

TESIS

**PELAKSANAAN SISTEM RUJUKAN BERJENJANG DI
FASILITAS KESEHATAN INDONESIA : A *SCOPING REVIEW***



**MUHAMMAD ADJIZ ZUHRI
C012171062**

PEMBIMBING I : Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si

PEMBIMBING II : Dr. TakdirTahir, S.Kep., Ns.,M.Kes

**SEKOLAH PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

**PELAKSANAAN SISTEM RUJUKAN BERJENJANG DI
FASILITAS KESEHATAN INDONESIA : A *SCOPING REVIEW***

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

MUHAMMAD ADJIZ ZUHRI
C012171062

**PROGRAM STUDI ILMU MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

TESIS

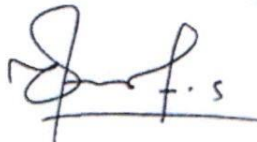
**PELAKSANAAN SISTEM RUJUKAN BERJENJANG DI FASILITAS
KESEHATAN INDONESIA : A SCOPING REVIEW**

Disusun dan diajukan oleh

MUHAMMAD ADJIZ ZUHRI
Nomor Pokok: C012171062

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 18 Agustus 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasihat,



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si.
NIP.19680421 200112 2 002



Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes.
NIP.19770421 200912 1 003

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp. M.Kes.
NIP.19740422 199903 2 002



Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,

Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP.19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : MUHAMMAD ADJIZ ZUHRI
NIM : C 012 171 062
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul Tesis : Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang di Fasilitas Kesehatan
Indonesia : *A Scoping Review*

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 18 Agustus 2021

Yang membuat pernyataan,



Muhammad Adjiz Zuhri

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, tiada kata yang pantas peneliti ucapkan selain puji dan syukur ke hadirat Allah Subhanahu wa Ta'ala atas rahmat, bimbingan, ujian, kemudahan serta pertolongan-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan hasil tesis yang berjudul “Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Di Fasilitas Kesehatan Indonesia : A *Scoping Review*”.

Hasil penelitian ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, terutama kesediaan pembimbing yang dengan tulus, ikhlas dan sabar meluangkan waktunya untuk membimbing dan mengarahkan penulis agar dapat menyusun proposal ini dengan baik. Dengan penuh rasa hormat dan kerendahan hati perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan tak terhingga kepada Ibu **Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si** selaku pembimbing I dan **Dr. TakdirTahir, S.Kep., Ns., M.Kes** selaku pembimbing II. Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya juga penulis sampaikan kepada Ibu Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes selaku ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa hasil tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, namun demikian penulis telah berupaya dengan segala kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki sehingga proposal ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun dari tim penguji dan pembaca sangat berarti bagi penulis.

Makassar, Juli 2021

Penulis,

MUHAMMAD ADJIZ ZUHRI

ABSTRAK

MUHAMMAD ADJIZ ZUHRI. *Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang di Fasilitas Kesehatan Indonesia: A Scoping Review* (Ariyanti Saleh dan Takdir Tahir).

Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan Indonesia

Penelitian ini menggunakan metode *scoping review* yang disusun berdasarkan panduan dan JBI. Penelusuran literatur dilakukan melalui database Pubmed, Proquest, Willey, EBSCO, ClinicalKey for Nursing, Garuda dan pencarian sekunder dengan populasi artikel yang berfokus pada fasilitas pelayanan kesehatan, konsep sistem rujukan, dan konteks di Indonesia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 3 artikel memenuhi kriteria inklusi didapatkan bahwa masalah dalam sistem rujukan berjenjang di Fasilitas Kesehatan Indonesia berkaitan dengan adanya ketidaksesuaian pelaksanaan rujukan dengan standar prosedur merujuk, baik itu prosedur klinis, prosedur administratif maupun prosedur operasional. Adapun yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan sistem rujukan berjenjang yaitu keterbatasan SDM, keterbatasan sarana dan prasarana serta kurangnya pemahaman tenaga kesehatan tentang sistem rujukan berjenjang. Solusi untuk permasalahan tersebut yaitu dengan melakukan evaluasi rutin terhadap sistem rujukan, rekrutmen tenaga kesehatan, pelatihan dan pembinaan untuk tenaga kesehatan, penyebaran informasi sistem rujukan kepada masyarakat, melengkapi berkas-berkas admimstrasi serta melengkapi sarana dan prasarana kesehatan. Dengan demikian masih terdapat berbagai masalah dan hambatan dalam pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan di Indonesia. Oleh karena itu, monitoring atau evaluasi penting dilakukan secara berkala.

Kata kunci : Sistem Rujukan, Pelayanan Kesehatan, Indonesia.



ABSTRACT

MUHAMMAD ADJIZ ZUHRI. *Implementation of a Tiered Referral System in Indonesian Health Facilities: A Scoping Review* (Supervised by **Ariyanti Saleh** and **Takdir Tahir**)

The referral system in the National Health Insurance era is carried out in stages, starting from the first level, second level and third level of health facilities. As a large and new system that takes place in a relatively short period of time, monitoring and evaluation are required by various parties.

This study aims to identify the implementation of a tiered referral system in Indonesian Health Facilities.

This study used the Scoping review method which was compiled based on the guidelines from JBI. The literature search was carried out through the Pubmed, Proquest, Willey, EBSCO, ClinicalKey for Nursing, Garuda and Secondary Search databases with a population of articles that focused on health care facilities, concept: referral system, and Context: in Indonesia.

The results show 13 articles that meet the inclusion criteria found that the problem in the tiered referral system in Indonesian Health Facilities was related to the incompatibility of the implementation of referrals with standard referring procedures, be it clinical procedures, administrative procedures and operational procedures. As for the obstacles in the implementation of the tiered referral system, namely the limited human resources, limited facilities and infrastructure and the lack of understanding of health workers about the tiered referral system. The solution to this problem is by conducting regular evaluations of the referred system, recruitment of health workers, training and coaching for health workers, disseminating information on the referral system to the community, completing administrative files and completing health facilities and infrastructure. And as the conclusion, our study shows that there are still various problems and obstacles in the implementation of a tiered referral system in health facilities in Indonesia, therefore monitoring or evaluation is important to do regularly.

Keywords: Referral System, Health Services, Indonesia



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Riview	7
1. Tujuan Umum.....	7
2. Tujuan Khusus	7
C. Manfaat Riview.....	8
D. Originalitas Riview	8
BAB II.....	11
TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Tinjauan Literatur Sistem Rujukan.....	11
B. Tinjauan Literatur Jaminan Kesehatan Nasional	32
C. Tinjauan Literatur <i>Scoping Review</i>	37
D. Kerangka Teori	46
BAB III	47
METODE PENELITIAN.....	47
A. Desain Penelitian	48
B. Kerangka Kerja Penelitian.....	48
C. Tahapan Penelitian.....	48
1. Menentukan judul penelitian	49
2. Mengembangkan pertanyaan dan tujuan penelitian.....	49
3. Menyusun kriteria inklusi.....	49

4. Menyusun strategi pencarian	52
D. Pertimbangan Etik Penelitian	55
E. Alur Penelitian	55
BAB IV	57
HASIL PENELITIAN	57
BAB V.....	89
PEMBAHASAN.....	89
BAB VI.....	102
KESIMPULAN DAN SARAN	102
DAFTARPUSTAKA	
LAMPIRAN.....	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Kata Kunci Pencarian	32
Tabel 3.2 Kombinasi Penggunaan Kata Kunci Pada Database	33
Tabel 4.1 Ekstraksi Data Artikel Hasil Review.....	59
Tabel 4.2 Deskripsi Artikel Berdasarkan Masalah Sistem Rujukan Faskes Tingkat 1	75
Tabel 4.3 Deskripsi Artikel Berdasarkan Masalah Sistem Rujukan Faskes Tingkat II.....	77
Tabel 4.4 Deskripsi Artikel Berdasarkan Masalah Sistem Rujukan Fasilitas kesehatan.....	78
Tabel 4.5 Deskripsi Artikel Berdasarkan Hambatan Sistem Rujukan Faskes Tingkat I.....	78
Tabel 4.6 Deskripsi Artikel Berdasarkan Hambatan Sistem Rujukan Pada Pengambil Kebijakan.....	80
Tabel 4.7 Deskripsi Artikel Berdasarkan Hambatan Sistem Rujukan Pada diseluruh Fasilitas kesehatan.....	81
Tabel 4.8 Deskripsi Artikel Berdasarkan Solusi Mengatasi Permasalahan Sistem Rujukan di Faskes Tingkat I.....	82
Tabel 4.9 Deskripsi Artikel Berdasarkan Solusi Mengatasi Permasalahan Sistem Rujukan di Faskes Tingkat II.....	83
Tabel 4.10 Deskripsi Artikel Berdasarkan Solusi Mengatasi Permasalahan Sistem Rujukan Pada Pengambil Kebijakan	84
Tabel 4.11 Deskripsi Artikel Berdasarkan Solusi diseluruh Fasilitas kesehatan.....	84

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Alur Sistem Rujukan.....	31
Gambar 3.1 Algoritma Pencarian	36
Gambar 3.2 Kombinasi Penggunaan Kata Kunci	52
Gambar 3.3 Time Schedule Penelitian.....	56
Gambar 4.1 Algoritma Penelitian	58
Gambar 4.2 Karakteristik Artikel Berdasarkan Tahun Publikasi	68
Gambar 4.3 Karakteristik Artikel Berdasarkan Tempat Penelitian	69
Gambar 4.4 Karakteristik Artikel Berdasarkan Metode Penelitian	70
Gambar 4.5 Karakteristik Artikel Berdasarkan Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan	71

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Daftar *Checklist* Pengkajian Kualitas *Scoping Review*

Lampiran 2. Hasil Pencarian Studi Literatur

Lampiran 3. Hasil Eksklusi Tabel Prisma

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Setiap warga negara berhak hidup sejahtera lahir dan batin, memiliki tempat tinggal, lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh layanan kesehatan (UUD 1945 Pasal 28H ayat 1). Untuk menjalankan amanat tersebut pemerintah melaksanakan jaminan kesehatan masyarakat dalam bentuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib. Setiap peserta JKN memiliki hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan diberikan secara berjenjang, efektif, dan efisien dengan menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya berdasarkan indikasi medis. Oleh karena itu, untuk memperoleh pelayanan kesehatan tersebut, Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) wajib menerapkan sistem rujukan (Faulina, Khoiri, & Herawati, 2016).

Sejak dilaksanakan sistem JKN pada 2016, banyak perubahan yang terjadi dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia (Iqbal Nurmansyah & Kilic, 2017), JKN telah meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, targetnya adalah semua warga negara tercakup ke seluruh sistem pelayanan kesehatan (*universal health coverage*) (Setiawati & Nurrizka, 2019).

Berdasarkan pedoman pelaksanaan rujukan nasional, sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal (Kementrian Kesehatan, 2012b). Sistem rujukan dilakukan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut yang terdiri atas pelayanan kesehatan tingkat kedua (spesialistik) dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga (subspesialistik) (Susiloningtyas, 2020).

Pasien yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan harus menyesuaikan dengan sistem berjenjang tersebut. Pasien tidak bisa langsung mendapatkan pelayanan di FKRTL, namun harus melewati proses berjenjang dengan sistem rujukan, kecuali pada kondisi gawat darurat dapat dilayani pada fasilitas kesehatan tingkat ketiga (Dahlan, Setyopranoto, & Trisnantoro, 2017b). Sistem pelayanan berjenjang ini ditujukan agar tercipta peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta (BPJS Kesehatan, 2015a).

Untuk dapat menjaga mutu pelayanan kesehatan banyak upaya yang dapat dilakukan. Upaya tersebut jika dilaksanakan secara terarah dan terencana, dalam ilmu administrasi kesehatan, disebut dengan program menjaga mutu (Quality Assurance Program). Program menjaga mutu adalah suatu upaya yang berkesinambungan, sistematis dan objektif dalam memantau dan menilai pelayanan yang diselenggarakan dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan, serta menyelesaikan masalah yang ditemukan untuk memperbaiki mutu pelayanan (Cookson et al., 2018)

Di era JKN, pelayanan kesehatan tidak lagi terpusat di Rumah Sakit atau FKRTL, namun pelayanan kesehatan harus dilakukan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis. Oleh karena itu, untuk mencapai hal tersebut, maka pelayanan kesehatan di FKTP harus diperkuat karena jika tidak, masyarakat akan mengakses FKRTL sehingga akan terjadi kembali fenomena Rumah Sakit sebagai Puskesmas raksasa (Iqbal Nurmansyah & Kilic, 2017). FKTP sebagai pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama yaitu meliputi Puskesmas atau yang setara, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara, dan rumah sakit kelas D Pratama atau yang setara (Kementrian Kesehatan, 2012b), akan sekaligus bertindak sebagai *gate keeper* harus mampu melaksanakan empat fungsi pokok pelayanan primer yang meliputi kontak pertama pelayanan (*first contact*), pelayanan berkelanjutan (*continuity*), pelayanan paripurna (*comprehensiveness*), dan koordinasi pelayanan (*coordination*) (BPJS Kesehatan, 2017). Salah satu tujuan implementasi *gatekeeper* yaitu untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di FKRTL dengan cara FKTP melakukan penapisan pelayanan

yang perlu dirujuk sehingga dapat menekan angka rujukan ke FKRTL dan mengurangi beban rumah sakit.

Sesuai data BPJS kesehatan sampai dengan tanggal 01 Juni 2017, jumlah FKTP yang bermitra dengan BPJS terdiri dari 10.134 Puskesmas, 4.695 Dokter Perorangan, 1158 Praktek Dokter Gigi, 6.656 Klinik Pratama, dan 35 Rumah Sakit kelas D Pratama. Sedangkan jumlah FKRTL di Indonesia yang bermitra dengan BPJS terdiri dari 2.349 Rumah Sakit 259 Klinik Utama 326 Apotik jaringan dan 1.112 Optik (BPJS Kesehatan, 2019).

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) telah menerapkan standar pelayanan rumah sakit yang sama untuk semua peserta BPJS Kesehatan. Saat ini pelayanan Rumah sakit terdiri dari kelas I, kelas II, dan kelas III. Perbedaan masing-masing 3 kelas di BPJS Kesehatan diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan No 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan. Perbedaan fasilitas sesuai dengan kelas juga diatur dalam Perpres Nomor 64 Tahun 2020 adalah tentang perubahan kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2015). Dalam skema manfaat BPJS Kesehatan, peserta bisa mendapatkan layanan yang sama untuk dokter, pemeriksaan, pengobatan, konsultasi dokter spesialis, obat, pemeriksaan lab, dan sebagainya. Yang membedakan hanya pada fasilitas ruang rawat inap (Kementrian Kesehatan, 2012). Beberapa tahun terakhir ini evaluasi dilakukan terhadap perubahan kompetensi rumah sakit yang terjadi selama kurun waktu lima tahun dengan rancangan penyesuaian kelas rumah sakit diharapkan agar pasien yang menggunakan JKN dari BPJS kesehatan mendapatkan pelayanan sesuai kompetensi rumah sakit (Kusumawati, 2020). Pemerintah provinsi Sulawesi Selatan melakukan penyesuaian kelas rumah sakit diharapkan agar pasien yang menggunakan JKN dari BPJS Kesehatan mendapatkan pelayanan sesuai kompetensi rumah sakit (Mulyana, Liliskarlina, & Ekawaty, 2019). Pemerintah pusat pun punya data yang lengkap terkait SDM maupun sarana dan prasarana yang dimiliki rumah sakit. Sehingga pemerintah daerah memetakan data kelas RS agar Masyarakat dapat menerima pelayanan yang sesuai dengan kelas RS (Erlindai, 2020). Di sisi lain, rumah sakit pun

membayar tarif klaim BPJS Kesehatan yang sesuai kelasnya. Dalam hal ini, adanya penyesuaian kelas, sehingga tidak mengganggu standar pelayanan RS kepada pasien. Pasien tetap mendapat rujukan sesuai kelas RS, misal, dari RS kelas C dirujuk ke RS kelas B, begitu seterusnya (Haqqi, Aini, & Wicaksono, 2020).

Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dalam era BPJS menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan dan menjadi pusat keanggotaan BPJS. Menurut Indrianingrum et al., (2017), pelayanan kesehatan yang bermutu berorientasi pada kepuasan pasien mampu bertahan di tengah persaingan global yang semakin kuat (Mulyana et al., 2019). Sejak bergulirnya program Jaminan kesehatan nasional-kartu indonesia sehat (JKN- KIS), akses masyarakat menjangkau faskes semakin meningkat (Hasbullah et al., 2017). Kementerian kesehatan mencatat total pemanfaatan JKN-KIS terus meningkat (BPJS Kesehatan, 2019). Menurut Erlindai(2020), penambahan peserta JKN-KIS per tahunnya rata-rata mencapai 12-14 juta jiwa. Sementara itu di titik layanan, kunjungan ke FKTP rata-rata mencapai sekitar 400.000 kunjungan per hari, sedangkan kunjungan ke rumah sakit sekitar 26.000-27.000 kunjungan per hari.

Sebagai suatu sistem yang besar dan baru berlangsung dalam tempo yang masih relatif singkat, implementasi BPJS terutama BPJS Kesehatan masih jauh dari sempurna. Dalam monitoring dan evaluasi yang telah lakukan oleh berbagai pihak, banyak permasalahan di lapangan. Sejak dioperasionalkan 1 Januari 2014, BPJS Kesehatan memiliki beragam permasalahan, banyak aspek yang belum matang dan menjadi persoalan. Kurangnya sosialisasi dan perubahan struktur di dalam BPJS dinilai menjadi penyebab munculnya permasalahan tersebut(Ratnasari, 2018).Padahal, BPJS Kesehatan sangat dibutuhkan dan harus tetap dilaksanakan. Masalah itu, justru muncul pada unsur pengaplikasiannya (Susiloningtyas, 2020), seperti di rumah sakit tersier, khususnya pada aspek rujukan, biaya, dan kepersertaan BPJS (Dahlan et al., 2017b). Banyak masyarakat yang belum tahu teknis mendapatkan pelayanan sesuai dengan aturan main BPJS Kesehatan (Hasbullah et al., 2017). Dengan diberlakukannya BPJS Kesehatan,

masyarakat yang akan berobat ke rumah sakit umum pemerintah dengan kartu BPJS harus mendapat rujukan dari dokter, klinik/puskesmas, atau rumah sakit umum daerah.

Permasalahan proses sistem rujukan berkontribusi pada peningkatan mutu perawatan dengan membatasi *over medicalization*, *over investigation* dan *over treatment*. Hal ini memungkinkan pembagian tugas yang sesuai antara dokter umum dan dokter spesialis (Clarke, 2021), serta pelayanan kesehatan di semua FKTP menjadi lebih baik dan optimal (Faulina et al., 2016). Bila sistem rujukan tidak dilaksanakan dengan baik, maka ketiga “*over*” tersebut akan terjadi di rumah sakit. Untuk mendapatkan mutu pelayanan yang lebih terjamin, berhasil guna (*efektif*) dan berdaya guna (*efisien*), perlu adanya jenjang pembagian tugas diantara unit-unit pelayanan kesehatan melalui suatu tatanan sistem rujukan (Hasbullah et al., 2017). Dengan sistem rujukan yang efektif, maka pasien akan mendapat penanganan lebih cepat dan tertangani dengan semestinya, tercipta pelayanan kesehatan yang bermutu, menyeluruh dan terpadu, serta terjadi pemerataan dalam infrastruktur pelayanan kesehatan di Indonesia.

Dalam JKN, FKTP menjadi garda depan dalam sistem pelayanan kesehatan. Sehingga tuntutan terhadap fasilitas pelayanan prima menjadi penting dilakukan oleh FKTP (Ratnasari, 2018). Untuk mendukung pelayanan tersebut, pemerintah mendukung pembiayaan melalui sistem kapitasi (Indrianingrum et al., 2017). Kapitasi merupakan sistem pembiayaan yang dihitung berdasarkan jumlah kepesertaan JKN pada FKTP (Indrianingrum et al., 2017). Meski demikian, masih banyak tantangan yang dihadapi. Dukungan pembiayaan dan kepesertaan masih belum optimal (Ratnasari, 2018). Tingginya permintaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan tidak didukung oleh sistem pembiayaan yang baik. Akibatnya, setiap tahun, pembiayaan untuk JKN mengalami deficit (Setiawati & Nurriszka, 2019).

Dampaknya adalah pelayanan kesehatan menjadi terganggu. Banyak kasus dimana fasilitas kesehatan tidak mampu memberikan pelayanan yang baik karena minimnya infrastruktur pendukung untuk pelayanan. Padahal,

permintaan terhadap pelayanan kesehatan meningkat setiap tahunnya. Sudah lazim terjadi antrian panjang dari pasien yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan (Ashar, Wijayanegara, & Sutadipura, 2014). Hal tersebut tentu berdampak terhadap persepsi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dalam sistem JKN. Munculnya persepsi negatif dari masyarakat sangat mempengaruhi kinerja sistem JKN. Harapan untuk memperbaiki sistem pelayanan kesehatan bisa terhambat akibat buruknya pelayanan kesehatan yang diterima kepada masyarakat (Ratnasari, 2018). Meski aturan dalam sistem rujukan berjenjang sudah lama diterapkan. Namun, masih banyak yang perlu dibenahi. Oleh karena itu, perlu dilihat dimana hambatan pelaksanaan sistem rujukan berjenjang difasilitas kesehatan Indonesia, agar perbaikan kualitas pelayanan kesehatan dapat terus diperbaiki.

Sebuah studi kualitatif menunjukkan bahwa ketepatan dalam sistem rujukan sudah baik, semua responden mendapatkan rujukan sesuai dengan prosedur sistem rujukan berjenjang, namun kelengkapan 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 akibat tidak seimbangnya antara jumlah pasien yang dilayani dan petugas serta infrastruktur pelayanan kesehatan (Setiawati & Nurriszka, 2019). Penelitian lain menunjukkan adanya ketidaksesuaian pelaksanaan prosedur klinis sistem rujukan vertikal dengan pedoman sistem rujukan nasional, pasien tidak datang ke pelayanan kesehatan primer untuk memperpanjang rujukan mereka, melainkan keluarga mereka yang datang meminta rujukan sehingga rujukan dibuat tidak sesuai dengan hasil pemeriksaan klinis yang seharusnya dilakukan, selain itu pusat kesehatan primer juga tidak menghubungi poliklinik dan/atau rumah sakit rujukan sebelum merujuk pasien dan memastikan bahwa rumah sakit dapat menerima dan memberikan perawatan kesehatan yang lebih maju sesuai dengan kebutuhan medis pasien, sehingga tidak terbangun komunikasi dengan rumah sakit rujukan (Soeripto, 2019).

Menurut penelitian Ratnasari, (2018), pemahaman masyarakat tentang alur rujukan sangat rendah sehingga mereka tidak mendapatkan pelayanan sebagaimana mestinya. Pasien menganggap sistem rujukan birokrasinya cukup rumit, sehingga pasien langsung merujuk dirinya sendiri kefasilitas kesehatan tingkat kedua atau ketiga (Setiawati & Nurriszka, 2019). Keluhan lain terkait sistem rujukan BPJS yang dirasakan adalah ketidaksiapan tenaga kesehatan dan kurangnya fasilitas di layanan kesehatan primer, kasus yang seharusnya dapat ditangani di layanan primer/sekunder tetapi langsung dirujuk ke rumah sakit tersier. Lain halnya dengan keluhan PNS di mana jika rujukan harus melalui puskesmas sementara mereka harus bekerja lamanya proses pengurusan tersebut menghabiskan jam kerja para PNS, sistem rujukan seharusnya tidak membuat PNS kesulitan (Erlindai, 2020). Idealnya rujukan tidak hanya berasal dari Puskesmas, namun juga layanan primer lain, misalnya klinik tempat pekerja tersebut. Kasus lain yang menuai protes program JKN adalah mutasi peserta Jamsostek ke BPJS, seorang manula gagal mendapat pelayanan perawatan kesehatannya karena salah satu rumah sakit swasta yang sebelumnya merupakan rujukan Jamsostek menolaknya. Peran perawat dalam sistem rujukan berjenjang adalah memahami secara jelas mengenai sistem rujukan karena perawat adalah petugas garda depan yang selalu menjadi tempat bertanya pasien atau masyarakat yang membutuhkan dan perawat harus selalu meningkatkan kompetensi agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara professional yang dibutuhkan pasien.

Penelitian terkait pelaksanaan rujukan berjenjang telah dilakukan untuk melihat kesesuaian pelaksanaan sistem rujukan pada era JKN di puskesmas berdasarkan peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang ada (Ratnasari, 2017), untuk mengevaluasi kesesuaian pelaksanaan sistem rujukan berjenjang dan mengukur tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan sistem rujukan berjenjang di Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama (Setiawati & Nurriszka, 2019), untuk mengetahui dampak dari penerapan sistem rujukan online JKN terhadap akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Gianyar Bali (Ayu, Dewi, Januraga, Made, & Nopiyani, 2020), serta untuk

melihat kesesuaian pelaksanaan prosedur klinis sistem rujukan vertikal di poli umum puskesmas berdasarkan Pedoman Sistem Rujukan Nasional (Soeripto, 2019). Namun sejauh ini belum ada yang melakukan mapping terkait masalah pelaksanaan sistem rujukan berjenjang, hambatan pelaksanaan sistem rujukan berjenjang dan solusi dalam menangani permasalahan pelaksanaan sistem rujukan berjenjang difasilitas pelayanan kesehatan, baik difasilitas kesehatan tingkat pertama maupun difasilitas kesehatan lanjutan dengan metode *Scoping Review*.

Dari pemaparan diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang di Fasilitas Kesehatan Indonesia: A *Scoping Review*”

B. RUMUSAN MASALAH

Sistem rujukan dibuat untuk mengintegrasikan pelayanan dan memudahkan pelayanan ke pasien. Di lain sisi pertimbangan biaya menjadi hal yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan. Masih rendahnya pemahaman tentang sistem rujukan sedikit banyak menyulitkan pasien itu sendiri dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Disamping itu pemanfaatan sistem rujukan biasa dilakukan bila sudah pada sakit yang parah. Dengan pemanfaatan puskesmas yang masih belum maksimal dalam melakukan kegiatan promosi dan preventif menyebabkan banyaknya kasus rujukan yang diterima fasilitas kesehatan lanjutan yang pada akhirnya membebani pembiayaan asuransi kesehatan itu.

Berdasarkan rumusan masalah di atas maka peneliti tertarik melakukan *review* terkait pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan Indonesia, sebagai upaya untuk melihat dimana masalah, hambatan dan solusi dalam menangani permasalahan dalam pelaksanaan sistem rujukan berjenjang tersebut.

C. TUJUAN PENYUSUNAN RIVIEW

1. Tujuan Umum

Untuk mengidentifikasi pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan Indonesia.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi masalah utama sistem rujukan di fasilitas kesehatan Indonesia
- b. Mengidentifikasi hambatan pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan Indonesia
- c. Mengidentifikasi solusi menangani permasalahan sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan Indonesia.

D. MANFAAT RIVIEW

Manfaat dari kajian ini diharapkan dapat :

1. Menyediakan pemahaman yang lebih luas dan mendalam tentang pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan Indonesia.
2. Sebagai dasar untuk menyusun kajian sistematis, khususnya dalam melihat pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan Indonesia.
3. Sebagai bahan untuk meningkatkan pelayanan sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan Indonesia.

E. ORIGINALITAS RIVIEW

Beberapa penelitian terkait pelaksanaan rujukan berjenjang telah dilakukan untuk melihat kesesuaian pelaksanaan sistem rujukan pada era JKN di puskesmas berdasarkan peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang ada (Ratnasari, 2017), untuk mengevaluasi kesesuaian pelaksanaan sistem rujukan berjenjang dan mengukur tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan sistem rujukan berjenjang di Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama (Setiawati & Nurriska, 2019), untuk mengetahui dampak dari penerapan sistem rujukan online JKN terhadap akses dan mutu pelayanan kesehatan di

Kabupaten Gianyar Bali (Ayu et al., 2020), serta untuk melihat kesesuaian pelaksanaan prosedur klinis sistem rujukan vertikal di poli umum puskesmas berdasarkan Pedoman Sistem Rujukan Nasional (Soeripto, 2019). Selain itu terdapat beberapa review yang telah dilakukan tentang sistem rujukan ke Rumah Sakit. Salahsatu literatur review meninjau tentang efektivitas evidence based dan efektivitas biaya dari pelaksanaan rujukan elektronik (Azamar-Alonso, Costa, Huebner, & Tarride, 2019). Review lainnya mengidentifikasi efisiensi proses rujukan yang diterapkan untuk pasien dengan DM type 2 (Senitan, Alhaiti, Gillespie, Alotaibi, & Lenon, 2017). Review selanjutnya menilai efektivitas sistem rujukan pasien untuk mempersingkat waktu tunggu operasi (Rathnayake & Clarke, 2021). Dari beberapa studi tersebut, saat ini diketahui bahwa berbagai penelitian dan review terkait sistem rujukan telah dilakukan. Namun sejauh ini belum ada yang melakukan mapping terkait hambatan pelaksanaan sistem rujukan berjenjang difasilitas kesehatan, baik difasilitas kesehatan tingkat pertama maupun difasilitas kesehatan lanjutan dengan metode *Scoping Review*. Sehingga *reviewer* merasa perlu melakukan kajian dengan pendekatan *Scoping Review*(ScR) dengan harapan bahwa tinjauan ini mampu memberikan informasi yang lebih komprehensif terkait hambatan pelaksanaan sistem rujukan berjenjang difasilitas kesehatan, baik difasilitas kesehatan tingkat pertama maupun difasilitas kesehatan lanjutan, sehingga dapat menjadi bahan perbaikan kedepannya. Olehnya itu, *originalitas* dari riview ini adalah hambatan pelaksanaan sistem rujukan berjenjang difasilitas kesehatan, baik difasilitas kesehatan tingkat pertama maupun difasilitas kesehatan lanjutan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Literatur Sistem Rujukan

1. Definisi

Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik, baik secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu, atau secara horisontal dalam arti unit-unit yang setingkat kemampuannya yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan (BPJS, 2014).

Dalam Permenkes No.01 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan disebutkan bahwa sistem rujukan vertikal dilakukan bila pasien membutuhkan pelayanan spesialisik dan subspecialistik, dan perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan. Sedangkan rujukan horizontal dilakukan bila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan, dan ketenagaan baik yang sifatnya sementara atau menetap (Kemenkes RI, 2012).

Menurut WHO, sistem rujukan (*referral system*) adalah proses dimana petugas kesehatan yang memiliki sumberdaya terbatas untuk menangani kondisi klinis (obat, peralatan, kemampuan) pada satu level sistem kesehatan, melakukan pencarian bantuan kepada fasilitas kesehatan yang lebih baik atau memiliki sumber daya tertentu pada level yang sama atau di atasnya, atau mengambil alih penanganan kasus pasien (Michael, 2018).

2. Jenis Rujukan

Dalam sistem Kesehatan Nasional terdapat 2 jenis rujukan yaitu (Primasari, 2004; Setiawati & Nurriszka, 2019):

a. Rujukan Medis

Rujukan medis adalah upaya rujukan kesehatan yang dapat bersifat vertikal, horizontal atau timbal balik yang terutama berkaitan dengan upaya penyembuhan dan rehabilitasi serta upaya yang bertujuan mendukungnya.

Jenis rujukan medis:

- 1) *Transfer of patient*. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.
- 2) *Transfer of specimen*. Pengiriman bahan untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
- 3) *Transfer of knowledge/personel*. Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan pengobatan setempat. Pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui ceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus dan demonstrasi operasi (*transfer of knowledge*). Pengiriman petugas pelayanan kesehatan daerah untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mereka ke rumah sakit yang lebih lengkap atau rumah sakit pendidikan, juga dengan mengundang tenaga medis dalam kegiatan ilmiah yang diselenggarakan tingkat provinsi atau institusi pendidikan (*transfer of personel*)

b. Rujukan Kesehatan

Rujukan kesehatan adalah rujukan upaya kesehatan baik secara vertikal maupun horizontal terutama berkaitan dengan upaya peningkatan, pencegahan, serta upaya yang mendukungnya. Rujukan kesehatan dibedakan atas tiga macam yaitu rujukan teknologi, sarana, dan operasional .

3. Manfaat Sistem Rujukan

Manfaat sistem rujukan berjenjang yaitu (BPJS, 2014):

- a. Memastikan hubungan yang erat antar pelaku sistem kesehatan di segala tingkatan.

Sistem rujukan berjenjang yang efektif secara tidak langsung akan mendorong seluruh faskes dan tenaga kesehatan untuk saling

berkoordinasi dalam penanganan medis pasien. Hubungan profesi antar tenaga kesehatan dapat diperkuat dengan sistem rujukan tersebut.

- b. Memastikan pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal.

Pasien yang mendapat rujukan ke faskes dengan sumberdaya manusia, peralatan dan kemampuan yang lebih tinggi tentu akan mendapatkan pelayanan yang lebih baik. Jika sistem rujukan tidak berjalan, maka pasien “dipaksa” menerima pelayanan yang tidak memadai. Kondisi sebaliknya bisa terjadi, pasien dengan kondisi kesehatan ringan mendapat pelayanan yang lebih mahal. Kondisi ini dalam bidang asuransi kesehatan disebut dengan *adverse selection*.

- c. Menjamin perawatan pasien yang kontinyu.

Sistem rujukan berjenjang menjamin kontinuitas pelayanan kesehatan terhadap pasien, karena faskes akan mengalihkan peran dan tanggung jawab penanganan kondisi medis ke faskes yang lebih tinggi kemampuannya. Hal ini akan mencegah terjadinya pasien yang putus pengobatan akibat kurangnya kemampuan faskes dalam melayani.

- d. Menjamin seluruh faskes di berbagai tingkat mendapatkan peralatan medis yang memadai.

Sistem rujukan berjenjang mendorong pemerintah setempat dan pemodal untuk melengkapi peralatan medis yang dimiliki faskes, atau melengkapi dengan jenis pelayanan medis lainnya. Rumah sakit dengan tipe tertentu akan berusaha memenuhi persyaratan alat dan teknologi yang dimilikinya.

4. Alasan Melakukan Rujukan

Adapun alasan fasilitas pelayanan kesehatan (Fasyankes) melakukan rujukan adalah (Kemenkes RI, 2012):

- a. Fasyankes bersangkutan mengalami keterbatasan sumber daya (sarana, prasarana, alat, tenaga, anggaran/uang) dan kompetensi serta kewenangan untuk mengatasi suatu kondisi, baik yang sifatnya sementara ataupun menetap.

- b. Pasien tertentu membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik/subspesialisik, tambahan pelayanan atau pelayanan yang berbeda yang tidak dapat diberikan difasyankes perseorangan bersangkutan, termasuk diantaranya kasus dengan kondisi emergensi.
- c. Pasien membutuhkan pelayanan rawat inap dan penatalaksanaan selanjutnya, sementara difasyankes semula tidak tersedia.
- d. Untuk melayani pasien tertentu, dibutuhkan pelayanan diagnostik dan terapeutik sementara.

5. Tata Laksana Rujukan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN dalam sistem rujukan berjenjang, pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari 3 (tiga) tingkatan yaitu (Kemenkes RI, 2013a):

a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan dasar yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Rawat Jalan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/ataupelayanan kesehatan lainnya. Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari. Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama dapat berupa puskesmas atau yang setara, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara, Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

Proses tata laksana sistem rujukan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sebagai berikut :

- 1) Rujukan dari Fasyankes Tingkat Pertama ke Tingkat Dua

Pasien dengan masalah kesehatan/penyakit yang berobat ke fasilitas kesehatan perseorangan tingkat pertama milik pemerintah maupun swasta dan memenuhi kriteria/alasan untuk dirujuk, akan dirujuk ke fasilitas rujukan terdekat yang mampu memberikan layanan yang dibutuhkan oleh pasien, seperti unit rawat inap puskesmas, RS kelas D pratama, atau RS kelas D, atau RS kelas C dengan mempertimbangkan jenis penyakitnya dan kondisi umumnya, serta kemudahan untuk mengakses fasyankes rujukan terdekat.

Pasien yang telah dilayani di fasyankes tingkat pertama sesuai dengan kebutuhan dalam mengatasi penyakitnya, apabila dapat diselesaikan secara tuntas di fasyankes rujukan, harus dikembalikan ke fasyankes yang merujuk, disertai resume proses dan hasil pelayanan serta saran-saran tindak lanjutnya. Akan tetapi jika di fasyankes rujukan dipertimbangkan pasien harus dirujuk ke fasyankes yang lebih mampu, maka prosedur rujukan kasus dilaksanakan sesuai dengan ketentuannya.

Adapun prosedur merujuk dari fasyankes tingkat pertama yaitu (Kemenkes RI, 2012a):

a) Syarat merujuk pasien

Pasien yang akan dirujuk sudah diperiksa, dan disimpulkan bahwa kondisi pasien layak serta memenuhi syarat untuk dirujuk, tanda-tanda vital (vital sign) berada dalam kondisi baik/stabil serta transportable, memenuhi salah satu syarat berikut untuk dirujuk:

- (1) Hasil pemeriksaan pertama sudah dapat dipastikan tidak mampu diatasi secara tuntas di fasyankes.
- (2) Hasil pemeriksaan fisik dengan pemeriksaan penunjang medis ternyata pasien tidak mampu diatasi secara tuntas ataupun tidak mampu dilayani karena keterbatasan kompetensi ataupun keterbatasan sarana/prasarana.

- (3) Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, tetapi pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan.
 - (4) Apabila telah diobati di fasyankes tingkat pertama dan atau dirawat di fasyankes perawatan tingkat pertama di Puskesmas perawatan/RS D Pratama, ternyata masih memerlukan pemeriksaan, pengobatan, dan atau perawatan di fasyankes rujukan yang lebih mampu, untuk dapat menyelesaikan masalah/kesehatannya dan dapat dikembalikan ke fasyankes perujuk.
- b) Prosedur standar merujuk pasien
- (1) Prosedur klinis
 - (a) Pada kasus non emergensi, maka proses rujukan mengikuti prosedur rutin yang ditetapkan. Provider Kesehatan yang berwenang menerima pasien di fasyankes tingkat pertama, melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik yang mampu dilakukan di fasyankes tingkat pertama, untuk menentukan Diagnosa Utama/Diagnosis Kemungkinan, dan Diagnosis Banding, disertai kelengkapan kode diagnosis untuk fasyankes tingkat pertama.
 - (b) Dalam kondisi pasien datang dalam keadaan emergensi dan membutuhkan pertolongan kedaruratan medik, petugas yang berwenang segera melakukan pertolongan segera (prosedur *life saving*) untuk menstabilkan kondisi pasien di fasyankes, sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO).
 - (c) Menyimpulkan bahwa kasusnya telah memenuhisyarat untuk dirujuk, sebagaimana tercantum pada salah satu kriteria dalam syarat merujuk pasien diatas.

- (d) Untuk mempersiapkan rujukan, kepada pasien/keluarga perlu diberikan penjelasan dengan bahasa yang dapat dimengerti pasien/keluarga, dan informed consent sebagai bagian dari prosedur operasional yang sangat erat kaitannya dengan prosedur teknis pelayanan pasien.
- (e) Penjelasan diberikan berkaitan dengan penyakit/masalah kesehatan pasien dan kondisi pasien saat ini, tujuan dan pentingnya pasien harus dirujuk, kemana pasien akan dirujuk, akibat atau risiko yang mungkin terjadi pada kondisi kesehatan pasien ataupun keluarga/lingkungannya apabila rujukan tidak dilakukan, dan keuntungan apabila dilakukan rujukan.
- (f) Rencana dan proses pelaksanaan rujukan,serta tindakan yang mungkin akan dilakukan difasyankes rujukan.
- (g) Hal-hal yang perlu dipersiapkan oleh pasien/keluarga.
- (h) Penjelasan-penjelasan lain yang berhubungan dengan proses rujukan termasuk berbagai persyaratan secara lengkap, untuk memberi kesempatan kepada pasien/keluarga mengambil keputusan secara cerdas dalam mengatasi penyakit/masalah kesehatan pasien.
- (i) Putusan akhir atas rencana pelaksanaan rujukan seperti dijelaskan, ada pada pasien/keluarga sendiri, apakah yang berkepentingan setuju ataukah menolak untuk dirujuk ke salah satu fasyankes rujukan sesuai dengan alur sistem rujukan yang ditetapkan. Kesepakatan akhir atas hasil penjelasan dinyatakan dengan pembubuhan tanda-tangan dua belah pihak dalam format Informed consent sesuai prosedur.
- (j) Atas persetujuan rujukan dari pasien/keluarga, provider berwenang mempersiapkan rujukan dengan memberikan tindakan pra rujukan sesuai kondisi pasien sebelum dirujuk berdasarkan SPO.

- (k) Menghubungi kembali unit pelayanan di fasyankes tujuan rujukan, untuk memastikan sekali lagi bahwa pasien dapat diterima di fasyankes rujukan atau harus menunggu sementara ataupun mencarikan fasyankes rujukan lainnya sebagai alternatif.
- (l) Untuk pasien gawat darurat, dalam perjalanan rujukan ke fasyankes yang dituju, harus didampingi provider yang kompeten dibidangnya yang dapat memantau kondisi pasien sekaligus mengambil tindakan segera bilamana diperlukan, dan sedapat mungkin selalu menjalin komunikasi dengan fasyankes tujuan rujukan. Bagi pasien bukan gawat darurat, perjalanan rujukan tidak perlu didampingi petugas kesehatan.
- (m) Selama perjalanan pasien gawat-darurat, petugas kesehatan pendamping rujukan perlu melengkapi kebutuhan obat dan peralatan medis/emergensi yang diperkirakan dibutuhkan pasien selama dalam perjalanan rujukan.
- (n) Kendaraan Puskesmas Keliling atau ambulans dan provider pendamping rujukan harus tetap menunggu pasien di IGD tujuan sampai ada kepastian pasien tersebut mendapat pelayanan dan keputusan apakah harus dirawat inap atau rawat jalan di Fasyankes rujukan, atau dapat dipulangkan langsung dengan saran-saran tindak-lanjut penanganan oleh fasyankes perujuk.
- (o) Apabila tersedia perangkat Teknologi Komunikasi (Radio medik)/Teknologi Informasi Komunikasi (Tele Medikine/e-health/u-health) dalam suatu sistem rujukan, dapat dimanfaatkan untuk kelancaran merujuk pasien : Untuk mendapatkan saran-saran dalam mempersiapkan rujukan pasien, melakukan tindakan pra-rujukan sebelum pasien dirujuk, serta proses konsultasi melalui

Radio-komunikasi Medik ataupun Tele Medicine / e-Health, dapat dilanjutkan selama perjalanan rujukan ke fasyankes rujukan bila pasien dapat dirujuk (*transportable*).

(p) Bila kondisi pasien tidak dapat dirujuk (tidak *transportable*), atau kondisi geografis tidak memungkinkan melakukan rujukan segera, maka fasyankes rujukan dapat memberikan saran atas permintaan rujukan dari fasyankes perujuk, dan atau panduan atas tindakan yang terpaksa harus dilakukan segera pada pasien bersangkutan.

(2) Prosedur administratif

- (a) Dilakukan sejalan dengan prosedur teknis pada pasien.
- (b) Melengkapi catatan rekam medis pasien, setelah tindakan untuk menstabilkan kondisi pasien pra-rujukan.
- (c) Setelah provider berwenang memberikan penjelasan secara lengkap dan pasien/keluarga telah memberikan keputusan akhir, setuju ataupun menolak untuk dirujuk, maka format informed consent secara prosedur administrative rujukan harus dicek ulang kelengkapannya, antara lain adanya tanda tangan dua-belah pihak, provider berwenang dan pasien/keluarga, baik bagi pasien/keluarga yang setuju dirujuk maupun yang menolak untuk dirujuk.
- (d) Selanjutnya format informed consent yang telah ditanda-tangani tersebut disimpan dalam rekam medis pasien bersangkutan. Bila telah digunakan perangkat TIK/ICT, format informed consent dapat dilengkapi dengan foto, rekaman pembicaraan proses pengambilan keputusan, dan lainnya.

- (e) Apabila pasien/keluarga setuju untuk dirujuk, maka fasyankes perujuk membuat surat rujukan pasien rangkap 2. Lembar pertama dikirim ke fasyankes rujukan bersama pasien, dan lembar dua disimpan sebagai arsip, bersama rekam medik pasien bersangkutan.
 - (f) Mencatat identitas pasien pada buku register rujukan pasien.
 - (g) Administrasi pengiriman pasien harus diselesaikan, ketika pasien akan segera dirujuk.
- (3) Prosedur Operasional Merujuk Pasien
- (a) Menyiapkan sarana transportasi rujukan, dan akan lebih baik bila dilengkapi dengan perangkat komunikasi radio ataupun TIK/ICT yang dapat menghubungkan fasyankes tujuan rujukan dengan fasyankes-fasyankes perujuk termasuk Puskesmas Keliling/Ambulans yang sedang berjalan merujuk pasien.
 - (b) Setiba pasien di fasyankes penerima rujukan, bila selanjutnya diputuskan bahwa pasien akan ditangani di Fasyankes rujukan, maka provider pendamping rujukan secara formal akan menyerahkan tanggung-jawab penanganan pasien pada provider berwenang di fasyankes rujukan

2) Tindak lanjut atas rujukan balik dari Fasyankes tingkat dua

Menerima kembali rujukan balik di fasyankes tingkat pertama, dari fasyankes tingkat dua, dapat dilakukan sebagai berikut:

- a) Fasyankes tingkat pertama seharusnya sudah menerima informasi tentang rencana rujukan balik pasien dari fasyankes terujuk, melalui perangkat komunikasi yang tersedia (telephon, radio-medik, TIK/ICT, dan lainnya).

- b) Atas informasi yang didapat dari surat rujukan balik yang diserahkan pasien/keluarga, fasyankes tingkat pertama, menyusun rencana tindak lanjut pelayanan pasien berdasar saran-saran dalam surat jawaban rujukan balik.
- c) Dilakukannya pelayanan pasien rujukan balik sesuai rencana
- d) Menindak-lanjuti saran fasyankes rujukan yang berkaitan dengan penyakit/masalah kesehatan pasien yang kemungkinan berkaitan ataupun berdampak terhadap kesehatan masyarakat dan kesehatan lingkungannya.
- e) Dalam memantau kondisi perkembangan kesehatan pasien, maka dokter dan tenaga keperawatan serta tenaga kesehatan lainnya di fasyankes tingkat pertama, akan berkolaborasi dalam pelayanan tindak lanjut pasien dan lingkungannya, baik pelayanan di fasyankes tingkat pertama ataupun tindak lanjutnya di rumah pasien.
- f) Pada waktu yang ditentukan untuk pasien rujukan balik yang harus dirujuk ulang, fasyankes tingkat pertama mempersiapkan pasien/ keluarganya untuk dapat dirujuk ulang ke fasyankes rujukan

Atas pasien yang dinyatakan kurang/tidak tepat dirujuk, dan telah dilayani di fasyankes tingkat dua sebelum dirujuk balik, diupayakan untuk :

- a) Mengevaluasi diri atas ketelitian dalam melakukan pemeriksaan dan menegakkan diagnosis.
- b) Mengetahui batasan-batasan yang ditetapkan untuk pelayanan di tingkat pertama dan batasan untuk merujuk.
- c) Melaporkan dan berkonsultasi kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/kota, bilamana dianggap perlu.

Atas pasien yang pulang paksa dan telah dilaporkan oleh fasyankes tingkat dua:

- a) Pasien yang dirujuk, setelah mendapatkan pelayanan di klinik, dalam periode pelayanan rawat jalan, ataupun selama periode

rawat inap, kemungkinan dapat keluar dari fasyankes dengan “pulang paksa” karena berbagai alasan.

- b) Atas informasi yang diperoleh dari fasyankes rujukan, provider kesehatan tingkat pertama perlu menelusuri/melacak keberadaan pasien pulang paksa tersebut dan mengetahui alasan mengapa pasien/keluarga memilih untuk pulang paksa
- c) Berupaya untuk membantu pasien/keluarga mencari solusi terbaik atas masalah yang dihadapi sehubungan dengan kejadian pulang paksa tersebut, sekaligus mengevaluasi dan memperbaiki penyelenggaraan pelayanan sekaligus sistem rujukannya pada fasyankes tingkat pertama dan rujukan. Kejadian tersebut perlu menjadi topik bahasan dalam rapat koordinasi.

Atas pasien yang meninggal, tergantung penyebab kematiannya dan saran dari fasyankes rujukan:

- a) Dilakukan telusur/identifikasi masalah untuk kasus tertentu yang dipandang perlu untuk diketahui latar belakang masalahnya, dalam upaya promotif dan preventif di keluarga maupun dikomunitasnya, seperti misalnya fenomena 3T(Terlambat) pada kematian maternal, yaitu Terlambat mengambil keputusan di keluarga, Terlambat dalam transportasi rujukan dan Terlambat mendapatkan pertolongan di fasyankes rujukan, termasuk penyakit-penyakit lainnya khususnya dalam kondisi emergensi.
- b) Untuk kondisi tertentu dapat ditindak-lanjuti dengan pelayanan Kesehatan pada keluarga, kelompok dan masyarakat serta lingkungannya.
- c) Kematian akibat penyakit menular, perlu segera dilaporkan sejak pasien didiagnosis, dan khusus untuk kematian tertentu, pemulasaran jenazah perlu dijelaskan pada keluarga.
- d) Kasus kematian akan menjadi topik bahasan dalam rapat bulanan fasyankes perujuk, fasyankes terujuk, maupun rapat

koordinasi, dan bilamana dipandang perlu menjadi topik bahasan lintas sektoral.

- e) Kasus kematian pasien rujukan dengan penyakit menular yang perlu diberitahukan kepada fasyankes tingkat pertama bukan hanya dari fasyankes tingkat dua melainkan juga dari fasyankes tingkat tiga.

b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua

Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialistik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik. Proses rujukan dalam sistem rujukan di fasyankes tingkat dua yaitu :

1) Prosedur Klinis

- a) Menerima rujukan dari fasyankes tingkat pertama dan tindak lanjutnya

Atas komunikasi yang dibangun bersama fasyankes perujuk melalui teknologi komunikasi yang tersedia, telah diketahui kondisi pasien, sehingga memungkinkan pasien akan dapat dilayani di fasyankes rujukan, untuk hal tersebut fasyankes rujukan akan mempersiapkan diri menerima pasien dengan sebaik-baiknya, selanjutnya melayani sesuai dengan kondisi pasien pada saat kedatangannya menurut standar prosedur operasional (SPO) yang berlaku di fasyankes bersangkutan.

(1) Pasien Non Emergensi

- (a) Sesuai SPO pasien akan mendapatkan pemeriksaan untuk menetapkan diagnosis awal, dan disimpulkan bahwa:

- (i) Sebenarnya tidak/belum ada indikasi untuk merujuk pasien ke fasyankes rujukan, akan tetapi: Pasien tetap dilayani, untuk selanjutnya pasien akan dirujuk balik ke fasyankes perujuk disertai

penjelasan dan saran-saran. Apabila pasien adalah peserta Asuransi Sosial, pasien akan tetap dilayani dan prosedur administrative dan pembiayaan yang dijalankan sesuai pedoman dalam Asuransi Sosial.

- (ii) Sudah ada indikasi untuk merujuk pasien, sehingga: Fasyankes menindak-lanjuti dengan penjelasan tentang kondisi pasien, penyakitnya, pemeriksaan yang akan dilakukan, kemungkinan pelayanan atau tindakan yang diperlukan berdasarkan hasil pemeriksaan. Keputusan akhir tentang akan dilaksanakannya pelayanan dan atau tindakan, ada di tangan pasien/keluarganya, yang baru dianggap syah setelah ditanda-tanganinya format Informed consent oleh pasien/ keluarga dan provider kesehatan berwenang.
- (b) Setelah ada persetujuan dari pasien/keluarga dan telah ditanda-tanganinya format informed consent oleh dua belah pihak berkepentingan, maka pelayanan dilakukan sesuai SPO di fasyankes rujukan, mulai dari kelengkapan pemeriksaan dan pelayanan/tindakan yang diperlukan.
- (c) Atas dasar semua hasil pemeriksaan yang diperoleh, dan pelayanan atau tindakan yang diberikan serta follow-up atas hasilnya, spesialis yang melayani di fasyankes tingkat dua akan memutuskan:
 - (i) Pasien dapat segera dirujuk balik langsung ke fasyankes perujuk, disertai penjelasan kepada pasien dan surat jawaban rujukan untuk fasyankes perujuk. Penjelasan kepada pasien/keluarga, tentang, berbagai saran kepada pasien/keluarga yang harus dipatuhi pasien dan keluarga sehubungan dengan penyakitnya, tanggung-jawab

pasien dan keluarga dalam menindak-lanjuti penanganan penyakitnya dan menyerahkan surat rujukan balik ke fasyankes perujuk (tingkat pertama). Informasi melalui surat jawaban rujukan balik kepada fasyankes tingkat pertama berisi tentang resume semua hasil pemeriksaan dan diagnosis penyakitnya, pelayanan/tindakan yang sudah diberikan, obat-obatan yang diberikan, serta saran-saran tindak-lanjut.

- (ii) Semua dokumen pelayanan pasien disimpan dalam file rekam medis di fasyankes rujukan, sebagai arsip.
- (iii) Pada pasien yang menjalani pelayanan rawat jalan, dalam follow-up selanjutnya diputuskan untuk mendapatkan layanan rawat inap sebagai kelengkapan pelayanannya karena hasil-hasil pemeriksaan, pelayanan dan atau tindakan selama rawat jalan dan observasinya mengindikasikan untuk ditindak-lanjuti dengan pelayanan yang lebih intensif di rawat inap.
- (iv) Pasien akan mendapatkan pelayanan dan atautindakan yang dilakukan untuk mengatasi penyakit/masalah kesehatannya, sampai akhirnya pasien dikeluarkan dari rumah sakit (fasyankes tingkat dua), dengan berbagai alasan, pertama penyakitnya sudah berhasil diatasi secara tuntas, pasien sudah diperbolehkan meninggalkan rumah sakit dalam keadaan sembuh, dan akan dirujuk balik ke fasyankes yang semula merujuk, melalui prosedur mengembalikan pasien rujukan. Kedua, penyakitnya secara umum sudah berhasil diatasi dan tidak perlu lagi harus dirawat inap namun

masih harus ditindak-lanjuti melalui pelayanan rawat jalan di rumah sakit ini untuk menyelesaikan pengobatannya. Ketiga, sebagian penyakitnya sudah dapat diatasi akan tetapi untuk masalah lainnya belum dapat diatasi karena adanya keterbatasan kemampuan fasyankes rujukan, sehingga pasien perlu dirujuk ke fasyankes tingkat dua (rumah sakit) rujukan horisontal yang lebih mampu mengatasi sebagian masalah yang belum terselesaikan.

- (v) Setelah dilayani dan atau dilakukan tindakan sebagaimana tertuang dalam kesepakatan kedua belah pihak pada format informed consent, fasyankes rujukan masih menghadapi masalah dan hambatan dalam menangani kasusnya, dan dipandang perlu untuk menindak-lanjuti penanganan pasien dengan merujuk ke fasyankes tingkat tiga yang lebih kompeten.

(2) Pasien Emergensi

Pasien emergensi datang ke fasyankes tingkat dua, kemungkinan datang atas rujukan dari fasyankes tingkat pertama ataupun langsung tanpa surat rujukan sebagaimana lazimnya, dan pasien datang ke IGD:

- (a) Akan diterima di IGD, yang siap melayani pasien 24 jam/7 hari, dengan SPO yang telah ditetapkan untuk memastikan pasien emergensi dilayani cepat.
- (b) Fasyankes rujukan segera melakukan stabilisasi pasien rujukan emergensi sesuai SPO, sejak kedatangan pasien di IGD sampai dengan tempat pelayanan yang tepat sesuai kondisi dan masalah kesehatan pasien.
- (c) Provider berwenang memberi layanan akan menuliskan diagnosis kerja (*working diagnosis*) pada status pasien

bersangkutan beserta code diagnosis yang diberlakukan di fasyankes bersangkutan.

- (d) Selanjutnya, memberikan penjelasan, sesuai prosedur Informed Consent, diakhiri dengan penanda-tanganan oleh pasien/keluarga serta provider yang berwenang memberi layanan, tentang: kondisi penyakitnya saat ini, tindakan dan atau pelayanan medis dan penunjang medis selanjutnya yang akan dilaksanakan, risiko bila tidak dilakukan sekaligus keuntungannya bila dilakukan pada waktu yang tepat, dan penjelasan-penjelasan lain sehubungan dengan penyakit dan kondisi pasien saat ini, serta penjelasan atas pertanyaan pasien/keluarga.
- (e) Atas penjelasan yang diberikan, pasien/keluarga akan memutuskan, menyetujui untuk menindaklanjuti proses pelayanan sesuai rencana pelayanan/tindakan yang akan dilakukan, dengan pembubuhan tanda tangan bersama pada format informed consent, ataupun menolak mendapatkan layanan berikutnya, dan pasien pulang paksa atau pindah layanan sehingga kesinambungan proses rujukan di fasyankes tujuan rujukan terhenti. Atas keputusan akhir dari pasien/keluarga, menolak pelayanan lanjutan di fasyankes rujukan, dan keputusan tersebut wajib segera diberitahukan ke fasyankes perujuk.
- (f) Apabila pasien/keluarga menyetujui rancangan pelayanan selanjutnya, yang dinyatakan dalam format informed consent, maka pasien akan dikirim ke ruang tindakan khusus sesuai dengan kasusnya, atau ruang perawatan elektif untuk perawatan dan pengobatan selanjutnya, atau meneruskan pasien ke sarana

kesehatan yang lebih mampu untuk dirujuk lanjut, sesuai dengan kebutuhan dan kondisinya.

- (g) Selanjutnya provider yang bertanggung-jawab melayani akan melengkapi pemeriksaan lanjutan yang masih diperlukan dan menyimpulkan hasilnya untuk menetapkan diagnosis medis pasien, yang kemudian dituliskan sesuai code diagnosis, melakukan tindakan/pelayanan medis dan penunjang medis serta keperawatan, berdasarkan rencana masing-masing yang disusun atas diagnosis medis dan keperawatan, sekaligus memberikan obat sesuai standard dan seterusnya sesuai kebutuhan pasien. Masing-masing pemberi layanan (dokter, perawat, penunjang medis) akan mencatat semua pelayanan, tindakan dan hasil-hasilnya. Melakukan monitoring dan evaluasi kemajuan klinis pasien, sepanjang pasien berada dalam tanggung-jawab fasyankes rujukan.
 - (h) Setelah pasien dimungkinkan untuk dikeluarkan dari RS karena memenuhi indikasi, maka pasien harus dikembalikan ke fasyankes yang semula merujuk, dan bila pasien datang tanpa rujukan karena kondisi awalnya datang sebagai pasien emergensi, maka surat rujukan balik dialamatkan ke fasyankes tingkat pertama di lokasi terdekat tempat tinggal pasien.
- d) Merujuk pasien ke fasyankes tingkat ketiga yang lebih mampu
- (1) Sejak kedatangan pasien (non emergensi atau emergensi) baik yang diperiksa di Klinik/di IGD ataupun pasien rujukan rawat jalan dan rawat inap, setelah dilakukan pengamatan (observasi) dan pemantauan serta pertimbangan secara cermat, pasien perlu dirujuk ke fasyankes tingkat ketiga yang lebih mampu, dengan kriteria: Kondisi penyakit pasien menyebabkan pasien harus memperoleh pelayanan

sub-spesialistik di fasyankes tingkat tiga. Pasien memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, tetapi pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan.

- (2) Adapun tujuan merujuk ke fasyankes tingkat tiga adalah mengalihkan pelayanan pasien ke fasyankes tingkat tiga, dan proses rujukan akan mengikuti SPO yang berlaku disertai penjelasan tentang kondisi penyakitnya saat ini dan diagnosis yang ditegakkan, pemeriksaan yang sudah dan sedang dilakukan serta hasilnya, obat yang sudah diberikan dan tindakan yang sudah dilakukan.
- (3) Kepada pasien/keluarga perlu dijelaskan tentang penyakit pasien dan kondisinya, perlunya pasien dirujuk ke fasyankes yang lebih mampu sesuai kebutuhannya, antara lain perlu pemeriksaan penunjang medis sehingga pasien, rancangan dan prosedur pengiriman pasien/rujukan, persiapan keluarga untuk memenuhi persyaratan rujukan, dan lainnya sebagaimana prosedur informed consent, keputusan akhir akan ditentukan oleh pasien/keluarga.

2) Prosedur Administratif

a) Proses penerimaan pasien rujukan:

- (i) Apabila pasien tersebut dapat memenuhi syarat untuk diterima di fasyankes rujukan dan format informed consent telah ditandatangani, selanjutnya staf administrasi yang bertugas harus melengkapi prosedur administrasi pasien, baik sebagai pasien rawat jalan ataupun rawat inap, dan membuat tanda terima pasien sesuai aturan masing-masing sarana.
- (ii) Petugas melengkapi data pribadi pasien sesuai ketentuan setelah dilakukan pelayanan pasien rujukan nonemergensi sedangkan pasien emergensi dilakukan setelah proses stabilisasi kondisi pasien selesai dilaksanakan.

- (iii) Menerima, meneliti dan menandatangani persetujuan penerimaan pasien di fasyankes rujukan, atas surat rujukan pasien dari fasyankes perujuk untuk ditempelkan di kartu status pasien, yang selanjutnya akan dilayani di fasyankes rujukan bersangkutan.
 - (iv) Bagi pasien peserta Asuransi Sosial, ASKES, Jamkesmas, atau Jamsostek, petugas administrasi harus memberi penjelasan tentang hak-hak sekaligus kewajiban peserta asuransi, dalam memanfaatkan pelayanan di fasyankes, berdasarkan status/kondisi penyakitnya, pemenuhan persyaratan untuk mendapatkan layanan asuransi bila kondisi pasien memang tepat untuk dilayani di fasyankes rujukan, atau bila kondisinya yang tidak tepat untuk dirujuk, sehingga pelayanan di fasyankes rujukan tidak ditanggung asuransi.
- b) Untuk pasien yang akan dirujuk-balik ke fasyankes perujuk atau pasien yang akan dirujuk ke fasyankes rujukan yang lebih mampu, petugas administrasi :
- (i) Akan mempersiapkan dan melengkapi semua surat-surat yang telah dibuat provider pemberi layanan, surat rujukan pasien dibuat rangkap 2 (dua), satu untuk dikirim dan satu untuk arsip.
 - (ii) Prosedur untuk pasien yang akan dirujuk, dan surat rujukan balik untuk pasien yang akan dikembalikan ke fasyankes perujuk, disertai alamat yang jelas, serta penjelasan kepada pasien/keluarga tentang segala sesuatu berhubungan dengan kebutuhan pelayanannya.
 - (iii) Menyimpan pada tempatnya, rekam medis pasien dengan semua kelengkapan yang perlu diarsipkan di fasyankes rujukan bersangkutan
 - (iv) Mengisi laporan bulanan, triwulan pada form

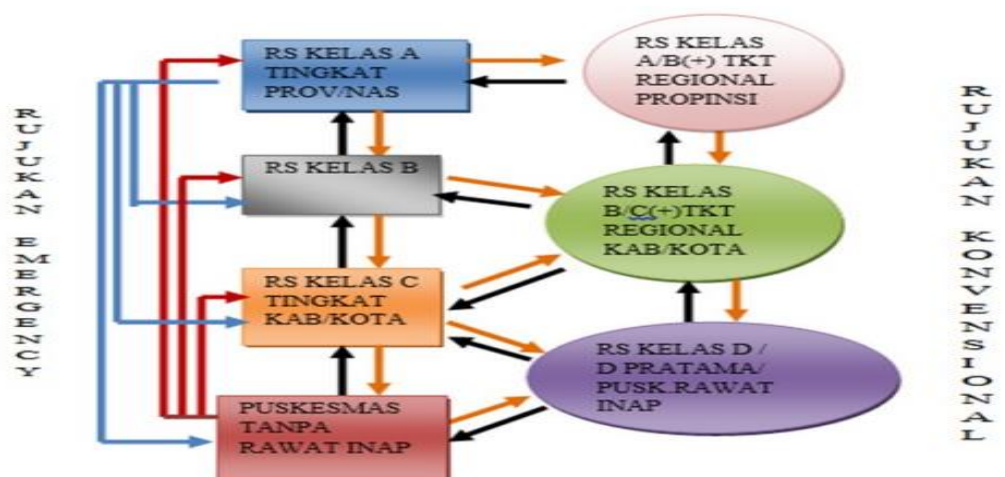
c. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan sub spesialisik yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik. Rumah Sakit Kelas A (fasyankes tingkat tiga), RS Swasta setingkat dan fasilitas pelayanan kesehatan perseorangan lainnya setingkat, yang menerima rujukan pasien harus memberikan laporan informasi medis atau balasan rujukan, ketika pasien keluar dari fasilitas pelayanan Kesehatan yang menerima rujukan antara lain:

- 1) Secara umum proses penerimaan pasien maupun pengiriman rujukan balik pasien dilaksanakan sama dengan di fasyankestingkat dua. Yang berbeda adalah tingkat kemampuan/kompetensi fasyankes dalam memberikan pelayanan medik subspecialistik, termasuk kemampuan fasilitas penunjang medik dan keperawatannya.
- 2) Selain sebagai tempat rujukan kasus yang memerlukan layanan sub-spesialistik, fasyankes tingkat tiga juga menjadi tempat pendidikan tenaga-tenaga Kesehatan, khususnya calon spesialis dan sub-spesialis.

6. Alur Sistem Rujukan

Alur sistem rujukan pada banyak Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai berikut :



Gambar 2.1. Alur Sistem Rujukan (Kemenkes RI, 2012b)

Gambar di atas menunjukkan alur untuk rujukan emergency tidak dilaksanakan berjenjang, namun berjalan sesuai kebutuhan layanan kegawatdaruratan saat itu, sedangkan rujukan konvensional akan berlangsung secara berjenjang, diikuti rujukan baliknya. Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat rujukan dapat menentukan apakah pasien dapat dirawat oleh fasyankes tersebut, dirujuk ke fasyankes yang lebih mampu, atau dirujuk balik ke fasyankes yang merujuk disertai dengan saran-saran dan ataupun obat yang diperlukan untuk kasus kasus tertentu. Alur rujukan balik dapat langsung ke fasyankes yang pertama kali menerima pasien (*gate keeper*) apabila fasyankes pada strata yang lebih tinggi menilai dan menyatakan pasien layak untuk dilayani ataupun dirawat disana (Kemenkes RI, 2012b).

B. Tinjauan Literatur Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

1. Definisi

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya di bayar oleh pemerintah (BPJS, 2014). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Kesehatan Nasional, ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. JKN diluncurkan Pemerintah Republik Indonesia sejak 1 Januari 2014, Kementerian Kesehatan melakukan berbagai upaya untuk memperkuat pelayanan kesehatan. Berbagai peraturan dan panduan tentang pelayanan kesehatan dan standar tarif dasar bagi pemberi dan

pengelola pelayanan kesehatan telah dikeluarkan (Republik Indonesia, 2004).

2. Manfaat JKN

Manfaat JKN dapat dilihat secara medis maupun non medis. Manfaat medis berupa pelayanan kesehatan yang komprehensif, yakni pelayanan yang diberikan bersifat paripurna mulai dari preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Seluruh pelayanan tersebut tidak dipengaruhi oleh besarnya biaya iuran bagi peserta. Manfaat non-medis meliputi akomodasi dan ambulan. Manfaat akomodasi untuk layanan rawat inap sesuai hak kelas perawatan peserta. Manfaat ambulan hanya diberikan untuk pasien rujukan antar fasilitas kesehatan, dengan kondisi tertentu sesuai rekomendasi dokter. Promotif dan preventif yang diberikan bagi upaya kesehatan perorangan (personal care). JKN menjangkau semua penduduk, artinya seluruh penduduk, termasuk warga asing harus membayar iuran dengan prosentase atau nominal tertentu, kecuali bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, iurannya dibayar oleh pemerintah. Peserta yang terakhir ini disebut sebagai penerima bantuan iuran. Harapannya semua penduduk Indonesia sudah menjadi peserta JKN pada tahun 2019 (Republik Indonesia, 2004).

3. Kepesertaan

Kepesertaan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dijelaskan dalam Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yang kemudian dilakukan perbaikan penjelasan dalam Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013. Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan mencakup seluruh penduduk Indonesia. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap, yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014 hingga mencakup seluruh penduduk Indonesia paling lambat 1 Januari 2019 (Republik Indonesia, 2013).

4. Prinsip JKN

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) seperti yang

dijelaskan dalam Undang-undang nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN yaitu (Republik Indonesia, 2004):

a. Prinsip kegotongroyongan

Prinsip kegotongroyongan adalah prinsip kebersamaan yang berarti peserta yang mampu dapat membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau beresiko tinggi. Hal ini dapat terwujud karena kepesertaan SJSN yang bersifat wajib dan pembayaran iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah dan penghasilan sehingga dapat terwujud keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

b. Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh BPJS adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (for profit oriented). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan seluruh peserta.

c. Prinsip keterbukaan

Prinsip keterbukaan yang dimaksud adalah prinsip untuk mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

d. Prinsip kehati-hatian

Prinsip kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta secara cermat, teliti, aman dan tertib.

e. Prinsip akuntabilitas

Prinsip akuntabilitas maksudnya adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggung jawabkan.

f. Prinsip portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

g. Prinsip kepersertaan wajib

Kepersertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepersertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program yang semuanya dilakukan secara bertahap. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

h. Prinsip dana amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan dan kesejahteraan peserta.

i. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial

Prinsip yang dimaksud adalah prinsip pengelolaan hasil berupa keuntungan dari pemegang saham yang dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta jaminan sosial.

5. Pelayanan Kesehatan dan Fasilitas kesehatan Peserta JKN

Pelayanan kesehatan (*health care service*) merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang Undang Dasar 1945 untuk melakukan upaya peningkatan derajat kesehatan baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan. Definisi Pelayanan kesehatan yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat (Idris, 2016).

Pelayanan kesehatan yang didapatkan peserta JKN meliputi (Republik Indonesia, 2013):

- a. Pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
- b. Pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)
- c. Pelayanan gawat darurat
- d. Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri.

Pelayanan kesehatan dalam program JKN diberikan secara berjenjang, efektif dan efisien dengan menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya. 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 (BPJS, 2014).

Fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk peserta JKN terdiri atas fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL). FKTP dimaksud adalah (Kemenkes RI, 2013b):

- a. Puskesmas atau yang setara,
- b. Praktik Dokter,
- c. Praktik dokter gigi
- d. Klinik Pratama atau yang setara,
- e. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

Dalam hal di suatu kecamatan tidak terdapat dokter berdasarkan penetapan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat, BPJS Kesehatan dapat bekerja sama dengan praktik bidan dan/atau praktik perawat untuk memberikan Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sesuai

dengan kewenangan yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan (Republik Indonesia, 2013).

Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) berupa (Kemenkes RI, 2013b):

- a. Klinik utama atau yang setara,
- b. Rumah Sakit Umum,
- c. Rumah Sakit Khusus.

Bagi peserta yang sakit wajib terlebih dahulu memeriksakan diri ke Faskes tingkat pertama, kecuali dalam keadaan darurat dapat langsung ke RS. Di Faskes tingkat pertama. Peserta JKN dapat memperoleh pelayanan yang menyeluruh, termasuk konsultasi, pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis, transfusi darah, rawat inap tingkat pertama dan diagnostik laboratorium. Seluruh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bergabung dalam program JKN harus mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif, yang belum memiliki sarana itu wajib membangun jejaring atau merujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (Idris, 2016).

C. Scoping Review

1. Definisi Scoping Review

Praktik berbasis bukti diperkenalkan mulai tahun 1990 dan menjadi kajian yang berkembang (Grant & Booth, 2009). Pendekatan berbasis bukti ini dikembangkan untuk menjawab tujuan dan pertanyaan penelitian.(M. D. J. Peters et al., 2020). Perbedaan Scoping Review dengan Systematic Review adalah dalam penyusunan peta konsep dengan mengkaji topik dan tujuan topic tersebut diteliti (M. D. J. Peters et al., 2020). Munculnya praktik berbasis bukti dimulai pada tahun 1990an yang merupakan bidang penelitian yang saat ini sudah berkembang pesat (Grant & Booth, 2009). Untuk mensintesis suatu bukti secara akurat dengan berbagai pendekatan yang dikembangkan sesuai tujuan dan pertanyaan penelitian (M. D. J. Peters et al., 2020).

Menurut Peters et.al 2020 yang membedakan *Scoping Review* dan systematic review adalah systematic review diarahkan untuk menjawab pertanyaan spesifik berdasarkan PICO (*population, intervention, comparison, outcome*) dengan kajian studi ekperimental, sedangkan scoping review mempunyai cakupan yang lebih luas dengan kriteria inklusi yang kurang ketat. Dengan menggunakan PCC (*population/participant, concept, context*). Kajian yang dipakai banyak jenis sumber dan metodologi penelitian sesuai kebutuhan (M. Peters et al., 2017). Disamping itu untuk mendapatkan bukti terbaik terbaik pada *systematic review* studi yang dipakai harus melewati pengkajian kualitas sedangkan pada *scoping review* pengkajian kualitas tidak disyaratkan.

2. Kerangka Kerja *Scoping Review*

Pada tahun 2005 Arsky & O'Maley menyusun enam tahapan kerja *Scoping Review*. Kemudian dikembangkan oleh Levac & Colleagues (2012) mengembangkan detail disetiap tinjauan dan akhirnya menjadi sebuah panduan tahapan penyusunan scopying review oleh The Joanna Briggs Institutes

The Joanna Briggs Institute (2020) dengan lebih detail yang terdiri dari sembilan tahapan dan dijadikan sebagai panduan dalam penyusunan *Scoping Review*, tahapan yang dimaksud sebagai berikut:

a) Menentukan judul

Dalam penyusunan *Scoping Review*, judul harus bersifat informatif dan menggambarkan dengan jelas topik yang ditinjau. Judul harus selalu menyertakan kalimat “*a Scoping Review*”.

b) Mengembangkan pertanyaan dan tujuan penelitian

Judul dalam tinjauan harus mengandung elemen inti yaitu PCC, singkatan dari *Population, Consept* dan *Context*. Dengan menggunakan elemen PCC ini, judul yang disusun memberikan informasi penting kepada pembaca dan membantu pembaca dengan mudah mengenali artikel yang sesuai dengan yang dibutuhkan.

Pertanyaan dalam *Scoping Review* sama dengan judul yaitu memasukkan elemen PCC. Dalam scoping umumnya akan memiliki

satu pertanyaan utama. Kejelasan pertanyaan dalam *Scoping Review* bertujuan membantu dalam mengembangkan protocol, memfasilitasi efektivitas dalam mencari literature dan memberikan struktur yang jelas dalam melakukan *Scoping Review*.

Jika pertanyaan utama sudah menjawab PCC dan cukup sesuai dengan tujuan, maka sub-pertanyaan tidak diperlukan namun, ada beberapa *Scoping Review* yang memerlukan lebih dari satu sub pertanyaan yang mengidentifikasi poin tertentu dari konteks, populasi maupun konsepnya. Sub-pertanyaan bermanfaat dalam menguraikan bukti-bukti yang akan dipetakan. Manfaat lain dari sub-pertanyaan yaitu dapat membantu dalam membenarkan pemetaan berdasarkan konteks.

c) Pengantar

Untuk menyusun pendahuluan, perlu mencakup semua elemen utama dari topik yang akan ditinjau. Karena *Scoping Review* pada dasarnya bersifat eksplorasi. Alasan melakukan *Scoping Review* harus dinyatakan dengan jelas sebelum menyatakan tujuannya. Bagian ini harus merinci setiap definisi yang penting terkait topik. Informasi dalam latar belakang harus cukup menjelaskan dan harus diakhiri dengan pernyataan bahwa pencarian awal untuk *Scoping Review* telah dilakukan. Tanggal pencarian dan jurnal serta database yang dicari dan pencarian yang digunakan harus disebutkan. Pendahuluan diakhiri dengan tujuan tinjauan menyeluruh yang sejalan dengan elemen inti.

d) Menyusun kriteria inklusi

Kriteria inklusi merinci dasar sumber yang akan dipertimbangkan untuk dimasukkan kedalam *Scoping Review* serta harus diartikan dengan rinci dan jelas. Kriteria ini dapat dijadikan panduan bagi pembaca untuk memahami terkait apa yang diusulkan oleh reviewer.

1) Jenis peserta

Karakteristik peserta harus jelas baik terkait usia maupun kriteria kualifikasi lainnya yang disesuaikan dengan tujuan dari *Scoping Review*.

2) Konsep

Konsep dalam *Scoping Review* harus dijelaskan dengan rinci naik dari elemen dalam tinjauan sistematis standar, seperti intervensi atau fenomena menarik. Hasil juga dapat menjadi komponen dari konsep, jika hasil yang diharapkan ingin dijelaskan maka hasil tersebut harus terkait dengan tujuan.

3) Konteks

Konteks dari *Scoping Review* akan bervariasi tergantung pada tujuan dan pertanyaan dari tinjauan ini. Konteks juga harus didefinisikan dengan jelas dan dapat mencakup namun tidak terbatas contoh, lokasi, budaya atau berbasis gender. Dari beberapa judul, konteks bisa mencakup tentang pengaturan tertentu seperti perawatan akut, perawatan kesehatan primer atau komunitas, reviewer juga bisa membatasi konteksnya.

e) Menyusun strategi pencarian

Strategi pencarian dalam *Scoping Review* bertujuan untuk membuat tinjauan sekomprensif mungkin dalam batasan waktu dan sumber daya untuk mengidentifikasi sumber utama bukti yang diterbitkan dan tidak diterbitkan. Batasan apapun dalam hal keluasan dan kelengkapan strategi pencarian harus jelas terinci. Dalam semua jenis ulasan JBI, strategi pencarian menggunakan tiga langkah. Setiap langkah harus dijelaskan dalam penyusunan ini.

1. Langkah pertama yaitu pencarian setidaknya dua database yang relevan dengan topik. Pencarian awal ini kemudian diikuti dengan menganalisis kata yang terdapat dalam judul dan abstrak dalam sebuah penelitian

2. Langkah kedua dilakukan dengan menggunakan semua kata kunci yang diidentifikasi pada semua database yang disertakan.
3. Langkah ketiga dilakukan dengan mencari sumber tambahan yang diidentifikasi melalui daftar referensi sebuah artikel. Tahap ini dapat dilakukan dengan memeriksa daftar referensi dari semua sumber yang diidentifikasi atau hanya sekedar memeriksa daftar referensi dari sumber yang telah dipilih dari teks lengkap atau disertakan dalam tinjauan.

Reviewers harus memasukkan bahasa serta jangka waktu dengan pembenaran yang tepat dan jelas. Seluruh strategi pencarian dan hasil harus transparan dan dapat diaudit.

f) Mengidentifikasi sumber-sumber studi yang relevan

Penyusunan *Scoping Review* harus jelas dalam proses pemilihan sumber dalam hal ini semua tahapan pemilihan (berdasarkan judul dan abstrak; berdasarkan teks lengkap). Seleksi yang dilakukan harus berdasarkan kriteria inklusi yang ditentukan sebelumnya. Untuk *Scoping Review* ini, pemilihan sumber baik dari judul/abstrak maupun full teks, harusnya dilakukan oleh dua atau lebih reviewer secara independen. Jika ada ketidaksepakatan maka diselesaikan dengan consensus atau oleh reviewer ketiga.

Harus ada deskriptif naratif terkait proses pencarian yang digambarkan dengan diagram alur proses peninjauan (PRISMA_ScR). Perangkat lunak juga harus digunakan dalam proses ini misalnya Covidence, Endnote, JBI SUMARI. Rincian artikel teks lengkap yang diperoleh juga harus jelas. Lampiran terpisah yang berisi tentang studi yang dikeluarkan serta alasan mengapa studi dikeluarkan harus disertakan.

g) Melakukan ekstraksi data

Dalam *Scoping Review*, ekstraksi data berarti pembuatan bagan data. Proses ini melakukan peringkasan yang logis, hasil dan tujuan pertanyaan sejalan. Tabel harus dikembangkan dengan rincian mencatat dari sumber seperti penulis, referensi dan temuan yang

relevan dengan pertanyaan. Hal ini disempurnakan lebih lanjut pada tahap tinjauan dan tabel bagan diperbaharui. Informasi utama yang dipilih peninjau untuk dimuat dalam sebuah bagan yaitu;

- 1) Penulis
- 2) Tahun publikasi
- 3) Asal negara
- 4) Tujuan
- 5) Populasi dan ukuran sampel (jika ada)
- 6) Metodologi/metode
- 7) Jenis intervensi, pembandingan dan rinciannya (misalnya durasi intervensi jika ada)
- 8) Hasil rincian
- 9) Temuan kunci sesuai pertanyaan

Template instrumen ekstraksi data untuk detail sumber, karakteristik dan ekstraksi hasil disediakan yang dapat di adaptasi oleh peninjau dalam penyusunan *Scoping Review*, template yang dimaksud di lampirkan seperti di bawah ini;

Appendix 11.1 JBI template source of evidence details, characteristics and results extraction instrument ³

Scoping Review Details	
Scoping Review title:	
Review objective/s:	
Review question/s:	
Inclusion/Exclusion Criteria	
Population	
Concept	
Context	
Types of evidence source	
Evidence source Details and Characteristics	
Citation details (e.g. author/s, date, title, journal, volume, issue, pages)	
Country	
Context	
Participants (details e.g. age/sex and number)	
Details/Results extracted from source of evidence (in relation to the concept of the scoping review)	
E.g. Quality of Life Domains assessed	
E.g. Number of items in tool	
E.g. details of psychometric validation of tool	

h) Menganalisis studi yang dimasukkan

Menganalisis dan menyajikan data pada tinjauan terdiri dari banyak cara, namun hal penting untuk diketahui bahwa *Scoping Review* tidak mensintesis hasil dari sumber bukti karena hal ini lebih tepat dilakukan pada *systematic review*. Dalam *Scoping Review*, *reviewer* dapat mengekstrak hasil dari sumber dan memetakannya secara deskriptif tetapi tidak menilai hasil atau mensintesis seperti yang dilaksanakan dalam penyusunan *systematic review*.

Dalam *Scoping Review*, hanya diperlukan frekuensi konsep, populasi, karakteristik atau bidang data lainnya namun, *reviewer* dapat melakukan analisis yang lebih mendalam seperti analisis kualitatif. Penting untuk diketahui bahwa analisis isi kualitatif dalam *Scoping Review* bersifat deskriptif dan peninjau tidak boleh melakukan analisis / sintesis tematik.

Data dianalisis dalam *Scoping Review* sebagian besar bergantung pada tujuan tinjauan dan penilaian *reviewer* sendiri. Pertimbangan terpenting mengenai analisis adalah bahwa penulis transparan dan eksplisit dalam pendekatan yang mereka ambil, termasuk membenarkan pendekatan mereka dan secara jelas melaporkan setiap analisis, dan sebanyak mungkin direncanakan.

i) Menyajikan hasil

Penyajian hasil bisa dilaksanakan saat penyusunan *Scoping Review*, penyajian ini dilakukan dalam bentuk tabel, diagram bagan atau gambar, dan juga bisa disesuaikan dengan tujuan/pertanyaan *Scoping Review*. Pemetaan data bertujuan mengidentifikasi, mengkarakterisasi dan meringkas bukti penelitian tentang suatu topik termasuk kesenjangan dalam penelitian turut diidentifikasi. Beberapa bentuk penyajian data hasil dalam *Scoping Review* yaitu :

1. Penyajian data dalam tabel

Table 11.3: Example tabular presentation of data for a scoping review

Parameter	Results
Numbers of publications	<ol style="list-style-type: none"> 1. Total number of sources of evidence 2. Total numbers between 2000 until 2016 (5 Sept) 3. Number of publications every year
Types of studies	<ol style="list-style-type: none"> 1. Randomized controlled trials 2. Non-randomized controlled trials 3. Quasi-experimental studies 4. Before-and-after studies 5. Prospective cohort studies 6. Retrospective cohort studies 7. Case-control studies 8. Cross-sectional studies 9. Other quantitative studies
Population/s identified	<ol style="list-style-type: none"> 1. Children 0-4 2. Children 5-7 3. Children 8-10 4. Children 11-13 5. Children 14-16 6. Children 17-18 7. Parent/s and/or caregivers 8. Health Care professionals 9. Not applicable 10. Services 11. Others (not classified in any of the above)
Quality of life domains	<ol style="list-style-type: none"> 1. Physical 2. Emotional 3. Social 4. School/ learning/ education 5. Behaviour 6. Mental health 7. General health 8. Family 9. Speech 10. Other (not classified in any of the above)
Format/ number of items	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paper-based 2. Web-based 3. Mobile/tablet (e.g. App) 4. Others

2. Penyajian data dalam bagan

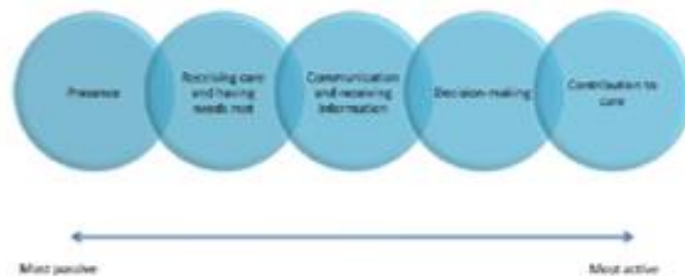


Figure 11.2: Example of data presentation (types of family involvements in intensive care units and level of involvement from passive to active). (Olding et al. 2016)



Figure 11.3: Example of data presentation (IKT approaches or strategies, enablers, barriers, and outcomes). (Gagliardi et al. 2015)

3. Penyajian data dalam bentuk gelembung

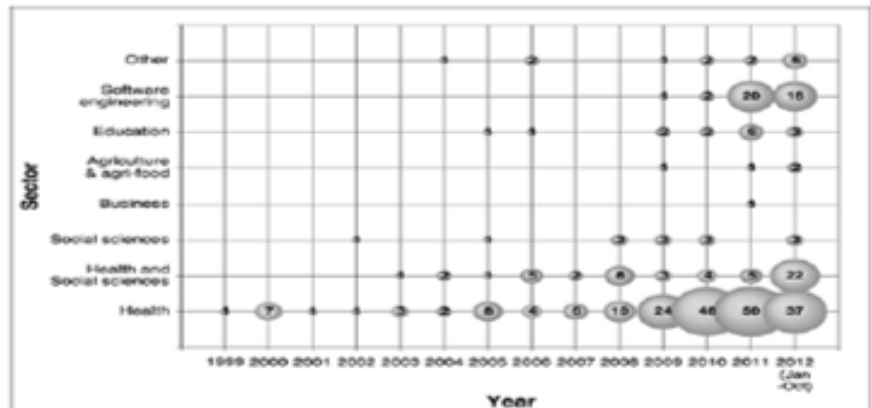


Figure 11:4: Example of data presentation (sources of evidence published by year) (Pham et al 2014)

3. Kualitas *Scoping Review*

Scoping Review adalah tinjauan yang luas dengan tidak adanya batasan sumber pencarian, olehnya itu untuk menjamin kualitas *review* pada *Scoping Review* perlunya panduan untuk mengkritisi studi ini. Adapun panduan yang dapat digunakan untuk menilai kualitas pada *Scoping Review* tersebut yaitu panduan yang disusun oleh Cooper et al., (2019) yang terdiri dari enam kriteria kunci dengan beberapa item ceklis. Kualitas tinjauan dapat ditingkatkan pada beberapa aspek yaitu jumlah reviewer, format grafik data, kualitas tulisan dan masalah terkait bias. Sehingga jika nilai 12-20 dinyatakan bahwa penyusunan *Scoping Review* sesuai panduan.

D. Kerangka Teori

