

TESIS

**ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN TERHADAP
SISTEM RUJUKAN PENDERITA DIABETES MELITUS
DI PUSKESMAS KASSI-KASSI KOTA MAKASSAR**

***POLICY IMPLEMENTATION ANALYSIS OD DIABETES MELLITUS
REFFERAL SYSTEM IN PUSKESMAS KASSI-KASSI
CITY OF MAKASSAR***

Disusun dan diajukan oleh

RINI DAMAYANTI

K052212008



**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

**ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN TERHADAP
SISTEM RUJUKAN PENDERITA DIABETES MELITUS
DI PUSKESMAS KASSI-KASSI KOTA MAKASSAR**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

**Program Studi
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan**

**Disusun dan diajukan oleh:
RINI DAMAYANTI**

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN TERHADAP
SISTEM RUJUKAN PENDERITA DIABETES MELITUS
DI PUSKESMAS KASSI-KASSI KOTA MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

**RINI DAMAYANTI
K052212008**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Studi Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 1 Agustus 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



Prof. Dr. H. Indar, SH., MPH
NIP. 19531110 198601 1 001

Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH.Ph.D
NIP. 19720529 200112 1 001

Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat

Ketua Program Studi
S2 Administrasi dan Kebijakan Kesehatan



Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH.Ph.D
NIP. 19720529 200112 1 001

Prof. Dr. H. Indar, SH., MPH
NIP. 19531110 198601 1 001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rini Damayanti
NIM : K052212008
Program studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulissan saya berjudul :

ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN TERHADAP SISTEM RUJUKAN PENDERITA DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS KASSI-KASSI KOTA MAKASSAR

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 8 Agustus 2023

Yang menyatakan



Rini Damayanti

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah segala puji Syukur bagi Allah SWT, Sang pemilik dunia dan seisinya, tiada Tuhan selain Allah dan hanya kepada-Nya lah kita patut memohon dan berserah diri. Berkat nikmat kesehatan dan kesempatan dari Allah SWT penulis dapat menyelesaikan hasil penelitian ini dengan judul **“Analisis Implementasi Kebijakan terhadap Sistem Rujukan Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar”** sebagai salah satu syarat dalam penyelesaian studi Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin. Teriring salam dan shalawat kepada manusia tauladan bagi seluruh umat ciptaan-Nya, Nabi Muhammad SAW beserta keluarga dan sahabat hingga akhir zaman.

Tesis ini tidak luput dari peran orang-orang istimewa bagi penulis, maka izinkan penulis untuk menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada orang tua terkasih, Papa Tersayang **H. Beddu Rahman** dan Mama Tercinta **Hj. Nuhaya** yang telah membesarkan, mendidik, membimbing, dan senantiasa memberikan dukungan moral maupun material, semangat, kasih sayang, doa, dan restu yang selalu mengiringi tiap langkah penulis sehingga bisa sampai di titik ini, kepada *Partner*-ku **Zulkifli** yang senantiasa memberikan dukungan, semangat, dan doa, serta kepada kakak-kakakku **Hj, Nurlina, Asdar, dan Adzan** yang juga senantiasa memberikan semangat dan doa kepada penulis dan kepada seluruh keluarga besar yang selalu menjadi sumber

motivasi sehingga penulis bisa bertahan dan semangat untuk menyelesaikan tesis ini.

Melalui kesempatan ini pula, penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. Indar, SH., MPH selaku dosen pembimbing I dan Bapak Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M. Sc.PH., Ph.D selaku dosen pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing, mengarahkan, serta memotivasi penulis dalam penyusunan tesis ini.
2. Bapak Prof. Dr. H. Amran Razak, SE., M.Sc, Ibu Prof. Dr. Hj. Andi Ummu Salmah, SKM., M.Sc dan Ibu Dr. Vonny Polopadang, SKM.,M.Kes selaku dosen penguji yang telah membimbing, memberi saran, arahan, dan memotivasi penulis sehingga penyusunan tesis ini dapat terselesaikan.
3. Ibu Dr. Balqis, SKM.,M.Sc.PH.,M.Kes selaku dosen Penasihat Akademik yang senantiasa memberikan arahan dan motivasi kepada penulis.
4. Bapak/Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, khususnya Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yang telah memberikan ilmu, motivasi, dan pengalaman kepada penulis selama menempuh pendidikan di bangku kuliah.

5. Bapak/Ibu staff Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yang penuh dedikasi menjalankan tugasnya dengan baik pada proses pengurusan administrasi.
6. Kepada Kepala Puskesmas Kassi-Kassi yang telah memberikan izin penelitian serta pegawai Puskesmas Kassi-Kassi yang telah membantu pada penelitian sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
7. Kepada *my ride or die* Dian Ekawati Majid dan Musdalifah Syam, yang selalu siap menjadi tempat mengeluh penulis, memberikan motivasi, dukungan, serta selalu siap menemani penulis *healing* selama proses pengerjaan tesis.
8. Kepada *Yeontan's Mommina* Rima Eka Juliarti yang menemani, penulis dari A-Z selama pengurusan tesis serta memberikan motivasi dan semangat yang tiada hentinya.
9. Kepada sobat seperjuanganku Muh. Alifyadi dan Kak Puput Putri yang selalu menemani berproses selama pengurusan tesis dan saling memberikan semangat satu sama lain.
10. Kepada Sahabat Pepees-ku Andi Besse Witma, Dian Nurul Pratiwi, Nurul Ainun Jasadin, Virginia Thesyalonica, Dianya Aulia, Hilery, Aniba, Lija, dan Putri Aulia yang selalu memberikan semangat untuk penulis walaupun lagi LDR, menghibur penulis sehingga penulis tidak menyerah dalam mengerjakan tesis.

11. Kepada *partner in crime since 2015* Muhammad Taqwin Syam yang selalu memberikan semangat kepada penulis selama menjalankan proses perkuliahan hingga pengerjaan tugas akhir.
12. Kepada *moodbooster santuy*, milandari, asmak, nunul, dian, cica, cici, alifah, hira, eka, dan isra yang senantiasa menghibur penulis melalui cerita lucu yang selalu ada sehingga penulis *full serotonin* dalam mengerjakan tugas akhir.
13. Kepada teman S2 AKK 2022 khususnya Wafika Aziza Nasir dan Andi Sri Fifi Wahyuni yang senantiasa membersamai penulis selama proses perkuliahan hingga pengerjaan tugas akhir.
14. Kepada *Bangtan's Golden Maknae* Jeon Jung Kook yang selalu lucu, *full of love*, dan memotivasi penulis secara tersirat yang tiada hentinya.
15. Kepada *all of members BTS and Seventeen* atas *masterpiece* penuh makna yang menjadi *playlist* penulis dan tingkahnya yang menjadi salah satu sumber serotonin penulis pada saat mengerjakan tugas akhir.

Terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berjasa yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu, atas segala bantuan, doa, motivasi serta dukungan moril dan material yang tulus diberikan kepada penulis selama menjalani studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Dalam penyusunan tesis ini, tentu saja penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan serta kekeliruan. Oleh karena itu, besar harapan penulis agar dapat diberikan kritik dan saran yang membangun dari segala pihak agar tesis ini berguna dalam ilmu pendidikan dan penerapannya. Akhir kata mohon maaf atas segala kekurangan penulis, semoga Allah SWT melimpahkan rahmat-Nya kepada kita semua.

Wassalamualaiku Warahmatullahi Wabarakatuh.

Makassar, Agustus 2023

Penulis

ABSTRAK

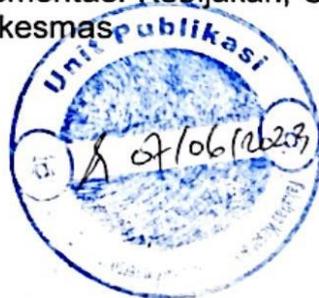
RINI DAMAYANTI. *Studi Kualitatif: Analisis Implementasi Kebijakan terhadap Sistem Rujukan Penderita Diabetes Mellitus di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar* (Dibimbing oleh Indar dan Sukri Palutturi)

Prevalensi diabetes melitus di seluruh dunia terus meningkat, diperkirakan pada tahun 2030 penderita diabetes melitus akan mencapai 550 juta orang, hal ini setara dengan sekitar tiga kasus baru setiap 10 detik atau hampir 10 juta per tahun. Sementara prevalensi diabetes di seluruh dunia adalah 3-4%, beberapa negara dan wilayah mengalami tingkat prevalensi diabetes lebih dari 10%. Ini termasuk beberapa negara di Timur Tengah, di mana dalam beberapa kasus, prevalensi diabetes di kalangan orang dewasa paruh baya melebihi 16%.

Metode penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif. Jumlah total sampel dalam penelitian ini adalah 7 orang yang terdiri dari 6 informan kunci dan 1 informan tambahan. Metode pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode wawancara.

Hasil kajian menemukan bahwa implementasi kebijakan sistem rujukan berjalan sesuai dengan yang diharapkan, hal ini dapat dilihat dari aspek komunikasi yang berjalan dengan baik, sumber daya yang cukup, disposisi yang baik dan struktur birokrasi yang jelas. Namun demikian, ada beberapa hal yang masih perlu ditingkatkan seperti sosialisasi terkait alur sistem rujukan bagi pasien diabetes melitus. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa implementasi kebijakan sistem rujukan di Puskesmas Kassi sudah berjalan dengan baik dan sesuai dengan yang diharapkan. Masyarakat diharapkan untuk selalu mengikuti informasi terkini terkait sistem rujukan khususnya penderita diabetes melitus agar alur rujukan yang ada saat ini tetap dilaksanakan.

Kata Kunci: Implementasi Kebijakan, Sistem Rujukan, Diabetes Mellitus, Puskesmas



ABSTRACT

RINI DAMAYANTI. *Qualitative Study: Policy Implementation Analysis of Diabetes Mellitus Referral System in Kassi-Kassi Health Center Makassar City* (Supervised by **Indar** and **Sukri Palutturi**)

The prevalence of diabetes mellitus worldwide continues to increase, it is predicted that in 2030 people with diabetes mellitus will reach 550 million people, this is equivalent to about three new cases every 10 seconds, or nearly 10 million per year. While the world-wide prevalence of diabetes is 3–4%, several countries and regions experience a prevalence rate of diabetes of well over 10%. This includes some countries in the Middle East, where in some cases, the prevalence of diabetes among middle aged adults exceed 16%.

This research method uses a qualitative descriptive method. There are seven samples in total for this study, consists of six key informants and one supplementary informant. The method of data collection in this study uses the interview method.

The results of study found that implementation of referral system policy went as expected, it can be seen in terms of aspects communication that are going well, sufficient resources, good disposition and a clear bureaucratic structure. However, there are some of things that still need to be improved, such as outreach related to flow of the referral system for patients with diabetes mellitus. Based on the results, it can be concluded that the implementation of referral system policy at the Kassi Health Center has been successful and in accordance with expectations. It is crucial for the community, particularly individuals with diabetes mellitus, to stay updated on the latest information regarding referral system to ensure the continued implementation of current referral process.

Keywords: Policy Implementation, Referral System, Diabetes Mellitus, Health Center



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PENGAJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	x
ABSTRAK.....	xi
ABSTRACT.....	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. Tinjauan Umum tentang Diabetes Melitus	12
B. Tinjauan Umum tentang Implementasi Kebijakan	17
C. Tinjauan Umum tentang Sistem Rujukan.....	20
D. Tinjauan Umum tentang Puskesmas	26
E. Sintesa Penelitian	29
F. Kerangka Teori.....	33
G. Kerangka Konsep	36
H. Definisi Konseptual	37
BAB III METODE PENELITIAN	39
A. Jenis Penelitian.....	39
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	39
C. Informan Penelitian	39

D. Instrumen Penelitian	40
E. Teknik Pengumpulan Data	40
F. Sumber Data	42
G. Analisis Data	42
H. Keabsahan Data	44
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	46
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	46
B. Karakteristik Informan	47
C. Hasil	48
D. Pembahasan	61
BAB V PENUTUP	80
A. Kesimpulan	80
B. Saran	82
DAFTAR PUSTAKA	83
LAMPIRAN	88

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Sintesa Penelitian	29
Tabel 2	Luas Kerja Wilayah Puskesmas Kassi-Kassi.....	47
Tabel 3	Karakteristik Informan	48
Tabel 4	Matriks Wawancara.....	93

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Kerangka Teori Penelitian	33
Gambar 2	Kerangka Konsep	36

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Pernyataan Persetujuan
Lampiran 2	Pedoman Wawancara Mendalam
Lampiran 3	Matriks Hasil Wawancara
Lampiran 4	Tabel Layanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus
Lampiran 5	Surat Keputusan Pembimbing
Lampiran 6	Surat Keputusan Penguji
Lampiran 7	Surat Pengambilan Data Awal
Lampiran 8	Surat Izin Penelitian dari Kampus
Lampiran 9	Surat Izin Penelitian dari PTSP Provinsi Sulsel
Lampiran 10	Surat Izin Penelitian dari Dinkes Kota Makassar
Lampiran 11	Dokumentasi
Lampiran 12	Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes melitus merupakan penyakit metabolik yang ditandai dengan kenaikan gula darah karena terganggunya hormon insulin yang berfungsi sebagai hormon untuk menjaga homeostatis tubuh dengan cara penurunan kadar gula darah (Widiyoga et al., 2020). Berdasarkan data WHO (*World Health Organization*), Pada tahun 2014, 8,5% orang dewasa berusia 18 tahun ke atas menderita diabetes. pada tahun 2019, diabetes menjadi penyebab langsung dari 1,5 juta kematian dan 48% dari seluruh kematian akibat diabetes terjadi sebelum usia 70 tahun. 460.000 kematian penyakit ginjal lainnya disebabkan oleh diabetes, dan peningkatan glukosa darah menyebabkan sekitar 20% kematian kardiovaskular.

Penyakit diabetes melitus tidak dapat disembuhkan, namun dengan pengendalian melalui pengelolaan diabetes melitus dapat mencegah terjadinya kerusakan dan kegagalan organ dan jaringan. Diabetes melitus merupakan penyakit yang berhubungan dengan gaya hidup, karena itu berhasil tidaknya pengelolaan diabetes melitus sangat tergantung dari pasien itu sendiri dalam mengendalikan kondisi penyakitnya dengan menjaga kadar glukosa darahnya tetap terkendali. Pengendalian diabetes melitus dapat dilakukan dengan

beberapa cara yaitu edukasi, latihan jasmani, terapi nutrisi medis (TNM) dan farmakologi (Cahyati, 2019).

Prevalensi diabetes melitus diseluruh dunia terus meningkat, diprediksikan pada tahun 2030 penderita diabetes melitus mencapai 550 juta orang, ini setara dengan sekitar tiga kasus baru setiap 10 detik, atau hampir 10 juta per tahun. Peningkatan terbesar akan lebih dominan terjadi di negara berkembang. Prevalensi diabetes melitus disetiap negara bervariasi. Pada tahun 2035, Cina merupakan negara tertinggi yang prevalensi diabetes melitusnya mencapai 142,7 juta, selanjutnya India dengan prevalensi 109 juta, Amerika Serikat 29,7 juta. Indonesia menempati urutan ke sembilan dengan prevalensi DM mencapai 11,8 juta (Restika BN et al., 2019). Menurut (Kemenkes RI, 2018) Diabetes dapat dicegah atau kejadiannya dapat ditunda. Dengan tatalaksana pengobatan yang optimum, diabetes dapat dikontrol dan orang dengan diabetes dapat berumur panjang dan hidup sehat.

Jika kasus diabetes melitus tersebut tidak ditangani secara serius akan berdampak sistemik diantaranya bisa terjadi *out break* serta menurunkan derajat kesehatan masyarakat di suatu bangsa. Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan kasus penyakit tidak menular diantaranya faktor genetik, lingkungan gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, konsumsi alkohol, pola diet dan kurang aktifitas. Faktor tersebut seyogyanya di kontrol untuk

menurunkan morbiditas dan mortalitas kasus penyakit menular (Saputra & Chairunnisa, 2019).

Diabetes didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai penyakit kronis yang terjadi baik ketika pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya.¹ Menurut data Riskesdas tahun 2013 jumlah penduduk usia >15 tahun yang menderita diabetes meningkat menjadi 6,90%, berjumlah lebih dari 385.000, dibandingkan dengan tahun 2007 yaitu sebesar 5,7% penderita. Dari 6,90% tersebut terdapat 69,6% penderita tanpa gejala sehingga tidak terdiagnosis². Prevalensi Diabetes Melitus (DM) berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun mengalami peningkatan sebesar 2%, dibandingkan dengan tahun 2013 (Kurniawati et al., 2019).

Beberapa dampak negatif yang muncul pada pasien diabetes melitus baik secara fisik maupun psikologis pasien dapat dicegah atau dikurangi jika penyakit diabetes melitus dapat dikelola dengan baik. Tujuan pengelolaan penyakit diabetes melitus adalah untuk mengatur kadar glukosa dalam darah agar tetap stabil guna mengurangi gejala yang timbul dan mencegah terjadinya komplikasi diabetes melitus. Hal yang menjadi dasar dalam mengelola penyakit diabetes melitus adalah perubahan gaya hidup (Adiatma, n.d.).

Implementasi kebijakan adalah tahap yang paling penting dan kritis dalam lingkaran kebijakan. Tanpa implementasi sebuah kebijakan tujuan sulit untuk dipahami. Dalam mengimplementasikan setiap kebijakan, tentunya menempatkan sesuatu hal yang harus disaring pada organisasi dan individu yang ditargetkan. Mereka (target kebijakan) mungkin bersedia untuk mematuhi kebijakan ketika perubahan yang diperlukan kecil atau hanya berupa tambahan, tapi tidak mau mematuhi kebijakan ketika ada perubahan besar diperlukan.

Dalam pelaksanaan indonesia sehat maka ditegakkanlah tiga pilar utama yakni:

1. Penerapan paradigma yang sehat,
2. Penguatan pada pelayanan kesehatan,
3. Pelaksanaan pada jaminan kesehatan nasional (JKN).

Pada penerapan paradigma sehat dilakukan dengan menggunakan suatu strategi pengarusutamaan kesehatan pada pembangunan, menguatkan upaya promotif dan preventif, dan juga pemberdayaan pada masyarakat. Pada penguatan pelayanan kesehatan juga dilaksanakan dengan menggunakan strategi peningkatan pada akses pelayanan kesehatan, dengan optimalisasi sistem rujukan, dan peningkatan mutu yang menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan (Putri, 2020).

Permasalahan yang terjadi pada pelayanan rujukan yaitu sosialisasi ketentuan umum bahwa pasien harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar kepada masyarakat masih sangat terbatas. Masih banyaknya masyarakat peserta JKN belum tahu mengenai sistem rujukan ini dan bahkan ada yang langsung berobat ke rumah sakit. Persoalan lain yang berhubungan dengan rujukan pelayanan kesehatan di era JKN ini adalah adanya kenyataan masih tingginya jumlah kasus-kasus penyakit yang seharusnya dapat dituntaskan di layanan primer dirujuk ke fasilitas pelayanan sekunder (Nurhayani & Rahmadani, 2019).

Rujukan ini diberikan kepada pasien yang memiliki asuransi kesehatan jika puskesmas tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, pelayan dan ketenagaan, serta diagnosis pasien diluar 155 diagnosis yang harus dilayani di puskesmas. Sistem rujukan diselenggarakan dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan secara bermutu, sehingga tujuan pelayanan tercapai tanpa harus menggunakan biaya yang mahal. Sistem rujukan merupakan salah satu upaya yang dilakukan dalam penguatan pelayanan primer, sebagai upaya untuk penyelenggaraan kendali mutu dan biaya. Peningkatan kerjasama fasilitas kesehatan merupakan salah satu strategi pengendalian mutu dan biaya pelayanan kesehatan.

Berdasarkan permasalahan yang terjadi pada sistem rujukan dilihat dari segi kebijakan maka dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Dari segi komunikasi, masih kurang maksimal komunikasi antar petugas dengan petugas, antar petugas dan masyarakat. Dari segi sumber daya masih kurangnya sumberdaya yang sebagai implementor untuk menyampaikan kepada masyarakat tentang prosedur sistem rujukan di Puskesmas. Selanjutnya, dari segi disposisi atau sikap apabila sikap yang dimiliki implementor tersebut baik maka harusnya kebijakan sistem rujukan dapat tersampaikan dengan baik pada masyarakat, dan pada struktur birokrasi kurangnya pembagian fungsi-fungsi atau kegiatan yang terkoordinasi kepada masyarakat.

Implementasi suatu sistem tidak akan berjalan baik jika pelaksanaannya tidak sesuai dengan ketentuan kebijakan atau pedomannya. Salah satu problem dalam implementasi sistem rujukan adalah keterbatasan sumber daya dan infrastuktur yang esensial dalam institusi kesehatan untuk menyediakan layanan kesehatan yang minimal.

Mekanisme pelaksanaan sistem rujukan akan dilaksanakan melalui pemeriksaan awal oleh dokter puskesmas apabila pasien telah memenuhi salah satu kriteria pasien yang dapat dirujuk dan tidak dapat ditangani oleh puskesmas maka rujukan perlu dilakukan. Bila ditemukan kasus yang tidak dapat ditangani sesuai dengan

kewenangan dokter, maka pasien tersebut segera dikirim ke unit pelayanan kesehatan yang memiliki kemampuan mengatasi masalah tersebut yaitu rumah sakit

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional, khususnya subsistem upaya kesehatan. Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Puskesmas perlu ditata ulang untuk meningkatkan aksesibilitas, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan dalam rangka meningkatkan derajat masyarakat serta menyukseskan program jaminan sosial nasional. Puskesmas merupakan pusat pelayanan kesehatan perorangan primer yang berfungsi sebagai gate keeper atau kontak pertama pelayanan kesehatan formal dan penakis rujukan sesuai standar pelayanan medis. Puskesmas harus dapat memberikan penanganan awal kasus medis yang masih dapat ditangani di puskesmas sebelum dilakukan rujukan kepada pasien. Puskesmas memiliki peranan penting dalam penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. Diberlakukannya program JKN membuat masyarakat yang akan berobat ke rumah sakit

dengan kartu asuransi kesehatan harus mendapat rujukan terlebih dahulu dari puskesmas (D. Ratnasari, 2018).

Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas (Hesti, 2019).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan dari data pelaporan rutin PTM di Kabupaten/Kota Provinsi Sulawesi Selatan menyatakan bahwa Kota Makassar merupakan kota dengan kasus diabetes melitus tertinggi. Adapun jumlah kasus penyakit diabetes melitus pada tahun 2019 yaitu sebanyak 6271 kasus, pada tahun 2020 sebanyak 5367 kasus, dan pada tahun 2021 sebanyak 4530 kasus. Sehingga bisa dikatakan bahwa Kota Makassar adalah kota dengan prevalensi kasus diabetes melitus tertinggi di Sulawesi Selatan berdasarkan data Dinas Kesehatan dalam tiga tahun terakhir.

Peranan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama sangat penting, mengingat upaya edukasi yang baik dapat

membantu meningkatkan pengetahuan dan pemahaman para penyandang diabetes tentang penyakitnya serta peran aktif mereka dalam bentuk kepatuhan pengobatan DM sehingga implementasi kebijakan sistem rujukan Diabetes Melitus dapat berjalan efektif (Hamzah & Sulistiadi, 2017).

Berdasarkan data profil Puskesmas Kassi-Kassi merupakan puskesmas yang menangani kasus diabetes melitus dengan prioritas ketiga dari 10 masalah penyakit prioritas atau utama yang Puskesmas Kassi-Kassi tangani. Terhitung pada tahun 2021 Puskesmas Kassi-Kassi menangani kasus diabetes melitus sebanyak 2015 kasus. Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Makassar pada tahun 2022, puskesmas Kassi-Kassi menangani sebanyak 1446 kasus diabetes melitus.

Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti akan meneliti “Analisis Implementasi Kebijakan Terhadap Sistem Rujukan Penderita Penyakit Diabetes Melitus Di Puskesmas Kassi-Kassi Makassar”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah pada penelitian ini, sebagai berikut :

1. Bagaimana komunikasi terhadap sistem rujukan penderita diabetes melitus di Puskesmas Kassi-Kassi?

2. Bagaimana sumber daya terhadap sistem rujukan penderita diabetes melitus di Puskesmas Kassi-Kassi?
3. Bagaimana disposisi atau sikap terhadap sistem rujukan penderita diabetes melitus di Puskesmas Kassi-Kassi?
4. Bagaimana standar birokrasi terhadap sistem rujukan penderita diabetes melitus di Puskesmas Kassi-Kassi?

C. Tujuan

Adapun tujuan penelitian sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui implementasi kebijakan terhadap sistem rujukan penderita diabetes melitus di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui komunikasi terhadap sistem rujukan penderita diabetes melitus di Puskesmas Kassi-Kassi.
- b. Untuk mengetahui sumber daya terhadap sistem rujukan penderita diabetes melitus di Puskesmas Kassi-Kassi.
- c. Untuk mengetahui disposisi terhadap sistem rujukan penderita diabetes melitus di Puskesmas Kassi- Kassi.
- d. Untuk mengetahui standar birokrasi terhadap sistem rujukan penderita diabetes melitus di Puskesmas Kassi-Kassi.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat, antara lain adalah:

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu bahan referensi atau bacaan guna menambah pengetahuan bagi peneliti berikutnya, serta dapat menjadi tindaklanjut untuk peneliti lain.

2. Manfaat Bagi Lokasi Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi rekomendasi bagi Puskesmas Kassi-Kassi dalam penanganan kasus penyakit Diabetes Melitus.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Melalui penelitian ini, peneliti diharapkan dapat meningkatkan keterampilan, kemampuan dan pemahaman dalam bidang karya tulis ilmiah, serta menambah wawasan mengenai implementasi kebijakan standar pelayanan minimal penyakit diabetes melitus.

4. Manfaat Bagi Responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi bagi responden akan pentingnya implementasi kebijakan terhadap sistem rujukan penderita diabetes melit

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Diabetes Melitus

Diabetes melitus (DM) juga dikenal sebagai diabetes saja, yaitu sekelompok penyakit metabolik dengan di dapatkannya kadar gula darah yang tinggi dalam waktu lama, ditandai dengan ciri khusus yaitu seringnya buang air kecil akibat dari peningkatan gula darah, meningkatnya rasa haus, dan peningkatan rasa lapar. Jika tidak diobati, diabetes dapat menyebabkan banyak komplikasi. Akut komplikasi termasuk *ketoasidosis diabetikum* dan *koma hiperosmolar nonketotik*. Komplikasi jangka panjang yang serius termasuk penyakit jantung, stroke, gagal ginjal, kaki bisul dan kerusakan pada mata. Diabetes disebabkan oleh pankreas yang tidak memproduksi cukup insulin, atau sel-sel tubuh tidak merespon dengan baik terhadap insulin yang diproduksi (M.D., 2020).

Banyak faktor yang dapat terlibat dalam proses yang berhubungan dengan resistensi insulin, termasuk gaya hidup seperti obesitas, kurangnya olahraga, peningkatan diet tinggi lemak dan kurang serat, usia, serta faktor genetik. Pada keadaan normal, di dalam tubuh terjadi mekanisme regulasi dan interaksi yang dinamis antara sensitivitas jaringan terhadap insulin dan sekresi insulin oleh pankreas untuk menjaga keseimbangan konsentrasi glukosa plasma. Pada diabetes melitus, kondisi ini tidak berjalan dengan

baik dan terjadi kegagalan sekresi insulin melalui disfungsi sel β pankreas dan kegagalan aksi insulin melalui resistensi insulin. Apabila kondisi resistensi insulin lebih dominan, maka sel β pankreas akan mengalami transformasi sebagai usaha untuk meningkatkan jumlah insulin dan mengkompensasi permintaan yang berlebihan yang selanjutnya akan menyebabkan peningkatan kadar insulin plasma. Hanya saja, pada umumnya peningkatan tersebut bersifat "relatif" terhadap tingkat keparahan resistensi insulin sehingga tetap tidak dapat menjaga homeostasis glukosa normal dalam tubuh (Prawitasari, 2019).

Adapun beberapa tipe diabetes melitus, yaitu :

1. Diabetes tipe 1:

Tubuh tidak memproduksi insulin. Beberapa orang mungkin menyebut tipe ini sebagai tergantung insulin diabetes, diabetes remaja, atau diabetes onset dini. Orang biasanya mengembangkan diabetes tipe 1 sebelum usia 40 tahun, sering pada masa dewasa awal atau masa remaja. Tipe 1 diabetes sama sekali tidak umum seperti diabetes tipe 2. Sekitar 10% dari semua kasus diabetes adalah tipe 1. Pasien dengan diabetes tipe 1 perlu menggunakan insulin suntikan selama sisa hidup mereka. Mereka juga harus memastikan kadar glukosa darah yang

tepat dengan melakukan rutin tes darah dan mengikuti diet khusus.

2. Diabetes tipe 2:

Tubuh tidak memproduksi cukup insulin untuk fungsi yang tepat, atau sel-sel dalam tubuh tidak bereaksi terhadap insulin (resistensi insulin). Sekitar 90% dari semua kasus diabetes di seluruh dunia adalah tipe 2. Beberapa orang mungkin dapat mengontrol diabetes tipe 2 mereka gejala dengan menurunkan berat badan, mengikuti diet sehat, melakukan banyak olahraga, dan memantau darah mereka kadar glukosa. Namun, diabetes tipe 2 biasanya penyakit progresif - secara bertahap memburuk – dan pasien mungkin akhirnya harus mengambil insulin, biasanya dalam bentuk tablet. Orang yang kelebihan berat badan dan obesitas memiliki risiko yang jauh lebih tinggi terkena diabetes tipe 2. dibandingkan dengan mereka yang memiliki berat badan yang sehat. masyarakat dengan banyak lemak visceral, juga dikenal sebagai obesitas sentral, lemak perut, atau obesitas perut, sangat berisiko. Kelebihan berat badan / obesitas menyebabkan tubuh untuk melepaskan bahan kimia yang dapat mengganggu kestabilan kardiovaskular tubuh dan sistem metabolisme.

Kelebihan berat badan, tidak aktif secara fisik dan makan makanan yang salah semuanya berkontribusi pada risiko kita mengembangkan tipe 2 kencing manis. Para ilmuwan percaya bahwa dampak dari minuman ringan manis pada risiko diabetes mungkin langsung, bukan hanya pengaruh pada berat badan. Itu risiko terkena diabetes tipe 2 juga lebih besar karena kita menjadi lebih tua. Para ahli tidak sepenuhnya yakin mengapa, tetapi mengatakan bahwa seiring bertambahnya usia, kita cenderung menambah berat badan dan menjadi kurang aktif secara fisik. Mereka yang memiliki kerabat dekat yang pernah/memiliki diabetes tipe 2, orang Timur Tengah, Keturunan Afrika, atau Asia Selatan juga memiliki risiko lebih tinggi dari mengembangkan penyakit. Pria yang kadar testosteronnya rendah telah ditemukan memiliki risiko lebih tinggi mengembangkan diabetes tipe 2.

3. Diabetes gestasional:

Jenis ini mempengaruhi wanita selama kehamilan. Beberapa wanita memiliki tingkat yang sangat tinggi glukosa dalam darah mereka, dan tubuh mereka tidak dapat menghasilkan insulin yang cukup untuk mengangkut semua glukosa ke dalam sel mereka, menghasilkan tingkat yang semakin meningkat dari glukosa. Diagnosis diabetes

gestasional dibuat selama masa kehamilan. Sebagian besar diabetes gestasional pasien dapat mengontrol diabetes mereka dengan olahraga dan diet. Antara 10 hingga 20 persen dari mereka perlu mengambil beberapa jenis obat pengontrol glukosa darah. Diabetes gestasional yang tidak terdiagnosis atau tidak terkontrol dapat meningkatkan risiko komplikasi selama persalinan (Lal, 2016).

Diabetes melitus sangat erat kaitannya dengan mekanisme pengaturan gula normal. Peningkatan kadar gula darah ini akan memicu produksi hormon insulin oleh kelenjar pankreas. Diabetes melitus merupakan penyakit yang paling banyak menyebabkan terjadinya penyakit lain (komplikasi). Komplikasi yang lebih sering terjadi dan mematikan adalah serangan jantung dan stroke. Hal ini berkaitan dengan kadar gula darah meninggi secara terus-menerus, sehingga berakibat rusaknya pembuluh darah, saraf dan struktur internal lainnya. Zat kompleks yang terdiri dari gula didalam dinding pembuluh darah menyebabkan pembuluh darah menebal. Akibat penebalan ini, maka aliran darah akan berkurang, terutama yang menuju ke kulit dan saraf (Mardiana et al., 2020).

Menurut survei yang dilakukan World Health Organization (WHO), Indonesia menempati urutan ke-4 dengan jumlah pasien diabetes terbesar di dunia setelah India, Cina dan Amerika Serikat. Upaya pencegahan dan penanggulangan tidak dapat dilakukan oleh

pemerintah saja tetapi harus oleh semua pihak, karena itu Menkes menghargai dan menyambut baik kegiatan berbagai organisasi profesi dan kemasyarakatan membantu pemerintah dan masyarakat dalam mengatasi masalah diabetes di Indonesia (Hartanti, Jatie K. Pudjibudojo, Lisa Aditama, 2013).

B. Tinjauan Umum tentang Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan di definisikan sebagai apa yang terjadi sesuai dengan harapan dan akibat dari kebijakan yang dirasakan. Implementasi kebijakan cenderung untuk memobilisasi keberadaan Lembaga. Pada kebijakan dapat dilihat apakah ada kesenjangan antara yang direncanakan dan yang terjadi sebagai suatu akibat dari kebijakan. Pendekatan pengembangan kebijakan oleh pembuat kebijakan biasanya dasarnya hal-hal yang masuk akal dan mempertimbangkan informasi-informasi yang relevan. Namun demikian apabila pada implementasi tidak mencapai apa yang diharapkan, kesalahan sering kali terjadi bukan hanya pada kebijakan itu akan tetapi pada faktor politik atau manajemen implementasi yang tidak mendukung. Suatu kebijakan kesehatan dapat berubah saat diimplementasikan dimana dapat memunculkan output dan dampak yang tidak diharapkan dan tidak bermanfaat untuk masyarakat (Massie, 2012).

Secara garis besar model implementasi kebijakan menjadi empat yaitu:

1. *The Analysis of failure* (model analisis kegagalan),
2. Model rasional (*top-down*) untuk mengidentifikasi faktor-faktor mana yang membuat implementasi sukses,
3. Model pendekatan (*bottom-up*) kritikan terhadap model pendekatan top-down dalam kaitannya dengan pentingnya faktor-faktor lain dan interaksi organisasi,
4. Teori-teori hasil sintesis (*hybrid theories*).

Model yang digunakan sebagai dasar tema penelitian ini ialah turunan model implementasi *top-down* yang disebut *Direct and Indirect Impact on Implementation* yaitu Model teori yang dikembangkan oleh George C. Edwards III (Sukowati et al., 2004).

Implementasi adalah suatu tindakan atau pelaksanaan dari sebuah rencana yang sudah disusun secara matang dan terperinci. Implementasi biasanya dilakukan setelah perencanaan sudah dianggap sah. Suharsono, mengemukakan beberapa teori dari beberapa ahli mengenai implementasi kebijakan, yaitu:

Dalam pandangan Edward III, implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variable, yaitu:

1. Komunikasi, yaitu keberhasilan implementasi kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan, dimana yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran

(target group), sehingga akan mengurangi distorsi implementasi.

2. Sumberdaya, dimana meskipun isi kebijakan telah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, maka implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia, misalnya kompetensi implementor dan sumber daya financial.
3. Disposisi, adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka implementor tersebut dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Edward III menyatakan bahwa sikap dari pelaksana kadangkala menyebabkan masalah apabila sikap atau cara pandangnya berbeda dengan pembuat kebijakan. Oleh karena itu, untuk mengantisipasi dapat mempertimbangkan atau memperhatikan aspek penempatan pegawai (pelaksana) dan insentif.
4. Struktur Birokrasi, merupakan susunan komponen (unit-unit) kerja dalam organisasi yang menunjukkan adanya pembagian kerja serta adanya kejelasan bagaimana fungsi-fungsi atau kegiatan yang berbeda-beda diintegrasikan atau dikoordinasikan, selain itu struktur organisasi juga

menunjukkan spesialisasi pekerjaan, saluran perintah dan penyampaian laporan Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan red-tape, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks, yang menjadikan aktivitas organisasi tidak fleksibel. Aspek dari stuktur organisasi adalah *Standard Operating Procedure* (SOP) dan fragmentasi (Dimova, 2019).

C. Tinjauan Umum tentang Sistem Rujukan

Sistem rujukan sebagai suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal (dari unit yang lebih mampu menangani), atau secara horizontal (antar unit-unit yang setingkat kemampuannya). Sederhananya, sistem rujukan mengatur darimana dan harus kemana seseorang dengan gangguan kesehatan tertentu memeriksakan keadaan sakitnya (Umami, 2017).

Sistem Kesehatan Nasional membedakannya menjadi dua macam yakni :

1. Rujukan Kesehatan

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan. Dengan demikian rujukan kesehatan pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kesehatan masyarakat (public health service). Rujukan

kesehatan dibedakan atas tiga macam yakni rujukan teknologi, sarana, dan operasional. Rujukan kesehatan yaitu hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau specimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Ini adalah rujukan yang menyangkut masalah kesehatan yang sifatnya pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Rujukan ini mencakup rujukan teknologi, sarana dan operasional.

2. Rujukan Medik Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan. Dengan demikian rujukan medik pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kedokteran (medical service). Sama halnya dengan rujukan kesehatan, rujukan medik ini dibedakan atas tiga macam yakni rujukan penderita, pengetahuan dan bahan pemeriksaan.

Menurut Syafrudin (2009), rujukan medik yaitu pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbul baik secara vertikal maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menangani secara rasional. Jenis rujukan medik antara lain:

- a. *Transfer of patient*

Konsultasi penderita untuk keperluan diagnosis, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.

- b. *Transfer of specimen*

Pengiriman bahan (specimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.

c. *Transfer of knowledge / personal.*

Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan setempat (Azwar, 2010).

Menurut Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, (2019) sistem rujukan mengatur alur dari mana dan harus kemana seseorang yang mempunyai masalah kesehatan tertentu untuk memperoleh keuntungan, misalnya :

1. Sudut pandang pemerintah sebagai penentu kebijakan

Jika ditinjau dari sudut pemerintah sebagai penentu kebijakan kesehatan (*policy maker*), manfaat yang akan diperoleh antara lain membantu penghematan dana, karena tidak perlu menyediakan berbagai macam peralatan kedokteran pada setiap sarana kesehatan; memperjelas sistem pelayanan kesehatan, karena terdapat hubungan kerja antara berbagai sarana kesehatan yang tersedia; dan memudahkan pekerjaan administrasi, terutama pada aspek perencanaan.

2. Sudut pandang masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan

Jika ditinjau dari sudut masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan (*health consumer*), manfaat yang akan diperoleh antara lain meringankan biaya pengobatan, karena

dapat dihindari pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang dan mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan, karena diketahui dengan jelas fungsi dan wewenang sarana pelayanan kesehatan.

3. Sudut pandang kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan.

Jika ditinjau dari sudut kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*), manfaat yang diperoleh antara lain memperjelas jenjang karir tenaga kesehatan dengan berbagai akibat positif lainnya seperti semangat kerja, ketekunan, dan dedikasi; membantu peningkatan pengetahuan dan keterampilan yakni melalui kerjasama yang terjalin; memudahkan dan atau meringankan beban tugas, karena setiap sarana kesehatan mempunyai tugas dan kewajiban tertentu.

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan rujukan pelayanan kesehatan Andersen mendeskripsikan model sistem kesehatan merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (*behavioral model of health service utilization*). Andersen mengelompokkan faktor determinan dalam pelayanan kesehatan ke dalam 3 kategori utama, yaitu:

1. karakteristik predisposisi, (*Predisposing Characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan dalam 3 kelompok, yaitu :

- a. Ciri-ciri demografi, seperti: jenis kelamin, umur, dan status perkawinan
- b. Struktur sosial, seperti: tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama, dan sebagainya.
- c. Kepercayaan kesehatan (*health belief*), seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit.

2. Karakteristik kemampuan (*enabling characteristics*) adalah

sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan. Andersen (1975) membaginya ke dalam 2 golongan, yaitu:

- a. Sumber daya keluarga yang termasuk sumber daya keluarga adalah penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan, dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

- b. Sumber daya masyarakat yang termasuk sumber daya masyarakat adalah jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan lokasi pemukiman penduduk. Asumsi Andersen adalah semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat akan semakin bertambah
3. karakteristik kebutuhan (*Need characteristics*) Karakteristik kebutuhan, dalam hal ini merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Andersen (1975) menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari faktor kebutuhan. Penilaian kebutuhan ini dapat dinilai dari dua sumber yaitu:
 - a. Penilaian individu (*perceived Need*) merupakan penilaian keadaan kesehatan yang dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita.
 - b. Penilaian klinik (*evaluated Need*) merupakan penilaian beratnya penyakit oleh dokter yang merawatnya. Hal ini

tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter.

D. Tinjauan Umum tentang Puskesmas

Puskesmas merupakan suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan, serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu. Puskesmas adalah pelayanan kesehatan menyeluruh yang meliputi pelayanan: kuratif (pengobatan), preventif (upaya pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan).

Puskesmas sesuai dengan fungsinya (sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga, serta pusat pelayanan kesehatan dasar) berkewajiban mengupayakan, menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan yang bermutu dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional yaitu terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat (Wicaksana, 2016).

Fungsi Puskesmas adalah sebagai berikut :

1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan Puskesmas selalu berupaya menggerakkan lintas sektor dan dunia usaha di wilayah kerjanya agar menyelenggarakan pembangunan yang berwawasan kesehatan. Khusus pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan Puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan dan pemulihan.
2. Pusat pemberdayaan masyarakat Berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat meliputi
 - a. Memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat.
 - b. Berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kegiatan termasuk pembiayaan.
 - c. Ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan.
3. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab Puskesmas meliputi :
 - a. Pelayanan kesehatan perorangan
 - b. Pelayanan kesehatan masyarakat

E. Sintesa Penelitian

No	Peneliti dan Tahun	Variabel Penelitian	Metode	Hasil
1	Rahmadani et al., (2021)	Variabel Independen : standar dan tujuan kebijakan, sumber daya, karakteristik organisasi pelaksana, komunikasi antar organisasi pelaksana, sikap para pelaksana, dan lingkungan eksternal. Variabel dependen : Implementasi kebijakan SPM Penderita DM.	Metode Kualitatif Pendekatan Deskriptif	Implementasi kebijakan SPM penderita DM di Puskesmas Pandaranan masih mencapai 89% angka ini belum mencapai target yang ditetapkan dalam Permenkes No 4 tahun 2019 dikarenakan masih terkendala pada tahapan kegiatan pendataan dan deteksi dini penderita DM.
2	Arifah et al (2021)	Variabel Independen : SOP berdasarkan peraturan Menteri No. 56 tahun 2014 Variabel dependen : Sistem rujukan terpadu.	Metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi menggunakan metode triangulasi sumber.	Berdasarkan hasil wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen yang dilakukan oleh peneliti terkait penelitian ini maka dapat disimpulkan bahwa, Sebagian besar responden di tiga rumah kasih menyatakan bahwa mereka tidak rumah sakit menyatakan bahwa mereka tidak mengerti Peraturan Menteri Kesehatan

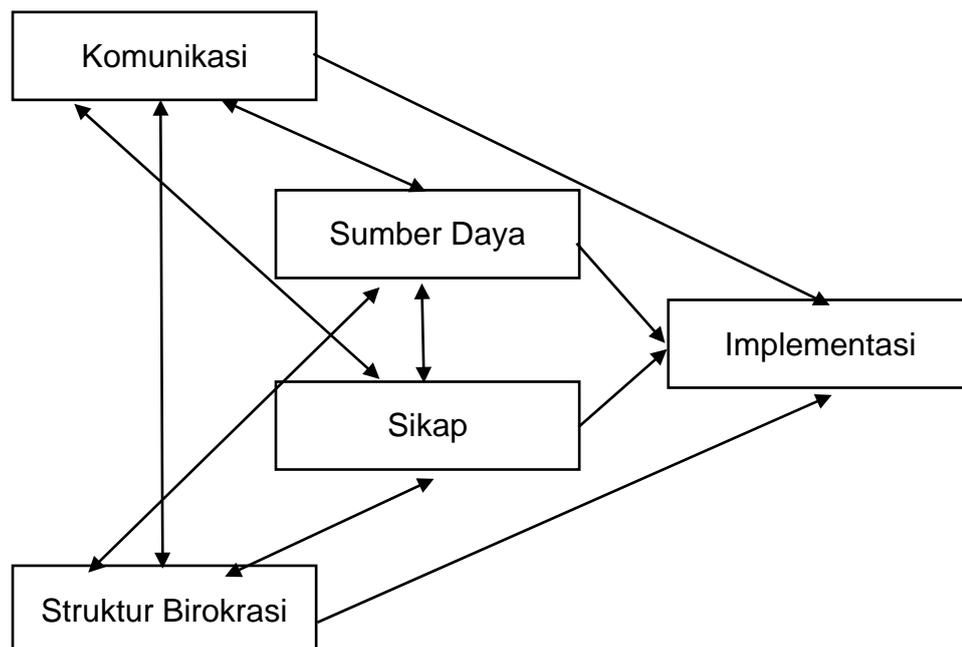
				No. 56 tahun 2019 dan ketiga rumah sakit menggunakan SOP yang sama untuk rujukan, namun beberapa responden mengaku tidak mengetahui SOP tersebut.
3	(Lilik pranata et al., 2019)	Variabel independen : pengetahuan sebelum dilakukan penyuluhan, pengetahuan setelah dilakukan pendidikan, pemeriksaan gula darah, dan pemeriksaan tekanan darah. Variabel dependen : Penyakit diabetes melitus.	Metode yang digunakan adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan dengan topik pencegahan penyakit diabetes melitus dan komplikasinya dengan media ceramah dan presentasi, diskusi dan pembagian leaflet.	Kegiatan pengabdian kepada masyarakat meningkatkan pengetahuan peserta tentang penyakit diabetes melitus. Bagi tenaga kesehatan untuk melakukan kegiatan penyuluhan dan pemeriksaan kesehatan untuk dilakukan berkala dan kontinyu, supaya dapat memberikan asuhan yang komprehensif dan tepat sasaran, sehingga pengetahuan meningkat akan membuat pola pikir hidup sehat menjadi lebih baik.
4	Kurniawati et al., (2019)	Variabel Input : sumber daya manusia, sumber dana, sarana dan prasarana, serta metode dalam pelaksanaan program pengendalian diabetes melitus Variabel proses : perencanaan,	Metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik objek	Kendala terbesar yang menghambat keberjalanan program adalah sumber dana dan sumberdaya manusia terbatas. Tidak semua SDM mendapatkan pelatihan, SOP tidak di distribusikan, belum ada buku panduan, dan lemahnya kerja sama lintas sektoral.

		pengorganisasian pelaksanaan dan pengawasa dalam pelaksanaan program pengendalian diabetes melitus Variabel Output : program pengendalian diabetes melitus		
5	Manullang et al., (2021)	Variabel independen : Komunikasi, SDM, disposisi, dan struktur organisasi. Variabel dependen : Program pengelolaan penyakit kronis (prolanis).	Metode kualitatif dengan pendekatan analisis deskriptif	Implementasi pronalis di puskesmas parsoburan belum mencapai indicator 75% komunikasi belum berjalan dengan optimal, walaupun transformasi dan konsistensi informasi sudah berjalan dengan baik, namun dimensi kejelasan informasi masih kurang.
6	(Tampubolon et al., 2021)	Variabel dependen : Peraturan Menteri kesehatan nomor 1 tahun 2012 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan.	Metode homogenous sampling	Secara umum proses pelaksanaan kebijakan program rujukan online berjenjang di rawat jalan poli penyakit dalam RSUD deli Serdang sudah berjalan baik dan sesuai dengan alur yang ada.
7	(Choirul et al., 2022)	Variabel independen : Implementasi GENTAS dan penyuluhan Variabel dependen : Penyakit diabetes	Metode pelaksanaan dengan melakukan implementasi program GENTAS dan penyuluhan	Remaja yang telah mencapai yaitu 12 orang yang memiliki faktor risiko diabetes melitus dan pengetahuan remaja tentang diabetes meningkat 100%

			tentang diabetes pada 42 remaja	
8	(Raafi et al., 2021)	Variabel independen: Penerapan kebijakan telehealth Variabel dependen: Pandemic covid-19.	Pencarian artikel menggunakan database elektronik	Berdasarkan 6 artikel yang didapatkan bahwa telehealth merupakan implementasi yang dapat di terapkan pada masa pandemic covid-19 khususnya pada diabetes melitus.
9	Ahmad, n.d. (2022)	Variabel independen: Implementasi sistem rujukan terintegrasi (SISRUTE)	Metode penelitian metode kualitatif dan pendekatan fenomenologi.	Hasil penelitian ini didapatkan bahwa variabel rumah sakit dengan penetapan kebijakan, variabel informasi dengan pencatatan dan pelaporan informasi dan variable sistem dengan penggunaan perangkat keras, perangkat lunak dan keahlian tenaga IT dalam segi definisi sistem.
10	P. M. D. Ratnasari et al., (2019)	Variabel independen: Gambaran pola persepan obat antidiabetik, kompilasi pasien DM tipe 2, kualitas hidup berdasarkan pola persepan, kualitas hidup berdasarkan komplikasi. Variabel dependen: Kualitas hidup.	Observational dengan rancangan cross sectional.	Sebagian besar paasien memperoleh peresapan kombinasi oral dengan insulin 48,5% dan sebesar 19,5% menderita komplikasi marrovaskuler

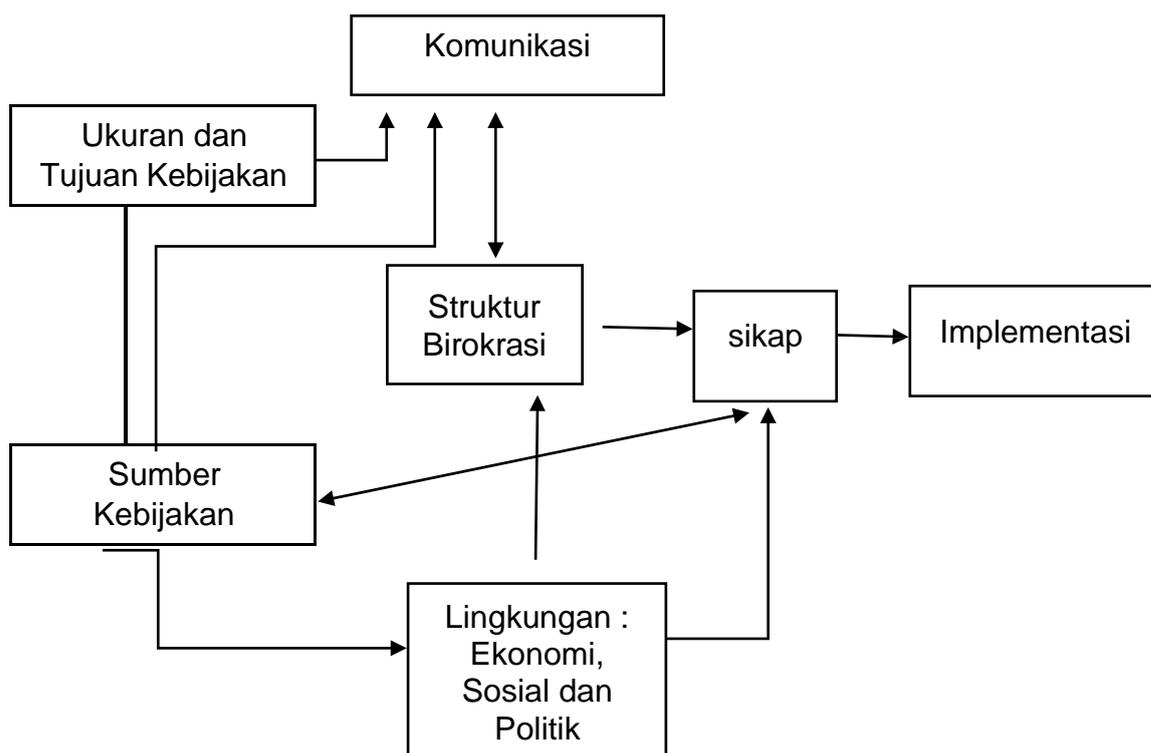
F. Kerangka Teori

Pendekatan yang digunakan dalam menganalisis implementasi kebijakan tentang konservasi energi adalah teori yang dikemukakan oleh George C. Edwards III. Dimana implementasi dapat dimulai dari kondisi abstrak dan sebuah pertanyaan tentang apakah syarat agar implementasi kebijakan dapat berhasil, menurut George C. Edwards III ada empat variabel dalam kebijakan publik yaitu Komunikasi (*Communications*), Sumber Daya (*resources*), sikap (*dispositions* atau *attitudes*) dan struktur birokrasi (*bureaucratic structure*).



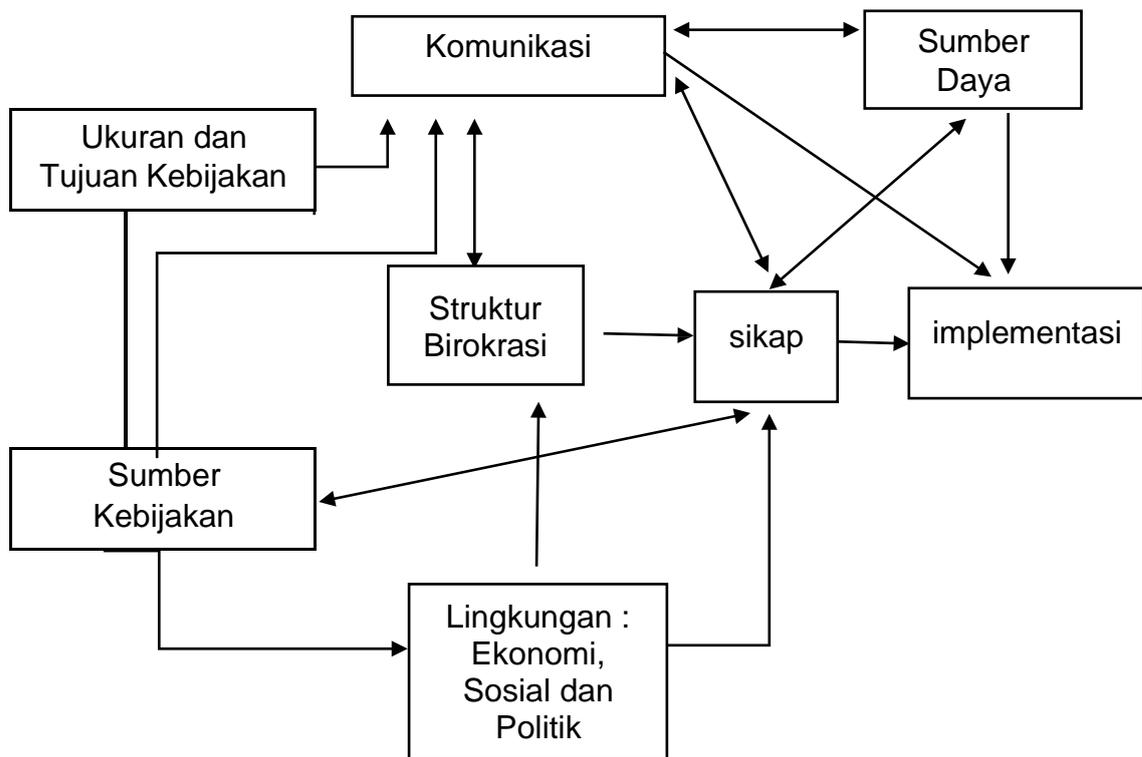
Gambar 1 : Kerangka Teori Berdasarkan Teori Penelitian George C. Edward III

Selanjutnya Van Meter dan Van Horn menawarkan suatu pendekatan yang mencoba untuk menghubungkan antara isu kebijakan dengan implementasi dan suatu model konseptual yang menghubungkan kebijakan dengan kinerja kebijakan. Mereka menegaskan bahwa perubahan, kontrol dan kepatuhan bertindak merupakan konsep-konsep yang penting dalam prosedur-prosedur implementasi. Berikut model teori kebijakan yang dikemukakan oleh Van Meter dan Van Horn.



Gambar 2. Kerangka Teori Van Meter dan Van Horn

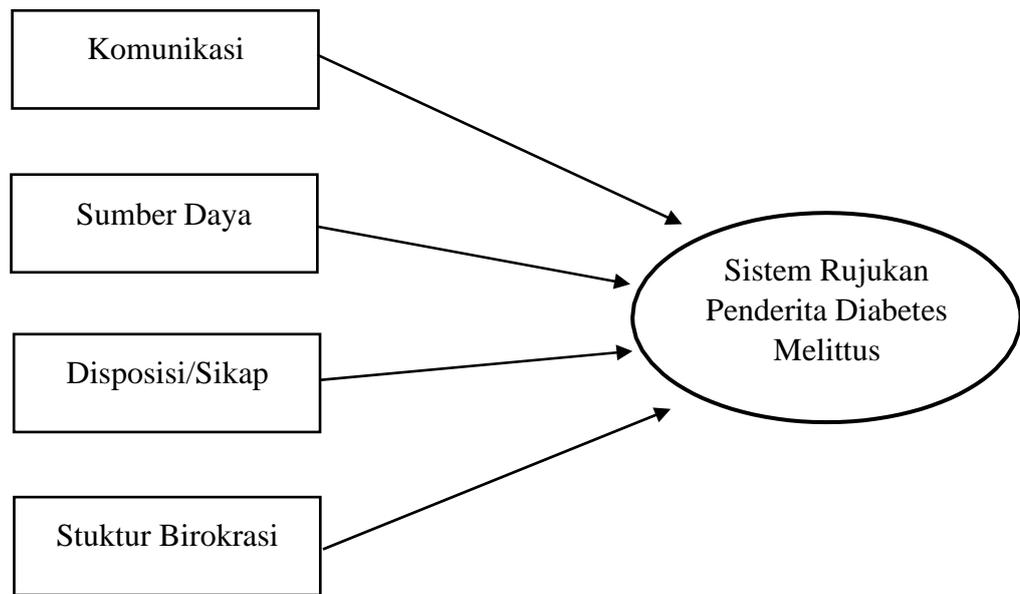
Berdasarkan kedua teori kebijakan yang didapatkan yaitu teori George C. Edward dan Teori Van Meter dan Van Horn dapat dilihat bahwa kedua teori tersebut memiliki hubungan variabel yang sama maka untuk itu dapat digambarkan kerangka teori berdasarkan kedua teori tersebut.



Gambar 2. Kerangka Teori Penelitian (Modifikasi dari Teori George C. Edward (1980), Teori Van Meter (1975))

G. Kerangka Konsep

Berdasarkan konsep pemikiran yang dikemukakan di atas, maka kerangka konsep dalam penelitian ini secara sistematis dapat digambarkan sebagai berikut :

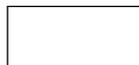


Gambar 2. Kerangka Konsep

Keterangan :



: Variabel Dependen (Terikat)



: Variabel Independen (Bebas)

H. Definisi Konseptual

Adapun definisi operasional dari setiap variabel penelitian adalah :

1. Komunikasi

Komunikasi di nilai dari seberapa besar kerjasama dan dukungan antar berbagai instansi dalam pelaksanaan kebijakan. Implementasi akan berjalan efektif apabila ukuran-ukuran dan tujuan-tujuan kebijakan dipahami oleh individu-individu yang bertanggungjawab dalam pencapaian tujuan kebijakan. Kejelasan ukuran dan tujuan kebijakan dengan demikian perlu dikomunikasikan secara tepat dengan para pelaksana.

2. Sumber daya

Komponen sumberdaya ini meliputi jumlah staf, keahlian dari para pelaksana, informasi yang relevan dan cukup untuk mengimplementasikan kebijakan dan pemenuhan sumber-sumber terkait dalam pelaksanaan program, adanya kewenangan yang menjamin bahwa program dapat diarahkan kepada sebagaimana yang diharapkan, serta adanya fasilitas-fasilitas pendukung yang dapat dipakai untuk melakukan kegiatan program seperti dana dan sarana prasarana

3. Disposisi/sikap

sikap yaitu kesadaran pelaksana, petunjuk/arahan pelaksana untuk merespon program kearah penerimaan atau penolakan, dan intensitas dari respon tersebut. Para pelaksana mungkin

memahami maksud dan sasaran program namun seringkali mengalami kegagalan dalam melaksanakan program secara tepat karena mereka menolak tujuan yang ada didalamnya sehingga secara sembunyi mengalihkan dan menghindari implementasi program.

4. Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi adalah karakteristik, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan-badan eksekutif yang mempunyai hubungan baik potensial maupun nyata dengan apa yang mereka miliki dalam menjalankan kebijakan