister Prodi Perencanaan dan Pengembangan Wilayah/Otonomi Daerah Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Gubernur Provinsi Sulawesi Barat Bapak Drs. Andi Ali Baal Masdar, M.Si yang telah memberikan kesempatan dan izin belajar bagi penulis serta melakukan penelitian di Provinsi Sulawesi Barat.
5. Sekretaris Daerah Provinsi Sulawesi Barat Bapak Dr. Muhammad Idris, M.Si yang telah memberikan kesempatan kepada kami melanjutkan pendidikan.
6. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pasangkayudan seluruh jajarannya yang telah memberikan kesempatan dan selama penelitian berlangsung

7. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Barat dan RSUD Kabupaten Pasangkayubeserta jajarannya yang telah memberikan izin dan bantuan selama penelitian berlangsung.
8. Seluruh staf administrasi Prodi Perencanaan dan Pengembangan Wilayah/Otonomi Daerah Universitas Hasanuddin Makassar yang telah membantu administrasi untuk penyelesaian studi.
9. Teman-teman Program Magsiter Prodi Perencanaan dan Pengembangan Wilayah/Otonomi Daerah Universitas Hasanuddin Makassar dari Seluruh Angkatan atas dukungan dan motivasinya dalam penelitian hingga penyusunan tesis ini.

Terima kasih kepada saudara-saudaraku Kasmiyati Makkasau, Dr. H. Kasman Makkasau, ST, M.Kes, Hj. Sriyana Makkasau, SKM, M.Kes; Suryanti Makkasau, S.Si; Sriwahyuni Makkasau, SPd. Terima kasih Iswan Nusu; Bripka Amrullah Bahri; Ronald Marthen Yohannis, SE. Anak-anakku Egy Fahrezi, Iska Prastika, Stefhane Ramadhani Ronald, Winnie Ramadhani Ronald, Syairah Aqila Amrullah, Syadza Ufairah Amrullah, Rasyha Farzani Amrullah, Avicenna Alfatih K.Makkasau, Hayyan Annur K.Makkasau dan seluruh keluarga yang begitu banyak membantu kelancaran dan kesuksesan studi kami.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis memohon Kritik dan saran untuk proses penyempurnaan Tesis ini. Semoga dapat bermanfaat bagi banyak orang

Makassar, 03 April 2021

Marwayani

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	xv
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Tujuan Penelitian.....	10
D. Kegunaan Penelitian	11
E. Sistematika Penulisan	112
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	13
A. Otonomi Daerah	13
B. Sistem Rujukan	16
C. Regionalisasi Sistem Rujukan Jaminan Kesehatan Nasional dan Peraturan Gubernur.....	22
D. Kesehatan	27
E. Faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan.....	31
1. Faktor Sosial Budaya (Teknologi)	31
2. Faktor Organisasi.....	32
3. Faktor Konsumen.....	34
4. Faktor Provider.....	34
F. Terintegrasi	34
1. Pengertian.....	34
2. Keunggulan konsep terintegrasi	35
3. Kelemahan konsep terintegrasi.....	36
G. Dinas Kesehatan	38
H. Rumah Sakit.....	40
1. Pengertian Rumah Sakit	40
2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit	41
3. Klasifikasi Rumah Sakit.....	42

4. Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Pasang Kayu	44
5. Puskesmas Dapurang	45
I. Perilaku Konsumen	47
1. Pengertian	47
2. Faktor yang mempengaruhi perilaku konsumen	49
J. Transportasi	51
1. Pengertian, Fungsi, Manfaat dan Jenis-Jenis Transportasi	51
2. Fungsi dan Manfaat Transportasi	52
3. Jenis-Jenis Transportasi	53
K. Studi Tentang Analisis Sistem Rujukan	55
L. Kerangka Teori	75
BAB III METODE PENELITIAN	76
A. Kerangka Konsep Penelitian	76
B. Jenis, Orientasi dan Prinsip Dasar Metode Kualitatif	77
1. Data Kualitatif	77
2. Dokumentasi	78
3. Wawancara	78
4. Observasi	78
C. Lokasi Dan Waktu Penelitian	79
1. Lokasi Penelitian	79
2. Waktu Penelitian	80
D. Sumber Data	80
1. Sumber Data Primer	80
2. Sumber Data Sekunder	83
E. Instrumen Penelitian	83
F. Teknik Pengumpulan Data dan Keabsahan Data	84
1. Wawancara mendalam (<i>In-Depth Interview</i>)	84
2. Observasi	85
3. Focus Group Discussion (FGD)	86
G. Teknik Analisis Data	87
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	89
A. Deskripsi Provinsi Sulawesi Barat	89
B. Hasil Penelitian	101
1. Faktor Sosial Budaya (Teknologi)	103

2. Faktor Organisasi.....	108
3. Faktor konsumen	125
4. Faktor Provider.....	134
D. Pembahasan	138
1. Faktor Sosial Budaya (Teknologi)	138
2. Faktor Organisasi.....	141
4. Faktor Provider.....	145
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	158
A. Kesimpulan.....	158
B. Saran.....	159
DAFTAR PUSTAKA.....	162
LAMPIRAN I.....	169
LAMPIRAN II.....	170

DAFTAR TABEL

Table 1 Produk Domestik Regional Bruto Kab.Pasangkayu dari 10 Tahun Terakhir (BPS ,Pasangkayu Dalam Angka 2019)	92
Table 2 Tabel Kontribusi Retribusi Daerah Terhadap PAD Kab.Pasangkayu (Dinas Pendapatan Daerah Kab. MAmuju Utara 2014)	98

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1 Peta Rumah Sakit Rujukan di Provinsi Sulawesi Barat.....	6
Gambar 2. 1 Tingkat Layanan	17
Gambar 2. 2 Fasilitas Kesehatan.....	18
Gambar 2.3 Model Sistem Rujukan Sistem Rujukan Asuransi Kesehatan Nasional Terpadu	19
Gambar 2. 4 Alur Pelayanan Kesehatan Prov.SULBAR	26
Gambar 2.5 Peta Rumah sakit Regional Selatan dan Regional Utara Prov.SULBAR	27
Gambar 2. 6 Jenjang Rujukan Pasien	44
Gambar 2.7 Kerangka Teori Analisis Sistem Rujukan Terintegrasi di era Jamina Kesehatan Nasional	75
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	76
Gambar 4. 1 Peta Provinsi Sulawesi Barat.....	89
Gambar 4. 2 Region Ruma Sakit di Sulawesi Barat.....	101
Gambar 4. 3 Alur Sistem Rujukan Kesehatan Kabupaten Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat (Pergub Nomor No. 5 tahun 2015).....	150
Gambar 4. 4 Pengembangan Alur Sistem Rujukan Kesehatan Terintegrasi Di era Otonomi Daerah Kabupaten Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat (Marwayani, 2021).....	152

ABSTRAK

MARWAYANI. *Sistem Rujukan Kesehatan Terintegrasi di era Otonomi Daerah di Kabupaten Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat* (di bimbing oleh **Veni Hadju Dan Idayanti Nursyamsi**)

Penelitian bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis sistem rujukan kesehatan terintegrasi di era otonomi daerah di Kabupaten Pasang Kayu, Provinsi Sulawesi Barat berdasarkan, faktor teknologi, faktor organisasi, faktor konsumen, dan faktor provider.

Penelitian dilakukan di Kabupaten Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat yakni di RSUD Kab.Pasangkayu, RS regional Prov. Sulawesi Barat, PKM Dapurang, Dinas Kesehatan Kabupaten Pasangkayu dan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat. Metode yang digunakan yakni Kualitatif dengan cara melakukan Wawancara mendalam (In-Depth Interview) Observasi serta melakukan Focus Group Discussion (FGD) dengan jumlah 37 informan.

Hasil analisis menunjukkan bahwa belum memadai nya sarana, prasarana dan kurangnya ketersediaan sumberdaya manusia baik dokter dan paramedis menjadi penyebab kurangnya jenis pelayanan kesehatan yang tersedia di rumah sakit di RSUD Pasang Kayu, di daerah perbatasan Kec.Dapurang dan Kec.Sarjo masih sulit menjangkau sarana kesehatan dasar dan lanjutan berdasarkan sistem rujukan yang ada saat ini. Dapat disimpulkan bahwa berdasarkan empat faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan sistem rujukan kesehatan terintegrasi di Kabupaten Pasangkayu belum berjalan dengan baik, sehingga Pengembangan alur sistem rujukan terintegrasi di Kab.Pasangkayu Prov. Sulawesi Barat yang ditawarkan dalam penelitian ini diharapkan dapat memberikan kemudahan akses pelayanan kesehatan rujukan sesuai kondisi geografis dan kebutuhan medis pasien. Diharapkan pengembangan RSUD Pasangkayu dengan penyediaan tenaga medis, peralatan dan kerjasama pengembangan dengan RSU Prov Sulawesi Tengah.

Kata Kunci : Sistem Rujukan, Terintegrasi , Otonomi Daerah

ABSTRACT

MARWAYANI. Integrated Health Referral System in the Era of Region Autonomy Pasangkayu District, West Sulawesi Province (supervised by **Veni Hadju** and **Idayanti Nursyamsi**).

The research aims to identify and analyze the integrated health referral system in the era of regional autonomy in the area of Pasangkayu, West Sulawesi Province based on factors related to the utilization of health services, including the availability of technology, organizational factors, consumer factors, and provider factors.

The research was carried out in the regency of Pasangkayu in West Sulawesi Province, namely in the District Hospital of Pasangkayu, the Regional Hospital of Prov. West Sulawesi, PKM Dapurang, District Health Office Pasangkayu and West Sulawesi Provincial Health Office. The method used is qualitative by conducting in-depth interviews (In-Depth Interview) observations and conducting Focus Group Discussions (FGD) with a total of 37 informants.

The results of the analysis show that inadequate facilities, infrastructure and lack of availability of human resources, both doctors and paramedics, are the causes of the lack of types of health services available at the hospital at RUS Pasangkayu, in the border areas of Dapurang and Kec Sarjo, it is still difficult to reach basic and advanced health facilities based on the current referral system. It can be concluded that based on four factors related to the utilization of health services, the Integrated Health Referral System in the regency, Pasangkayu is not going well. So that the development of an integrated referral system flow in Kab. Pasangkayu Prov. West Sulawesi, which is offered in this study, is expected to provide easy access to referral health services according to geographic conditions and the patient's medical needs. It is hoped that the development of the Post-Timber Hospital with the provision of medical personnel, equipment and development cooperation with the Central Sulawesi Provincial Hospital.

Keywords: Referral System, Integrated, Regional Autonomy

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Layanan kesehatan di era globalisasi terus tumbuh dan berkembang seiring waktu. Kesadaran tentang pentingnya jaminan sosial terus tumbuh sesuai dengan mandat amandemen UUD 1945 Pasal 134 ayat 2, yang menyatakan bahwa Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial untuk semua orang Indonesia (Kementerian Kesehatan, 2018).

Perwujudan komitmen global sebagaimana diamanatkan oleh Resolusi Asosiasi Kesehatan Dunia (WHO) ke-58 pada tahun 2005 di Jenewa, yang menginginkan setiap negara untuk mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) untuk seluruh populasi, pemerintah bertanggung jawab untuk menerapkan asuransi kesehatan masyarakat melalui Program Asuransi Kesehatan Nasional (JKN) (Indrianingrum & Handayani, 2017).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk memastikan kesehatan semua orang Indonesia secara komprehensif, murah, terjangkau dan berkualitas, melalui sistem rujukan yang sudah mapan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Bapnas et al (1991) (1), ditemukan bahwa banyak pasien yang memintas penyakit yang dapat diobati di fasilitas kesehatan primer. Ini telah menjadi salah satu penyebab akumulasi pasien di rumah sakit pemerintah. Sistem rujukan yang lemah berdampak pada penggunaan SDM dan teknologi

canggih yang tidak tepat. Pencabutan hak peserta asuransi sosial dalam layanan kesehatan oleh peserta independen dan peserta asuransi sosial yang tidak mengikuti aturan rujukan berjenjang. Sistem rujukan yang belum optimal dapat dilihat pada rujukan yang tidak mengikuti indikasi rujukan dan rujukan yang tidak berjalan. Semua itu berakibat pada akumulasi pasien yang terjadi di rumah sakit dan pada akhirnya berdampak pada menurunnya kualitas layanan kesehatan. Masalah kepatuhan petugas kesehatan dengan implementasi kebijakan dan pedoman sistem rujukan juga memengaruhi penerapan sistem rujukan (Primasari, 2015).

Otonomi daerah pada dasarnya merupakan upaya untuk mewujudkan tercapainya salah satu tujuan negara, yaitu peningkatan kesejahteraan masyarakat melalui pemerataan pelaksanaan pembangunan dan hasil-hasilnya. Daerah memiliki kewenangan membuat kebijakan daerah untuk memberi pelayanan, peningkatan peran serta, prakarsa dan pemberdayaan masyarakat yang bertujuan pada peningkatan kesejahteraan rakyat.

Setiap daerah di era Otonomi daerah dituntut untuk mengembangkan potensi daerahnya sendiri (Wenda, 2015). dan menjamin setiap warga di wilayah itu baik keamanan dan kesejahteraan masyarakat, serta kesehatan. Dengan otonomi daerah, setiap daerah akan diberi kebebasan untuk mengembangkan program dan menyerahkannya kepada pemerintah pusat (Sani Safitri, 2014). Sehingga

setiap daerah perlu memiliki standar pelayanan minimum kesehatan di daerah tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis sistem rujukan kesehatan terintegrasi di era otonomi daerah di Provinsi Sulawesi Barat.

Sistem rujukan kesehatan di negara-negara berkembang juga merupakan hal yang menjadi perhatian salah satu contoh sektor kesehatan publik di Pakistan, anak tangga pertama dalam hierarki rujukan adalah *Lady Health Worker* (LHW) dari Program Nasional untuk Keluarga Berencana dan Perawatan Kesehatan Utama. LHW adalah kontak pertama bagi banyak orang dengan sistem kesehatan secara umum dan dengan sistem rujukan pada khususnya. Namun, setelah dirujuk oleh LHW, pasien dibiarkan kurang lebih tidak didukung oleh sistem formal, menyebabkan dalam banyak kasus, pemborosan sumber daya yang tak terhindarkan, morbiditas yang tidak perlu dan dapat dihindari, dan tekanan sosial dan mental (Afsar & Younus, 2004).

Perkembangan terakhir Sistem Kesehatan Nasional diperkuat oleh UU RI No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan dan yang disempurnakan kemudian dalam UU RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Dalam UU yang terakhir disebut menyatakan: Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama. Bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat

bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.(Tumanggor, 2010).

Sistem rujukan kesehatan di Indonesia dipengaruhi oleh dimensi organisasi, teknologi, proses, dan individualitas. Satu-satunya faktor yang tidak secara signifikan merepresentasikan penerimaan dari referensi di Indonesia sentrisitas umum (dimensi organisasi)(*Handayani et al., 2018*).

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu aspek yang berperan dalam penciptaan derajat yang merata kepada seluruh masyarakat sesuai dengan tujuan penyelenggaraan pembangunan kesehatan yaitu terwujudnya masyarakat yang mandiri untuk penggapai pelayanan kesehatan dan berperilaku hidup sehat (Depkes RI, 2003)(Yusuf, 2016).

Regionalisasi sistem rujukan berdasarkan Peraturan Gubernur, masing-masing wilayah dibagi menjadi wilayah kerja pelayanan kesehatan masyarakat (*Public Health Care = PHC*) dan kabupaten / kota dengan satu rumah sakit rujukan, sedangkan pengembangan model masyarakat di daerah perbatasan wilayah kecamatan dapat memilih yang terdekat (PHC) baik dari segi jarak (demografi, topografi) dan waktu perjalanan.

Mengembangkan sistem menjadi perlu untuk melindungi fasilitas rujukan ke dalam jaringan perawatan regional tanpa merusak kelayakan ekonomi masyarakat. Akan sangat membantu dalam pengembangan kebijakan jika sebuah studi dapat mengidentifikasi insentif dan bagaimana mereka dapat didanai. Solusi yang muncul akan bervariasi tergantung

pada karakteristik daerah dan ketersediaan dan kondisi spesifik dan karakteristik pasien(Kocher et al., 2010).

Keluhan lain terkait sistem rujukan BPJS yang dirasakan adalah ketidaksiapan tenaga kesehatan, dan kurangnya fasilitas kesehatan primer, dimana kasus yang seharusnya di tangani tetapi langsung dirujuk ke rumah sakit tersier(Rajpar, 2000). Sarana-Prasarana dan persediaan obat yang belum lengkap, memaksa pasien harus beli sendiri di luar dengan biaya sendiri dan tingkat kepercayaan masyarakat pada pelayanan kesehatan tingkat pertama masih kurang, misalnya puskesmas atau Klinik, tidak bisa dipungkiri kepuasan masyarakat terhadap pelayanan puskesmas masih dibawah rata rata. Tidak jarang terjadi penolakan pasien di rumah sakit dengan dalih tidak ada kamar kosong untuk perawatan inap , atau yang lebih diperparah lagi adalah adanya oknum yang bermain atas kesediaan kamar, serta seharusnya pasien tersebut dapat dirujuk ke rumah sakit lain yang setingkatatau bahkan masih ada rumah sakit (swasta) yang menolak atau belum siap untuk bekerja sama dengan BPJS(Lubinga et al., 2014).

Sistem rujukan di Sulawesi Barat tertuang dalam Peraturan Gubernur Sulawesi Barat No. 5 tahun 2015, yakni wilayah dibagi menjadi dua regional selatan dan regional utara namun dalam kenyataanya tidak jarang rumah sakit yang berada di regional utara maupun selatan merujuk pasien mereka ke faskes tingkat selanjutnya justru ke daerah lain yang dirasa lebih dekat ini bisa saja terjadi akibat faktor jarak, faktor keinginan

pasien dan faktor ketersediaan fasilitas kesehatan itu sendiri, bisa juga dari faktor sosial budaya yang berada di masyarakat khususnya masyarakat Kab Pasang Kayu, dari sini kami memutuskan untuk mencari apa yang menjadi permasalahan sesungguhnya, dan mencoba menyimpulkan dan mencari solusi atas permasalahan tersebut.



Gambar 1. 1 Peta Rumah Sakit Rujukan di Provinsi Sulawesi Barat

Dari gambar Peta rumah sakit rujukan terlihat bahwa setiap kabupaten di daerah Sulawesi Barat telah memiliki akses rumah sakit rujukan pertama yakni RSUD Mamuju Utara melayani Daerah

Kab.Pasngkayu, RS.Satelit Tobadak melayani di daerah Kab. Mamuju Tengah RSUD.Mamuju melayani di daerah Kab. Mamuju, RSUD.Majene melayani di daerah Kab.Majene, RSUD.Polewali Mandar melayani di Kab. Polewali mandar, dan Kab.Mamasa dilayani Oleh RSUD.Kab.Mamasa dan RS.Buana Mamasa.

Faktor geografis, jarak, dan infrastruktur sangat mempengaruhi akses masyarakat terhadap kemudahan memperoleh sarana transportasi modern. Salah satu faktor penyulit untuk melakukan rujukan adalah keterbatasan sarana transportasi modern untuk mencapai pemukiman penduduk di daerah terpencil. Otonomi klinik dan kesukarelaan dari tenaga kesehatan merupakan faktor kunci dalam sistem rujukan medik.Sebagian besar keluarga yang tinggal di daerah yang jauh dari fasilitas kesehatan berhadapan dengan pilihan yang sulit yang paling tidak memberikan keamanan (*Irasanty et al., 2008*). Hal ini juga yang menjadi tantangan di Provinsi Sulawesi Barat yang memiliki daerah yg tersebar dengan jarak tempuh yang cukup jauh dan tak jarang berkelok kelok dengan kondisi jalan yang tak jarang memiliki kendala tanah longsor dan tebing yang curam mengaruskan masyarakat sulawesi barat memiliki keterbatasan mengakses rumah sakit di daerah tertentu.

Permasalahan yang terjadi di Sulawesi Barat mengenai sistem rujukan yang ada di rumah sakit rujukan terutama di daerah perbatasan dimana pasien akan cenderung dirujuk ke fasilitas kesehatan yang memadai dimana bila mereka di rujuk ke Rumah sakit Regional Sulawesi

barat di mamuju dengan tingkat pelayanan yang belum memadai dengan jarak yang lebih jauh dari fasilitas kesetan yang lebih baik namun berada di provinsi lain.

Daerah perbatasan baik itu perbatasan Kab. Pasangkayu dan Kab.Mamuju Tengah maupun Kabupaten Mamuju dimana bila Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tidak mampu memberikan layanan kesehatan yang memadai bagi pasien, maka akan dirujuk ke fasilitas kesehatan lanjutan yang lebih dekat yang seharusnya dalam satu provinsi. Sebaiknya pasien di rujuk ke rumah sakit Provinsi Sulawesi Barat yang ada di kabupaten Mamuju namun ada beberapa kasus pasien dirujuk ke rumah sakit Kabupaten di provinsi lain. Hal ini yang menjadi pertimbangan peneliti untuk melihat sejauh mana efektifnya pelayanan kesehatan di daerah perbatasan khususnya di daerah Kab.Pasangkayu. dimana Sistem rujukan pelayanan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan rujukan rumah sakit, dan meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan rujukan sampai ke daerah terpencil dan daerah miskin(Pergub.Sulawesi Barat, 2014)

Penelitian mengenai sistem rujukan telah dilakukan oleh(Irasanty et al., 2008) dengan judul Pencegahan Keterlabatan Rujukan Maternal di Kabupaten Majene yang membahas masalah Sistem rujukan berdasarkan faktor geografis, jarak, dan infrastruktur yang sangat mempengaruhi akses masyarakat terhadap kemudahan memperoleh sarana transportasi modern yang menitik beratkan pada rujukan ibu hamil yang akan

melahirkan di Kabupaten Majene. Penelitian yang kami lakukan mengenai masalah yang menghambat sistem rujukan terintegrasi dengan tidak membatasi jenis rujukan dan dan tidak berfokus pada satu faktor saja, serta dilakukan pada lokasi yang berbeda di Kabupaten Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat.

B. Rumusan Masalah dan Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, maka diajukan rumusan masalah penelitian faktor apa saja yang terkait dengan sistem rujukan terintegrasi di era otonomi daerah di Kab.Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat. Adapun pertanyaan penelitian diuraikan sebagai berikut;

1. Faktor apa saja yang terkait dengan sosial budaya dalam pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di era otonomi daerah di Kab.Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat?
2. Faktor apa saja yang terkait dengan organisasi dalam pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di era otonomi daerah di Kab. Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat?
3. Faktor apa saja yang terkait dengan konsumen dalam pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di era otonomi daerah di Kab. Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat?

4. Faktor apa saja yang terkait dengan provider dalam pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di era otonomi daerah di Kab. Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat?
5. Faktor apa saja yang terkait dengan efektifitas pelayanan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di era otonomi daerah di Kab. Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui efektifitas pelayanan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di era otonomi daerah di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Barat sebagai rumah sakit rujukan tertinggi di wilayah regional utara dan Khususnya RSUD Mamuju Utara di Kab. Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menilai faktor budaya dalam pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di era otonomi daerah di Kab. Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat.

- b. Untuk menilai faktor organisasi dalam pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di era otonomi daerah di Kab. Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat.
- c. Untuk menilai faktor konsumen dalam pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di era otonomi daerah di Kab. Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat.
- d. Untuk menilai faktor provider dalam pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di era otonomi daerah di Kab. Pasangkayu Provinsi Sulawesi Barat

D. Kegunaan Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat berguna dalam beberapa hal sebagai berikut:

1. Manfaat Keilmuan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan Kontribusi terhadap Ilmu Perencanaan dan Pengembangan wilayah Otonomi daerah dalam hal pelayanan Kesehatan yang merupakan layanan dasar disetiap daerah otonom.

2. Manfaat Praktis

Sebagai Bahan masukan dalam melakukan perencanaan pengembangan Kebijakan sistem rujukan rumah sakit di Provinsi Sulawesi Barat serta adanya kebijakan atau peraturan bersama

antara dua kabupaten/kota dalam akses pelayanan kesehatan Masyarakat di daerah perbatasan.

E. Sistematika Penulisan

Penelitian terkait Sistem Rujukan Kesehatan Tterintegrasi Dlierah Otonomi Daerah di Kabupaten PasangkayuProvinsi Sulawesi Barat dengan sistematika sebagai berikut:

BAB I, berisi tentang pendahuluan, menguraikan tentang latar belakang penelitian, rumusan masalah, tujuan penelitian, kegunaan penelitian, serta sistematika penulisan.

BAB II, berisi kajian pustaka, yang menguraikan tentang studi literatur yang menjadi landasan teori untuk memberikan acuan, pedoman, dan teori yang berhubungan dengan penelitian ini.

BAB III, berisi tentang metode penelitian. Secara umum menguraikan tentang kerangka konsep penelitian, jenis,orientasi dan prinsip dasar metode kualitatif, lokasi dan waktu penelitian, sumber data, instrumen penelitian, teknik pengumpulan data dan keabsahan data, serta teknik analisis data.

BAB IV, berisi tentang hasil dan pembahasan

BAB V, berisi penutup yang terdiri dari kesimpulan dan rekomendasi yang diperoleh dari penelitian ini.

BAB II

TINJAUN PUSTAKA

A. Otonomi Daerah

Tujuan pemberian otonomi daerah yaitu untuk memungkinkan daerah yang bersangkutan mengatur dan mengurus rumah tangganya sendiri untuk meningkatkan daya guna dan hasil guna penyelenggaraan pemerintahan(Wenda, 2015).

Otonomi daerah merupakan hak, wewenang dan kewajiban daerah untuk mengatur dan mengurus ekonomi rumah tangganya sendiri sesuai dengan peraturan perundang – undangan nomor 22 tahun 1999. Dari pengertian tersebut tampak bahwa daerah di beri hak otonom oleh pemerintah pusat untuk mengatur dan mengurus kepentingan sendiri. Dalam hal ini hak dan wewenang yang di berikan terutama mengelola kekayaan alam dan ekonomi rumah tangganya sendiri.

Undang-Undang 23 tahun 2014 pasal 12 ayat (1) menetapkan salah satu urusan pemerintahan wajib berkaitan dengan bidang Pelayanan Dasar adalah terkait bidang kesehatan.Kewajiban pemerintah daerah ini sesuai dengan UUD 1945 pada Pasal 34 ayat (3) yaitu, Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Desentralisasi/otonomi daerah merupakan isu yang sangat jelas mempengaruhi kewajiban negara/pemerintah dalam rangka hak atas

derajat kesehatan yang optimal. Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik masing-masing daerah. Masalah ini akan dikaji dari perspektif hukum pemerintahan daerah yang salah satunya mengatur tentang pola pembagian kewenangan pusat-daerah dikaitkan dengan kewenangan-kewenangan pemerintah di bidang kesehatan serta tentang perimbangan keuangan pusat-daerah dalam rangka pembiayaan kesehatan supaya terjadi pemerataan antar daerah atau minimal tidak terjadi ketimpangan yang mencolok (Andri Kurniawan, 2010).

Dengan telah ditetapkannya Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 yang kemudian cabut dan digantikan dengan Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008, sistem pemerintahan di Indonesia berubah dari terpusat menjadi bentuk terdesentralisasi. Selain itu terdapat hak dan wewenang daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 9 ayat (1) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 menyatakan bahwa Urusan Pemerintahan terdiri atas urusan pemerintahan absolut, urusan pemerintahan konkuren, dan urusan pemerintahan umum, dimana pada ayat selanjutnya (2) Urusan

pemerintahan absolut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Urusan Pemerintahan yang sepenuhnya menjadi kewenangan Pemerintah Pusat; ayat (3) Urusan pemerintahan konkuren sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah Urusan Pemerintahan yang dibagi antara Pemerintah Pusat dan Daerah provinsi dan Daerah kabupaten/kota; ayat (4) Urusan pemerintahan konkuren yang diserahkan ke Daerah menjadi dasar pelaksanaan Otonomi Daerah.

Usuran pemerintahan konkruen sebagaimana dimaksud pada Pasal 9 ayat (3) yang menjadi kewenangan Daerah terdiri dari Urusan Pemerintahan Wajib dan Urusan Pemerintahan Pilihan, sedangkan ayat (2) Urusan Pemerintahan Wajib sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas Urusan Pemerintahan yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar dan Urusan Pemerintahan yang tidak berkaitan dengan Pelayanan Dasar; dan ayat (3) Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah Urusan Pemerintahan Wajib yang sebagian substansinya merupakan Pelayanan Dasar.

Pada pasal 12 ayat (1) yang menyebutkan Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (2) meliputi pendidikan, kesehatan, pekerjaan umum dan penataan ruang, perumahan rakyat dan kawasan permukiman, ketenteraman, ketertiban umum, dan perlindungan masyarakat dan sosial. Dengan landasan Undang-Undang ini maka pemerintah Daerah

berkewajiban melakukan segala upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pembangunan kesehatan diwilayahnya.

Hal ini mendorong daerah untuk mengembangkan dan melakukan sendiri upaya kesehatan termasuk pembangunan Sistem Informasi Kesehatan. Selain itu tujuan dari regionalisasi sistem rujukan yakni mengembangkan regionalisasi sistem rujukan sesuai kompetensi fasilitas kesehatan di Provinsi dan Kabupaten/Kota sehingga memungkinkan bila kami membuat ataupun mengembangkan sistem rujukan terintegrasi yang telah ada menjadi lebih efektif.

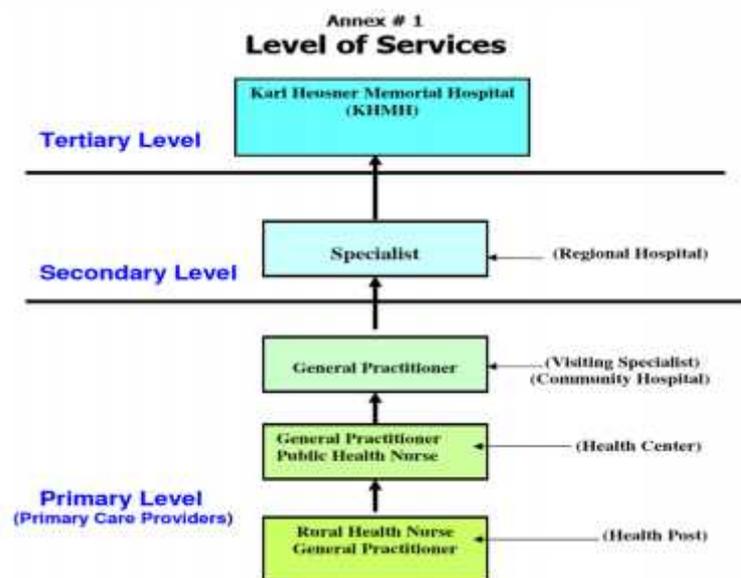
B. Sistem Rujukan

Secara sederhana sistem rujukan Menurut Tabrani (Hidayat Et al, 2004) adalah suatu tatanan berbagai unsur yang berfungsi secara sinergis untuk mencapai atau menghasilkan suatu perubahan mencapai suatu keseimbangan atau tujuan tertentu

Sistem rujukan layanan kesehatan adalah organisasi layanan kesehatan yang mengatur saling tugas dan tanggung jawab layanan kesehatan baik secara vertikal maupun horizontal. Rujukan vertikal adalah rujukan antara layanan kesehatan dari berbagai tingkat dapat dibuat dari tingkat layanan yang lebih rendah ke tingkat layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya sedangkan rujukan horizontal adalah rujukan antara layanan kesehatan dalam satu tingkat, dilakukan jika pe rujuk tidak dapat memberikan layanan kesehatan sesuai dengan pasien. kebutuhan karena

fasilitas, peralatan, dan / atau personel yang terbatas yang bersifat sementara atau permanen (PMK No. 001 tahun 2012). (Kementerian Kesehatan, 2012)

Sistem rujukan modern pertama kali disusun di Inggris. dan telah dibentuk oleh nasionalisasi rumah sakit sejak 1948. Layanan rujukan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem kesehatan yang berfungsi untuk memastikan pasien dapat dikelola sesuai dengan tingkat fasilitas kesehatan, kemampuan, kapasitas, layanan penerima dan manajemen yang efektif dan berkualitas (Afsar & Younus, 2004). Referensi berdasarkan kemampuan membayar, dan mampu melayani sesuai dengan tingkat dan jenis layanan sebagaimana diilustrasikan dalam skema berikut:

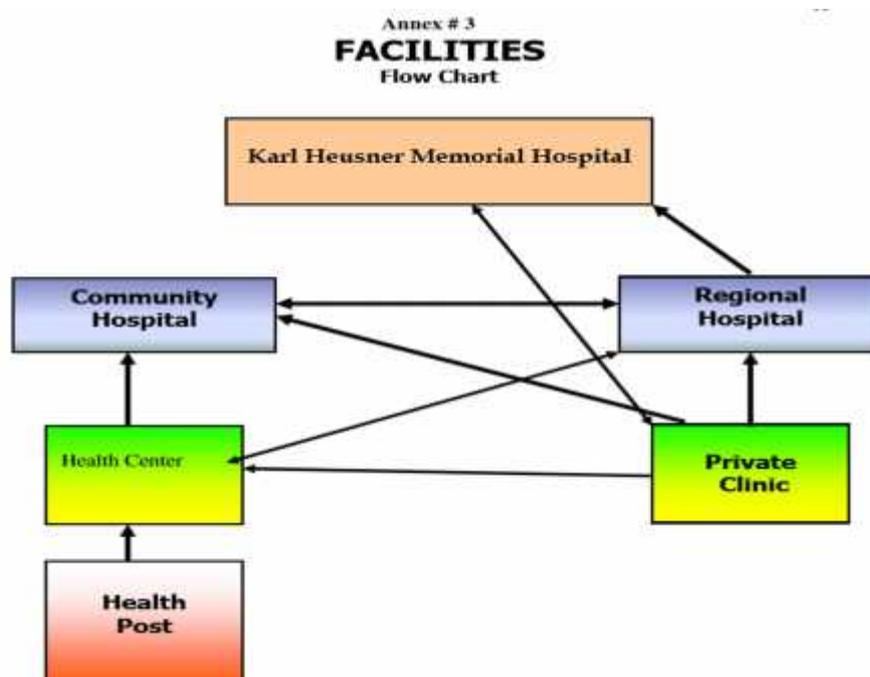


Gambar 2. 1 Tingkat Layanan

(Afsar & Younus, 2004)

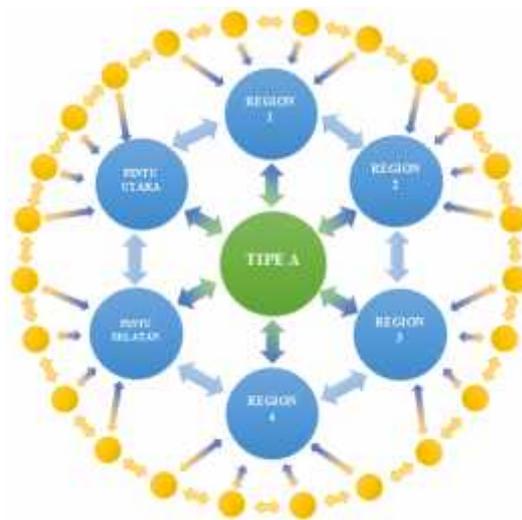
Konsep sistem hierarki kesehatan disosialisasikan berdasarkan gagasan Sistem, di mana populasi tertentu dalam DAS disediakan sesuai dengan tingkat yang ditentukan dari sistem layanan. mencari kegiatan rujukan di Pakistan banyak yang tidak puas, terutama perempuan dan anak-anak. Mengingat mereka sering dilarang mengunjungi fasilitas kesehatan di sebagian besar pengaturan sosial-budaya di Pakistan. Tetapi dalam hal layanan rujukan di negara ini, ia telah berfungsi secara efektif sebagai kontak pertama dari banyak orang dengan sistem kesehatan secara umum dan khususnya dengan proses rujukan (Afsar & Younus, 2004).

Sedangkan jika dilihat dari layanan berdasarkan fasilitas layanan kesehatan adalah sebagai berikut:



Gambar 2. 2 Fasilitas Kesehatan
(Ackman, Lata, Schuna, & Elliott, 2014)

Stefani (999) layanan sistem rujukan ke pasien tidak hanya dapat dirujuk ke tingkat yang lebih tinggi (atau fasilitas layanan tersier sekunder) tetapi juga disebut tingkat yang lebih rendah cocok untuk kebutuhan hasil diagnosis penyakit untuk meningkatkan kualitas dan efektivitas layanan (Ackman *et al.*, 2014). Berdasarkan hasil penelitian, untuk memastikan akses dan keberlanjutan program JKN perlu dikembangkan model sistem rujukan berdasarkan wilayah sebagai berikut:



Gambar 2. 3 Model Sistem Rujukan Sistem Rujukan Asuransi Kesehatan Nasional Terpadu
(Kementerian Kesehatan, 2014)

Kemudian dalam penelitian ini, ditemukan bahwa kebijakan pemerintah telah menjadi fasilitator praktik kolaboratif. mekanisme sistem kesehatan di mana layanan kesehatan disediakan. Sejak 2014, melalui JKN sistem kesehatan Indonesia telah menyediakan akses Universal ke berbagai layanan. dalam skema ini, kebijakan pemerintah mengenai layanan kesehatan, seperti pusat kesehatan, untuk memastikan layanan kesehatan yang berkualitas harus diakreditasi. (Setiadi *et al.*, 2017)

Tiap peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan secara menyeluruh, berjenjang, efektif, dan efisien sehingga Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) wajib menerapkan sistem rujukan berjenjang (Andita Cindy Faulina¹, Abu Khoiri², 2016): (Handayani et al., 2018) Sistem ini juga dirancang agar pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien bisa optimal dan pasien dapat puas dengan pelayanan tersebut. dalam pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di FKTP. Pelayanan yang diberikan oleh FKTP belum optimal karena tidak seimbang antara jumlah pasien yang dilayani dan petugas dan infrastruktur pelayanan kesehatan. (Nurriszka & Setiawati, 2019)

Penguatan sistem kesehatan telah sangat didukung oleh informasi sistem. Kemajuan dan keandalan sistem informasi kesehatan (HIS) juga dipengaruhi oleh kontribusi dari penelitian yang ada di bidang HIS. (Madjido, Espresso, Maula, Fuad, & Hasanbasri, 2019)

Sistem Informasi Kesehatan (*Health Information Sistem = HIS*) muncul dalam konteks kebutuhan untuk mengelola dan mengatur sistem informasi rumah sakit. Terlepas dari upaya dokter untuk memberikan layanan berkualitas tinggi, peningkatan masuknya pasien ke layanan rumah sakit bersekutu dengan sejumlah besar prosedur dan tindakan klinis, menyebabkan terjadinya kesalahan medis, karena hilangnya informasi penting atau fakta bahwa mereka mengabaikan standar praktik yang baik (Duarte, Castro, Santos, Abelha, & Machado, 2014)

Partisipasi masyarakat dalam penetapan prioritas dalam sistem kesehatan semakin penting di seluruh dunia, terutama di rangkaian miskin sumber daya di mana pemerintah sering gagal menyediakan layanan *publicsector* yang memadai untuk warganya. (Kamuzora, Maluka, Ndawi, Byskov, & Hurtig, 2013)

Rujukan pasien dari tingkat perawatan dasar ke lebih canggih dianggap sebagai bagian integral dari sistem kesehatan *allopathic* (*World Health Organization* & UNICEF, 1978). "rujukan Sistem" telah dianggap sebagai komponen penting dari sistem kesehatan, di negara-negara berkembang sejak munculnya layanan kesehatan primer. (Murray & Pearson, 2006)

Sistem rujukan kesehatan di Indonesia dipengaruhi oleh dimensi organisasi, teknologi, proses, dan individualitas. Satu-satunya faktor yang tidak secara signifikan merepresentasikan penerimaan dari referensi di Indonesia sentrisitas umum (dimensi organisasi) (*Handayani et al., 2018*).
Kelemahan dan Keunggulan konsep terintegrasi

Peraturan pemerintah pasal 42 ayat (3), Undang – Undang No.44 tahun 2009 tentang rumah sakit perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia pasal 6, No. 01 tahun 2012 tentang Sistem rujukan Pelayanan kesehatan perorangan disebutkan bahwa dalam rangka meningkatkan aksesibilitas, pemerataan dan peningkatan efektifitas pelayanan kesehatan, rujukan

dilakukan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat yang memiliki kemampuan pelayanan sesuai kebutuhan pasien”.

C. Regionalisasi Sistem Rujukan Jaminan Kesehatan Nasional dan Peraturan Gubernur

Pada saat ini pemerintah mengatur sistem regionalisasi rujukan yang merupakan suatu sistem pembagian wilayah kerja rumah sakit dengan cakupan area pelayanan yang dapat dijangkau oleh masyarakat dalam waktu kurang dari 1 jam (Kocher et al., 2010), agar dapat memberikan tindakan darurat sesuai standar. Regionalisasi menjamin agar sistem rujukan kesehatan berjalan secara optimal(Erny-albrecht & Erny-albrecht, 2017).

Peraturan daerah adalah peraturan undang-undang yang ditetapkan oleh dewan legislatif dengan kesepakatan bersama Kepala Daerah Gubernur atau Bupati/Walikota. Peraturan Daerah terdiri dari: peraturan dan peraturan Daerah Provinsi Kabupaten/Kota(J. Kesehatan, Jaminan, Nasional, & Jkn, 2014).

Definisi peraturan provinsi terdapat pada Pasal 1 ayat (7) Undang-Undang No. 12 Tahun 2011 tentang pembentukan peraturan perundangan Undang-Undang(Negara Republik Indonesia, 2011), sebagai berikut :

- 1) Pemahaman lebih lanjut dari aturan Kabupaten/Kota juga disebutkan dalam Pasal 1 ayat (8) Undang-Undang No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan undang-undang.

- 2) Peraturan Kabupaten/Kota adalah peraturan undang-undang yang dibentuk oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten/ Kota dengan persetujuan bersama Bupati/Walikota.

Menurut Pujowati, 2012 mengatakan implementasi kebijakan peningkatan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas Ngronggot kabupaten Nganjuk sesuai dengan Keputusan Menteri No. 125/MenKes/SK/II/2008 tentang pelaksanaan program jaminan mutu pelayanan kesehatan dasar antara lain: Aktor-aktor yang terlibat dalam pelaksanaan program lintas sektoral pelayanan kesehatan menjalankan perannya dengan cara yang berbeda-beda, dalam keterlibatan aktor-aktor lain dalam berbagai kebijakan atau program pelayanan kesehatan yang dapat memberikan gambaran adanya *coordination* sebagai bagian dari *flexibility* dalam proses implementasi kebijakan("Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin Kota Yogyakarta," 2004).

Model untuk Regionalisasi Sistem Rujukan Asuransi Kesehatan Terpadu di Provinsi :

1. Jangka Pendek

Para pemimpin baik Gubernur, Bupati / Walikota memiliki pengaruh langsung pada tingkat minat, partisipasi masyarakat dalam skema pembayaran di muka atau premi (Kamuzora et al., 2013). Dengan premi (Dana Kesehatan Masyarakat) menyebabkan ketidakmampuan membayar keanggotaan kontribusi, rendahnya kualitas perawatan, dan kurangnya

kepercayaan publik kepada para pemimpi di Tanzania dalam mengambil bagian dalam asuransi kesehatan,(Kayame, Maidin, & Thaha, 2014)

Gubernur wajib mengantisipasi para bupati dan walikota untuk melaksanakan MOU dengan para bupati/walikota yang berbatasan langsung dengan daerah wilayah lain sehingga tercipta pelayanan kesehatan yang harmonis sehingga karakteristik wilayah dan topografi daerah tidak lagi menjadi penyebab terjadinya kesenjangan pelayanan kesehatan saat ini.

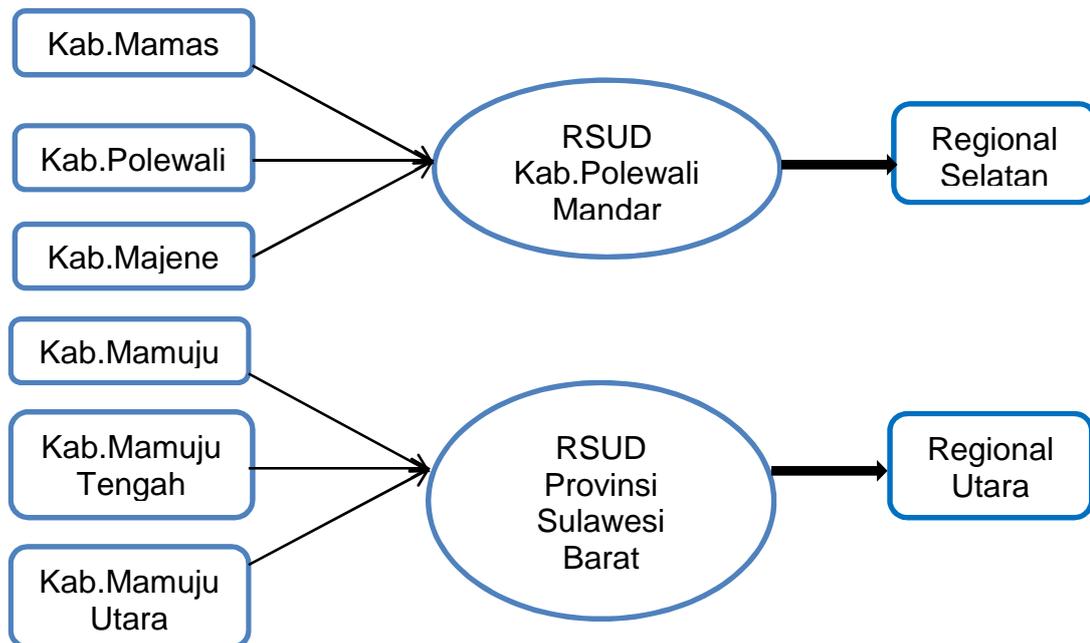
2. Jangka Panjang

Pencarian pada analisis kebijakan telah banyak dilakukan oleh akademisi dan praktisi, tetapi sedikit perhatian telah diberikan pada bagaimana melakukan analisis kebijakan, desain penelitian, teori atau metode yang paling baik menginformasikan analisis kebijakan. Penelitian ini berfokus pada regionalisasi sistem rujukan rumah sakit JKN untuk para anggotanya, menggunakan beberapa kerangka kerja dan teori, metodologi dan desain yang dapat digunakan dalam analisis kebijakan kesehatan, memberikan contoh studi terbaru. Implikasi dari studi kasus dan temporalities' dalam desain penelitian eksplorasi. Perhatian diarahkan pada pentingnya reflektivitas dan posisi peneliti dalam proses penelitian dan peran peneliti kebijakan.

Regionalisasi bukan hanya dibolehkan tapi wajib dilaksanakan bagi negara yang sedang berkembang seperti di Indonesia pada pengembangan berbagai akses terhadap pengembangan pelayanan

kesehatan dengan tujuan agar pelayanan kesehatan dapat dijangkau oleh masyarakat dalam hal ini health receiver. Pemerintah berwenang sekaligus bertanggung jawab atas tercapainya pelayanan kesehatan yang berkualitas tapi jangan sampai regionalisasi justru mempersulit masyarakat untuk mengakses fasilitas kesehatan tersebut akibat adanya aturan peraturan gubernur yang membuat batasan–batasan antar daerah yang satu dengan daerah tetangga atau daerah yang berdekatan, zona–zona, distrik atau wilayah sehingga masyarakat yang ingin melakukan pelayanan kesehatan dibatasi oleh aturan-aturan yang dianggap tidak jelas peruntukannya.

Pelayanan kesehatan di Provinsi Sulawesi Barat dibagi menjadi dua wilayah yakni wilayah Regional Selatan meliputi Kabupaten Polewali Mandar (RSUD Polewali Mandar), Kabupaten Majene (RSUD Kabupaten Majene) dan Kabupaten Mamasa (RSUD Kabupaten Mamasa dan RS Banua Mamasa) dengan Fasilitas Pelayanan Rujukan Tertinggi adalah Rumah Sakit Umum Daerah Polewali Mandar; dan wilayah Regional Utara sekaligus sebagai Rujukan Provinsi meliputi Kabupaten Pasangkayu (RSUD Mamuju Utara), Kabupaten Mamuju (RSUD Provinsi Sulawesi Barat dan RSUD Mamuju) dan Kabupaten Mamuju Tengah (Rumah Sakit Satelit Tobadak) dengan Fasilitas Pelayanan Rujukan Tertinggi adalah Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Barat, ini tertuang dalam peraturan Gubernur Sulawesi Barat No. 5 tahun 2015 , dapat di lihat dari gambar di bawah ini.



Gambar 2. 4 Alur Pelayanan Kesehatan Prov.SULBAR

Regionalisasi sistem rujukan yang dikembangkan ini memberikan peluang bagi masyarakat perbatasan dan penyedia layanan tingkat primer (puskesmas dan klinik) untuk membuat rujukan bagi pasien ke penyedia layanan kesehatan tingkat lanjut terdekat. Sebagai contoh, orang-orang yang berada di daerah perbatasan di wilayah kesehatan Kabupaten Mamasa dan Kabupaten Majene dapat dirujuk ke Rumah Sakit Umum daerah di kabupaten Polewali Mandar. Sedangkan pada kabupaten Pasangkayu dan Kabupaten Mamuju tengah dapat dirujuk ke rumah sakit Umum daerah provinsi Sulawesi Barat. Dimana kemudahan rujukan sebaiknya mempertimbangkan keterjangkauan sarana dan prasarana kesehatan kepada masyarakat, serta mempertimbangkan aksesibilitas. Letak rumah sakit Regional Selatan dan rumah sakit Regional Utara dapat dilihat pada gambar Peta di bawah.



Gambar 2. 5 Peta Rumah sakit Regional Selatan dan Regional Utara Prov.SULBAR

D. Kesehatan

Kesehatan adalah kebutuhan individu yang penting dan merupakan salah satu penentu tingkat kesejahteraan.(Harahap, Handayani, & Hidayanto, 2019) Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap keterlambatan fasilitas perawatan kesehatan, dan keterlambatan dalam penyediaan perawatan yang memadai termasuk faktor sosial ekonomi atau budaya, aksesibilitas fasilitas, dan kualitas perawatan(Thaddeus & Maine, 1994). Salah satu perbaikan dapat dilakukan dengan memperkuat mekanisme mekanik dan hubungan antara tingkat fasilitas yang berbeda.

Berdasarkan UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan pasal 35, Pemerintah Daerah dapat menentukan jumlah dan jenis fasilitas

pelayanan kesehatan serta pemberian izin beroperasi di daerahnya dengan mempertimbangkan :

1. Luas Wilayah;
2. Kebutuhan Kesehatan;
3. Jumlah dan Persebaran Penduduk
4. Pola Penyakit
5. Pemanfataannya
6. Fungsi Sosial
7. Kemampuan dan memanfaatkan teknologi.

Perkembangan Teknologi Informasi saat ini memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pertumbuhan *e-Health*. *e-Health* merubah model pelayanan kesehatan dan penyampaian informasi kepada masyarakat melalui penggunaan Internet. *e-Health* diperkenalkan sebagai solusi yang menjanjikan efektivitas biaya dan kualitas pelayanan kesehatan. Dengan menggunakan *e-Health*, pasien dapat dengan mudah berkonsultasi dengan profesional kesehatan, mendapatkan informasi yang berkaitan dengan penyakit tertentu, dan mengakses catatan medis. (Syahputra & Arifitama, 2016)

Penerapan teknologi informasi kesehatan (TI) merupakan salah satu strategi untuk meningkatkan keselamatan pasien karena kesalahan medis. Namun demikian, penggunaan kesehatan yang tidak tepat TI mungkin memiliki konsekuensi serius terhadap kualitas perawatan dan keselamatan pasien. (Salahuddin, Ismail, & Abidin, 2016)

Banyak negara mengimpor perawatan terkelola dan persaingan harga dari AS untuk meningkatkan kinerja sistem perawatan kesehatan mereka. Namun, relatif sedikit yang diketahui tentang bagaimana kekuatan diatur dan dilaksanakan dalam sistem perawatan kesehatan AS untuk mengendalikan biaya, meningkatkan kualitas dan mencapai tujuan lain.(Grembowski, Cook, Patrick, & Elizabeth, 2002)

Pemahaman tentang dampak program asuransi kesehatan terhadap permintaan pelayanan kesehatan memberikan informasi berharga untuk mengantisipasi kebutuhan biaya kesehatan di masa mendatang. Informasi ini pada akhirnya bermanfaat bagi para pengambil kebijakan, misalnya untuk memprediksi klaim rasio, menghitung premi, mendisain kebijakan iuran-biaya, dan lain-lain.(P. Kesehatan & Para, 2008)

Pada zaman moderan ini masyarakat juga mengenal dengan istilah wisata kesehatan, kadang-kadang disebut sebagai wisata medis, secara luas didefinisikan sebagai orang yang bepergian dari tempat tinggal mereka karena alasan kesehatan(Aniza, Aidalina, Nirmalini, Inggit, & Ajeng, 2009). Perawatan kesehatan mahal di Amerika Serikat (AS); bukan karena biaya waktu dari daftar tunggu, tetapi dari biaya moneter yang tinggi. Alasan utama lain pasien mencari perawatan di luar negeri adalah karena waktu tunggu yang lebih(Phua, 2008). Ini juga memungkinkan apabila kita memiliki tenaga dan alat medis yang canggih dan memadai.

Pusat kesehatan di Lao Republik demokratis rakyat (Lao PDR) menyediakan layanan kesehatan primer bagi sebagian besar orang di tingkat desa. Oleh karena itu, kepuasan kerja petugas pusat kesehatan adalah indikator yang paling penting untuk menentukan kinerja mereka (Khamlub *et al.*, 2013). Banyak penelitian telah menunjukkan bahwa kepuasan kerja dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti upah kompetitif, staf yang memadai, lingkungan kerja yang menyenangkan, peluang untuk pertumbuhan pribadi dan profesional, beban kerja yang wajar, pengawasan, pengakuan, kemajuan nyata pasien, positif hubungan dengan rekan kerja, otonomi dalam pekerjaan, keamanan pekerjaan, peningkatan karir dan imbalan kontinjensi. (Eker, Tüzün, Da kapan, & Sürenkök, 2004)-(Pillay, 2009)

Puspita dalam (Imam Riauan & Shasrini, 2017) menyatakan bahwa Pelayanan kesehatan meliputi:

1. Pelayanan medis, merupakan pelayanan yang diberikan oleh tenaga medis yang profesional di bidangnya baik dokter umum maupun dokter spesialis.
2. Pelayanan keperawatan, merupakan pelayanan yang bukan tindakan medis terhadap pasien, tetapi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat sesuai aturan keperawatan.

3. Pelayanan penunjang medik yang diberikan terhadap pasien seperti: pelayanan gizi, laboratorium, farmasi, rehabilitasi medik, dan lainlain
4. Pelayanan administrasi dan keuangan, pelayanan administrasi antara lain salah satunya adalah bidang ketatausahaan seperti pendaftaran, rekam medis, dan kerumahtanggaan. Sedangkan keuangan adalah seperti pembayaran biaya rawat inap dan lain-lain.

E. Faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu aspek yang berperan dalam penciptaan derajat yang merata kepada seluruh masyarakat sesuai dengan tujuan penyelenggaraan pembangunan kesehatan yaitu terwujudnya masyarakat yang mandiri untuk penggapai pelayanan kesehatan dan berperilaku hidup sehat (Depkes RI, 2003).(Yusuf, 2016)

Dever mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai berikut:

1. Faktor Sosial Budaya

Sosial budaya mencakup teknologi dan norma-norma yang berlaku
Sebagai berikut :

- a. Kemajuan teknologi di bidang kesehatan dapat mempengaruhi seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Kemajuan teknologi dapat menurunkan angka kesakitan atau kebutuhan untuk perawatan, seperti penemuan vaksin untuk mencegah penyakit

difteri, pertusis, dan lain-lain. Di sisi lain, kemajuan teknologi juga dapat meningkatkan utilisasi pelayanan kesehatan, seperti transplantasi jantung, ginjal, dan kemajuan di bidang radiologi dapat meningkatkan utilisasi pelayanan kesehatan di masyarakat.

- b. Norma-norma yang berlaku adalah norma dan nilai-nilai sosial yang terdapat didalam masyarakat akan mempengaruhi seseorang dalam bertindak termasuk dalam perilaku utilisasi pelayanan kesehatan.

2. Faktor Organisasi

Organisasi meliputi ada tidaknya fasilitas pelayanan kesehatan, keterjangkauan secara geografis, keterjangkauan sosial, dan karakteristik struktur pelayanan kesehatan.

- a. Ketersediaan pelayanan kesehatan Ketersediaan pelayanan kesehatan mempengaruhi seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, karena suatu pelayanan digunakan jika tersedia. Suatu sumber daya dikatakan tersedia jika terdapat dan diperoleh tanpa mempertimbangkan mudah atau sulitnya digunakan.
- b. Keterjangkauan secara geografis (aksesibilitas) adalah faktor-faktor geografi yang memudahkan atau menghambat individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, berkaitan dengan jarak tempuh, waktu tempuh, dan kemudahan dalam memperoleh alat transportasi. Hubungan antara akses geografi dan penggunaan pelayanan tergantung dari sumber daya yang ada. Peningkatan akses yang disebabkan oleh berkurangnya jarak, waktu tempuh, dan

kemudahan transportasi dapat mengakibatkan peningkatan pelayanan yang berhubungan dengan keluhan-keluhan ringan atau pemakaian pelayanan preventif akan lebih tinggi daripada pelayanan kuratif.

- c. Keterjangkauan sosial terdiri atas dua dimensi, yaitu dapat diterima dan dapat dijangkau oleh masyarakat. Dalam aspek keterjangkauan sosial, konsumen dalam memanfaatkan pelayanan memperhitungkan dari segi ekonomi yaitu biaya pelayanan dan ada atau tidaknya penanggung biaya pelayanan.
- d. Karakteristik struktur pelayanan Cara pelayanan terhadap petugas kesehatan dapat mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan. Sistem pemberian upah merupakan salah satu faktor yang membentuk insentif tenaga kesehatan. Contoh dalam sistem asuransi, dimana biaya pelayanan dokter dibayarkan kembali, struktur pembayaran tersebut mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan. Para dokter cenderung membentuk pelayanan yang bisa memberikan keuntungan untuk memaksimalkan pendapatan mereka. Selain itu, struktur organisasi pelayanan kesehatan juga mempengaruhi utilisasi seseorang terhadap pelayanan kesehatan. Bentuk pelayanan, seperti praktik dokter tunggal, praktik dokter bersama, klinik, rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya membuat pola utilisasi pelayanan kesehatan yang berbeda.

3. Faktor Konsumen

Faktor yang berhubungan dengan konsumen, meliputi derajat sakit, mobilitas penderita, cacat yang dialami, sosio demografi (umur, jenis kelamin, status perkawinan), sosio psikologi (persepsi sakit, kepercayaan, dsb), sosio ekonomi (pendidikan, pendapatan, pekerjaan, jarak tempat tinggal dengan pusat pelayanan kesehatan).

4. Faktor Provider

Faktor yang berhubungan dengan provider, meliputi kemampuan petugas dalam menciptakan kebutuhan masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan melalui karakteristik provider (pelayanan dokter, pelayanan paramedik, jumlah dan jenis dokter, peralatan yang tersedia, serta penggunaan teknologi canggih).

F. Terintegrasi

1. Pengertian

Integrasi adalah sebuah sistem yang mengalami pembauran hingga menjadi suatu kesatuan yang utuh. Terintegrasi berasal dari bahasa inggris "integrasi" yang berarti Kesempurnaan atau keseluruhan. integrasi sosial di definisikan sebagai proses penyesuaian diantara unsur unsur yang berbeda satu dengan yang lain dalam kehidupan bermasyarakat sehingga menghasilkan pola masyarakat yang memilikifungsi kompatibilitas.

2. Keunggulan konsep terintegrasi

Setiap puskesmas, klinik, dan rumah sakit yang ada di Sulawesi Barat sudah harus terintegrasi. Jumlah dokter, tenaga medis, dan fasilitas ruang perawatan harus tersedia di sistem sehingga warga tahu dan bisa mengaksesnya setiap saat, jika layanan kesehatan sudah terintegrasi tidak akan ada lagi warga yang sulit mengakses ruang perawatan di rumah sakit. Selama ini, sering terjadi miskomunikasi saat merujuk pasien dari satu rumah sakit ke rumah sakit lain.

Banyak tenaga kesehatan sudah menyadari pentingnya konsep kesehatan yang terintegrasi khususnya informasi yang selalu terbaru dalam sistem yang dibuat agar tidak ada lagi rumah sakit yang mengalami kesulitan dalam merujuk pasiennya, sehingga masyarakat dapat pelayanan kesehatan yang tepat.

Perkembangan konsep e-health bukan hanya menfokuskan pada pelayanan medis di Rumah Sakit saja, melainkan pada kegiatan pelaksana pelayanan kesehatan yang dilakukan di Puskesmas. Untuk menjangkau masyarakat secara keseluruhan maka diperlukan program Sistem Informasi Manajemen Puskesmas atau SIM Puskesmas yang terintegrasi dengan baik melalui berbagai kegiatan pelaksana. Dalam program SIM Puskesmas terdapat empat bentuk kegiatan pelaksana antara lain sistem pendaftaran pasien, sistem

rekam medis pasien, sistem pengobatan atau farmasi dan sistem pembayaran (Publik et al., 2019).

Manfaat utama yang dapat dirasakan dalam implementasi SIMPUS di Kota Yogyakarta yaitu terwujudnya integrasi data. Dengan adanya data yang terintegrasi Melalui aplikasi SIMPUS Dinas Kesehatan dengan mudah dapat memantau segala aktivitas yang dilakukan setiap puskesmas kapanpun dan dimanapun. Hal ini mempermudah alur koordinasi dan pelaporan yang dulunya cenderung ribet dan membutuhkan waktu yang lama. Sehingga dengan aplikasi SIMPUS yang terintegrasi diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat (Publik et al., 2019).

Konsep integrasi data melalui aplikasi SIMPUS dapat terlihat dalam pengembangan dan implementasinya. Dimana Dinas Kesehatan sebagai central data, sedangkan setiap puskesmas yang ada di Kota Yogyakarta sebagai kelompok sasarannya. Pada pelaksanaannya, setidaknya aplikasi SIMPUS di Kota Yogyakarta terdapat beberapa kegunaan antara lain : a) sistem pendaftaran pasien, b) sistem rekam medis, c) sistem pengobatan dan d) sistem billing (Publik et al., 2019).

3. Kelemahan konsep terintegrasi

Kelemahan dari konsep ini ada pada sistem pengimputan dan pemutakhiran data yang seharusnya terbaru hi setiap saat, jadi bukan

hanya ketersediaan data tapi juga keakuratan data yang diinput ke sistem tapi juga data yang di sajikan valid.

Proses integrasi data yang dilakukan selama ini adalah mengirimkan laporan berupa soft file Excel untuk kemudian dikirimkan ke Dinas Kesehatan. Laporan yang telah diterima akan kembali diproses oleh petugas Dinas Kesehatan untuk dimasukkan ke dalam database master. Hal ini tentu saja memunculkan beberapa kekhawatiran terhadap kredibilitas data sebab kemungkinan terjadinya redundansi data sangatlah besar yang kemudian akan mempengaruhi konten laporan yang dihasilkan (Khatib & Dalam, 2017).

Departemen Kesehatan telah membangun sistem informasi kesehatan yang disebut SIKNAS yang melingkupi sistem jaringan informasi kesehatan mulai dari kabupaten sampai ke pusat. Namun demikian dengan keterbatasan sumberdaya yang dimiliki, SIKNAS belum berjalan sebagaimana mestinya (Sanjoyo, 2003).

Kelemahan Sistem informasi yang ada saat ini dapat digambarkan sebagai berikut:

1. Masing-masing program memiliki sistem informasi sendiri yang belum terintegrasi. Sehingga bila diperlukan informasi yang menyeluruh diperlukan waktu yang cukup lama.
2. Terbatasnya perangkat keras (hardware) dan perangkat lunak (software) di berbagai jenjang, padahal kapabilitas untuk itu dirasa memadai.

3. Terbatasnya kemampuan dan kemauan sumber daya manusia untuk mengelola dan mengembangkan sistem informasi
4. Masih belum membudayanya pengambilan keputusan berdasarkan data/informasi.
5. Belum adanya sistem pengembangan karir bagi pengelola sistem informasi, sehingga seringkali timbul keengganan bagi petugas untuk memasuki atau dipromosikan menjadi pengelola sistem informasi.

Sistem informasi yang terpadu (integrated) mempunyai daya guna yang tinggi, jika dibandingkan dengan sistem informasi yang terfragmentasi. Usaha untuk melakukan integrasi sistem yang ada didalam suatu organisasi menjadi satu sistem yang utuh merupakan usaha yang berat dengan biaya yang cukup besar dan harus dilakukan secara berkesinambungan. Sinkronisasi antar sistem yang ada dalam sistem informasi itu, merupakan prasyarat yang mutlak untuk dapat mendapatkan sistem informasi yang terpadu merupakan salah satu kesulitan konsep integrasi (Sanjoyo, 2003).

G. Dinas Kesehatan

Dinas Kesehatan merupakan salah satu perangkat daerah yang membantu kepala daerah dalam melaksanakan tugas pemerintah dibidang kesehatan yang juga memiliki fungsi Penyelenggaraan upaya kesehatan rujukan. Kepala DINKES Kab/Kota dan organisasi profesi bertanggung jawab atas pembinaan dan pengawasan rujukan pada

pelayanan kesehatan tingkat pertama. Kepala DINKES Provinsi dan organisasi profesi bertanggung jawab atas pembinaan dan pengawasan rujukan pada pelayanan kesehatan tingkat kedua. Menteri bertanggung jawab atas pembinaan dan pengawasan rujukan pada pelayanan kesehatan tingkat ketiga (BPJS Kesehatan, 2015).

Dinas Kesehatan sebagai pelaksana kegiatan dan penganggaran di daerah sering mengalami kendala regulasi yang belum jelas. Sebagaimana dalam penelitian di Dinas Kesehatan di Kota dan Kabupaten Bima, dimana pemenuhan kebutuhan fasilitas dan tugas pengawasan terhadap pelaksanaan Program BPJS belum berfungsi dengan maksimal, disebabkan belum adanya regulasi yang dapat dijadikan dasar oleh Dinas Kesehatan (Edy Bahtiar, DR.dr. Wahyudi Istiono, M.Kes; dr. M.Robikhul I, 2016). Begitu pula untuk peran pengorganisasian Dinas Kesehatan Kota Bima dan Kabupaten Bima juga masih belum sempurna. Terlihat dari pembuatan regulasi tentang penggunaan anggaran BPJS non jasa, pemerataan tenaga, pemanfaatan tenaga yang tidak mengikuti aturan seperti penempatan kepala UPT Puskesmas yang diploma III, penempatan tenaga dokter di Kabupaten Bima yang tidak merata, dan tidak memiliki SOP sistem rujukan (Edy Bahtiar, DR.dr. Wahyudi Istiono, M.Kes; dr. M.Robikhul I, 2016).

Mekanisme regulasi pendanaan kesehatan yang kurang maksimal juga diungkapkan di dalam penelitian dimana umumnya Kepuasan petugas kesehatan meningkat karena ada insentif petugas, beban kerja di

beberapa tempat tidak menjadi masalah asalkan sesuai dengan kompensasi jasa masing-masing profesi petugas pelayanan kesehatan, namun ada juga petugas belum merasa puas dengan pembagian jasa karena SDM yang kurang sehingga beban kerja mereka menjadi besar, tarif di RS/puskesmas masih tergolong kecil, pembayaran kapitasi puskesmas yang terlambat karena melalui dinas kesehatan dan rumit pencairan dananya bahkan masih ada pemotongan jasa (Anggraeni, Maidin, & Arifah, 2016).

H. Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Menurut UU No. 44 Tahun 2009 Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial (presiden Republik Indonesia, 2009).

Pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan:

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien masyarakat lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.
- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.

2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (pelayanan kesehatan yang meliputi *Promotif*, *Preventif*, *Kuratif*, dan *Rehabilitatif*). Untuk melaksanakan tugas-tugas tersebut, maka rumah sakit mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan

kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (Negara Republik Indonesia, 2009).

3. Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit dapat diklasifikasikan berdasarkan berbagai kriteria (Kapiriri & Norheim, 2004) sebagai berikut:

a. Berdasarkan Kepemilikan

Berdasarkan kepemilikannya, UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, membedakan rumah sakit di Indonesia ke dalam dua jenis ("UU No. 44 Th 2009 ttg Rumah Sakit," n.d.):

1) Rumah sakit publik, yaitu rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah (termasuk pemerintah daerah) dan badan hukum lain yang bersifat nirlaba, meliputi:

- Rumah sakit milik Departemen Kesehatan
- Rumah sakit milik Pemerintah Daerah Provinsi
- Rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten atau Kota
- Rumah sakit milik Tentara Nasional Indonesia (TNI)
- Rumah sakit milik Kepolisian Republik Indonesia (Polri)
- Rumah sakit milik Departemen di Luar Departemen Kesehatan (termasuk milik Badan Usaha Milik Negara seperti Pertamina).

2) Rumah Sakit Privat, yaitu rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas, meliputi:

- Rumah Sakit Milik Yayasan

- Rumah Sakit Milik Perusahaan
- Rumah Sakit Milik Penanam Modal (dalam negeri dan luar negeri)
- Rumah Sakit Milik Badan Hukum Lain (Negara Republik Indonesia, 2009) (Hartono, 2010).

b. Berdasarkan Jenis Pelayanan

Klasifikasi berdasarkan jenis pelayanannya, rumah sakit terdiri atas:

- 1) Rumah Sakit Umum, memberi pelayanan kepada pasien dengan beragam jenis penyakit
- 2) Rumah Sakit Khusus, memberi pelayanan pengobatan khusus untuk pasien dengan kondisi medik tertentu baik bedah maupun non bedah. Contoh: rumah sakit kanker, rumah sakit bersalin (Hartono, 2010).

c. Berdasarkan Kelas

- 1) Rumah Sakit Kelas A, adalah rumah sakit yang melaksanakan pelayanan kesehatan yang spesialisik dan sub spesialisik yang luas
- 2) Rumah Sakit Kelas B, adalah rumah sakit yang melaksanakan pelayanan kesehatan spesialisik yang luas dan sub spesialis terbatas
- 3) Rumah Sakit Kelas C, adalah rumah sakit yang melaksanakan pelayanan kesehatan spesialisik terbatas, paling sedikit empat

spesialis dasar yaitu: penyakit dalam, penyakit bedah, penyakit kebidanan atau kandungan, dan kesehatan anak

- 4) Rumah Sakit Kelas D, adalah rumah sakit yang bersifat transisi karena pada suatu saat akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C. pada saat ini kemampuan rumah sakit kelas D hanya memberikan pelayanan kedokteran umum dan kedokteran gigi (Simbolon, Simbolon, & Chalidyanto, 2013).



Gambar 2.6 Jenjang Rujukan Pasien

(Simbolon et al., 2013).

4. Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Pasang Kayu

Rumah Sakit Regional Provinsi yang terletak di wilayah Kab. Mamuju merupakan rumah sakit tingkat rujukan Lanjutan pada jenjang rujukan di Provinsi Sulawesi barat berjarak 276 Km dari Rumah Sakit Umum Daerah Kab.Pasangkayu yang merupakan rumah sakit tingkat rujukan pertama di wilayah Kab.Pasangkayu dan masih tipe D. RSUD

Kabupaten Pasangkayu terletak di Jalan Bukit Husada No.10, Aka, Pasangkayu, Kec Pasangkayu Sulawesi Barat. Letaknya strategis karena berada di Jalan Trans Sulawesi yang menghubungkan Kabupaten Pasangkayu dengan provinsi Sulawesi Tengah, dan dekat dengan ibu kota provinsi Sulawesi Tengah kota Palu dengan jarak tempuh sekitar 200 km (2,5 jam) perjalanan.

RSUD Kabupaten Pasangkayu sebagai pusat rujukan dari 15 puskesmas dan 43 puskesmas pembantu yang tersebar di Kabupaten Pasangkayu dengan jumlah penduduk di Kabupaten Pasangkayu adalah 165.230 jiwa yang terdiri dari penduduk laki-laki sejumlah 85.720 jiwa dan penduduk perempuan sejumlah 79.510 jiwa yang tersebar pada 12 kecamatan.

5. Puskesmas Dapurang

Dalam rangka mengoptimalkan fungsi Puskesmas dalam mendukung tercapainya tujuan penyelenggaraan pembangunan kesehatan, Kementerian Kesehatan telah menetapkan kebijakan dan langkah-langkah strategis sebagai acuan dalam penyelenggaraan Puskesmas, yang dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Puskesmas harus memahami kebijakan tersebut secara benar, serta mampu menerapkannya dalam pengelolaan dan penyelenggaraan Puskesmas. Selain itu, disadari bahwa telah terjadi pergeseran pola penyakit, timbulnya penyakit baru dan masih tingginya

prevalensi penyakit menular yang telah ada, ditetapkannya berbagai perundangan, peraturan dan kebijakan baik lintas program maupun lintas sektor yang mempunyai dampak terhadap pembangunan kesehatan, disparitas status kesehatan antara daerah yang sangat beragam, kualitas dan distribusi sumber daya kesehatan.

UPT Puskesmas Dapurang merupakan salah satu UPT Dinas Kesehatan Kabupaten Pasangkayu. UPT Puskesmas Dapurang terletak di Desa Benggaulu Kecamatan Dapurang Kabupaten Pasangkayu yang keberadaannya \pm 9 tahun, Puskesmas ini berjarak \pm 100 km dari Ibukota Kabupaten Pasangkayu dan \pm 10 km dari kota kecamatan Dapurang, yang berbatasan dengan:

- a. Sebelah utara Kecamatan Sarudu dan Kecamatan Duripoku
- b. Sebelah timur Provinsi Sulawesi Tengah
- c. Sebelah barat Selat Makassar
- d. Sebelah Selatan Kabupaten Mamuju

UPT Puskesmas Dapurang dibangun pada tahun 2009 dengan luas tanah \pm 600m², yang terdiri dari UGD, poliklinik, dan kantor. Perumahan ada 3 buah untuk perumahan dinas dokter dan perawat/bidan. UPT Puskesmas Dapurang mempunyai Wilayah Kerja 5 Desa yaitu Desa Benggaulu, Desa Bulu Bonggu, Desa Tirtabuana, Desa Sarasa dan Desa Dapurang. Wilayah kerja Puskesmas dengan rata-rata jarak tempuh masyarakat ke Puskesmas yang terdekat adalah 3 menit dari Desa Benggaulu dan yang terjauh adalah 60 menit dari Desa Bulu Bonggu, saat ini UPT Puskesmas

Dapurang berstatus Puskesmas Perawatan dan Pelayanan Kegawatdaruratan 24 jam, dibantu dengan 6 buah Puskesmas Pembantu (PUSTU), 5 buah Pos Kesehatan Desa (POSKESDES), 6 buah Pos Bersalin Desa (POLINDES) dengan 17 Bidan di Desa (BIDES).

I. Perilaku Konsumen

1. Pengertian

Perilaku konsumen adalah perilaku yang ditunjukkan melalui pencarian, pembelian, pelanggan, pengevaluasian dan penentuan produk atau jasa yang mereka harapkan dapat memuaskan kebutuhan mereka (Anoraga, 2004). Konsumen memiliki keragaman yang menarik untuk dipelajari karena ia meliputi seluruh individu dari berbagai usia, latar belakang budaya, pendidikan, dan keadaan sosial ekonomi lainnya. Oleh karena itu, sangatlah penting untuk mempelajari bagaimana konsumen berperilaku dan faktor-faktor apa saja yang memengaruhi perilaku tersebut.

Berikut beberapa pengertian perilaku konsumen dari beberapa sumber, menurut Kotler Keller perilaku konsumen adalah studi bagaimana individu, kelompok dan organisasi memilih, membeli, menggunakan dan menempatkan barang, jasa, ide atau pengalaman untuk memuaskan keinginan dan kebutuhan mereka (Surwade Vidya, Onfile, 2018a). Sedangkan menurut Swastha perilaku konsumen merupakan kegiatan-kegiatan individu yang secara langsung terlibat dalam mendapatkan dan mempergunakan barang-barang dan jasa-jasa, termasuk di dalamnya

proses pengambilan keputusan pada persiapan dan penentuan kegiatan-kegiatan tersebut (Basu & Ibnu Sukotjo, 1993).

Menurut Schiffman, Kanuk bahwa perilaku konsumen menggambarkan cara individu mengambil keputusan untuk memanfaatkan sumber daya mereka yang tersedia (waktu, uang, usaha) guna membeli barang-barang yang berhubungan dengan konsumsi (Schiffman & Kanuk, 2008).

Ilmu perilaku konsumen merupakan ilmu tentang bagaimana individu mengambil suatu keputusan dalam menggunakan sumber daya yang dimilikinya yaitu waktu, tenaga, dan uang untuk mengkonsumsi sesuatu, termasuk mempelajari apa, mengapa, kapan, dan dimana seseorang membeli, serta seberapa sering seseorang membeli dan menggunakan suatu produk dan jasa.

Teori Perilaku Konsumen menurut Swastha, (Swastha & Handoko, 2000) Handoko membagi teori perilaku konsumen menjadi empat jenis, yaitu:

- a. Teori Ekonomi Mikro. Dalam teori ini menjelaskan bahwa keputusan untuk membeli merupakan hasil perhitungan ekonomis rasional yang sadar. Pembeli individual berusaha menggunakan barang-barang yang akan memberikan kegunaan (kepuasan) paling banyak, sesuai dengan selera dan harga-harga relatif.

- b. Teori Psikologis. Teori ini mendasari faktor-faktor psikologis individu untuk selalu dipengaruhi oleh kekuatan-kekuatan lingkungan, yang merupakan penerapan dari teori-teori bidang psikologis dalam menganalisa perilaku konsumen.
- c. Teori Sosiologis. Teori ini lebih menitik beratkan pada hubungan dan pengaruh antara individu-individu yang dikaitkan dengan perilaku mereka jadi lebih mengutamakan perilaku kelompok dari pada perilaku individu.
- d. Teori Anthropologis. Teori ini sama dengan teori sosiologis, teori ini juga menekankan pada tingkah laku pembelian dari suatu kelompok tetapi kelompok yang diteliti adalah kelompok masyarakat luas antara lain: kebudayaan (kelompok paling besar), sub kultur (kebudayaan daerah) dan kelas-kelas sosial.

2. Faktor yang mempengaruhi perilaku konsumen

Perilaku konsumen menurut (Engel et.al, 1994) dalam pengambilan keputusan pembelian yang dilakukan oleh konsumen melewati lima tahapan yaitu: pengenalan kebutuhan, pencarian informasi, evaluasi informasi, pembelian dan pasca pembelian (Trimurti, 2008). Proses pengambilan keputusan pembelian konsumen dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu:

- a. Faktor perbedaan individu terdiri dari sumber daya konsumen, motivasi dan keterlibatan, pengetahuan, sikap, kepribadian, gaya hidup dan demografi

- b. Faktor lingkungan yang terdiri dari budaya, kelas sosial, pengaruh pribadi, keluarga dan situasi
- c. Proses psikologis terdiri dari pengolahan informasi, pembelajaran, perubahan sikap/perilaku.

Menurut Kotler (2000)(Program, Ilmu, Ekonomi, & Surabaya, 2015), faktor-faktor utama yang mempengaruhi perilaku pembelian konsumen adalah faktor kebudayaan, faktor sosial, dan faktor personal serta faktor psikologi sebagai berikut:

- a. Faktor Kebudayaan

Faktor-faktor kebudayaan mempunyai pengaruh yang paling luas dan mendalam terhadap perilaku konsumen. Pemasar harus memahami peran yang dimainkan oleh kultur, sub kultur, dan kelas sosial pembeli.

- b. Faktor Sosial

Perilaku seorang konsumen yang dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial seperti perilaku kelompok acuan (kelompok referensi), keluarga, serta peran dan status sosial dari konsumen.

- c. Faktor Pribadi

Keputusan seorang pembeli juga dipengaruhi oleh karakteristik pribadi, yaitu usia pembeli dan tahap siklus hidup pembeli, pekerjaan, kondisi ekonomi. Gaya hidup, serta kepribadian dan kondisi ekonomi, gaya hidup, serta kepribadian dan konsep diri pembeli.

d. Faktor Psikologis

Pilihan pembelian seseorang dipengaruhi pula oleh empat faktor psikologis utama, yaitu motivasi, persepsi, pengetahuan (*learning*), serta keyakinan dan sikap.

J. Transportasi

1. Pengertian, Fungsi, Manfaat dan Jenis-Jenis Transportasi

Menurut Utomo, transportasi adalah pemindahan barang dan manusia dari tempat asal ke tempat tujuan. Sedangkan menurut Sukarto, transportasi adalah perpindahan dari suatu tempat ke tempat lain dengan menggunakan alat pengangkutan, baik yang digerakkan oleh tenaga manusia, hewan (kuda, sapi, kerbau), atau mesin. Konsep transportasi didasarkan pada adanya perjalanan (trip) antara asal (origin) dan tujuan (destination).

Unsur-unsur yang terdapat dalam transportasi terkait erat unsur-unsur konsep transportasi itu sendiri. Unsur-unsur tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Manusia yang membutuhkan
- b. Barang yang dibutuhkan
- c. Kendaraan sebagai alat/sarana
- d. Jalan dan terminal sebagai prasarana transportasi
- e. Organisasi (pengelola transportasi).

2. Fungsi dan Manfaat Transportasi

Menurut Utamo, transportasi memiliki fungsi dan manfaat yang terklasifikasi menjadi beberapa bagian penting. Transportasi memiliki fungsi yang terbagi menjadi dua yaitu melancarkan arus barang dan manusia dan menunjang perkembangan pembangunan (*the promoting sector*). Sedangkan manfaat transportasi menjadi tiga klasifikasi yaitu:

a. Manfaat Ekonomi

Kegiatan ekonomi bertujuan memenuhi kebutuhan manusia dengan menciptakan manfaat. Transportasi adalah salah satu jenis kegiatan yang menyangkut peningkatan kebutuhan manusia dengan mengubah letak geografis barang dan orang sehingga akan menimbulkan adanya transaksi.

b. Manfaat Sosial

Transportasi menyediakan berbagai kemudahan, diantaranya a) pelayanan untuk perorangan atau kelompok, b) pertukaran atau penyampaian informasi, c) Perjalanan untuk bersantai, d) Memendekkan jarak, e) Memencarkan penduduk.

c. Manfaat Politis

Transportasi menciptakan persatuan, pelayanan lebih luas, keamanan negara, mengatasi bencana, dll.

d. Manfaat Kewilayahan

Memenuhi kebutuhan penduduk di kota, kabupaten, atau pedalaman.

3. Jenis-Jenis Transportasi

Menurut Utomo, jenis-jenis transportasi terbagi menjadi tiga yaitu,

- a. Transportasi darat: kendaraan bermotor, kereta api, gerobak yang ditarik oleh hewan (kuda,sapi,kerbau), atau manusia. Moda transportasi darat dipilih berdasarkan faktor-faktor seperti jenis dan spesifikasi kendaraan, jarak perjalanan, tujuan perjalanan, ketersediaan moda, ukuran kota dan kerapatan permukiman, faktor sosial-ekonomi yaitu :

4. Transportasi air (sungai, danau, laut): kapal tongkang, perahu rakit
5. Transportasi udara: pesawat terbang, herkules
6. Transportasi udara dapat menjangkau tempat-tempat yang tidak dapat ditempuh dengan moda darat atau laut, di samping mampu bergerak lebih cepat dan mempunyai lintasan yang lurus, serta praktis bebas hambatan.

b. Transportasi Publik

Menurut Sukarto, transportasi publik adalah seluruh alat transportasi dimana penumpang tidak bepergian menggunakan kendaraannya sendiri. Transportasi publik umumnya termasuk kereta dan bis, namun juga termasuk pelayanan maskapai penerbangan, feri, taksi, dan lain-lain.

Konsep transportasi publik sendiri tidak dapat dilepaskan dari konsep kendaraan umum. Pengertian kendaraan umum berdasarkan

Keputusan Menteri Perhubungan No. 35 Tahun 2003 tentang penyelenggaraan angkutan orang di jalan dengan kendaraan umum yaitu kendaraan umum adalah setiap kendaraan bermotor yang disediakan untuk dipergunakan oleh umum dengan dipungut bayaran baik langsung maupun tidak langsung.

K. Studi Tentang Analisis Sistem Rujukan

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
1.	<p>Health Information Sistem Research Situation in Indonesia: A Bibliometric Analysis</p> <p>Tahun : 2019</p> <p>Author : Masyri Madjidoa, Aufia</p>	<p>Penguatan sistem kesehatan telah sangat didukung oleh informasi sistem. Kemajuan dan keandalan sistem informasi kesehatan (HIS) juga dipengaruhi oleh kontribusi dari penelitian yang ada di bidang HIS. Kami ingin menjawab apakah penelitian ini telah memenuhi kebutuhan penyelesaian masalah dalam sistem kesehatan Indonesia.</p>	<p>Studi ini mengeksplorasi topik penelitian informasi kesehatan di Indonesia melalui database publikasi Sinta dan sumber daya internasional (Scopus). Penelitian ini menggunakan informasi bibliografi dari database artikel Google Cendekia antara 2014 hingga 2018 menggunakan teknik total sampling. Data diekstraksi menggunakan alat Mendeley Web Importir dan Mendeley Desktop</p>	<p>Jumlah laporan yang diterbitkan dengan klasifikasi SNOMED dan total Laporan yang diterbitkan oleh masing-masing dokter anatomi patologis meningkat. Persentase pemanfaatan sangat tinggi yang menunjukkan penerimaan yang baik dari aplikasi ini oleh para profesional klinis.</p>	<p>Pengaturan dan penguatan HIS di Indonesia harus difokuskan pada penataan data transaksi di fasilitas layanan kesehatan sebagai sumber penyedia data, desain interoperabilitas dan sinkronisasi data dan optimalisasi aliran data dan pengembangan bank data untuk meningkatkan ketersediaan, kualitas, dan akses data.</p> <p>Kesimpulan: Penelitian ini menyajikan solusi untuk meningkatkan kualitas informasi dalam catatan lembaga kesehatan; sedang digunakan layanan anatomi patologis sebagai layanan percontohan. Tujuan utama adalah untuk membuktikan betapa pentingnya menerapkan ontologi medis dalam catatan, menunjukkan berbagai manfaat. Selama proyek ini diterapkan dan memasang sistem untuk mengklasifikasikan hasil pemeriksaan medis di lingkungan rumah sakit nyata.</p>	<p>Penelitian ini berfokus pada sistem informasi kesehatan (HIS)</p>

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
2.	<p>Input Sistem Rujukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Kabupaten Jepara</p> <p>Tahun : 2017</p> <p>Author :Irawati Indrianingrum, Oktio Woro,Kasmini Handayani</p>	<p>Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggungjawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Rujukan vertikal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan dapat dilakukan dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya sedangkan rujukan horizontal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan, dilakukan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien</p>	<p>Deskriptif Kualitatif. Fokus penelitian penelitian ini adalah pada Pelaksanaan Sistem Rujukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dilihat dari komponen Input (Sarana Prasarana, SDM (Dokter), Pendanaan, Metode pelayanan dan obat). Sumber data dalam penelitian ini diperoleh dari informan. Informan awal ditentukan dengan teknik purposive sampling, kemudian dikembangkan lagi dengan teknik snowball untuk menentukan informan tambahan.</p>	<p>Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) mengatakan sudah sesuai dengan standar dan kriteria teknis yang disyaratkan pada waktu awal seleksi dan kredensialing dari Dinas kesehatan dan BPJS Kesehatan pada semua faskes yang bekerjasama. Sesuai Permenkes No.71 Tahun 2013 Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus memenuhi persyaratan, seleksi dan kredensialing dengan</p>	<p>Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Kabupaten Jepara. Sarana prasarana yang berhubungan dengan fasilitas kesehatan dan tenaga pelacak sudah sesuai dengan standar dan kriteria teknis yang dipersyaratkan pada awal seleksi dan kredensialing dari dinas kesehatan dan BPJS Kesehatan pada semua Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama. Rujukan BPJS Kesehatan tidak ada penambahan biaya, sesuai kelas, sesuai dengan kapitasi dan kepesertaan yang terdaftar Sedangkan metode pelayanan rujukan BPJS Kesehatan sesuai alur rujukan dan dilakukan secara berjenjang dan obat yang diberikan pada peserta BPJS Kesehatan obat generik dan obat diberikan sesuai indikasi medis serta dalam penyediaan obat dari kapitasi.</p>	<p>Penelitian ini dilakukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).</p>

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
3.	<p>Improving Quality of Electronic Health Records with SNOMED</p> <p>Tahun : 2014</p> <p>Author : Júlio Duarte, Sara Castro a, Manuel Santos b, António Abelha a, José Machado a,</p>	<p>Sistem Informasi Kesehatan (HIS) muncul dalam konteks kebutuhan untuk mengelola dan mengatur sistem informasi rumah sakit. Mereka mewakili subsistem rumah sakit dari perkembangan sosio-teknologi yang mencakup pemrosesan informasi, sumber daya, arus, dan manusia [1]. Terlepas dari upaya dokter untuk memberikan berkualitas tinggi layanan, peningkatan masuknya pasien ke layanan rumah sakit bersekutu dengan sejumlah besar prosedur dan tindakan klinis, menyebabkan terjadinya kesalahan medis, karena hilangnya informasi penting atau fakta bahwa mereka mengabaikan standar praktik yang baik</p>	<p>Aplikasi sistem SNOMED</p>	<p>Setelah 3 bulan digunakan dan berdasarkan pertanyaan yang dibuat langsung dalam database hasilnya sangat positif. Penelitian menunjukkan jumlah laporan yang diterbitkan dengan klasifikasi SNOMED dan total Laporan yang diterbitkan oleh masing-masing dokter anatomi patologis. Persentase pemanfaatan sangat tinggi yang menunjukkan penerimaan yang baik dari aplikasi ini oleh para profesional klinis. Realisasi proyek ini dan implementasinya pada AIDA memungkinkan otomatisasi dari beberapa tugas penting. Misalnya, setelah pemasangannya,</p>	<p>Makalah ini menyajikan solusi untuk meningkatkan kualitas informasi dalam catatan lembaga kesehatan; sedang digunakan layanan anatomi patologis sebagai layanan percontohan. Tujuan utama adalah untuk membuktikan betapa pentingnya menerapkan ontologi medis dalam catatan, menunjukkan berbagai manfaat.</p>	<p>Berfokus pada penggunaan aplikasi sistem SNOMED sebagai sistem informasi kesehatan (HIS)</p>

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
				platform AIDA mulai mengirim email ke layanan onkologi untuk setiap laporan yang diterbitkan dengan satu kode SNOMED tertentu. Fitur AIDA baru ini sangat penting karena mempercepat proses perawatan pasien jika ada beberapa diagnosis yang diidentifikasi, yang dapat menjadi vital bagi kesehatan pasien		
4	<p>Patient Referral at the Grass-roots Level in Pakistan (Rujukan Pasien di Tingkat Rumput di Pakistan)</p> <p>Tahun : 2004</p> <p>Author : Habib Ahmed Afsar, Muhammad Younus</p>	<p>Layanan rujukan pasien merupakan bagian integral dari sistem kesehatan yang berfungsi dengan baik. Di sektor kesehatan publik di Pakistan, anak tangga pertama dalam hierarki rujukan adalah Lady Health Worker (LHW) dari Program Nasional untuk Keluarga Berencana dan Perawatan Kesehatan Utama. Sebagian</p>	<p>Desain dan Pengaturan Penelitian cross-sectional ini dilakukan dari November 2000 hingga Maret 2001 di Distrik Karachi Barat.</p> <p>Perekrutan subyek. Daftar LHW yang menyediakan layanan di District West diperoleh dari District Health</p>	<p>Dari 247 pasien yang menghadiri situs rujukan, 155 (62,8%) adalah perempuan dan 92 (37,2%) adalah laki-laki. Usia rata-rata pasien adalah $37,6 \pm 21,2$ SD, dan mayoritas 140 (56,7%) di antaranya berusia > 35 tahun. Sekitar 60% pasien menikah. Lebih dari setengah 126 (51,0%) dari subyek studi tidak memiliki sekolah formal.</p>	<p>Penelitian ini bertujuan untuk menilai hasil rujukan pasien dan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang terkait dengan ketidakpuasan pada pasien yang menghadiri fasilitas kesehatan rujukan. Kami menemukan bahwa klien utama LHW adalah perempuan dan anak-anak. Mempertimbangkan bahwa wanita sering dibatasi untuk mengunjungi fasilitas kesehatan sendiri di sebagian besar pengaturan sosial budaya di Pakistan, LHW adalah sumber penting PHC di tingkat akar rumput. Kelompok penting pasien lain yang</p>	<p>Penelitian dilakukan pada Pelayanan Kesehatan Perempuan untuk menilai kepuasan mereka terhadap sistem kesehatan rujukan</p>

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
		<p>besar evaluasi independen yang dilakukan sampai saat ini telah memberikan laporan yang memuaskan tentang kinerja LHW terlepas dari keterbatasannya, dan mengakui pentingnya peran mereka dalam rujukan tingkat pertama.</p> <p>Tujuan : Sangat penting untuk mempelajari tentang hasil rujukan untuk memastikan kesinambungan perawatan, efektivitas biaya manajemen dan memastikan campuran kasus yang sesuai di masing-masing fasilitas kesehatan.</p>	<p>Officer West. LHW dipilih secara acak melalui tabel angka acak. Rekaman satu bulan terakhir (sebelum periode studi) LHW terpilih ditinjau</p> <p>Pengumpulan data Setelah memperoleh persetujuan, kuesioner terstruktur pra-diuji diberikan melalui staf terlatih. Orang tua atau anggota keluarga dekat yang diwawancarai dalam subjek kasus berusia <15 tahun.</p>	<p>Berdasarkan bahasa ibu, kami mengelompokkan etnis menjadi empat kelompok, mayoritas 140 (56,7%) dari mereka adalah Mohajir. Hanya 54 (21,9%) pasien memiliki penggantian / fasilitas asuransi untuk tagihan medis mereka. Tabel 1 menggambarkan karakteristik sosiodemografi pasien yang dirujuk.</p>	<p>dilayani oleh LHW adalah remaja (11 hingga 19 tahun) dan lansia (>60 tahun), kedua kelompok yang sering kurang memiliki akses ke layanan kesehatan.</p>	
5	<p>Hubungan Pelayanan Petugas dan Tarif dengan Kepuasan Pasien Kelas III di Rumah Sakit Umum MOKOPIDO Kabupaten. TOLITOLI</p>	<p>Pelayanan kesehatan merupakan salah satu aspek yang berperan dalam penciptaan derajat yang merata kepada seluruh masyarakat sesuai dengan tujuan</p>	<p>survey analitik dengan pendekatan Cross-Sectional yang digunakan untuk mengukur variabel Independent dan Dependent secara</p>	<p>menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan pelayanan petugas administrasi antara kepuasan pasien dengan nilai $P = 0,000$ ($P < 0,5$) ada hubungan yang</p>	<p>Kesimpulan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ada hubungan yang signifikan antara pelayanan petugas administrasi dengan kepuasan pasien dilihat berdasarkan nilai p value = $0,000$ ($p < 0,05$). 2. Ada hubungan yang signifikan antara pelayanan perawat dengan 	<p>Penelitian yang dilakukan terhadap variabel pelayanan petugas administrasi, pelayanan perawat, pelayanan perawat, pelayanan</p>

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
	Tahun : 2016 Author : Herlina Yusuf	penyelenggaraan pembangunan kesehatan yaitu terwujudnya masyarakat yang mandiri untuk penggapai pelayanan kesehatan dan berperilaku hidup sehat (Depkes RI, 2003). SDM yang sehat dan berkualitas memerlukan modal utama atau investasi dalam pembangunan kesehatan. Tujuan penelitian : untuk mengetahui hubungan pelayanan petugas dan tarif dengan kepuasan pasien Kelas III di Rumah Sakit Umum Mokopido Kab.Tolitoli	bersamaan untuk mengetahui hubungan pelayanan petugas dan tarif dengan kepuasan pasien Kelas III Kabupataen Tolitoli	signifikan pelayanan perawat antara kepuasan pasien dengan nilai $P = 0,000$ ($P < 0,5$) tidak ada hubungan pelayanan dokter antara kepuasan pasien dengan nilai $P = 0,087$ ($P < 0,05$) ada hubungan yang signifikan pelayanan petugas apotek antara kepuasan pasien dengan nilai $P = 0,000$ ($P < 0,5$) tidak ada hubungan tarif antara kepuasan pasien dengan nilai $P = 0,028$ ($P < 0,5$).	kepuasan pasien dilihat berdasarkan nilai p value =0,000 ($p < 0,05$). 3. Tidak ada hubungan yang antara pelayanan dokter dengan kepuasan pasien dilihat berdasarkan nilai p value =0,087 ($p < 0,05$). 4. Ada hubungan yang signifikan antara pelayanan petugas apotek dengan kepuasan pasien dilihat berdasarkan nilai p value =0,000 ($p < 0,05$). 5. Tidak ada hubungan yang antara pelayanan tarif dengan kepuasan pasien dilihat berdasarkan nilai p value =0,028 ($p < 0,05$). Saran : kepada instansi khususnya bagi petugas Apotek RSU Mokopido Kab. Tolitoli dapat lebih meningkatkan kualitas pelayanan di Apotek sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien.	dokter,pelayanan petugas apotek dan tarif terhadap kepuasan pasien.
6.	Promoting community participation in priority setting in district health systems: experiences from Mbarali district, Tanzania	Partisipasi masyarakat dalam penetapan prioritas dalam sistem kesehatan semakin penting di seluruh dunia, terutama di rangkaian miskin sumber daya di mana	Wawancara informan kunci dilakukan dengan Dewan Tim Manajemen Kesehatan (CHMT), perwakilan masyarakat, yaitu	Sejumlah manfaat dilaporkan: identifikasi kebutuhan dan prioritas masyarakat yang lebih baik, peningkatan pengetahuan perwakilan masyarakat	Kesimpulan: Partisipasi masyarakat dalam penetapan prioritas di negara-negara berkembang, ditandai oleh institusi demokrasi yang lemah dan kesadaran publik yang rendah, membutuhkan mobilisasi yang efektif baik untuk komunitas	Penelitian dilakukan dengan menggunakan pendekatan partisipasi masyarakat terhadap Sistem Kesehatan.

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
	<p>Tahun : 2013</p> <p>Author : Peter Kamuzora, Stephen Maluka, Benedict Ndawi, Jens Byskov & AnnaKarin Hurtig</p>	<p>pemerintah sering gagal menyediakan layanan publicsector yang memadai untuk warganya. Memasukkan pandangan publik ke dalam penetapan prioritas dianggap sebagai cara untuk memulihkan kepercayaan, meningkatkan akuntabilitas, dan mengamankan prioritas hemat biaya dalam perawatan kesehatan. Namun, beberapa penelitian telah melaporkan pengalaman empiris dalam melibatkan masyarakat dalam penetapan prioritas di negara-negara berkembang. Tujuan artikel ini adalah untuk memberikan pengalaman dalam mengimplementasikan partisipasi masyarakat dan tantangan untuk</p>	<p>perempuan, pemuda, orang tua, orang cacat, dan orang yang hidup dengan HIV / AIDS, dan para pemangku kepentingan lainnya yang berpartisipasi dalam penyusunan anggaran tahunan kabupaten. dan rencana kesehatan. Selain itu, risalah dari Tim Penelitian Tindakan dan laporan pertemuan perencanaan dan penetapan prioritas dianalisis.</p>	<p>tentang penetapan prioritas, peningkatan transparansi dan akuntabilitas, peningkatan kepercayaan di antara sistem kesehatan dan masyarakat, dan persepsi peningkatan kualitas dan aksesibilitas layanan kesehatan. Namun, kurangnya dana untuk mendukung pekerjaan perwakilan masyarakat yang dipilih, waktu yang terbatas untuk musyawarah, pemberitahuan singkat untuk pertemuan, dan kurangnya umpan balik mengenai prioritas yang disetujui menghambat kinerja perwakilan masyarakat. Selain itu, temuan menunjukkan pentingnya fasilitasi eksternal dan dukungan dalam memungkinkan profesional kesehatan</p>	<p>maupun sistem kesehatan. Selain itu, penelitian ini menegaskan bahwa partisipasi masyarakat merupakan elemen penting dalam memperkuat sistem kesehatan.</p>	

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
		mempromosikannya dalam konteks pengaturan sumber daya yang buruk, organisasi yang lemah, dan lembaga demokrasi yang rapuh		dan perwakilan masyarakat untuk tiba di pengaturan kerja yang efektif.		
7.	<p>Maternity referral systems in developing countries: Current knowledge and future research needs</p> <p>Tahun : 2006</p> <p>Author : Susan F. Murray, Stephen C. Pearson</p>	Sistem rujukan yang berfungsi umumnya dianggap sebagai elemen penting dari program <i>Safe Motherhood</i> yang sukses. Makalah ini mengacu pada tinjauan ruang lingkup literatur yang tersedia untuk mengidentifikasi persyaratan utama untuk sistem rujukan bersalin yang sukses di negara-negara berkembang, untuk menyoroti kesenjangan pengetahuan, dan untuk menyarankan item untuk agenda penelitian masa depan.	Bentuk bukti kuantitatif dan kualitatif dimasukkan dalam sapuan luas ini bersama dengan sumber sekunder seperti ulasan sistematis. Referensi dipilih untuk ringkasan naratif berdasarkan relevansinya dan kontribusinya baik pada basis bukti atau untuk pemahaman konseptual dari topik. Parameter dari sistem rujukan dianggap sebagai struktur dan proses yang berkaitan dengan organisasi layanan kesehatan	Rujukan pasien dari tingkat perawatan dasar ke lebih canggih dianggap sebagai bagian integral dari sistem kesehatan allopathic (World Health Organization & UNICEF, 1978). Asal usul gagasan sistem rujukan bersalin formal terletak dalam strategi penyaringan risiko yang sebelumnya dianut pada periode antenatal, di mana petugas kesehatan garis depan akan berusaha mengidentifikasi wanita-wanita yang berisiko tinggi komplikasi kebidanan dan merujuk mereka untuk antenatal khusus	Sistem rujukan telah dianggap sebagai komponen penting dari sistem kesehatan di negara-negara berkembang sejak munculnya layanan kesehatan primer. ini kertas Delineasi tentang syarat kunci untuk rujukan bersalin yang sukses sistem telah menyoroti beberapa aspek organisasi dan relasional kompleks pemberian layanan kesehatan, dan di sini, rujukan bersalin dapat dianggap sebagai berguna 'pelacak 'untuk analisis sistem kesehatan. Ada bukti bahwa keuntungan besar dapat dibuat dalam kesehatan ibu dengan memastikan bahwa wanita dengan kehamilan komplikasi dapat dengan cepat mencapai fasilitas di mana mereka dapat menerima berkualitas tinggi perawatan kebidanan. Terlepas dari penerimaan yang meluas	Penelitian dilakukan berfokus pada kesehatan ibu hamil dalam program <i>Safe Motherhood</i>

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
			<p>dan setiap penjaga kesehatan sektor informal garis depan dengan siapa seorang wanita memiliki interaksi yang berfokus pada perawatan</p>	<p>dan perawatan persalinan di tingkat yang lebih tinggi (biasanya rumah sakit). Kemungkinan persyaratan untuk sistem rujukan kehamilan yang berhasil meliputi: strategi rujukan yang diinformasikan oleh penilaian kebutuhan populasi dan kemampuan sistem kesehatan; pusat rujukan sumber daya yang memadai; kolaborasi aktif antara tingkat rujukan dan lintas sektor; komunikasi formal dan pengaturan transportasi.</p>	<p>tentang hal ini, maternitas sistem rujukan telah kurang didokumentasikan, kurang diteliti, dan kurang berteori.</p>	
8.	<p>Pencegahan Keterlambatan Rujukan Maternal di Kabupaten Majene</p> <p>Tahun : 2008</p> <p>Author :</p>	<p>Faktor geografis, jarak, dan infrastruktur sangat mempengaruhi akses masyarakat terhadap kemudahan memperoleh sarana transportasi modern. Kedaruratan obstetri umumnya gagal</p>	<p>Penelitian ini menggunakan desain studi kasus. Data diperoleh dari bidan desa, tokoh masyarakat, kepala puskesmas, kepala dinas kesehatan, direktur rumah</p>	<p>Keluarga dan pasien memegang peran utama dalam berurusan dengan kedaruratan persalinan. Kemampuan keluarga dan jarak merupakan kondisi yang</p>	<p>Meskipun telah menjadi agenda dinas kesehatan dan pemerintah, pengelolaan sarana transportasi masih diserahkan pada sektor informal. Masyarakat membantu menyediakan layanan transportasi secara spontanitas. Pengelolaan sarana transportasi masih dilakukan secara mandiri dan</p>	<p>Penelitian ini berfokus pada penanganan kedaruratan obstetri</p>

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
	Gufria D.Irasanty, Mohammad Hakimi, Mubasysyir Hasanbasri	ditangani karena ketidakteelitian dalam memfollowup kehamilan dan keterlambatan rujukan. Salah satu faktor penyulit untuk melakukan rujukan maternal adalah keterbatasan sarana transportasi modern untuk mencapai pemukiman penduduk di daerah terpencil. Otonomi klinik dan kesukarelaan dari tenaga kesehatan merupakan faktor kunci dalam sistem rujukan medik. Unsur transportasi antara komunitas dan fasilitas kesehatan serta antar fasilitas kesehatan sayangnya belum menjadi bagian dari keterpaduan sistem rujukan profesionalisme. Tujuan : strategi dalam mengatasi keterlambatan	sakit, kepala unit gawat darurat, kepala Palang Merah Indonesia, koordinator lapangan PMI dan pasien kegawatdaruratan obstetri di Kabupaten Majene. Penelitian dilakukan bulan Agustus-Desember 2007.	menyulitkan pengelolaan persalinan darurat bagi penduduk yang jauh dari fasilitas kesehatan. Upaya mengatasi masalah itu masih diserahkan pada masing-masing pihak provider dan unit layanan kesehatan. Ia sangat tergantung pada kemampuan pasien dan keluarganya. Pasien yang mampu bisa mengatasi persoalan mereka. Sebagian besar keluarga yang tinggal di daerah yang jauh dari fasilitas kesehatan berhadapan dengan pilihan yang sulit yang paling tidak memberikan keamanan. Ambulans oleh puskesmas, rumah sakit dan PMI dikoordinir langsung oleh kepala instansi masing-masing. Rumah sakit memiliki layanan ambulans	sederhana oleh masing-masing fasilitas kesehatan. Saran: Inisiatif untuk mengelola ambulans secara terpadu menjadi keharusan pengembangan sistem kesehatan daerah. Upaya itu bisa didukung oleh unsur-unsur ambulans yang tersedia di tiap fasilitas kesehatan. Kehadiran manajemen yang mengelola kerjasama dari unsur provider pelayanan persalinan yang dikelola sebagai suatu satuan rujukan regional menjadi agenda utama.	

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
		<p>pertolongan persalinan di daerah yang jauh dari fasilitas kesehatan. Ia ingin membuktikan apakah manajemen rujukan menjadi perhatian dan agenda pemerintah</p>		<p>yang terpisah dari paket gawat darurat.</p>		
9.	<p>Implementation Study of Referral Sistem in the National Health Insurance Program at the Technical Implementing Agency of Health Service of Jember University</p> <p>Tahun : 2016</p> <p>Author : Andita Cindy Faulina, Abu Khoiri, Yennike Tri Herawati</p>	<p>peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan secara menyeluruh, berjenjang, efektif, dan efisien sehingga Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) wajib menerapkan sistem rujukan berjenjang. Nilai rasio rujukan pasien peserta JKN di UPT.</p> <p>Tujuan : untuk mengkaji pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang dalam Program JKN</p>	<p>Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan informan mengenai ketersediaan dokter, ketersediaan sarana prasarana (obat-obatan dan alat kesehatan), diagnosis penyakit pasien peserta JKN yang dirujuk, kebutuhan pelayanan</p>	<p>Hasil penelitian menjelaskan bahwa, ketersediaan dokter belum mencukupi apabila dilihat dari status dokter yang bukan dokter tetap karena apabila semua dokter tidak bisa hadir untuk memberikan pelayanan kesehatan maka poli umum terpaksa akan ditutup. Ketersediaan obat dan alat kesehatan kurang mencukupi karena tidak selengkap pada Formularium Nasional dan Kompendium Alat Kesehatan. Diagnosis penyakit yang banyak dirujuk terutama Diabetes Melitus tanpa komplikasi maupun</p>	<p>Karena beberapa alasan pasien peserta JKN dengan penyakit tertentu tetap dirujuk yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). kondisi fasilitas pelayanan (ketersediaan obat-obatan dan alat kesehatan yang terbatas), yaitu pasien banyak dirujuk karena obat-obatan yang masih terbatas, 2). sebelumnya pasien telah mendapatkan pengobatan di UPT. Pelayanan Kesehatan Universitas Jember namun belum mengalami perkembangan, 3).faktor keterbatasan waktu, 4). UPT. Pelayanan Kesehatan Universitas Jember berada di lingkungan akademis sehingga banyak melayani dosen, rektor dan keluarganya sehingga informan membantu untuk memfasilitasi mereka untuk memperoleh pengobatan terbaik agar cepat memperoleh kesembuhan, dan 5). ada prosedurprosedur di FKTP 	<p>Penelitian yang dilakukan pada ketersediaan sarana dan prasarana, geografis, tidak meneliti variabel budaya, dan organisasi</p>

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
			<p>spesialistik/ subspesialistik, dan peranan pasien terhadap rencana pelaksanaan rujukan Data sekunder yaitu data mengenai rasio rujukan pasien peserta JKN, data ketersediaan dokter, data ketersediaan sarana dan prasarana (obat dan alat kesehatan), data diagnosis penyakit pasien peserta JKN di UPT.</p>	<p>dengan komplikasi dan hipertensi esensial yang merupakan kompetensi FKTP. Pasien peserta JKN yang dirujuk tidak semuanya membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik/subspesialistik serta masih terdapat pasien yang meminta dirujuk dengan alasan terutama sugesti pasien yang lebih mempercayai kompetensi dokter spesialis.</p>	<p>yang tidak dicover oleh BPJS Kesehatan.</p>	
10.	<p>Analisis Sistem Rujukan Jaminan Kesehatan Nasional RSUD. Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak Tahun : 2015 Author : Karleanne Lony Primasari</p>	<p>Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan implementasi dari UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di bidang kesehatan dengan konsep Universal Health Coverage (UHC) yang</p>	<p>Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, dengan metode analisa yang digunakan, yakni content analysis berdasarkan triangulasi metode, triangulasi sumber, dan triangulasi data.</p>	<p>Hasil penelitian dibagi dalam 2 komponen, yaitu karakteristik sistem rujukan medis dan sistem rujukan berjenjang, dimana pada karakteristik sistem rujukan medis, implementasi JKN membawa perbaikan dalam sistem rujukan di RSUD Dr. Adjidarmo</p>	<p>Pelaksanaan sistem rujukan medis di era JKN sudah lebih baik daripada sebelum JKN, terutama pada: a. Aspek kepatuhan tenaga kesehatan terhadap SOP dan kebijakan rujukan; b. Aspek komunikasi antar fasilitas kesehatan; c. Aspek ketentuan (kelengkapan pengisian) formulir rujukan (yang tidak melalui Puskesmas pengampu); dan d. Aspek ketepatan dalam merujuk.</p>	<p>Penelitian ini membandingkan pelaksanaan sistem rujukan medis sebelum dan setelah pelaksanaan JKN</p>

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
		<p>memaksa pesertanya mengikuti sistem rujukan berjenjang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan komprehensif, murah, terjangkau, namun berkualitas. Belum efektifnya sistem rujukan di Indonesia, berdampak pada penumpukan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan, sehingga terjadi pemanfaatan tenaga terampil dan peralatan canggih secara tidak tepat guna dan menurunnya kualitas pelayanan kesehatan</p>		<p>Kabupaten Lebak, walaupun belum signifikan. Adapun dari komponen sistem rujukan berjenjang, perbaikan baru nampak pada aspek kebijakan dan prosedur, sehingga masih diperlukan upaya keras untuk meningkatkan aspek lainnya dalam rangka menciptakan sistem rujukan yang lebih baik</p>	<p>Dari penelitian, dapat diketahui bahwa pencatatan tentang penerimaan pasien rujukan dan pengiriman pasien rujukan belum dilakukan dengan optimal, walau telah menjadi rutinitas. Adapun ketidaklengkapan data disebabkan oleh kurang disiplinnya tenaga kesehatan dalam melakukan pencatatan. Pelaporan hanya sampai pada bagian program RS dan tidak dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten.</p>	
11.	<p>Evaluasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Dalam Program Jaminan Kesehatan</p> <p>Tahun : 2019</p> <p>Author : Marina Ery Setiawati, Rahmah Hida Nurriszka</p>	<p>Penelitian ini mengevaluasi pelaksanaan sistem rujukan berjenjang dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Tujuan penelitian adalah mengevaluasi kesesuaian pelaksanaan sistem</p>	<p>Penelitian ini menggunakan pendekatan survey terhadap pasien dan in-depth interview terhadap petugas pelayanan kesehatan.</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketepatan dalam sistem rujukan sudah baik. Semua responden (100%) mendapatkan rujukan sesuai dengan prosedur sistem rujukan berjenjang. Namun kelengkapan</p>	<p>Sistem rujukan berjenjang merupakan sistem pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang bertujuan untuk mengendalikan mutu dan biaya pelayanan dalam sistem JKN. Sistem ini juga dirancang agar pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien bisa optimal dan pasien dapat puas dengan pelayanan tersebut. Hasil penelitian ini</p>	<p>Penelitian yang dilakukan pada variabel mutu dan biaya pelayanan JKN</p>

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
		<p>rujukan berjenjang dan mengukur tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan sistem rujukan berjenjang di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).</p>		<p>surat rujukan masih bermasalah. Data dan informasi penting dalam surat rujukan seperti hasil diagnosa, pemeriksaan fisik, anamnesa, dan terapi yang sudah diberikan banyak tidak diisi oleh petugas kesehatan. Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan rujukan juga masih rendah. Ada 34,9% responden yang memiliki tingkat kepuasan rendah. Penyebabnya adalah tidak seimbangnya antara jumlah pasien yang dilayani, petugas dan infrastruktur pelayanan kesehatan.</p>	<p>menemukan masih banyak persoalan dalam pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di FKTP. Pelayanan yang diberikan oleh FKTP belum optimal karena tidak seimbangnya antara jumlah pasien yang dilayani, petugas dan infrastruktur pelayanan kesehatan. Hal tersebut menyebabkan keluhan oleh pasien dan menyebabkan rendahnya kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan. Oleh karena itu, peningkatan mutu pelayanan di FKTP perlu segera diperbaiki. Pemerintah perlu meningkatkan jumlah dan kualitas sumber daya manusia dan infrastruktur pelayanan kesehatan di FKTP. Sosialisasi harus intensif dilakukan kepada masyarakat agar mereka memahami prosedur sistem rujukan berjenjang yang berlaku dalam JKN.</p>	
12.	<p>Health referral sistem user acceptance model in Indonesia</p> <p>Tahun : 2018</p> <p>Author : Putu Wuri Handayania, Ibad Rahadian</p>	<p>Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi model penerimaan pengguna untuk sistem rujukan kesehatan di Indonesia. Faktor-faktor berikut diklasifikasikan ke dalam dimensi</p>	<p>Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif, yang secara khusus melibatkan penggunaan kuesioner. Penelitian ini</p>	<p>Hasil: Model penerimaan pengguna sesuai dengan signifikansi 0,084, sementara hanya regulasi, keamanan data, integrasi, daya tanggap, efektifitas, efisiensi, kepercayaan</p>	<p>Studi ini telah menggambarkan bahwa sistem rujukan kesehatan di Indonesia dipengaruhi oleh dimensi organisasi, teknologi, proses, dan individualitas. Satu-satunya faktor yang tidak secara signifikan merepresentasikan penerimaan dari referensi di Indonesia sentrisitas umum (dimensi</p>	<p>Penelitian ini menggunakan variabel organisasi, teknologi, proses, dan individualitas</p>

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
	Saladdina, Ave Adriana Pinema, Fatimah Azzahroa, Achmad Nizar Hidayantoa, Dumilah Ayuningtyasb	<p>organisasi, teknologi, proses, dan individu, diperiksa: sentrisitas pasien, regulasi, keamanan data, integrasi, daya tanggap, efektivitas, efisiensi, kepercayaan pribadi, dan pengaruh sosial.</p> <p>Ada sistem rujukan yang digabungkan dalam FKTP. Rujukan kesehatan disusun menurut kebutuhan medis pasien, dan mereka dapat mengantar pasien ke fasilitas kesehatan tingkat kedua atau ketiga. Layanan tingkat fasilitas kedua dan ketiga hanya dapat diberikan jika ada rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat sebelumnya</p>	<p>dilaksanakan secara sistematis dan bertahap. Tahapan penelitian terdiri dari formulasi masalah, studi literatur, formulasi instrumen penelitian, pengujian keterbacaan, pengumpulan data, analisis data, dan identifikasi kesimpulan</p>	<p>pribadi, dan pengaruh sosial secara signifikan memengaruhi penerimaan pasien rujukan kesehatan pasien</p> <p>Ada 527 responden yang mengisi kuesioner, yang hanya 290 responden telah menerima rujukan kesehatan; oleh karena itu, kami hanya melanjutkan dengan 290 kuesioner untuk langkah selanjutnya. Thosedata diberikan pengobatan besar minimal 30, seperti yang dijelaskan oleh Roscoe [29]; dengan demikian, data tersebut dapat diproses dalam penelitian. Kemudian, pembersihan data dilakukan pada 290 kuesioner untuk memeriksa duplikat dan data yang dihapus atau hilang, sehingga total 283 responden.</p>	<p>organisasi). Ini berbeda dengan Senitan et al., Yang menyatakan bahwa rujukan harus dapat memberikan layanan yang berpusat pada pasien, memenuhi kebutuhan mereka, dan memberikan konsultasi mengenai pengabdian pada tingkat kesederhanaan dengan kesederhanaan masing-masing.</p>	

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
13.	<p>Kebijakan Pemerintah Daerah Dalam Meningkatkan Sistem Rujukan Kesehatan Daerah Kepulauan di Kabupaten Lingga Provinsi Kepulauan RIAU</p> <p>Tahun :</p> <p>Author : Rohaya mohd-nor, Teddy edwin chapun dan Constance rinen justin wah</p>	<p>Salah satu permasalahan penting dalam pembangunan kesehatan nasional adalah terbatasnya aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan. Permasalahan ini juga terjadi di Kabupaten Lingga, Provinsi Kepulauan Riau. Hal ini disebabkan oleh berbagai hal, antara lain letak geografis, biaya, jumlah tenaga kesehatan dan kondisi fasilitas pelayanan kesehatan, seperti puskesmas dan jaringannya, yang belum sepenuhnya dapat dijangkau oleh masyarakat. Beberapa upaya telah dilakukan, misalnya dengan meningkatkan status puskesmas pembantu menjadi puskesmas, puskesmas menjadi puskesmas perawatan, menempatkan tenaga</p>	<p>Penelitian ini adalah penelitian dengan jenis studi kasus. Subjek penelitiannya adalah: kepala puskesmas/dokter puskesmas, perawat/bidan pendamping, supir ambulans/puskel laut, keluarga pasien, tokoh masyarakat, pengelola jamkesmas/ jamkesda, kepala bidang pelayanan kesehatan/kepala dinas kesehatan, direktur RSUD/RS Lapangan, dan perawat UGD RS. Variabel dalam penelitian ini ada dua yaitu variabel independen (sistem rujukan) dan variabel dependen (layanan ambulans). Lokasi penelitian adalah</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa sudah ada upaya-upaya kebijakan dari Pemerintah Kabupaten Lingga dalam meningkatkan sistem rujukan. Kebijakan pembiayaan yang ada telah mencakup dua aspek baik dari sisi demand (biaya pengobatan) dan dari sisi supply (sistem yang mendukung pelayanan kesehatan). Proses rujukan dari pelayanan kesehatan primer ke pelayanan tingkat lanjut telah berjalan baik walaupun masih ada kekurangan seperti belum memperhatikan aspek ketersediaan dan kelengkapan jenis pelayanan. Sebagian besar tenaga kesehatan telah mendapat pelatihan, tenaga dokter spesialis juga ada (hasil</p>	<p>Sistem rujukan kesehatan di Kabupaten Lingga telah berjalan cukup baik, namun belum sepenuhnya melibatkan partisipasi masyarakat dalam suatu sistem pelayanan yang terintegrasi. Pemerintah daerah dalam hal ini Dinas Kesehatan Lingga perlu merevitalisasi sekaligus mempercepat pengembangan desa siaga untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pengembangan sistem rujukan.</p>	<p>Penelitian yang dilakukan pada variabel partisipasi masyarakat</p>

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
		<p>kesehatan baik medis maupun paramedis, meningkatkan anggaran pembiayaan kesehatan dan membuat kebijakan yang mendukung. Namun dalam implementasinya belum dilaksanakan dengan maksimal</p> <p>Tujuan: Untuk mengetahui bagaimana sistem rujukan di daerah kepulauan di Kabupaten Lingga.</p>	Kabupaten Lingga Provinsi Kepulauan Riau.	kerjasama dengan fakultas kedokteran), namun networking dalam proses rujukan masih dilakukan secara parsial dan belum terintegrasi.		
14.	<p>The Implementation Of Clinical Procedures In The Vertical Referral Sistem In A Primary Healthcare Center</p> <p>Tahun : 2019</p> <p>Author : Nadia Damayanti Soeripto</p>	<p>Pelaksanaan sistem rujukan yang diselenggarakan pada era jaminan kesehatan nasional dilakukan secara berjenjang yang dimulai dari FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/Primer). Tingginya persentase angka rujukan di salah satu puskesmas di Surabaya memberi</p>	<p>Metode Penelitian: Jenis penelitian ini merupakan deskriptif observasional dan menggunakan metode riset implementasi yang dilakukan pada Agustus 2018. Penelitian ini dilakukan di salah satu puskesmas di Surabaya.</p>	<p>Hasil Penelitian: Berdasarkan 7 ketentuan pada prosedur klinis sistem rujukan vertikal Pedoman Sistem Rujukan Nasional, hanya 2 ketentuan yang tidak sesuai dengan pedoman tersebut di poli umum puskesmas. Misalnya pasien yang dirujuk tidak datang ke</p>	<p>Kesimpulan: Pelaksanaan prosedur klinis sistem rujukan vertikal di poli umum puskesmas secara garis besar telah sesuai dengan pedoman, namun ada beberapa hal yang harus diperbaiki. Rekomendasi adalah petugas menghubungi kembali faskes tujuan rujukan sebelum merujuk pasien dan memberi edukasi lebih banyak kepada keluarga pasien agar membawa pasien untuk dapat diperiksa saat memperpanjang rujukan.</p>	<p>Penelitian dilakukan berdasarkan 7 ketentuan pada prosedur klinis sistem rujukan vertikal Pedoman Sistem Rujukan Nasional</p>

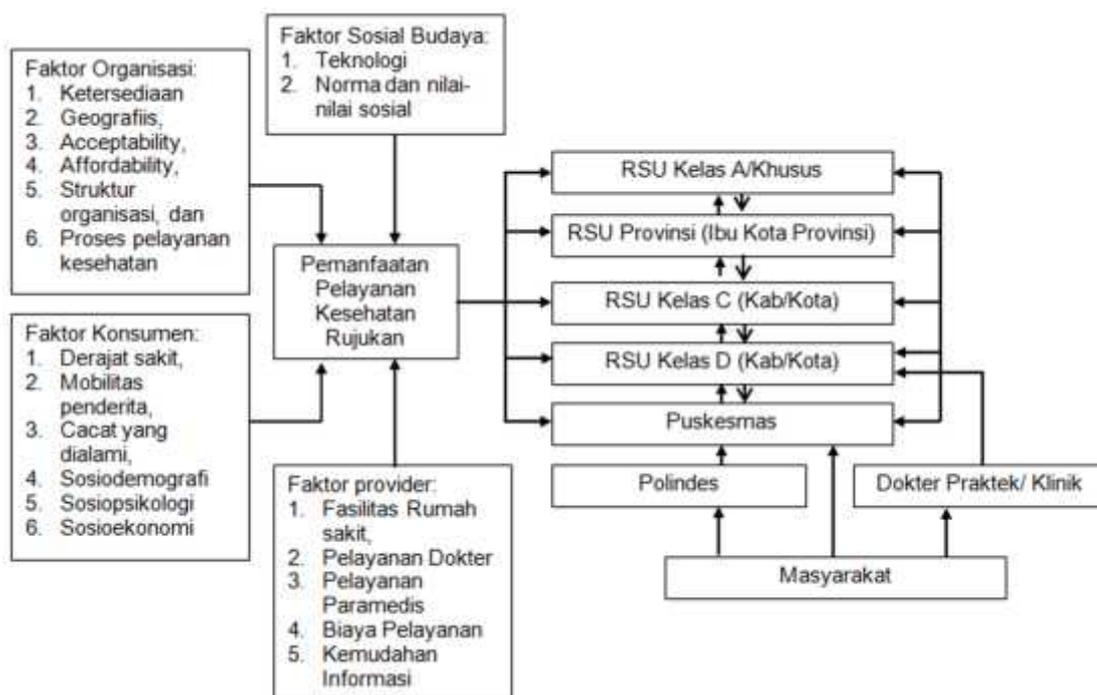
No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
		<p>indikasi bahwa implementasi sistem rujukan vertikal belum berjalan dengan baik. Tujuan Penelitian: Untuk melihat kesesuaian pelaksanaan prosedur klinis sistem rujukan vertikal di poli umum puskesmas tersebut berdasarkan Pedoman Sistem Rujukan Nasional.</p>	<p>Penelitian ini melakukan triangulasi data yaitu telaah dokumen rujukan, wawancara dengan petugas rujukan, dan observasi langsung</p>	<p>puskesmas melainkan pihak keluarga yang meminta untuk dilakukan rujukan/perpanjang rujukan. Selain itu, para dokter di puskesmas tersebut merujuk pasien dengan sendiri. Namun menurut pedoman, sebelum merujuk pasien, dokter harus menghubungi fasilitas kesehatan yang dirujuk.</p>		
15	<p>Maternity referral systems in developing countries: Current knowledge and future research needs</p> <p>Tahun :2006</p> <p>Author : Susan F. Murray, Stephen C. Pearsonb</p>	<p>Sistem rujukan yang berfungsi umumnya dianggap sebagai elemen penting dari program <i>Safe Motherhood</i> yang sukses. Makalah ini mengacu pada tinjauan ruang lingkup literatur yang tersedia untuk mengidentifikasi persyaratan utama untuk sistem rujukan bersalin yang sukses di negara-negara berkembang, untuk</p>	<p>PubMed, POPLINE, Web of Science, IndMed, dan tiga Database Regional WHO (LILACS Latin Amerika & Karibia, Mediterania Timur, dan HELLIS Asia Tenggara), bersama-sama mengindeks berbagai jurnal medis, kesehatan, dan ilmu sosial, laporan, dan makalah yang tidak</p>	<p>Kemungkinan persyaratan untuk sistem rujukan kehamilan yang berhasil meliputi: strategi rujukan yang diinformasikan oleh penilaian kebutuhan populasi dan kemampuan sistem kesehatan; pusat rujukan sumber daya yang memadai; kolaborasi aktif antara tingkat rujukan dan lintas sektor;</p>	<p>Kesimpulan</p> <p>" Sistem rujukan " telah dianggap sebagai komponen penting dari sistem kesehatan di negara-negara berkembang sejak munculnya layanan kesehatan primer. Penggambaran sementara tentatif syarat utama untuk sistem rujukan maternitas yang berhasil telah menyoroti beberapa aspek organisasi dan relasional yang rumit dalam pemberian layanan kesehatan, dan di sini, rujukan maternitas dapat dianggap sebagai 'pelacak' yang berguna untuk analisis sistem perawatan</p>	<p>Penelitian dilakukan berfokus pada kesehatan ibu hamil dalam program <i>Safe Motherhood</i></p>

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
		<p>menyoroti kesenjangan pengetahuan, dan untuk menyarankan item untuk agenda penelitian masa depan. Basis data ilmu sosial, medis, dan bibliografi sistem kesehatan dan kunci online. Bukti dokumenter tentang implementasi langka, tetapi itu menunjukkan bahwa banyak sistem perawatan kesehatan di negara-negara berkembang gagal untuk mengoptimalkan akses cepat perempuan ke perawatan kebidanan darurat, dan bahwa orang miskin dan terpinggirkan terpengaruh secara tidak proporsional.</p> <p>Tujuan : Penelitian klinis diperlukan untuk menentukan bagaimana rujukan maternitas sesuai dengan prioritas</p>	<p>diterbitkan dicari pada bulan Juli 2004.</p>	<p>komunikasi formal dan pengaturan transportasi; protokol pengaturan khusus yang disepakati untuk perujuk dan penerima; pengawasan dan akuntabilitas untuk kinerja penyedia; biaya layanan yang terjangkau; kapasitas untuk memantau efektivitas; dan mendukung semua ini, dukungan kebijakan.</p>	<p>kehatan. Ada bukti bahwa keuntungan besar dapat dibuat dalam kesehatan ibu dengan memastikan bahwa wanita dengan komplikasi kehamilan dapat dengan cepat mencapai fasilitas di mana mereka dapat menerima perawatan kebidanan berkualitas tinggi. Terlepas dari penerimaan yang meluas tentang hal ini, sistem rujukan maternitas telah kurang didokumentasikan, kurang diteliti, dan kurang berteori. Ada kebutuhan mendesak untuk penelitian sosial dan klinis untuk mengisi kesenjangan dan keheningan dalam literatur saat ini. pengaturan budaya, geografis dan transportasi, karakteristik dan kebutuhan populasi, dan struktur dan penyedia layanan kesehatan menunjukkan bahwa satu model universal tidak akan secara kaku memenuhi semua konteks. Penyediaan layanan kesehatan di negara-negara berkembang adalah dinamis, dengan perubahan yang cepat terjadi di sekitar pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia, penyediaan sektor, dan penggunaan teknologi medis dan komunikasi baru. Beberapa dari</p>	

No	Judul	Pengantar	Metode	Hasil	Diskusi	Perbedaan Dengan Penelitian
		<p>kesehatan bayi baru lahir dan di mana kebutuhannya berbeda. Akhirnya, penelitian diperlukan untuk menentukan bagaimana dan apakah pendekatan yang lebih terintegrasi untuk sistem perawatan darurat dapat menguntungkan wanita dan komunitas mereka.</p>			<p>perubahan ini menghadirkan tantangan untuk sistem rujukan maternitas yang efisien.</p>	

L. Kerangka Teori

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Rujukan dapat dilihat dari berbagai faktor diantaranya Faktor Sosial Budaya, Faktor organisasi Faktor Konsumen dan Faktor provider dari ke empat faktor tersebut dapat mempengaruhi suatu pelayanan kesehatan rujukan, dimana layanan kesehatan dilakukan dari polindes atau dokter praktek/klinik ke Pusat rujukan lebih tinggi atau setara. Dapat dilihat dari gambar bagan kerangka teori Rujukan Berikut ini :



(Pedoman Sistem Rujukan Nasional)

Gambar 2.7 Kerangka Teori Analisis Sistem Rujukan Terintegrasi di era JKN