

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

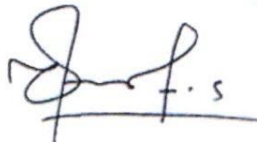
**PELAKSANAAN SISTEM RUJUKAN BERJENJANG DI FASILITAS
KESEHATAN INDONESIA : A SCOPING REVIEW**

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 literature 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, penyebarluasan 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
BABIII	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 & Nurriszka, 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 spesialis/subspesialis, 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 spesialis (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Rawat Jalan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya. Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis 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 memenuhi syarat 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 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 kesehatan nya, 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

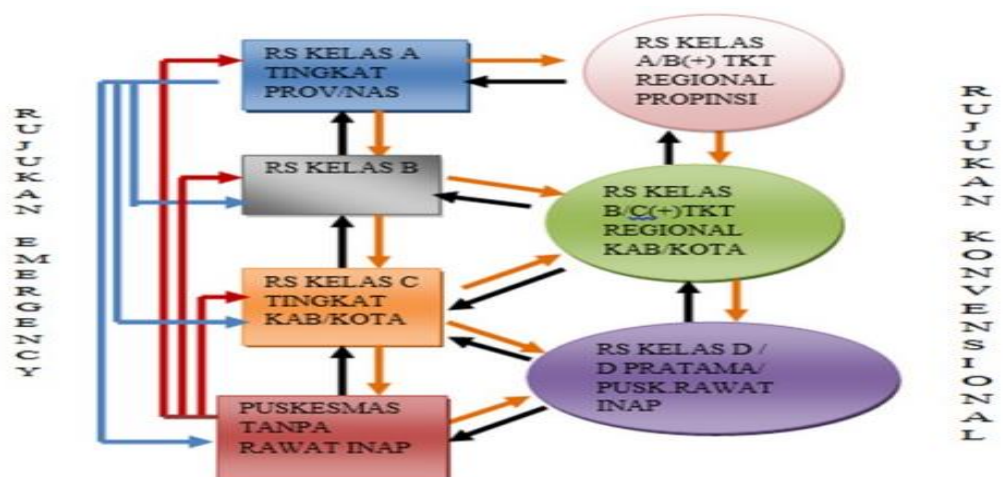
c. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga

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 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 ²³

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

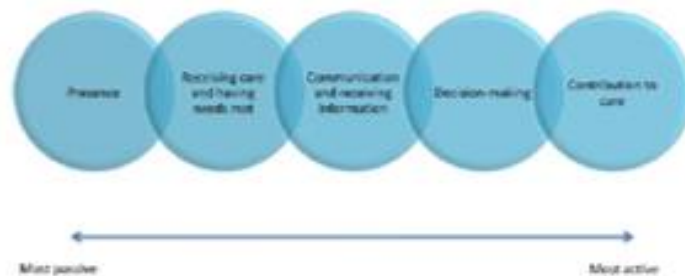


Figure 11.2: Example of data presentation (types of family involvements in intensive care units and level of involvement from passive to active). (Olding et al. 2016)



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

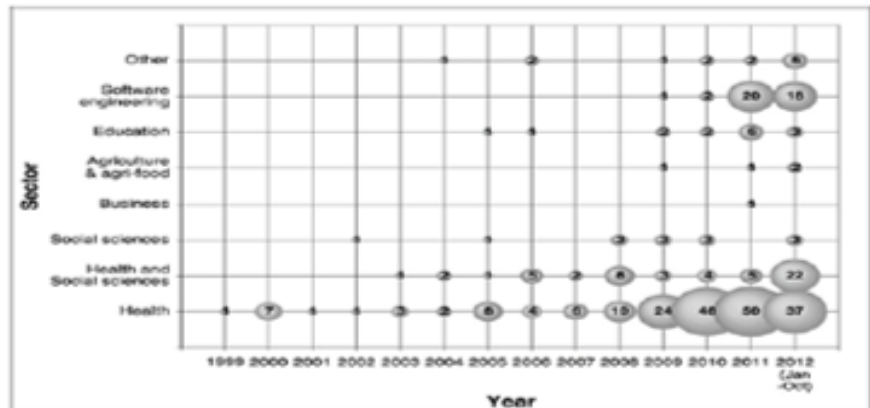
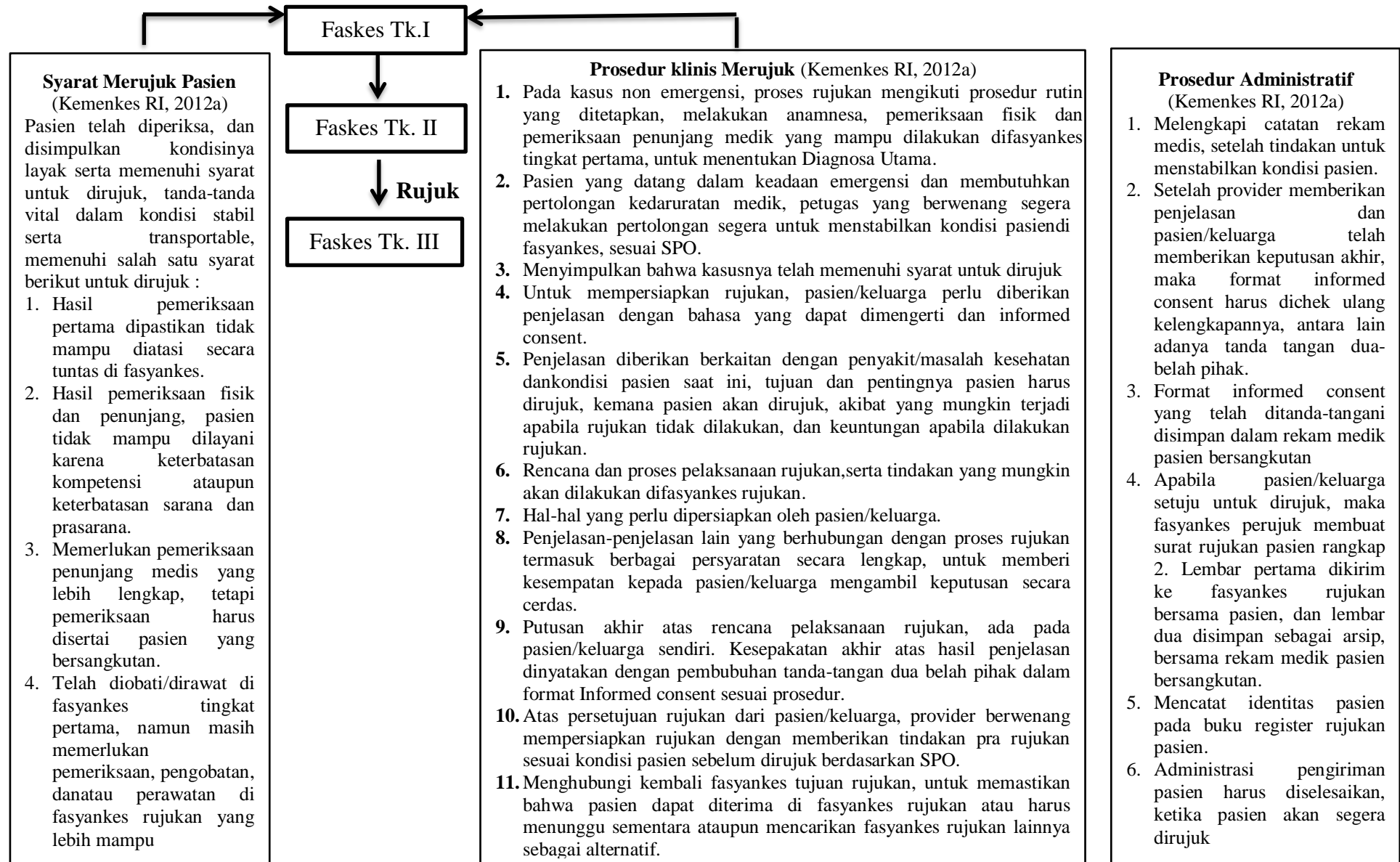


Figure 11:4: Example of data presentation (sources of evidence published by year) (Pham et al 2014)

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



BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. PENDEKATAN METODOLOGIK

Dalam penyusunan *Scoping Review* ini mengacu pada *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA ScR) untuk meningkatkan ketepatan dan kualitas penulisan (M. D. J. Peters et al., 2015). Adapun *Scoping Review* ini bertujuan untuk memetakan literatur tentang topik tertentu dan mengeksplorasi dasar-dasar area penelitian, serta mengidentifikasi dan mengklarifikasi konsep-konsep kunci, teori, sumber bukti dan kesenjangan dalam penelitian (Arksey & O'Malley, 2005; Daudt, Van Mossel, & Scott, 2013; Davis, Drey, & Gould, 2009).

Tujuan penelitian dalam studi ini yaitu untuk mengidentifikasi pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan Indonesia, yang kemudian dijabarkan menjadi beberapa tujuan khusus yaitu : a) Mengidentifikasi masalah pelaksanaan sistem rujukan berjenjang difasilitas kesehatan Indonesia; b) Mengidentifikasi hambatan pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan Indonesia; c) Mengidentifikasi solusi dalam mengatasi permasalahan pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan Indonesia. Oleh karena itu, sesuai dengan indikasi penyusunannya, pendekatan metodologik yang sesuai untuk menjawab tujuan penelitian adalah dengan *Scoping Review*. Secara umum, *Scoping Review* digunakan untuk memberikan gambaran secara luas terhadap sebuah topik dibandingkan dengan *systematic review* yang hanya berfokus pada pertanyaan penelitian tertentu. Peneliti dapat menggunakan *Scoping Review* untuk menjawab sebuah pertanyaan dengan memasukkan berbagai metode dan design penelitian. (Arksey & O'Malley, 2005). Berbeda dengan *systematic review* yang bertujuan untuk mensintesis dan merangkum hasil penelitian untuk kemudian menghasilkan bukti atau memilih instrumen dengan kualitas terbaik, sehingga dapat digunakan dalam praktik (Aromatari & Munn, 2020).

B. KERANGKA KERJA

Menyusun *Scoping Review* dapat berdasarkan berbagai kerangka kerja, Arksey & O'Malley, 2005 merupakan pelopor dalam penyusunan *Scoping Review*. Namun, perkembangan ilmu pengetahuan turut mengembangkan kerangka kerja dan penyempurnaan panduan dalam penyusunan *Scoping Review*. Peters et al. (2020) menawarkan kerangka kerja terbaru dalam penyusunan *Scoping Review*, oleh karena itu penyusunan *Scoping Review* ini berdasarkan kerangka kerja yang disusun oleh Peters et al. (2020) dalam panduan *The Joanna Briggs Institute* (2020) yang terdiri dari beberapa tahap sebagai berikut :

1. Menentukan judul
2. Mengembangkan pertanyaan dan tujuan penelitian
3. Menyusun kriteria inklusi
4. Menyusun strategi pencarian
5. Mengidentifikasi sumber-sumber studi yang relevan
6. Melakukan ekstraksi data
7. Menganalisis studi yang dimasukkan
8. Menyajikan hasil
9. Merangkum bukti

C. TAHAPAN PENELITIAN

Dalam proposal penelitian ini, tahapan studi berdasarkan panduan dalam *The Joanna Briggs Institute* (2020), yaitu sebagai berikut:

1. Menentukan Judul

Judul harus bersifat informatif dan memberikan indikasi yang jelas dari topik *Scoping Review*. Sebagai panduan, judul terdiri dari elemen PCC yaitu *population/participant, concept* dan *context*. Judul juga harus memasukkan frase "a *Scoping Review*" agar memudahkan pembaca dalam mengidentifikasi tipe studi. (M. D. J. Peters et al., 2015). Berdasarkan elemen di atas, maka Judul dari kajian ini adalah : ***“Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang di Fasilitas kesehatan Indonesia: A Scoping Review”***

2. Mengembangkan Pertanyaan dan Tujuan Riview

Jenjang pelayanan pada masa JKN dilakukan secara berjenjang mulai dari pemberian pelayanan dasar pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Dilanjutkan dengan pelayanan rujukan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat kedua. Pelayanan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat ketiga hanya melayani rujukan dari fasilitas pelayanan tingkat pertama dan kedua. Untuk keadaan gawat darurat dapat dilayani pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat ketiga. Sistem pelayanan berjenjang ini ditujukan agar adanya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta sehingga dibutuhkan evaluasi terhadap pelaksanaan sistem rujukan. Adapun pertanyaan review dalam hal ini adalah: bagaimana pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan Indonesia?

Untuk membantu peneliti dalam mencari studi-studi, maka *Scoping Review* ini juga memiliki beberapa sub-pertanyaan, yaitu sebagai berikut:

- a. Apa saja masalah utama sistem rujukan berjenjang pada fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia?
- b. Apa hambatan dalam sistem rujukan berjenjang pada fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia?
- c. Solusi apa saja yang dapat ditawarkan dalam menangani sistem rujukan berjenjang pada fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia?

3. Menyusun Kriteria Inklusi

Populasi adalah keseluruhan dari objek penelitian atau obyek yang akan diteliti (Sugiyono, 2013). Populasi dalam penelitian ini yaitu semua artikel ilmiah yang diperoleh melalui *digital library*. Sampel dipilih dengan melalui kriteria inklusi dan eksklusi. Identifikasi kriteria inklusi dan eksklusi berkembang ketika tinjauan berlangsung, tetapi beberapa telah merekomendasikan bahwa pada awal penelitian, kriteria inklusi ditetapkan untuk menghasilkan data yang relevan dan mengklarifikasi konsep penelitian (Daudt et al., 2013; Levac, Colquhoun, & O'Brien, 2010). Kriteria inklusi dan eksklusi ditetapkan sebelum dimulainya riview tetapi

disesuaikan saat review berlangsung. Artikel yang termasuk dalam pencarian harus memenuhi kriteria inklusi yang berdasarkan The Joanna Briggs Institute (2020) berikut:

- a. *Population*: Partisipan dalam studi adalah fasilitas pelayanan kesehatan
 - b. *Concept*: Topik utama dalam artikel adalah sistem rujukan berjenjang di fasilitas pelayanan kesehatan
 - c. *Context* : Penelitian yang dilakukan di Indonesia
 - d. Artikel dimasukkan adalah yang diterbitkan dalam 10 tahun terakhir yaitu tahun 2011 sampai dengan 2021 dengan justifikasi informasi yang lebih komprehensif dan terupdate tentang sistem rujukan berjenjang pada tatanan pelayanan kesehatan yang relevan dapat diperoleh pada periode ini.
 - e. Artikel berbahasa Inggris dan Indonesia, dengan pertimbangan kemudahan dan efisiensi waktu dalam menerjemahkan.
 - f. Artikel penelitian kuantitatif, kualitatif dan mix method.
- Kriteria eksklusi :
- a. Studi akan dieksklusi jika konsep yang dibahas dalam studi adalah bukan sistem rujukan berjenjang
 - b. Studi yang membahas sistem rujukan diluar Indonesia
 - c. Artikel selain bahasa Inggris dan Indonesia

4. Menyusun Strategi Pencarian

Pencarian dilakukan sesuai dengan rekomendasi oleh JBI. Pencarian dilakukan dengan tiga tahap yaitu:

- a. Tahap pertama dimulai dengan pencarian terbatas menggunakan minimal 2 *database online* yang relevan dengan topik. Database utama yang digunakan dalam studi ini adalah PubMed dan Proquest. Pencarian kemudian dilanjutkan dengan menganalisis kata kunci yang ditemukan pada judul dan abstrak.
- b. Pencarian tahap kedua dilakukan dengan menggunakan semua kata kunci dan istilah indeks pada semua *database* yang disertakan. Untuk

menambah referensi, maka database tambahan yang akan digunakan yaitu ClinicalKey, Willey, EBSCO dan *Garuda*.

- c. Pencarian tahap ketiga dilakukan dengan menelusuri daftar referensi dari artikel yang diidentifikasi. Penelusuran referensi dilakukan pada artikel lengkap yang dimasukkan dalam tinjauan.

Kata kunci yang akan digunakan dalam pencarian literatur merujuk pada *Medical Sub Headings (MeSH) keyword* pada artikel yang relevan dengan topik adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1 Kata Kunci Pencarian

<i>Population</i>	<i>Concept</i>	<i>Context</i>
Database Indonesia		
Klinik Puskesmas Rumah Sakit	Sistem rujukan Sistem Rujukan Berjenjang	Indonesia
Database Inggris		
Hospital Primary Health Care Primary Care Community HealthCenter Community Care Clinic Clinics	Referral system Refer Sistem Integrated Referral Sistem Integrated Refer Sistem	Indonesia

Adapun kombinasi penggunaan kata kunci pada setiap database dan hasil pencarian secara rinci sebagai berikut:

Database	Kata Kunci	Jumlah Artikel
PubMed	((((((((hospital[Title/Abstract]) OR (Primary health care[Title/Abstract])) OR (Primary care[Title/Abstract])) OR (community health center[Title/Abstract])) OR (community care[Title/Abstract])) OR (clinic[Title/Abstract])) OR (clinics[Title/Abstract])) AND (((referral sistem[Title/Abstract]) OR (refer sistem[Title/Abstract])) OR (integrated referral sistem[Title/Abstract])) OR (integrated refer sistem[Title/Abstract]))) AND (indonesia)	48
Proquest	(hospital) OR (Primary health care) OR (Primary care) OR (community health center) OR (community care) OR (clinic) OR (clinics) AND (referral sistem) OR (refer sistem) OR (integrated referral sistem) OR (integrated refer sistem) AND (indonesia)	8.425
Willey	(hospital) OR (Primary health care) OR (Primary care) OR (community health center) OR (community care) OR (clinic) OR (clinics) AND (referral sistem) OR (refer sistem) OR (integrated referral sistem) OR (integrated refer sistem) AND (indonesia)	7.063
EBSOHost	(hospital) OR (Primary health care) OR (Primary care) OR (community health center) OR (community care) OR (clinic) OR (clinics) AND (referral sistem) OR (refer sistem) OR (integrated referral sistem) OR (integrated refer sistem) AND (indonesia)	377
ClinicalKey for Nursing	(hospital) OR (Primary health care) OR (Primary care) OR (community health center) OR (community care) OR (clinic) OR (clinics) AND (referral sistem) OR (refer sistem) OR (integrated referral sistem) OR (integrated refer sistem) AND (indonesia)	7
Garuda	Klinik OR Puskesmas OR Rumah Sakit AND sistem rujukan OR sistem rujukan berjenjang AND Indonesia	61
Pencarian Sekunder		1

Tabel 3.2 Kombinasi Penggunaan Kata Kunci Pada Database

Untuk menstandarkan populasi, konsep dan konteks yang digunakan dalam tinjauan ini, maka disusun definisi operasional berdasarkan tinjauan teori atau standar yang disepakati yaitu sebagai berikut:

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah setiap lokasi yang menyediakan pelayanan kesehatan, mulai dari klinik kecil hingga rumah sakit yang besar dengan fasilitas yang lengkap.
- b. Sistem rujukan berjenjang adalah pelimpahan wewenang 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.
- c. Indonesia adalah negara kepulauan terbesar di dunia yang masih berkembang dalam hal pelayanan kesehatan.
- d. Masalah utama adalah pokok dari suatu masalah dari sistem rujukan berjenjang di fasilitas pelayanan kesehatan
- e. Hambatan adalah suatu hal yang bersifat melemahkan atau menghalangi secara tidak konseptual yang berasal dari sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan
- f. Solusi adalah cara atau jalan yang digunakan untuk memecahkan atau menyelesaikan masalah sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan.

D. PERTIMBANGAN ETIK PENELITIAN

Etika dalam penelitian kesehatan merupakan keharusan yang bersifat *legal* yang ditinjau oleh komite etika. Komite etik riset melakukan tinjauan dengan memperhatikan kepentingan semua pihak yang berpotensi terkena dampak, termasuk orang yang menjalani prosedur penelitian sesuai standar dan pedoman penelitian dan etika internasional.

Menerapkan etika dalam daftar tinjauan sistematis bertujuan meningkatkan kesadaran ilmiah terkait perlunya standar etika dalam penelitian terkait manusia. Hal ini juga dapat mendorong peninjau dalam mengidentifikasi studi yang tidak etis (Weingarten, Paul, & Leibovici, 2004)

Komite etika penelitian mempertimbangkan antara lain aspek-aspek berikut saat mereview proposal, yaitu sebagai berikut :

4. Relevansi ilmiah, kualitas dan integritas penelitian. WHO menganggap integritas ilmiah sebagai dasar persetujuan etik suatu penelitian
5. Ketetapan penyidik dalam studi yang diusulkan dalam hal ketersediaan, kualifikasi, pengalaman, personil pendukung dan fasilitas yang tersedia
6. Alasan studi dan ketetapan kriteria inklusi/eksklusi dalam konteks
7. Kesesuaian metodologi dengan tujuan studi, justifikasi risiko, manfaat yang diantisipasi bagi peserta dan ketetapan populasi penelitian
8. Jika peserta adalah kelompok yang rentan maka penelitian tersebut dapat dibenarkan dan langkah-langkah untuk melindungi kepentingan sudah tersedia
9. Jumlah peserta sesuai dengan pertanyaan penelitian
10. Analisis risiko membutuhkan kesadaran terkait manfaat dan bahaya
11. Jika berkaitan dengan plasebo, apakah pelaksanaan dapat dibenarkan
12. Keikutsertaan responden dalam penelitian, para peserta diakses tepat waktu ke personel medis, penyelidikan, peralatan atau prosedur
13. Prekrutan awal dilakukan
14. Pelaksanaan *informed consent*
15. Kelengkapan informasi tertulis diberikan kepada peserta, kerabat, wali dan perwakilan hukum
16. Aplikasi memungkinkan responden memiliki waktu yang cukup untuk mengetahui informasi pasien sebelum meminta persetujuan
17. Pemberitahuan public
18. Melindungi hak privasi peserta
19. Penyediaan kompensasi
20. Adanya masalah keuangan dan biaya yang berkaitan dengan penelitian, peneliti dan responden

21. Hasil studi dipublikasikan sebagaimana mestinya
22. Adanya persetujuan etika
23. Studi tersebut layak dilaksanakan dengan mempertimbangkan risiko, biaya dan manfaat.

E. TIMELINE PENELITIAN

Studi ini direncanakan akan dilaksanakan mulai bulan April- Juli 2021.

Tabel 3.3 Time Schedule Penelitian

No .	Kegiatan	Bulan			
		Mei 2021	Juni 2021	Juli 2021	Agustus 2021
1.	Penyusunan Proposal				
2.	Ujian Proposal				
3.	Penyusunan Studi				
4.	Pengolahan data				
5.	Ujian hasil				
6.	Submit jurnal				
7.	Oral presentase				
8.	Ujian tutup				

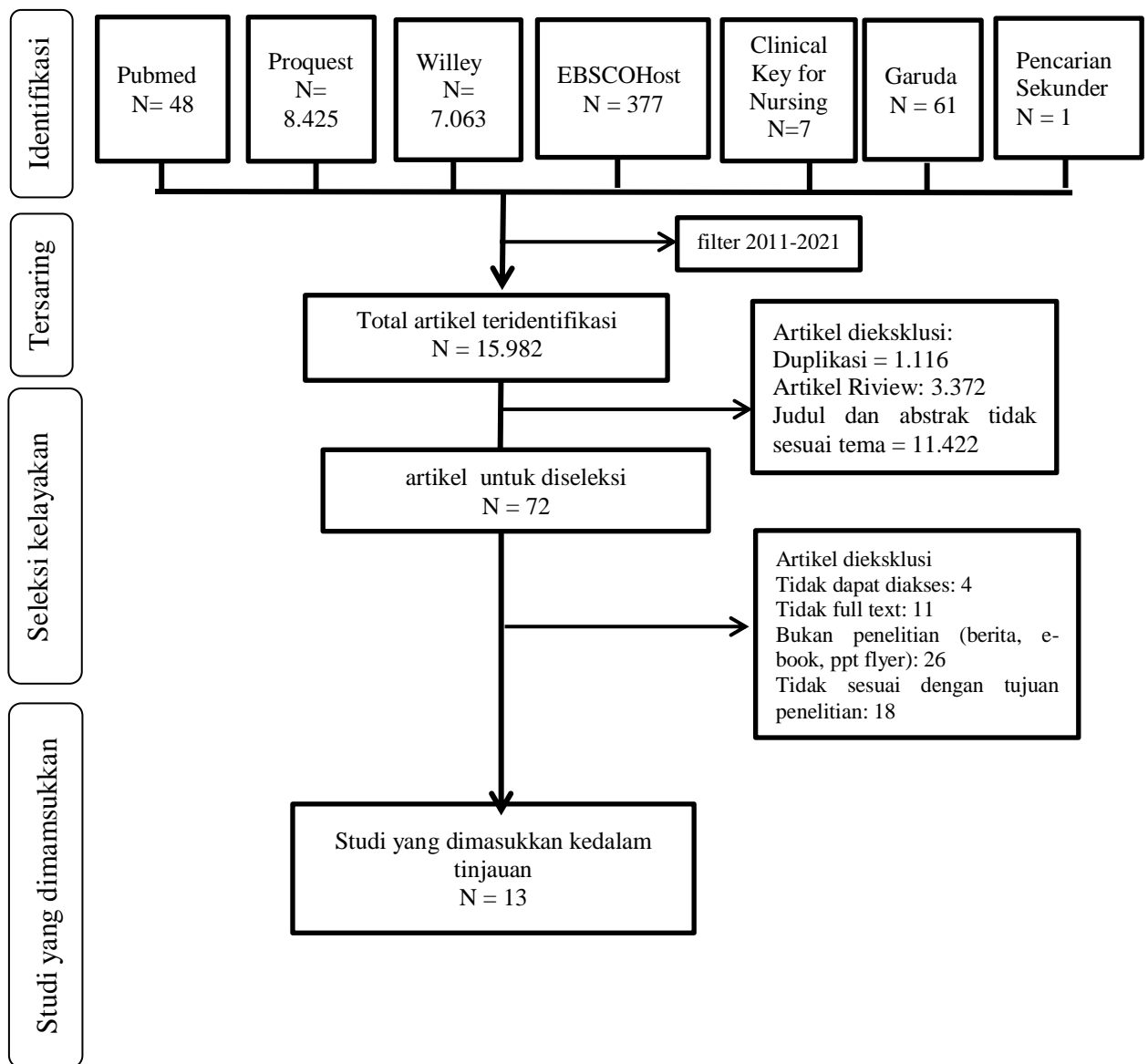
BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Mengidentifikasi Studi Yang Relevan

Artikel yang terkumpul berdasarkan elemen PCC dan kriteria inklusi yang di filter 10 tahun terakhir (2011-2021). Artikel kemudian dimasukkan kedalam aplikasi *Mendeley* untuk mengidentifikasi duplikasi artikel, artikel yang hanya berupa review dan mengidentifikasi artikel berdasarkan tema dari judul dan abstrak. Artikel yang tersisa akan diskruining berdasarkan kriteria inklusi dengan menggunakan tabel excel. Skruining dilakukan oleh autor utama didampingi oleh supervisor tesis.

Hasil pencarian awal artikel dari 6 database sebanyak 15.981 artikel, dan. Artikel dari 6 database kemudian dimasukkan aplikasi Mendeley. Setelah dicek duplikasi sebanyak 1.116 artikel, artikel review sebanyak 3.372 artikel, eksklusi karena ketidaksesuaian judul dan abstrak dengan tema sebanyak 11.422 artikel sehingga didapatkan 71 artikel. 71 artikel tersebut kemudian dibaca cepat dan dilakukan eksklusi. Hasil baca cepat kemudian dilakukan eksklusi karena artikel tidak dapat diakses sebanyak 4 artikel, artikel tidak full teks sebanyak 11 artikel, bukan laporan penelitian (berita, e-book, ppt, flyer) sebanyak 26 artikel, dan tidak sesuai dengan tujuan penelitian sebanyak 18 artikel. 1 artikel yang didapatkan dari pencarian sekunder, sehingga jumlah artikel yang inklusi sebanyak 13 artikel.

Alur pemilihan studi akan disajikan dalam bagan sesuai dengan standar PRISMA(Moher et al., 2009) yang dirincikan sebagai berikut:



Gambar 4. 1
Algoritma Pencarian

B. Melakukan Ekstraksi Data

Penyajian data dari studi yang telah masuk kedalam hasil akhir, akan diekstraksi kemudian dibuat dalam bentuk naratif dan disajikan .

Tabel 4.1 Ekstraksi Data Artikel Hasil Riview

No	Peneliti/Tahun	Judul	Kota Kab	Tujuan	Responden	Metode	Hasil
1	Ratnasari, (2018)	Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Bagi Peserta JKN di Puskesmas X Kota Surabaya	Kota Surabaya	Tujuan penelitian untuk melihat kesesuaian pelaksanaan sistem rujukan pada era JKN di puskesmas berdasarkan peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang ada	Informan dalam penelitian ini adalah Petugas Rujukan Puskesmas X Kota Surabaya yang berprofesi sebagai perawat.	Penelitian ini deskriptif observasional, dan rancang bangun cross sectional dengan metode riset implementasi. Penelitian ini melakukan triangulasi untuk mendapatkan informasi mendalam terhadap dokumen rujukan meliputi data rujukan, buku registrasi, rekam medis, dan surat rujukan, wawancara dengan petugas rujukan, serta observasi tanpa memberikan intervensi.	<p>Pelaksanaan rujukan di Puskesmas X Kota Surabaya telah memenuhi syarat merujuk pasien sesuai Pedoman Sistem Rujukan Nasional</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Prosedur Klinis Rujukan</i> Pelaksanaan sistem rujukan di Puskesmas X Kota Surabaya dalam prosedur klinis telah sesuai dengan Pedoman Sistem Rujukan Nasional, prosedur telah mengikuti prosedur rutin yang telah ditetapkan seperti SOP mengenai rujukan kasus non-emergensi <i>Prosedur Administratif</i> Rujukan Pelaksanaan prosedur administratif rujukan Puskesmas X dilakukan sejalan dengan prosedur teknis pada pasien. Berdasarkan hasil observasi secara langsung pada Puskesmas X diketahui pihak puskesmas telah melengkapi rekam medis pasien yang akan dirujuk serta tindakan stabilisasi, kelengkapan berupa diagnosis pasien, kode diagnosis, dan Poli dan Rumah Sakit yang akan dituju untuk rujukan <p>Hasil analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan yang Belum Sesuai dengan Pedoman Sistem Rujukan Nasional</p> <ol style="list-style-type: none"> Prosedur Standar Merujuk Pasien: Kenyataan dilapangan : Puskesmas telah memberikan penjelasan yang jelas kepada pasien/keluarga mengenai rujukan yang akan

							<p>diberikan kepada pasien, namun tidak memberikan lembar informed consent kepada pasien.</p> <p>Penyebab ketidaksesuaian : Pihak puskesmas memberikan informed consent kepada pasien emergensi yang dirujuk karena sudah terdapat prosedur dalam SOP rujukan emergensi dan puskesmas telah memiliki format informed consent untuk rujukan emergensi, namun pasien non-emergensi belum diberikan lembar informed consent dan puskesmas juga belum memiliki format informed consent untuk pasien nonemergensi.</p> <p>2. Puskesmas menghubungi kembali unit pelayanan di faskes rujukan rujukan,</p> <p>Kenyataan dilapangan: Pihak puskesmas tidak menghubungi kembali unit pelayanan faskes rujukan apakah pasien dapat diterima di faskes rujukan saat akan merujuk pasien.</p> <p>Penyebab ketidaksesuaian : Jumlah pasien yang berobat di puskesmas dan pasien yang dirujuk juga cukup banyak sehingga pihak puskesmas tidak sempat jika harus menghubungi faskes lanjutan untuk setiap pasien yang akan dirujuk. Namun terdapat beberapa Rumah Sakit yaitu RS.Soewandhi dan RS. BDH, pasien rujukan akan didaftarkan online dahulu oleh pihak puskesmas saat akan dirujuk karena pihak rumah sakit tidak menerima pasien jika faskes</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>3. Prosedur Administratif Rujukan:</p> <p>Kenyataan dilapangan: Belum ada lembar informed consent yang diberikan kepada pasien untuk tanda-tangan persetujuan. Puskesmas telah membuat surat rujukan untuk pasien tetapi surat rujukan yang dicetak hanya satu lembar yaitu untuk diserahkan pada pasien, tidak ada lembar rujukan kedua yang disimpan sebagai arsip pada rekam medis yang dirujuk</p> <p>Penyebab ketidaksesuaian : Puskesmas X Kota Surabaya telah memiliki format lembar informed consent untuk pasien rujukan emergensi, sedangkan untuk pasien rujukan nonemergensi belum memiliki format untuk lembar informed consent. Sehingga dalam rekam medis tidak terdapat arsip lembar informed consent. Lembar rujukan tidak dicetak rangkap 2 karena pemborosan kertas. Data pasien yang dirujuk telah dicatat/ditulis dalam rekam medis pasien meliputi Kode ICD-X, diagnosis, dan faskes tujuan serta data telah diinput dalam SIMPUS dan buku register rujukan, serta dalam PCare untuk pasien BPJS.</p>
2	Setiawati and Nurrizka, (2019)	Evaluasi Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang	Depok	Mengevaluasi kesesuaian pelaksanaan sistem	Ada dua jenis sampel dalam penelitian ini, yaitu petugas pelayanan	Penelitian ini menggunakan pendekatan survey terhadap pasien dan in-depth interview	Dari hasil survey, pasien yang menerima pelayanan rujukan berjenjang di dominasi oleh kelompok umur pra lansia dan lansia. Sebanyak 42,9% yang menerima pelayanan rujukan tersebut adalah lansia dan 28,6% adalah pra lansia. Berdasarkan jenis kelamin, terbanyak

		Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional		rujukan berjenjang dan mengukur tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan sistem rujukan berjenjang di Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).	kesehatan dan pasien yang mengajukan rujukan berjenjang..	terhadap petugas pelayanan kesehatan	<p>adalah perempuan, yakni 55,6%. Sisanya sebanyak 44,4% adalah laki-laki. Berdasarkan jenis penyakit, terbanyak adalah pasien dengan penyakit tidak menular dengan jumlah 88,7%. Sisanya penyakit menular sebanyak 11,3%. Hasil survey juga menunjukkan pasien yang menerima pelayanan rujukan berjenjang dengan alasan keperluan diagnosa lebih lanjut (non laboratorium) menempati urutan pertama dengan jumlah 34,9%. Selanjutnya, atas permintaan pasien berada di urutan kedua dengan jumlah 28,6%. Sedangkan, alasan permintaan kontrol oleh rumah sakit sebanyak 19%, pemeriksaan penunjang (laboratorium) sebanyak 6,4% dan lainnya sebanyak 11,1% Semua responden (100%) mendapatkan rujukan sesuai dengan prosedur sistem rujukan berjenjang.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Masalah</i> yang ditemukan dalam sistem rujukan berjenjang yaitu 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. Ada 34,9% responden yang memiliki tingkat kepuasan rendah. 2. <i>Hambatan</i> adalah ketidak seimbang antara jumlah pasien yang dilayani dan petugas dan infrastruktur pelayanan kesehatan. 3. <i>Solusi</i> Oleh karena itu, peningkatan mutu pelayanan di FKTP perlu segera diperbaiki. Pemerintah perlu meningkatkan jumlah dan kualitas sumber daya manusia
--	--	--	--	---	---	--------------------------------------	--

							dan infrastruktur pelayanan kesehatan di FKTP. Sosialisasi harus intensif dilakukan kepada masyarakat agar mereka memahami prosedur sistem rujukan berjenjang yang berlaku dalam JKN.
3	Nestelita, Suryoputro and Kusumastuti, (2019)	Proses Sistem Rujukan dalam Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal di Puskesmas Sayung 2 Kabupaten Demak	Demak	Menganalisis pelaksanaan sistem rujukan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal di Puskesmas Sayung 2 Kabupaten Demak	Subjek penelitian merupakan 6 orang tim PONED sebagai informan utama. Sedangkan informan triangulasi yaitu Kepala Puskesmas, 5 orang tim PONEK RS, serta 2 orang Pasien.	Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik. Pengumpulan data dilakukan dengan metode indepth interview berdasarkan teknik purposive sampling.	<p>Analisis Proses Pelaksanaan Sistem Rujukan Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal di Puskesmas Sayung 2 Kabupaten Demak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Komunikasi</i> Tenaga kesehatan di Puskesmas Sayung 2 menggunakan fasilitas telepon Puskesmas untuk berkomunikasi dalam proses rujukan. Petugas PONED di Puskesmas Sayung 2 juga melakukan komunikasi kepada pasien dan keluarga mengenai kondisi dan alasan untuk dilakukan rujukan serta penandatanganan informed consent. Komunikasi yang bersifat terintegrasi antara Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, Puskesmas Sayung 2 dan Rumah Sakit belum dibangun dalam proses rujukan kesehatan ibu hanya berupa laporan bulanan. 2. <i>Sistem Informasi Rujukan</i> Berdasarkan hasil penelitian Puskesmas Sayung 2 dalam mengumpulkan informasi sesuai dengan SOP yaitu buku KIA, surat pengantar rujukan dari dokter, data pasien yaitu KK, KTP dan BPJS bagi pasien BPJS. Puskesmas Sayung 2 Kabupaten Demak belum menerapkan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUT) berbasis online. 3. <i>Kerjasama Tim</i> Koordinasi antar petugas dilakukan sesuai jadwal

							<p>piketnya masing-masing saling membantu, tiap shift terdiri dari 1 bidan dan 1 perawat, dokter, bidan desa dan supir ambulan dengan sistem on call. Petugas yang terlatih hanya 3 orang dari jumlah tim PONED yaitu 12 orang. Pembinaan tim PONED di Puskesmas Sayung 2 hanya berupa briefing dan rapat rutin bulanan. Pembinaan oleh dokter spesialis kebidanan terkait proses rujukan belum dilakukan</p> <p>4. <i>Kepatuhan terhadap SOP</i> Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk pelayanan obstetri dan neonatal telah tersedia, namun dalam pelaksanaannya belum maksimal karena belum sepenuhnya semua petugas paham penerapannya.</p> <p>5. <i>Alur dalam Proses Rujukan</i> alur dalam proses rujukan PONED di Puskesmas Sayung 2 sudah dilakukan sesuai standar dan berdasarkan indikasi medis yang tepat namun masih terdapat kendala yaitu susah dalam mencari rumah sakit rujukan karena ruangan penuh dan pernah ditolak karena kondisi pasien. Selain itu, terkendala dalam ketersediaan supir ambulan dengan sistem on call serta pasien dan keluarga menolak untuk dirujuk.</p> <p>6. <i>Pencatatan dan Pelaporan</i> di Puskesmas Sayung 2 masih dilakukan secara manual yaitu segala aktivitas ditulis dalam buku komunikasi rujukan yang telah disediakan, lalu diinput dalam komputer untuk dibuatkan laporan. Hasil observasi ditemukan bahwa semua bidan</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							memiliki dokumen berupa informed consent, buku register ibu, rekam medis pasien, surat pengantar rujukan serta partograf. Berdasarkan studi dokumentasi juga diperoleh informasi bahwa semua dokumen tersebut telah terisi dengan baik.
4	Dahlan, Setyopranoto and Trisnantoro, (2017)	Evaluasi implementasi program jaminan kesehatan nasional terhadap pasien stroke di RSUP DR. SARDJITO	Yogyakarta	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengukur kinerja pelayanan; 2) Mengukur kinerja keuangan; 3) Mengetahui penerimaan dan ketataan pemberi pelayanan terhadap 	Interview dengan tiga dokter di Unit Stroke Rumah Sakit Umum Pusat Sardjito dilakukan untuk menggambarkan penerimaan.	<i>Mixed method</i> dengan desain <i>sekuensial ekplanasi</i> . Penelitian kualitatif merupakan <i>cross sectional</i> dimulai 15 Juni – 31 Juli.	<p>1. Data kuantitatif:</p> <p>Dari pasien peserta JKN yang dirawat dengan kondisi stroke hemorrhage 4 pasien dirawat di kelas II dan 1 pasien di kelas I. Pada pasien stroke infarct 3 pasien di kelas III, 9 pasien di kelas II dan 1 pasien di kelas I. Dua orang lagi adalah peserta JKN untuk kelas I dan menggunakan fasilitas untuk naik kelas menjadi VIP sehingga nantinya akan dikenakan tambah bayar. Pada pasien stroke hemorrhage dari lima pasien peserta JKN semua dapat pulang dan satu pasien umum yang dirawat selama dua hari meninggal. Varian lama rawat inap pada pasien stroke hemorrhage sangat bervariasi. Lama rawat inap tersingkat delapan hari dan lama rawat inap terlama 15 hari. Dari data pada pasien stroke infarct, dari 15 pasien, peserta JKN 12 pasien dipulangkan dan 3 pasien meninggal (20%). Ketiga pasien tersebut telah dirawat selama 3, 4 dan 7 hari. Pasien yang dirawat 3 hari tersebut merupakan pasien kelas III dan dua pasien lainnya merupakan pasien kelas II. Sedangkan, 2 pasien lainnya satu pasien umum dirawat selama dua hari dan meninggal.</p>

				p aturan			2. Data kualitatif : Mutu Pelayanan Pasien Stroke Sebagai peserta JKN, para pasien oleh pemberi pelayanan selainnya diberi obat yang mengikuti formularium nasional. Peneliti melakukan pengecekan apakah obat-obat yang diberikan sudah sesuai formularium nasional. Dari hasil pengamatan didapatkan bahwa mutu pelayanan di Unit Stroke berdasarkan petunjuk dari ASA dan ketaatan pada formularium nasional sudah banyak yang ditaati. Pasien yang mendapatkan obat diluar formularium nasional yaitu ceremax dan acetylcoline. Ceremax merupakan nama
5	Iqbal Nurmansyah and Kilic, (2017)	Dampak Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Implementasi Program Promosi Kesehatan pada Pusat Kesehatan Masyarakat di Indonesia	Tangerang	Mengidentifikasi dampak dari kebijakan JKN terhadap implementasi program promosi kesehatan di puskesmas di Kota Tangerang Selatan, Indonesia	6 orang pengambil kebijakan, 8 orang pemberi layanan dan 8 orang penerima layanan diambil sebagai informan dalam penelitian ini.	Penelitian menggunakan metode kualitatif. Data dikumpulkan pada Februari – Maret 2016. Dampak program dilihat dalam hal kebijakan, pendanaan, fasilitas, sumber daya manusia dan pelaksanaan program promosi kesehatan. Dengan menggunakan metode purposive sampling. Pada analisis dokumen, 17 dokumen telah	2. Data kualitatif : Pada analisis dokumen, 17 dokumen telah dianalisis. Observasi dilakukan dengan melihat kegiatan yang dilakukan di empat puskesmas. Analisis data menggunakan analisis konten tematik. Tidak terdapat perbedaan dari fungsi puskesmas sebelum dan setelah adanya JKN. 1. Dana yang digunakan untuk kegiatan promosi kesehatan telah mengalami peningkatan setelah implementasi kebijakan JKN dimana dana tersebut dapat digunakan untuk berinovasi, memberi peralatan dan melakukan promosi kesehatan dengan lebih baik. 2. Dana kapitasi yang dapat digunakan untuk melaksanakan program promosi kesehatan dan beberapa kegiatan promosi kesehatan yang baru dilaksanakan pada saat era JKN menjadi bukti bahwa kebijakan JKN memiliki dampak positif terhadap pelaksanaan program promosi kesehatan di puskesmas.

						dianalisis. Observasi dilakukan dengan melihat kegiatan yang dilakukan di empat puskesmas. Analisis data menggunakan analisis konten tematik.	
6	Ashar, Wijayane gara and Sutadipura, (2014)	Penilaian Rujukan Pasien Bersalin Peserta BPJS Kesehatan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Berdasarkan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional Periode 1 Oktober-31 Desember 2014	Bandung	Penelitian ini bertujuan untuk menilai kesesuaian rujukan pasien bersalin di RSUP Dr Hasan Sadikin sebagai PPK3	Pasien bersalin yang merupakan peserta BPJS Kesehatan yang dirujuk ke RSUP Dr Sadikin.	Penelitian deskriptif telah dilakukan di RSUP Dr Hasan Sadikin priode 1 Oktober -31 Desember 2014	Hasil pada Penelitian ini berdasarkan data rekam medis pasien bersalin yang merupakan peserta BPJS Kesehatan yang dirujuk ke RSUP Dr. Hasan Sadikin. Hasil penelitian menunjukkan terdapat 498 kasus rujukan pasien bersalin peserta BPJS Kesehatan. Rujukan pasien bersalin yang sesuai dengan sistem JKN hanya 35 kasus (7.03%), sedangkan sebanyak 320 kasus (64,26%) belum sesuai sistem JKN karena dirujuk dari PPK1 langsung ke PPK3 dan 143 kasus (28.71%) belum sesuai dengan sistem JKN karena dirujuk dari PPK2 ke PPK3 tapi tidak sesuai dengan kompetensi tingkat pelayanannya.
7	Ashar et al. (2014)	Kajian pelaksanaan	Jember	Untuk mengkaji	Informan penelitian dalam	Jenis penelitian ini adalah deskriptif	Hasil penelitian menjelaskan bahwa Ketersediaan dokter kurang mencukupi, ketersediaan obat dan alat kesehatan

		<p>sistem rujukan berjenjang dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di UPT. Pelayanan Kesehatan Universitas Jember</p>		<p>pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang dalam Program JKN di UPT. Pelayanan Kesehatan Universitas Jember</p>	<p>penelitian ini berjumlah 19 orang yang terdiri dari informan kunci yaitu Kepala UPT. Pelayanan Kesehatan Universitas Jember, informan utama yaitu pasien peserta JKN, dokter, dan petugas yang bertanggung jawab menangani rujukan di UPT. Pelayanan Kesehatan Universitas Jember serta informan tambahan yaitu Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer BPJS Kesehatan</p>	<p>dengan pendekatan kualitatif</p>	<p>juga belum mencukupi, diagnosis penyakit yang dirujuk masih banyak yang merupakan kompetensi FKTP, pasien peserta JKN yang dirujuk tidak semuanya membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik/subspesialisik serta masih banyak pasien peserta JKN yang meminta dirujuk dan dirujuk atas permintaan sendiri.</p>
--	--	--	--	---	--	-------------------------------------	---

					Cabang Jember		
8	Indrianingrum, Woro and Handayani, (2017)	Input Sistem Rujukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Kabupaten Jepara	Jepara	Mendiskripsikan Pelaksanaan Sistem Rujukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama Kabupaten Jepara. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif	Pasien di pusat pelayanan kesehatan	Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif. Sumber data dalam penelitian ini ditentukan dengan teknik purposive sampling dan dapat dikembangkan lagi dengan teknik snowball.	Pelaksanaan Sistem Rujukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dilihat dari komponen Input (Sarana Prasarana, SDM (Dokter), Pendanaan, Metode pelayanan dan obat). Input untuk <i>sarana prasarana</i> sudah sesuai dengan standar dan kriteria teknis yang dipersyaratkan pada awal seleksi dan kredensialing dari dinas kesehatan dan BPJS Kesehatan pada Fasilitas kesehatan yang bekerjasama. Untuk <i>Tenaga pelaksana</i> sudah sesuai dengan tupoksinya, sesuai standar prosedur dan kompetensi non spesialisik pada 144 penyakit. Rujukan BPJS Kesehatan tidak ada penambahan biaya, sesuai kelas, sesuai dengan kapitasi dan kepesertaan yang terdaftar sedangkan <i>Metode Pelayanan Rujukan Bpjs Kesehatan</i> sesuai alur rujukan dan berjenjang serta obat yang diberikan adalah obat generik dan diberikan sesuai indikasi medis serta dalam penyediaann obat dari kapitasi
9	Primasari, (2015)	Analisis Sistem Rujukan	Lebak	Untuk mengetahui dan	Responden penelitian ini yaitu direksi,	Penelitian dilakukan dengan menggunakan pendekatan kualitatif.	Hasil penelitian dibagi dalam 2 komponen, yaitu 1. <i>Karakteristik sistem rujukan medis</i> : implementasi JKN membawa perbaikan dalam sistem rujukan di

		Jaminan Kesehatan Nasional RSUD. Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak		menganalisis pengaruh JKN terhadap sistem rujukan medis dan juga terhadap sistem rujukan berjenjang di RSUD Dr. Adjidarmo, Kabupaten Lebak.	manajemen, pelaksana teknis, bagian administrasi di RS, dan penjamin asuransi kesehatan	Data-data primer dikumpulkan langsung oleh peneliti dengan metode wawancara mendalam terhadap direksi, manajemen, pelaksana teknis, bagian administrasi di RS, dan terhadap penjamin asuransi kesehatan. Adapun data sekunder diambil dari data rekam medis, register pasien, dan juga dokumen lain yang menunjang penelitian. Penelitian dilaksanakan di ruang kebidanan dan bersalin serta unit-unit terkait di RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak yang merupakan rumah sakit rujukan tingkat kabupaten. Validasi data dilakukan dengan metode triangulasi,	RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak, walaupun belum signifikan. 2. <i>Karakteristik sistem rujukan berjenjang:</i> perbaikan baru nampak pada aspek kebijakan dan prosedur, sehingga masih diperlukan upaya keras untuk meningkatkan aspek lainnya dalam rangka menciptakan sistem rujukan yang lebih baik."
--	--	--	--	---	---	---	--

						yang meliputi triangulasi metode, sumber, dan triangulasi teori.	
10	Ayu et al., (2020)	The impact of National Health Insurance online referral sistem on the access and quality of health services in Gianyar District, Bali, Indonesia	Gianyar, Bali, Indonesia	untuk mengetahui dampak dari penerapan sistem rujukan online JKN terhadap akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Gianyar.	26 responden yaitu pembuat kebijakan di dinas kesehatan dan BPJS, kepala puskesmas, fasilitas kesehatan swasta dan fasilitas kesehatan rujukan serta 13 peserta JKN.	Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif eksploratif. Data dikumpulkan melalui semi-wawancara mendalam terstruktur dengan total 26 responden yang direkrut secara sengaja.	Penelitian ini mengidentifikasi beberapa <i>dampak positif</i> dari online sistem rujukan, yang meliputi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Semakin dekat pasien mengakses layanan, semakin mudah memperoleh informasi layanan di fasilitas kesehatan rujukan, dan semakin mudah rumah sakit mempromosikan produk layanannya, semakin tinggi kepastian pasien diterima oleh rumah sakit rujukan , 2. pasien dengan kondisi khusus terakomodasi lebih baik, 3. prosedur administrasi lebih mudah, peningkatan waktu, 4. efisiensi biaya dan prosedur kerja, 5. peningkatan ketepatan waktu pelayanan, dan jaminan keamanan data yang mengurangi risiko kehilangan atau kerusakan dokumen rujukan. Di sisi lain, sistem rujukan online juga menimbulkan <i>dampak negatif</i> , antara lain inkonsistensi sistem, kendala teknologi informasi dan komunikasi (TIK), diskontinuitas layanan, ketidakadilan layanan dan hilangnya loyalitas pasien.
11	(Soeripto, 2019)	The Implementation Of Clinical Procedures In The Vertical Referral System In a Primary	Surabaya	Untuk melihat kesesuaian pelaksanaan prosedur klinis sistem rujukan	8 petugas rujukan di poliklinik rawat jalan sebagai dokter umum dan perawat terdaftar.	Jenis penelitian ini merupakan deskriptif observasional dan menggunakan metode riset implementasi yang dilakukan pada Agustus 2018. Penelitian ini	Berdasarkan 7 ketentuan pada prosedur klinis sistem rujukan vertikal Pedoman Sistem Rujukan Nasional, hanya 2 ketentuan yang tidak sesuai dengan pedoman tersebut di poli umum puskesmas. Misalnya pasien yang dirujuk tidak datang ke puskesmas melainkan pihak keluarga yang meminta untuk dilakukan rujukan/perpanjang rujukan. Selain itu, para dokter di puskesmas tersebut merujuk pasien dengan sendiri.

		Healthcare Center		vertikal di poli umum puskesmas tersebut berdasarkan Pedoman Sistem Rujukan Nasional.		dilakukan di salah satu puskesmas di Surabaya. Penelitian ini melakukan triangulasi data yaitu telaah dokumen rujukan, wawancara dengan petugas rujukan, dan observasi langsung.	Namun menurut pedoman, sebelum merujuk pasien, dokter harus menghubungi fasilitas kesehatan yang dirujuk.
12	Listyorini et al., (2019)	Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak Di Puskesmas Jayengan Kota Surakarta	Surakarta	Untuk mengetahui bagaimana sistem rujukan di poli Kesehatan ibu dan anak di Puskesmas Jayengan.	petugas kesehatan yang ada di poli kesehatan ibu dan anak sebanyak 4 orang.	Penelitian deskriptif dengan pendekatan coss sectional.	Hasil penelitian sistem rujukan pelayanan kesehtan ibu dan anak Puskesmas Jayengan secara garis besar mengadopsi dari standar operasional prosedur yang sudah ada pada rujukan internal dan eksternal. Khusus untuk kasus ibu hamil harus ada penilaian dengan formulir skoring "Poedji Rochjati" sebelum dilakukan perujukan. Dalam perujukan pasien terdapat masalah diantaranya pada sarana dan prasarana, jaringan internet, kekurangan jumlah petugas, dan sistem rujukannya itu sendiri. Pada umumnya dapat dikatakan pelaksanaan sistem rujukan di pelayanan kesehtan ibu dan anak Puskesmas Jayengan sudah baik

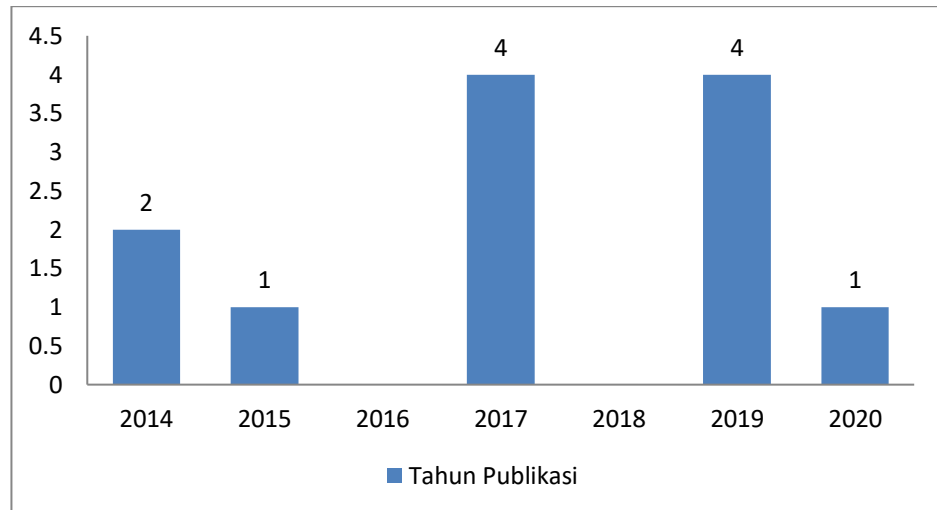
13	Eskawati et al., (2017)	Implementation of the Referral System Policy in the National Health Insurance Scheme at Community Health Centers, Ngawi District, East Java	Ngawi, Jawa Timur	Menganalisis implementasi kebijakan jaminan kesehatan nasional mengenai sistem rujukan dengan mengevaluasi konteks kebijakan dan ketersediaan sumberdaya yang ada di Puskesmas Kabupaten Ngawi, Jawa Timur.	Responden penelitian ini adalah 1 orang pihak Dinas Kesehatan, 6 orang pihak Puskesmas dan 24 orang pasien.	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif. Pasien dipilih menggunakan metode purposive sampling dengan kriteria golongan PBI, Kelas I, II, dan III mandiri.	Kebijakan sistem rujukan JKN sudah baik tetapi implementasinya buruk. Rujukan rawat jalan masih tinggi karena ketidaktahuan masyarakat mengenai sistem rujukan. Seringkali kasus rujukan didasarkan pada permintaan pasien. Masalah sistem rujukan juga berasal dari kekurangan dokter dan peralatan kesehatan di Puskesmas. Namun demikian, ketersediaan obat dan dana di funding Puskesmas sudah mencukupi. Sumber pendanaan termasuk Alokasi Umum Dana (DAU), Dana Alokasi Khusus (DAK), Dana Alokasi Khusus Untuk Operasional (BOK), dan kapitasi. Puskesmas hanya mengelola kapitasi dan BOK.
----	-------------------------	---	-------------------	---	---	---	--

C. Menganalisis Studi

1. Karakteristik Artikel

a. Karakteristik Artikel Berdasarkan Tahun Publikasi

Berikut ini dipaparkan secara rinci karakteristik artikel berdasarkan tahun publikasi artikel pada sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia:

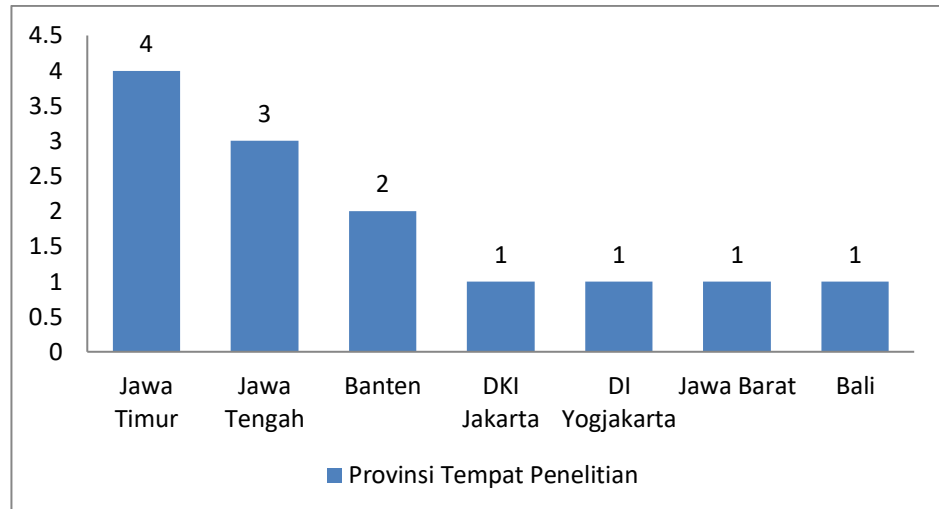


Gambar 4.2 Karakterik Artikel Berdasarkan Tahun Publikasi

Gambar 4.2 diatas diuraikan bahwa pelaksanaan sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia pada tahun 2014 didapatkan 2 artikel, tahun 2015 didapatkan 1 artikel, tahun 2017 didapatkan 4 artikel, tahun 2019 didapatkan 4 artikel dan tahun 2020 didapatkan 1 artikel.

b. Karakteristik Artikel Berdasarkan Tempat Penelitian

Berikut ini dipaparkan secara rinci karakteristik artikel berdasarkan tempat penelitian artikel pada sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia:

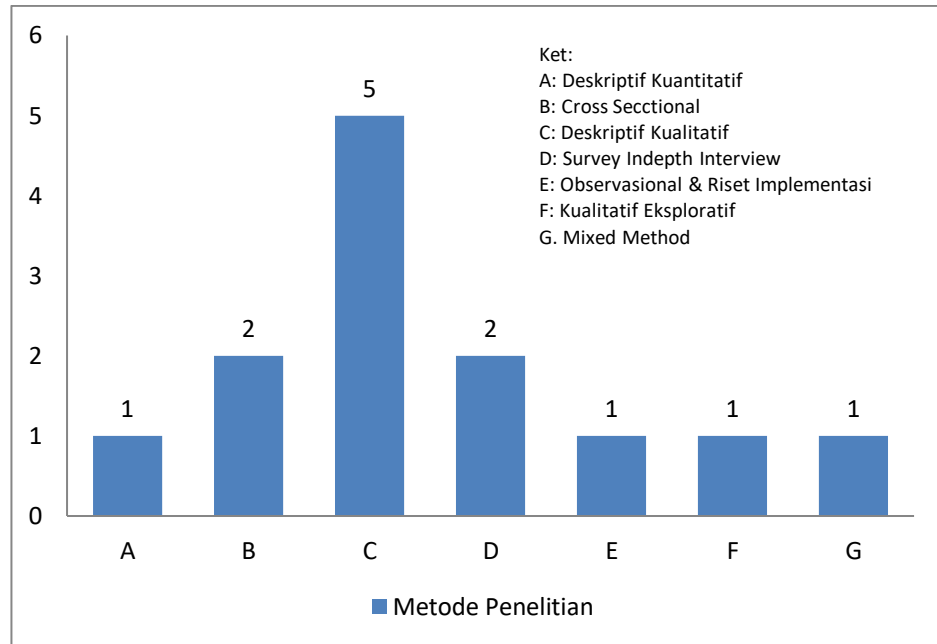


Gambar 4.3 Karakterik Artikel Berdasarkan Tempat Penelitian

Gambar 4.3 diatas diuraikan bahwa pelaksanaan sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia telah dilakukan penelitian di Provinsi Jawa Timur sebanyak 4 artikel, provinsi Jawa Tengah sebanyak 3 artikel, Provinsi Banten sebanyak 2 artikel, Provinsi DKI Jakarta sebanyak 1 artikel, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta sebanyak 1 artikel, Provinsi Jawa Barat sebanyak 1 artikel dan Provinsi Bali sebanyak 1 artikel

c. Karakteristik Artikel Berdasarkan Metode Penelitian

Berikut ini dipaparkan secara rinci karakteristik artikel berdasarkan metode penelitian artikel pada sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia:

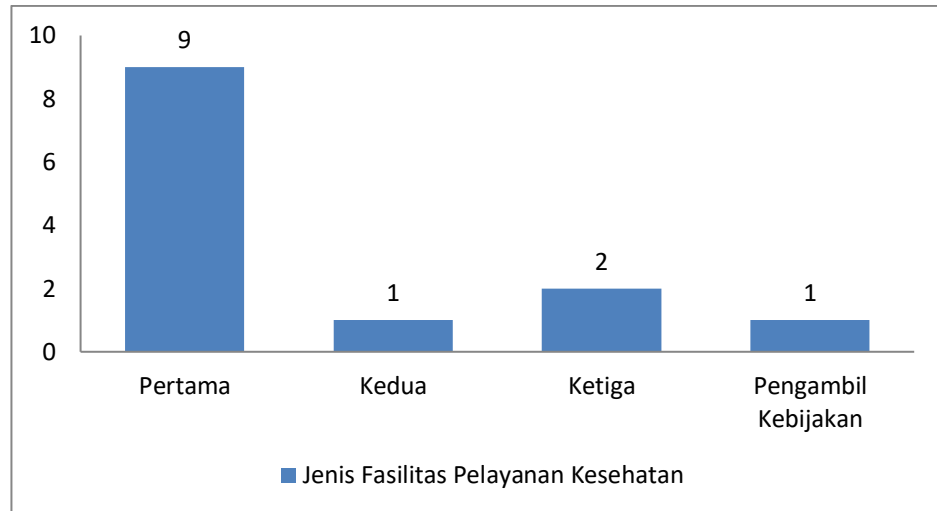


Gambar 4.4 Karakteristik Artikel Berdasarkan Metode Penelitian

Gambar 4.4 diatas diuraikan bahwa pelaksanaan sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia telah dilakukan penelitian dengan metode deskriptif kuantitatif sebanyak 1 artikel, kuantitatif dengan pendekatan cross sectional sebanyak 2 artikel, deskriptif kualitatif sebanyak 5 artikel, Survey Indepth Interview sebanyak 2 artikel, Observasional dan riset implementasi sebanyak 1 artikel, kualitatif eksploratif sebanyak 1 artikel dan mixed method sebanyak 1 artikel

d. Karakteristik Artikel Berdasarkan Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Berikut ini dipaparkan secara rinci karakteristik artikel berdasarkan jenis fasilitas pelayanan kesehatan pada sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia:



Gambar 4.5 Karakteristik Artikel Berdasarkan Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Gambar 4.5 diatas diuraikan bahwa pelaksanaan sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia telah dilakukan penelitian pada fasilitas pelayanan tingkat pertama sebanyak 9 artikel, fasilitas pelayanan tingkat kedua sebanyak 1 artikel, fasilitas pelayanan tingkat ketiga sebanyak 2 artikel, dan pengambil kebijakan sistem rujukan sebanyak 1 artikel.

e. Karakteristik Proses 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 memenuhi syarat 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 di fasyankes 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.
- 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 medik 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. Analisis Artikel Berdasarkan Masalah Utama Sistem Rujukan di Fasilitas kesehatan

Hasil analisis artikel berdasarkan masalah utama sistem rujukan dilihat dari sudut pandang fasilitas kesehatan tingkat pertama, fasilitas kesehatan tingkat kedua, fasilitas kesehatan tingkat ketiga dan pembuat kebijakan sistem rujukan. Adapun rincian hasil analisis artikel ini sebagai berikut:

Masalah Utama Sistem Rujukan	Jenis Fasilitas kesehatan			Pengambil Kebijakan
	Faskes pertama	Faskes kedua	Faskes ketiga	
Prosedur Klinis Pasien yang diberi rujukan harusnya datang secara langsung untuk diperiksa dan diketahui kondisi medis pasien oleh dokter puskesmas sebelum dilakukan rujukan, namun hanya pihak keluarga pasien yang datang		x		
Puskesmas tidak menghubungi Rumah Sakit Rujukan jika mau merujuk pasien dan memastikan Rumah Sakit dapat menerima Pasien		x		
- Dari segi proses, sistem informasinya macet sehingga masih menggunakan secara manual		x		
- Kepatuhan petugas terhadap SOP belum maksimal				
Keluarga yang datang meminta rujukan sehingga rujukan dibuat tidak sesuai dengan hasil pemeriksaan klinis.		x		
Pasien tidak puas dan kecewa dengan kekurangan atau kekosongan obat maupun alat kesehatan yang terjadi sehingga		x		

pasien sendiri yang meminta dirujuk		
Rujukan pasien peserta BPJS Kesehatan masih banyak yang belum sesuai dengan sistem JKN		x
Ketidakadilan dalam sistem kuota pasien yang dilayani dan pembatasan pilihan pasien pada rumah sakit rujukan, dan pada penerapan sistem rujukan online (ketidaktahuan masyarakat memilih Rumah Sakit Rujukan).		x
Prosedur Administratif		
Syarat rujukan untuk merujuk ibu hamil tidak dicantumkan dalam SOP.	x	
Masih banyak pasien yang dirujuk tidak lengkap diisi keterangan rujukan oleh petugas pelayanan.	x	
Bahwa tidak ada aturan yang mengikat dari pemerintah tentang sistem rujukan untuk pasien mandiri dan pasien asuransi komersial.		x
Formularium nasional menjadi acuan dalam persepan masih belum sepenuhnya diterima oleh para pemberi pelayanan. Harga obat bisa menjadi beban pelayanan jika terkait dengan penggantian dari tarif pelayanan. Penggantian finansial dalam JKN masih dirasa belum mencukupi.		x

Tabel 4.1 Deskripsi Artikel Berdasarkan Masalah Utama Sistem Rujukan di seluruh Fasilitas kesehatan

Tabel 4.1 diatas dapat disimpulkan bahwa masalah utama sistem rujukan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yaitu berbeda pada pada masing-masing fasilitas kesehatan.

3. Analisis Artikel Berdasarkan Hambatan dalam Sistem Rujukan di Fasilitas kesehatan

Hasil analisis artikel berdasarkan hambatan sistem rujukan dilihat dari sudut pandang fasilitas kesehatan tingkat pertama, fasilitas kesehatan tingkat kedua, fasilitas kesehatan tingkat ketiga dan pembuat kebijakan sistem rujukan. Adapun rincian hasil analisis artikel ini sebagai berikut:

Hambatan Pelaksanaan Sistem Rujukan	Jenis Fasilitas kesehatan			Pengambil Kebijakan
	Prosedur Klinis	Faskes pertama	Faskes kedua	
Kurangnya pemahaman dalam syarat-syarat yang boleh dirujuk apabila pasien jaminan atau BPJS	x			
Waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan menjadi lama	x			
Tidak ada monitoring dan evaluasi terkait sistem rujukan			x	
Tingginya kunjungan dan rujukan pasien yang seharusnya dapat ditangani di PPK1 atau PPK2				x
- Diskontinuitas layanan				
- Ketidakadilan layanan				x
- Hilangnya loyalitas pasien				
Prosedur Administratif				
Tidak terdapat beberapa pemeriksaan penunjang kebutuhan pelayanan kesehatan pasien	x			
Inkonsistensi sistem rujukan				x
Prosedur Operasional				
Keterbatasan SDM atau ketenagaan	x			
Keterbatasan sarana dan prasarana seperti belum memiliki alat kesehatan yang belum tersedia, melengkapi obat-obatan yang belum tersedia dalam jumlah yang mencukupi serta memaksimalkan penggunaan alat kesehatan yang sudah tersedia	x			
Kendala Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK)				X

Tabel 4.2 Deskripsi Artikel Berdasarkan Hambatana Sistem Rujukan di seluruh Fasiitas Kesehatan

Dari tabel diatas didapatkan bahwa masih adanya pokok permasalahan utama yang berbeda pada masing-masing fasilitas kesehatan.

4. Analisis Artikel Berdasarkan Solusi dalam Menangani Sistem Rujukan di Fasilitas kesehatan

Adapun hasil yang didapatkan berdasarkan solusi dalam menangani sistem rujukan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan sebagai berikut:

Solusi dalam Menangani Sistem Rujukan di Fasilitas kesehatan	Jenis Fasilitas kesehatan			Pengambil Kebijakan
	Prosedur Klinis	Faskes pertama	Faskes kedua	
Menerapkan sistem rujukan sesuai dengan pedoman.		x		x
Pemberian informasi kepada masyarakat tentang sistem rujukan dan pentingnya datang kefaskes primer untuk pemeriksaan kesehatan sebelum mendapatkan rujukan		x		x
<ul style="list-style-type: none"> - Mengadakan pelatihan dan pembinaan kepada tenaga kesehatan lain yang belum terlatih - Memasang skema alur SOP agar semua petugas dapat benar-benar memahami dan menerapkannya - Membenahi sistem informasi kesehatan dan aplikasi sistem rujukan secara online 		x		
Melakukan evaluasi sistem rujukan		x	x	
Meningkatkan komunikasi dengan faskes tujuan rujukan agar pelayanan rujukan pasien dapat diterima dengan baik tanpa		x		

ada penolakan serta akan terjalin hubungan yang efektif mengenai pertukaran informasi medis pasien.

Prosedur Administratif

Membuat lembar informed consent untuk pasien rujukan agar jika terdapat keluhan atau masalah yang akan datang dapat dijadikan sebagai bukti bahwa telah terdapat persetujuan pasien atau keluarga pasien untuk dilakukan rujukan,

x

Keterlibatan pemberi pelayanan untuk dilibatkan sebagai policy maker baik dalam formularium maupun standar tarif menjadi kebutuhan.

X

Perlunya penguatan sistem rujukan kesehatan, termasuk pemetaan rujukan yang adil dan mengoptimalkan pengaturan kuota layanan.

x

Prosedur Operasional

Pelayanan rujukan ditunjang dengan adanya jaringan internet atau Wi-Fi yang baik, sehingga perlu dilakukan perbaikan.

x

Rekrutmen tenaga kesehatan atau petugas yang jaga, sehingga tenaga kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik dan lebih bertanggung jawab.

x

Pengaturan gaji

x

Melengkapi sarana, prasarana dan juga fasilitas kesehatan

x

Meningkatkan komunikasi dengan faskes tujuan rujukan agar pelayanan rujukan pasien dapat diterima dengan baik tanpa ada penolakan serta akan

x

terjalin hubungan yang efektif mengenai pertukaran informasi medis pasien.

Tabel 4.3. Deskripsi Artikel Berdasarkan Solusi diseluruh Fasilitas kesehatan

Dari tabel diatas didapatkan bahwa beberapa solusi yang sama ditawarkan di masing-masing fasilitas kesehatan, yaitu: Menerapkan sistem rujukan sesuai dengan pedoman, pemberian informasi kepada masyarakat tentang sistem rujukan dan pentingnya datang ke faskes primer untuk pemeriksaan kesehatan sebelum mendapatkan rujukan, serta melakukan evaluasi sistem rujukan

5. Analisis Artikel Pada Setiap Masalah, Hambatan dan Solusi dalam Menangani Sistem Rujukan di Fasilitas kesehatan

Adapun hasil analisis artikel dilakukan pada setiap masalah secara rinci dijelaskan bersama dengan hambatan serta solusi untuk setiap masalah sistem rujukan. Masalah sistem rujukan berbeda pada setiap fasilitas kesehatan sehingga secara rinci akan dijelaskan sebagai berikut:

a. Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama

Berikut dijelaskan setiap masalah secara rinci bersama dengan hambatan serta solusi untuk setiap masalah sistem rujukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama:

No	Masalah Utama Sistem Rujukan	Hambatan Pelaksanaan Sistem Rujukan	Solusi dalam Menangani Sistem Rujukan di Fasilitas kesehatan
1	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga yang datang meminta rujukan sehingga rujukan dibuat tidak sesuai dengan hasil pemeriksaan klinis. - Pasien yang diberi rujukan harusnya datang secara langsung di puskesmas untuk diperiksa dan diketahui kondisi medis pasien oleh dokter puskesmas sebelum dilakukan rujukan, namun hanya 	<p>Kurangnya pemahaman dalam syarat-syarat yang boleh dirujuk pada pasien jaminan atau BPJS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pemberian informasi kepada masyarakat tentang sistem rujukan dan pentingnya datang ke faskes primer untuk pemeriksaan kesehatan sebelum mendapatkan rujukan - Menerapkan sistem rujukan sesuai dengan pedoman - Melakukan evaluasi sistem rujukan

pihak keluarga pasien yang datang			
2	Puskesmas tidak menghubungi Rumah Sakit Rujukan jika mau merujuk pasien dan memastikan Rumah Sakit dapat menerima Pasien	Waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan menjadi lama	Meningkatkan komunikasi dengan faskes tujuan rujukan agar pelayanan rujukan pasien dapat diterima dengan baik tanpa ada penolakan serta akan terjalin hubungan yang efektif mengenai pertukaran informasi medis pasien.
3	- Dari segi proses, sistem informasinya macet sehingga masih menggunakan secara manual	Ketersediaan sarana dan prasarana seperti jaringan internet yang kurang bagus,	- Membenahi sistem informasi kesehatan dan aplikasi sistem rujukan secara online - Pelayanan rujukan ditunjang dengan adanya jaringan internet atau Wi-Fi yang baik, sehingga perlu dilakukan perbaikan.
4	- Kepatuhan petugas terhadap SOP belum maksimal	Tidak ada hambatan	Memasang skema alur SOP agar semua petugas dapat benar-benar memahami dan menerapkannya
5	Pasien tidak puas dan kecewa dengan kekurangan atau kekosongan obat maupun alat kesehatan yang terjadi sehingga pasien sendiri yang meminta dirujuk	- Tidak terdapat beberapa pemeriksaan penunjang kebutuhan pelayanan kesehatan pasien - Keterbatasan sarana dan prasarana seperti belum memiliki alat kesehatan yang belum tersedia, melengkapi obat-obatan yang belum tersedia dalam jumlah yang mencukupi serta memaksimalkan penggunaan alat kesehatan yang sudah tersedia	- membuat lembar informed consent untuk pasien rujukan agar jika terdapat komplain atau masalah yang akan datang dapat dijadikan sebagai bukti bahwa telah terdapat persetujuan pasien atau keluarga pasien untuk dilakukan rujukan, - Melengkapi sarana, prasarana dan juga fasilitas kesehatan - Pengaturan gaji - Melakukan evaluasi sistem rujukan
6	Syarat rujukan untuk	Ketersediaan	Mengadakan pelatihan dan

	merujuk ibu hamil tidak dicantumkan dalam SOP.	Sumber daya manusia yang kurang terlatih	pembinaan kepada tenaga kesehatan lain yang belum terlatih
7	Masih banyak pasien yang dirujuk tidak lengkap diisi keterangan rujukan oleh petugas pelayanan.	Keterbatasan SDM atau ketenagaan	Rekrutmen tenaga kesehatan atau petugas yang jaga, sehingga tenaga kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik dan lebih bertanggung jawab.

Tabel 4.4. Analisis Artikel Pada Setiap Masalah, Hambatan dan Solusi dalam Menangani Sistem Rujukan di Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama

Dari tabel diatas didapatkan bahwa ada tujuh masalah utama sistem rujukan berjenjang pada fasilitas kesehatan tingkat pertama yang disusul penjelasannya dengan hambatan dan solusi dalam menangani masalah.

b. Fasilitas kesehatan Tingkat Kedua

Berikut dijelaskan setiap masalah secara rinci bersama dengan hambatan serta solusi untuk setiap masalah sistem rujukan di fasilitas kesehatan tingkat kedua:

No	Masalah Utama Sistem Rujukan	Hambatan Pelaksanaan Sistem Rujukan	Solusi dalam Menangani Sistem Rujukan di Fasilitas kesehatan
1	Tidak ada aturan yang mengikat dari pemerintah tentang sistem rujukan untuk pasien mandiri dan pasien asuransi komersial.	Tidak ada monitoring dan evaluasi terkait sistem rujukan	- Dinas Kesehatan Kabupaten melakukan monitoring dan evaluasi sistem rujukan di Rumah Sakit.

Tabel 4.5. Analisis Artikel Pada Setiap Masalah, Hambatan dan Solusi dalam Menangani Sistem Rujukan di Fasilitas kesehatan Tingkat Kedua

Dari tabel diatas didapatkan bahwa ada satu masalah utama sistem rujukan berjenjang pada fasilitas kesehatan tingkat kedua yang disusul penjelasannya dengan hambatan dan solusi dalam menangani masalah.

c. Fasilitas kesehatan Tingkat Ketiga

Berikut dijelaskan setiap masalah secara rinci bersama dengan hambatan serta solusi untuk setiap masalah sistem rujukan di fasilitas kesehatan tingkat ketiga:

No	Masalah Utama Sistem Rujukan	Hambatan Pelaksanaan Sistem Rujukan	Solusi dalam Menangani Sistem Rujukan di Fasilitas kesehatan
1	Rujukan pasien peserta BPJS Kesehatan masih banyak yang belum sesuai dengan sistem JKN	Tidak dijelaskan secara rinci	- Keterlibatan pemberi pelayanan untuk dilibatkan sebagai policy maker baik dalam formularium maupun standar tarif menjadi kebutuhan.
2	Formularium nasional menjadi acuan dalam peresepan masih belum sepenuhnya diterima oleh para pemberi pelayanan. Harga obat bisa menjadi beban pelayanan jika terkait dengan penggantian dari tarif pelayanan. Penggantian fi nansial dalam JKN masih dirasa belum mencukupi.	Tingginya kunjungan dan rujukan pasien yang seharusnya dapat ditangani di PPK1 atau PPK2	- Pelaksanaan sistem rujukan disesuaikan dengan alur rujukan

Tabel 4.6. Analisis Artikel Pada Setiap Masalah, Hambatan dan Solusi dalam Menangani Sistem Rujukan di Fasilitas kesehatan Tingkat Ketiga

Dari tabel diatas didapatkan bahwa ada dua masalah utama sistem rujukan berjenjang pada fasilitas kesehatan tingkat ketiga yang disusul penjelasannya dengan hambatan dan solusi dalam menangani masalah

d. Pengambil Kebijakan Sistem Rujukan

Berikut dijelaskan setiap masalah secara rinci bersama dengan hambatan serta solusi untuk setiap masalah sistem rujukan pada pengambil kebijakan:

No	Masalah Utama Sistem Rujukan	Hambatan Pelaksanaan Sistem Rujukan	Solusi dalam Menangani Sistem Rujukan di Fasilitas kesehatan
1	Ada ketidakadilan dalam sistem kuota pasien yang dilayani dan pembatasan pilihan pasien pada rumah sakit rujukan, dan pada penerapan sistem rujukan online (ketidahtahuan masyarakat memilih Rumah Sakit Rujukan).	- Diskontinuitas layanan - Ketidakadilan layanan - hilangnya loyalitas pasien - Inkonsistensi sistem rujukan - Kendala Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK)	- Pemangku kepentingan harus meningkatkan upaya untuk menyebarluaskan informasi kepada publik dan untuk memperkuat koordinasi antara pemerintah, fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan - Perlunya penguatan sistem rujukan kesehatan, termasuk pemetaan rujukan yang adil dan mengoptimalkan

Tabel 4.7. Analisis Artikel Pada Setiap Masalah, Hambatan dan Solusi dalam Menangani Sistem Rujukan pada Pengambil Kebijakan

Dari tabel diatas didapatkan bahwa ada satu masalah utama sistem rujukan berjenjang pada pengambil kebijakan yang disusul beberapa penjelasannya tentang hambatan dan solusi dalam menangani masalah

BAB V

PEMBAHASAN

A. Masalah Utama Sistem Rujukan di Fasilitas Kesehatan

Permasalahan sistem rujukan berjenjang di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama sebagian besar diperoleh adanya ketidaksesuaian pelaksanaan rujukan dengan standar prosedur merujuk pada prosedur klinis, dimana pasien sebelum diberi rujukan harusnya datang secara langsung ke puskesmas untuk diperiksa dan diketahui kondisi medisnya oleh dokter puskesmas sebelum dilakukan rujukan atau perpanjangan rujukan, namun hanya pihak keluarga pasien yang datang meminta rujukan/perpanjangan rujukan (Soeripto, 2019). Hasil ini didukung penelitian lain yang menyatakan pasien menganggap sistem rujukan birokrasinya cukup rumit, sehingga pasien langsung merujuk dirinya sendiri ke fasilitas kesehatan tingkat kedua atau ketiga (Setiawati & Nurriska, 2019).

Hal ini tidak sesuai dengan standar pedoman rujukan nasional yang sudah menetapkan alur proses rujukan, yaitu pasien sebelum dirujuk perlu dilakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik yang mampu dilakukan di fasyankes tingkat pertama, untuk menentukan diagnosa utama dan menyimpulkan apakah pasien memenuhi syarat untuk dirujuk (Kemenkes RI, 2012a).

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 ketingkat selanjutnya dilaksanakan sesuai dengan ketentuannya (Kemenkes RI, 2012a).

Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis (Hasbullah et al., 2017). Pada pelayanan kesehatan tingkat pertama, peserta dapat berobat ke fasilitas kesehatan primer seperti puskesmas, klinik, atau dokter keluarga yang tercantum pada kartu peserta BPJS Kesehatan. Apabila peserta memerlukan pelayanan lanjutan oleh dokter spesialis, maka peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua atau fasilitas kesehatan sekunder. Pelayanan kesehatan di tingkat ini hanya bisa diberikan jika peserta mendapat rujukan dari fasilitas primer (Nestelita et al., 2019). Rujukan ini hanya diberikan jika pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik dan fasilitas kesehatan primer yang ditunjuk untuk melayani peserta, tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan peserta karena keterbatasan fasilitas, pelayanan, dan atau ketenagaan (Indrianingrum et al., 2017). Jika penyakit peserta masih belum dapat tertangani di fasilitas kesehatan sekunder, maka peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tersier. Di sini, peserta akan mendapatkan penanganan dari dokter sub-spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub-spesialistik (Ratnasari, 2018). Peserta JKN harus mengikuti sistem rujukan yang ada. Sakit apa pun, kecuali dalam keadaan darurat, harus berobat ke fasilitas kesehatan primer, tidak boleh langsung ke rumah sakit atau dokter spesialis (Faulina et al., 2016). Jika ini dilanggar peserta harus membayar biaya pelayanan sendiri.

Artikel penelitian lain mendapatkan hasil adanya masalah pada prosedur administrasi dalam merujuk, yaitu kelengkapan surat rujukan yang tidak diisi dengan lengkap, data dan informasi penting dalam surat rujukan seperti hasil diagnosa, alasan rujukan, pemeriksaan fisik, anamnesa, dan terapi yang sudah diberikan difasilitas kesehatan tingkat pertama banyak tidak diisi oleh petugas kesehatan puskesmas (Setiawati & Nurrizka, 2019). Hal ini tidak sesuai dengan standar pedoman rujukan nasional pada prosedur administrasi, yang mensyaratkan agar semua dokumen catatan rekam medis

pasien dan surat rujukan dilengkapi sebelum pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan (BPJS, 2014; Kemenkes RI, 2012a).

Pada pedoman rujukan nasional untuk prosedur administrasi, telah diatur agar catatan rekam medis pasien harus segera dilengkapi setelah tindakan untuk menstabilkan kondisi pasien pra-rujukan dilakukan. 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 (BPJS, 2014; Kemenkes RI, 2012a).s

Pada artikel penelitian Nestelita, Suryoputro and Kusumastuti, (2019), masalah pelaksanaan sistem rujukan difaskes tingkat pertama yaitu keterbatasan petugas yang terlatih dan banyak petugas yang *double job*, kurangnya pemahaman petugas terhadap SPO rujukan dan kesalahan komunikasi antar petugas kesehatan puskesmas dan rumah sakit rujukan yang kurang maksimal sehingga masih susah dalam mencari rumah sakit rujukan.

Hasil review pada artikel lainnya diperoleh bahwa sistem rujukan berdampak positif bagi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pada artikel Iqbal Nurmansyah and Kilic (2017), diperoleh bahwa adanya dana kapitasi yang dapat digunakan untuk kegiatan promosi kesehatan telah mengalami peningkatan setelah implementasi kebijakan JKN, dimana dana tersebut dapat digunakan untuk berinovasi, membeli peralatan dan melakukan promosi kesehatan dengan lebih baik. Hal ini sesuai dengan teori bahwa sampai saat ini pemerintah dan BPJS Kesehatan terus memperbaiki pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang digelar lewat BPJS Kesehatan, salah satunya, dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, pemerintah mengeluarkan peraturan pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) milik Pemerintah Daerah atau Puskesmas Pemerintah melalui Peraturan Presiden (Perpres) No. 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan

dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama milik Pemerintah Daerah (Republik Indonesia, 2014). Sistem pembayaran ini adalah pembayaran di muka atau prospektif dengan konsekuensi pelayanan kesehatan dilakukan sebelum peserta BPJS jatuh sakit, sistem ini mendorong Faskes Tingkat Pertama untuk bertindak secara efektif dan efisien serta mengutamakan kegiatan promotif dan preventif, untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal (BPJS, 2014; Republik Indonesia, 2014).

Hasil yang didapatkan berdasarkan masalah utama sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat kedua yaitu pada artikel Primasari (2015), diperoleh bahwa tidak ada aturan yang mengikat dari pemerintah tentang sistem rujukan untuk pasien mandiri dan pasien asuransi komersial memberikan peluang bagi mereka untuk tidak mengikuti alur rujukan. Pada Pasal 5 PMK No. 001 Tahun 2012, tentang Sistem rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan dinyatakan bahwa sistem rujukan diwajibkan bagi peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan juga pemberi pelayanan kesehatan, sedangkan untuk peserta asuransi kesehatan komersial mengikuti aturan yang berlaku sesuai dengan ketentuan dalam polis asuransi dengan tetap mengikuti pelayanan kesehatan berjenjang, dan untuk setiap orang yang bukan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dapat mengikuti sistem rujukan. Karena pasal tersebut, muncul peluang bagi asuransi komersial untuk membuat ketentuan dalam organisasinya untuk tidak mengikuti aturan rujukan berjenjang. Begitupun dengan masyarakat bukan peserta asuransi kesehatan sosial, mereka leluasa untuk tidak mengikuti aturan rujukan berjenjang, sehingga mereka lebih mudah mengakses fasilitas kesehatan tingkat kedua yang membuat terjadinya lonjakan pasien difasilitas kesehatan tingkat lanjutan atau fenomena Rumah Sakit sebagai Puskesmas raksasa (Iqbal Nurmansyah & Kilic, 2017).

Masalah utama sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat ketiga yaitu terkait Formularium nasional yang menjadi acuan dalam persepan masih belum sepenuhnya diterima oleh para pemberi pelayanan, harga obat juga menjadi beban pelayanan jika terkait dengan penggantian dari

tarif pelayanan, penggantian finansial dalam JKN masih dirasa belum mencukupi dimana terdapat kekurangan antara biaya pelayanan dan penggantian biaya oleh BPJS (Dahlan, Setyopranoto, & Trisnantoro, 2017a).

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan reward terhadap provider yang melakukan over treatment, under treatment maupun melakukan adverse event dan mendorong pelayanan tim. Metode pembayaran yang digunakan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada saat ini adalah dengan metode pembayaran prospektif yaitu Casemix (*case based payment*) dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper* (Nurdiah & Iman, 2014), sehingga komplikasi, perburukan serta faktor resiko lainnya yang dialami pasien tidak termasuk dalam kriteria penentuan tarif, padahal setiap pasien berbeda beda progres penyakitnya (Dahlan et al., 2017a).

B. Hambatan Pelaksanaan Sistem Rujukan di Fasilitas kesehatan

Temuan dari hasil *review* artikel terkait hambatan dalam pelaksanaan sistem rujukan berjenjang pada fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu keterbatasan SDM (Ratnasari, 2017), keterbatasan sarana dan prasarana (Setiawati & Nurriszka, 2019), serta kurangnya pemahaman tenaga kesehatan tentang sistem rujukan berjenjang (Soeripto, 2019). Padahal menurut teori, dalam proses pemenuhan hak kesehatan, negara harus menjamin bahwa fasilitas, barang dan layanan kesehatan publik tersedia dan mencukupi dalam hal kuantitas. Ketersediaan yang dimaksud adalah adanya tenaga kesehatan profesional dalam jumlah yang memadai (rasio per populasi yang adekuat), jumlah fasilitas kesehatan yang cukup dan berfungsi baik, ketersediaan obat-obatan esensial, dan intervensi kesehatan yang adekuat (BPJS Kesehatan,

2019). Pemerintah dan Pemda perlu memperhatikan secara khusus tentang jumlah dan kebutuhan tenaga dan fasilitas kesehatan ini terutama ketika isu jaminan kesehatan universal (*Universal Health Coverage*) didengungkan.

Pada sistem rujukan berjenjang, peranan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) jadi sangat vital. FKTP jadi fasilitas kesehatan pertama yang melakukan pelayanan, sebelum nanti dirujuk secara berjenjang. Akibatnya, jumlah pasien menjadi meningkat. Peningkatan itu tidak diimbangi oleh peningkatan pelayanan di FKTP, karena infrastrukturnya masih terbatas. Hambatan yang paling sering dirasakan lebih banyak dari pasien karena waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan menjadi lama. Puskesmas juga masih terbatas menyediakan petugas pelayanan kesehatan. Tidak seimbang antara jumlah petugas dengan jumlah pasien. Banyak pasien untuk mendapatkan pelayanan rujukan harus menunggu lama. Padahal, mereka mengalami penyakit berat. Hal itulah yang menyebabkan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan rujukan dinilai masih rendah.

Ketersediaan sarana dan prasarana sangat diperlukan oleh puskesmas untuk menunjang kelancaran layanan operasional setiap harinya. Ketersediaan alat komunikasi sangat penting untuk melakukan koordinasi dengan pihak lainnya. Berdasarkan hasil studi yang dilakukan World Bank (2014), diketahui tidak seluruh puskesmas memiliki komunikasi dasar seperti telepon dan listrik, padahal listrik merupakan sumber utama energi untuk menggerakkan layanan, seperti untuk *coldchain*, *autoclave*, atau mengoperasikan komputer yang digunakan untuk membuat sistem pencatatan dan pelaporan. Kondisi jejaring internet yang ada di puskesmas masih jauh dari harapan, karena baru sekitar 16% puskesmas yang memiliki jaringan internet. Padahal saat ini sudah memasuki era industri 4.0 yang lebih mengedepankan informasi teknologi dan akses internet merupakan syarat utama yang digunakan untuk layanan rujukan berjenjang (Bappenas, 2019).

Hasil penelitian lain juga menunjukkan hasil yang sama dimana hambatan yang dirasakan terkait pelaksanaan sistem rujukan berjenjang 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 (Susiloningtyas, 2020).

Ketidakmerataan ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan kondisi geografis yang sangat bervariasi, menimbulkan potensi melebarnya ketidakadilan pemanfaatan kesehatan pada masyarakat di beberapa wilayah di Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan adanya kesenjangan ketersediaan fasilitas kesehatan di Indonesia Timur dan Indonesia Barat, ketersediaan faktor suplai (FKTL, tempat tidur, dan tenaga dokter spesialis) dalam mendukung kebijakan JKN secara umum jumlahnya masih belum mencukupi serta distribusinya belum merata di setiap wilayah kabupaten/kota, rasio FKTP dan FKTL per penduduk cenderung lebih tinggi di wilayah luar Jawa/Bali, rasio dokter spesialis per penduduk lebih tinggi di wilayah Jawa/Bali sedangkan rasio tempat tidur di RS cenderung hampir sama range-nya di semua wilayah (Hidayat, Nadjib, & Thabrany, 2017). Pelayanan rujukan juga menjadi sesuatu yang rumit di daerah seperti Papua, banyak daerah yang tidak bisa dijangkau oleh kendaraan darat, sehingga diperlukan heli-ambulans untuk mengangkut pasien gawat atau pasien rujukan, namun fasilitas ini tidak tersedia di BPJS (Tuharea, 2018).

Ketersediaan sarana pelayanan kesehatan merupakan faktor yang memungkinkan individu memanfaatkan layanan kesehatan (Kehusmaa et al., 2012). Perbedaan geografis, aksesibilitas sumber daya dan *equity* sarana pelayanan kesehatan bukan hanya terjadi di Indonesia, tetapi juga di Taiwan dan German, adanya kecenderungan tenaga dokter terkonsentrasi di daerah urban, penduduk yang tinggal di area terpencil mengalami kekurangan sarana medis karena hambatan geografis, lalu lintas dan status sosial ekonomi (Hidayat et al., 2017; Kehusmaa et al., 2012). Oleh karena itu, faktor ketidakmerataan antara suplai pada pelayanan kesehatan perlu menjadi perhatian yang penting.

Adapun hasil yang didapatkan berdasarkan hambatan dalam sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat kedua yaitu pada artikel Primasari (2015), didapatkan bahwa hambatan pelaksanaan sistem rujukan yaitu tidak ada monitoring dan evaluasi terkait sistem rujukan. Hal ini tidak

sesuai dengan teori, dimana sebagai suatu sistem perlu dilakukan monitoring secara berkala untuk menjaga mutu layanan. 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).

Menurut penelitian lain, sistem monitoring telah dilakukan oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional), dalam monitoring dan evaluasi yang telah lakukan oleh berbagai pihak, khususnya DJSN yang telah diberikan mandat oleh konstitusi untuk melakukan monitoring dan evaluasi, banyak permasalahan di lapangan (Haqqi et al., 2020). Permasalahan ini harus dipahami sebagai koreksi positif bagi BPJS. Sedangkan, DJSN dan Pemerintah terutama dari aspek regulasi dan teknis operasional yang harus dibenahi dan disempurnakan (Erlindai, 2020). Karena kalau tidak, SJSN ini akan rapuh. Penerapan pelayanan berjenjang (Ratnasari, 2018), sistem kapitasi (Febriawati et al., 2017), dan standardisasi penggunaan obat mutlak dilakukan agar sistem asuransi kesehatan sosial berjalan baik (Dahlan et al., 2017b).

Hasil yang didapatkan berdasarkan hambatan dalam sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat ketiga menurut artikel penelitian Ashar, Wijayanegara and Sutadipura (2014), didapatkan hambatan pelaksanaan yaitu tingginya kunjungan dan rujukan pasien yang seharusnya dapat ditangani di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat kedua. Seharusnya pelaksanaan rujukan ini lebih terarah sesuai dengan alurnya, karena sistem rujukan ini mengatur alur dari mana dan harus ke mana seseorang yang mempunyai masalah kesehatan tertentu untuk memeriksakan masalah kesehatannya (Ratnasari, 2018). Sehingga lonjakan

pasien difasilitas kesehatan tingkat lanjutan atau fenomena Rumah Sakit sebagai Puskesmas raksasa dapat dihindari (Iqbal Nurmansyah & Kilic, 2017)

Untuk menghindari lonjakan pasien difasilitas kesehatan tingkat ketiga, petugas kesehatan difasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat kedua, sebelum merujuk agar lebih memperhatikan SPO terkait syarat-syarat merujuk pasien, yaitu hasil pemeriksaan pertama sudah dapat dipastikan tidak mampu diatasi secara tuntas di fasyankes tersebut, hasil pemeriksaan fisik dengan pemeriksaan penunjang medis ternyata pasien tidak mampu diatasi secara tuntas ataupun tidak mampu dilayani karena keterbatas kompetensi ataupun keterbatasan sarana/prasarana, serta memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, tetapi pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan (Kemenkes RI, 2012a).

C. Solusi Menangani Permasalahan Sistem Rujukan Berjenjang di Fasilitas kesehatan

Solusi dalam menangani permasalahan terkait sistem rujukan difasilitas kesehatan tingkat pertama terkait ketidaksesuaian pelaksanaan rujukan dengan standar prosedur merujuk pada prosedur klinis, yaitu dengan mengadakan pelatihan dan pembinaan kepada tenaga kesehatan terkait sistem rujukan berjenjang sehingga dapat menerapkan sistem rujukan sesuai dengan pedoman/SPO (Ashar et al., 2014; Ratnasari, 2018; Soeripto, 2019). Dalam standar pedoman rujukan nasional sudah ditetapkan alur proses rujukan, yaitu pasien sebelum dirujuk perlu dilakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik yang mampu dilakukan di fasyankes tingkat pertama, untuk menentukan diagnosa utama dan menyimpulkan apakah pasien memenuhi syarat untuk dirujuk, dan rujukan tersebut dilaksanakan berjenjang mulai dari fasyankes tingkat pertama, fasyankes tingkat kedua dan fasyankes tingkat ketiga, alur ini perlu dipahami dan dijadikan pedoman oleh setiap petugas kesehatan (Kemenkes RI, 2012a)

Kompetensi petugas kesehatan juga perlu disiapkan dan ditingkatkan sehingga mampu menangani kasus sesuai tingkat layanannya (Ratnasari, 2018). 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 (Jose, Dhandapani, & Cyriac, 2021), hal ini sejalan dengan penelitian Stevanus et al., (2014) menyatakan bahwa dalam proses keperawatan terjadi komunikasi yang melibatkan persepsi, keputusan serta tindakan dari perawat untuk mencapai transaksi yaitu rujukan.

Solusi lainnya yaitu dengan penyebarluasan informasi kepada masyarakat terkait pelaksanaan sistem rujukan berjenjang (Soeripto, 2019). Untuk menjamin berjalannya sistem rujukan berjenjang BPJS maka perlu dilakukan langkah-langkah yaitu sosialisasi yang terus-menerus guna menamakan kesadaran masyarakat tentang sistem rujukan berjenjang, sosialisasinya itu bisa dilakukan di FKTP maupun lewat brosur dan iklan (Indrianingrum et al., 2017), sehingga mereka faham alur sistem rujukan dan betapa pentingnya datang ke faskes primer untuk pemeriksaan kesehatan sebelum mendapatkan rujukan. Masyarakat menilai sistem rujukan terkesan berbelit-belit ini dipicu oleh keengganan masyarakat untuk antri di layanan primer seperti Puskesmas (Mulyana et al., 2019).

Artikel lain memberikan solusi tingginya tingkat kunjungan pasien di FKTP harus diimbangi dengan perbaikan sumber daya manusia dan infrastruktur pelayanan. Pemerintah perlu meningkatkan sumber daya manusia dan infrastruktur di FKTP. Pembenahan sarana dan prasarana yang memadai di setiap tingkat pelayanan kesehatan juga penting dilakukan sesuai kebutuhan (Indrianingrum et al., 2017). Perbaikan tersebut tidak hanya kuantitasnya saja namun juga kualitasnya. Sehingga pelayanannya bisa lebih baik dan tingkat kepuasan masyarakat menjadi tinggi. Kebijakan sistem rujukan yang ditetapkan harus lebih komprehensif mencakup jejaring yang melibatkan swasta, dan membuka seluas-luasnya kesempatan bagi klinik yang mau bergabung dengan BPJS sehingga tidak terjadi antrian di Puskesmas (Faulina et al., 2016).

Pemerintah diharapkan mempunyai komitmen untuk memenuhi dari sisi suplai pelayanan kesehatan (FKTL, tempat tidur, dan tenaga dokter spesialis) agar penduduk yang sakit dapat mengakses fasilitas kesehatan dengan mudah (Hidayat et al., 2017). Berdasarkan Perpres nomor 12 tahun 2013 disebutkan bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan faskes dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program jaminan kesehatan, serta dapat memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta memenuhi ketersediaan faskes dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Walaupun pada kenyataannya upaya menjamin ketersediaan tenaga dan fasilitas kesehatan beragam antar daerah yang mencerminkan kesiapan daerah tersebut dalam menyediakan sumber daya yang adekuat (Hidayat et al., 2017; Kehusmaa et al., 2012; Kemenkes RI, 2013a).

Masyarakat yang tinggal di kepulauan juga menjadi korban kurangnya sosialisasi mengenai sistem rujukan pada BPJS. Perjalanan jauh yang telah ditempuh dengan menyeberangi pulau dan biaya tidak sedikit menjadi sia-sia karena rumah sakit terpaksa menolak pasien. Pelayanan rujukan juga menjadi sesuatu yang rumit di daerah seperti Papua (Tuharea, 2018), banyak daerah yang tidak bisa dijangkau oleh kendaraan darat, sehingga diperlukan heli-ambulans untuk mengangkut pasien gawat atau pasien rujukan, namun fasilitas ini tidak tersedia di BPJS. Tidak jarang juga penolakan oleh rumah sakit dilakukan karena ruangan benar-benar penuh. Ini tentu saja menyebabkan mutu pelayanan rumah sakit jadi menurun. Seharusnya pasien tersebut dapat dirujuk ke rumah sakit lain yang setingkat. Namun ada banyak rumah sakit yang menolak (swasta) atau belum siap (swasta dan pemerintah) untuk bekerjasama dengan BPJS (Mulyana et al., 2019).

Hasil yang didapatkan berdasarkan solusi dalam menangani sistem rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat kedua oleh Primasari (2015), didapatkan bahwa solusi untuk memperbaiki sistem rujukan di fasilitas kesehatan tingkat kedua yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten melakukan monitoring dan evaluasi sistem rujukan di Rumah Sakit secara berkala.

Menurut penelitian, sistem monitoring telah dilakukan oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional), dalam monitoring dan evaluasi yang telah dilakukan oleh berbagai pihak, khususnya DJSN yang telah diberikan mandat oleh konstitusi untuk melakukan monitoring dan evaluasi, banyak permasalahan di lapangan (Haqqi et al., 2020). Permasalahan ini harus dipahami sebagai koreksi positif bagi BPJS. Sedangkan, DJSN dan Pemerintah terutama dari aspek regulasi dan teknis operasional yang harus dibenahi dan disempurnakan (Erlindai, 2020). Karena kalau tidak, SJSN ini akan rapuh. Penerapan pelayanan berjenjang (Ratnasari, 2018), sistem kapitasi (Febriawati et al., 2017), dan standardisasi penggunaan obat mutlak dilakukan agar sistem asuransi kesehatan sosial berjalan baik (Dahlan et al., 2017b).

Untuk dapat menjaga mutu pelayanan kesehatan monitoring berkala harus terus diupayakan. 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).

Hasil yang didapatkan berdasarkan solusi dalam menangani masalah sistem rujukan berjenjang di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat ketiga terkait Formularium nasional yang masih belum sepenuhnya diterima oleh para pemberi pelayanan, harga obat yang menjadi beban pelayanan jika terkait dengan penggantian dari tarif pelayanan, penggantian finansial dalam JKN masih dirasa belum mencukupi dimana terdapat kekurangan antara biaya pelayanan dan penggantian biaya oleh BPJS (Dahlan et al., 2017a), oleh Dahlan, Setyopranoto and Trisnantoro (2017) yaitu dengan melibatkan pemberi pelayanan sebagai *policy maker* baik dalam formularium maupun standar tarif. Dalam pembuatan standar tarif seharusnya memperhatikan komplikasi, perburukan serta faktor resiko lainnya, karena progres penyakit setiap pasien berbeda-beda, sehingga tidak terjadi kerugian pada rumah sakit

akibat kekurangan antara biaya pelayanan dan biaya penggantian oleh BPJS (Dahlan et al., 2017a).

D. Implikasi dalam praktek keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian ini, secara prosedur tata laksana, sistem rujukan ini sudah baik, dimana setiap peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL), pelayanan kesehatan gawat darurat dan kekhususan pelayanan kesehatan lainnya yang ditetapkan oleh peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia. Namun, pelaksanaannya masih bermasalah, oleh karena itu, perbaikan perlu dilakukan di FKTP. Tingginya tingkat kunjungan pasien di FKTP harus diimbangi dengan perbaikan sumber daya manusia dan infrastruktur pelayanan. Pemerintah perlu meningkatkan sumber daya manusia dan infrastruktur di FKTP. Perbaikan tersebut tidak hanya kuantitasnya saja namun juga kualitasnya. Sehingga pelayanannya bisa lebih baik dan tingkat kepuasan masyarakat menjadi tinggi. Pemerataan infrastruktur dan tenaga ahli antara indonesia barat dan indonesia timur juga harus dilakukan untuk menurunkan kesenjangan pelayanan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil *review*, maka dapat disimpulkan : 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, sedangkan hambatan dalam pelaksanaan sistem rujukan berjenjang yaitu keterbatasan SDM, keterbatasan sarana dan prasarana serta kurangnya pemahaman tenaga kesehatan tentang sistem rujukan berjenjang. Dari masalah dan hambatan tersebut maka Solusi untuk permasalahan pelaksanaan sistem rujukan berjenjang yaitu dengan melakukan evaluasi /monitoring rutin terhadap sistem rujukan, rekrutmen tenaga kesehatan, pelatihan dan pembinaan untuk tenaga kesehatan, penyebarluasan informasi sistem rujukan kepada masyarakat, melengkapi berkas-berkas administrasi serta melengkapi sarana dan prasarana kesehatan.

B. Saran

1. Perlu adanya perbaikan dalam pengaturan sistem rujukan berjenjang baik dari prosedur pelayanan hingga pada infrastruktur dan sumberdaya manusia sebagai penunjang dalam pelaksanaan sistem rujukan berjenjang, pemerataan infrastruktur dan tenaga ahli antara indonesia barat dan indonesia timur harus dilakukan untuk menurunkan kesenjangan pelayanan.
2. Perlu dilakukan evaluasi atau monitoring secara berkala terhadap pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan di Indonesia.
3. Perlu dilakukan original research terkait pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di fasilitas kesehatan di Indonesia, baik di faskes tingkat pertama, faskes tingkat kedua dan faskes tingkat ketiga.

C. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam mengakses beberapa database juga mempengaruhi jumlah studi yang dapat dimasukkan dalam *scoping review* ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Aromatari, E., & Munn, Z. (2020). Chapter 1: JBI Systematic Reviews - JBI Reviewer's Manual - JBI GLOBAL WIKI.
- Ashar, R., Wijayanegara, H., & Sutadipura, N. (2014). Penilaian Rujukan Pasien Bersalin Peserta BPJS Kesehatan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Berdasarkan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional Periode 1 Oktober-31 Desember 2014. *Prosiding Pendidikan Dokter*, 2, 995–1000.
- Ayu, I., Dewi, A., Januraga, P. P., Made, N., & Nopiyani, S. (2020). The impact of National Health Insurance online referral system on the access and quality of health services in Gianyar District , Bali , Indonesia, 8(1), 32–40. <https://doi.org/10.15562/phpma.v8i1.235>
- Azamar-Alonso, A., Costa, A. P., Huebner, L. A., & Tarride, J. E. (2019). Electronic referral systems in health care: A scoping review. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 11, 325–333. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S195597>
- Bappenas, K. (2019). *Penguatan Sistem Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: DIREKTORAT KESEHATAN DAN GIZI MASYARAKAT KEDEPUTIAN PEMBANGUNAN MANUSIA, MASYARAKAT DAN KEBUDAYAAN KEMENTERIAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONAL/ BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN NASIONA.
- BPJS. (2014). *Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang*. (BPJS Kesehatan, Ed.). Jakarta.
- BPJS Kesehatan. (2015a). Executive summary: program management report and financial report on the JKN program 2014. *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan*, 1–13.
- BPJS Kesehatan. (2015b). *Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang*. *Humas BPJS Kesehatan*, 1–16.
- BPJS Kesehatan. (2017). Laporan BPJS Kesehatan Tahun 2017. *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan*.
- BPJS Kesehatan. (2019). Program Management and Financial Report of the JKN programme. *Bpjs*, 240.
- Clarke, M. (2021). Efektivitas pasien yang berbeda sistem rujukan untuk mempersingkat waktu tunggu untuk operasi elektif: tinjauan sistematis, 1–12.

- Cookson, R., Asaria, M., Ali, S., Shaw, R., Doran, T., & Goldblatt, P. (2018). Health equity monitoring for healthcare quality assurance. *Social Science and Medicine*, 198(September 2017), 148–156. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.004>
- Cooper, S., Cant, R., Kelly, M., Levett-jones, T., McKenna, L., Seaton, P., & Bogossian, F. (2019). An evidence-based checklist for improving scoping review quality. *Clinical Nursing Research*, 0(0), 1–24. <https://doi.org/10.1177/1054773819846024>
- Dahlan, M., Setyopranoto, I., & Trisnantoro, L. (2017a). EVALUASI IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 6(2), 73–82.
- Dahlan, M., Setyopranoto, I., & Trisnantoro, L. (2017b). Evaluasi Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Pasien Stroke di RSUP Dr. Sardjito. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 6(2), 73–82.
- Daudt, H. M. L., Van Mossel, C., & Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: A large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-48>
- Davis, K., Drey, N., & Gould, D. (2009). What are scoping studies? A review of the nursing literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1386–1400. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.010>
- Erlindai. (2020). Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengklaiman BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSU IPI) Medan Tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 5(2), 2502–7786.
- Eskawati, M. Y., Murti, B., & Tamtomo, D. (2017). Implementation of the Referral System Policy in the National Health Insurance Scheme at Community Health Centers , Ngawi District , East Java, 2, 104–113.
- Faulina, A. C., Khoiri, A., & Herawati, Y. T. (2016). Kajian Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional di UPT. Pelayanan Kesehatan Universitas Jember. *Jurnal Ikesma*, 12(2), 91–102.
- Febriawati, H., Yandrizar, Y., Afriza, Y., Pratiwi, B. A., Yanuarti, R., & Suryani, D. (2017). Analisis Besaran dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan terhadap Pengendalian Rujukan di Puskesmas Kota Bengkulu. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*.
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>

- Haqqi, A., Aini, N. N., & Wicaksono, A. P. (2020). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, *1*(4), 492–501.
- Hasbullah, T., Ery, S., Chairunnisa, P. G., Khamida, Q. U., Septiandri, P. A., Wan, A., ... Dwi, M. (2017). Ringkasan Riset JKN-KIS: Studi Evaluasi Penyelenggaraan Sistem Rujukan Berjenjang Era JKN-KIS. *Ringkasan Riset JKN-KIS*, *3*(October), 1–8.
- Hidayat, B., Nadjib, M., & Thabrany, H. (2017). Ketersediaan Fasilitas dan Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Cakupan Semesta Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, *1*(1).
- Idris, H. (2016). EKUITAS TERHADAP AKSES PELAYANAN KESEHATAN : EQUITY OF ACCESS TO HEALTH CARE : THEORY & APLICATION IN RESEARCH, *7*(2), 73–80.
- Indrianingrum, I., Woro, O., & Handayani, K. (2017). Input Sistem Rujukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Kabupaten Jepara STIKES Muhammadiyah Kudus , Indonesia Abstrak, *2*(2), 140–147.
- Iqbal Nurmansyah, M., & Kilic, B. (2017). Impact of national health insurance policy towards the implementation of health promotion program at public health centers in Indonesia. *Kesmas*, *11*(3), 103–110. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v11i3.1262>
- Jose, S., Dhandapani, M., & Cyriac, M. C. (2021). Burnout dan Ketahanan di antara Perawat Garis Depan selama Pandemi COVID-19: Studi Cross-sectional di in Departemen Gawat Darurat di Pusat Perawatan Tersier , India Utara, *0*, 1–8.
- Kehusmaa, S., Autti-rämö, I., Helenius, H., Hinkka, K., Valaste, M., & Rissanen, P. (2012). Factors associated with the utilization and costs of health and social services in frail elderly patients. *BSM Health Services Research*.
- Kemenkes RI. (2012a). *PEDOMAN SISTEM RUJUKAN NASIONAL*. Jakarta.
- Kemenkes RI. Permenkes No. 001, Kemenkes RI § (2012).
- Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehartan RI Nomor 71 Tahun 2013 (2013).
- Kemenkes RI. (2013b). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementrian Kesehatan, R. (2012a). *Pedoman Sistem Rujukan Nasional Kementerian Kesehatan Ri Jakarta 2012*.
- Kementrian Kesehatan, R. (2012b). PMK No. 001 Th 2012 ttg Sistem Rujukan

Yankes Perorangan, (July), 32.

- Kusumawati. (2020). Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018. *Cdk-282*, 47(1), 25–28.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Listyorini, P. I., Wijananto, D. A., Ilmu, F., Universitas, K., Bangsa, D., Ilmu, F., ... Prosedur, S. O. (2019). Sistem rujukan pelayanan kesehatan ibu dan anak di puskesmas jayengan kota surakarta, 9(1).
- Michael, M. (2018). Reviving the Functionality of the Referral System in Uganda.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D., Antes, G., ... Tugwell, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Mulyana, A. S., Liliskarlina, L., & Ekawaty, D. (2019). Analisis Kepuasan Pasien Bpjs Terhadap Pelayanan Keperawatan: Studi Kasus Di Rsud. Syekh Yusuf Kabupaten Gowa. *Journal of Islamic Nursing*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.24252/join.v4i1.7504>
- Nestelita, D., Suryoputro, A., & Kusumastuti, W. (2019). Proses Sistem Rujukan Dalam Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetri Dan Neonatal Di Puskesmas Sayung 2 Kabupaten Demak. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 18(4), 159–163. <https://doi.org/10.14710/mkmi.18.4>.
- Nurdiah, R. S., & Iman, A. T. (2014). ANALISIS PENYEBAB UNCLAIMED BERKAS BPJS RAWAT INAP DI RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA, 23–28.
- Peters, M., C. G., P. M., Z. M., AC, T., & Khalil, H. (2017). 2017 Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews Chapter 11 : Scoping Reviews Scoping Reviews. *Understanding Scoping Reviews: Definition, Purpose, and Process*, (September).
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11 : Scoping Reviews (2020 Version). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. JBI.
- Primasari, K. L. (2004). Analisis Sistem Rujukan Jaminan Kesehatan Nasional RSUD . Dr . Adjidarmo Kabupaten Lebak Analysis of National Health

Insurance Referral System in Public Hospital dr . Adjidarmo, 79–87.

Primasari, K. L. (2015). Analisis Sistem Rujukan Jaminan Kesehatan Nasional RSUD. Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak. *Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan*, 1(2), 78–86.

Rathnayake, D., & Clarke, M. (2021). The effectiveness of different patient referral systems to shorten waiting times for elective surgeries: systematic review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06140-w>

Ratnasari, D. (2017). Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Bagi Peserta JKN di Puskesmas X Kota Surabaya Analysis of The Implementation of Tiered Referral System for Participant of National Health Security at Primary Health Center X of Surabaya, 5, 145–154.

Ratnasari, D. (2018). Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Bagi Peserta JKN di Puskesmas X Kota Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 5(2), 145. <https://doi.org/10.20473/jaki.v5i2.2017.145-154>

Republik Indonesia. (2004). *UU No 40 Tahun 2004*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.

Republik Indonesia. (2013). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Tentang Jaminan Kesehatan Nasioal*. Jakarta.

Republik Indonesia. (2014). *Peraturan Presiden RI Nomor 32 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah*. Jakarta: Kementrian Hukum dan Hak Asasi Manusia.

Senitan, M., Alhaiti, A. H., Gillespie, J., Alotaibi, B. F., & Lenon, G. B. (2017). The referral system between primary and secondary health care in Saudi Arabia for patients with type 2 diabetes: A systematic review. *Journal of Diabetes Research*, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/4183604>

Setiawati, M. E., & Nurrizka, R. H. (2019). Evaluasi pelaksanaan sistem rujukan berjenjang dalam program jaminan kesehatan nasional. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 8(1), 35–40.

Soeripto, N. D. (2019). THE IMPLEMENTATION OF CLINICAL PROCEDURES IN THE VERTICAL REFERRAL SYSTEM IN A PRIMARY HEALTHCARE CENTER. *Prosedur, Pelaksanaan Rujukan*, 7(1). <https://doi.org/10.20473/jaki.v7i1.2019.73-80>

Stevanus, T. G., Yauri, I., Ratuliu, G., Keperawatan, I., Keperawatan, F., Katolik, U., ... Persalinan, R. (2014). Eksplorasi Peran Perawat dan Bidan dalam Proses Pengambilan Keputusan Rujukan Pada Pasien dengan Persalinan Resiko Tinggi di Puskesmas Kema Minahasa Utara, (1), 271–277.

- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Manajemen*. Bandung: Alfabeta.
- Susiloningtyas, L. (2020). Sistem Rujukan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Maternal Perinatal Di Indonesia Refferal System in Maternal Perinatal Health. *Jurnal Sistem Rujukan Dalam Sistem Pelayanan*, 6–16.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews. *Joanne Briggs Institute*, 1–24. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- The Joanna Briggs Institute. (2020). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. (E. Aromataris & Z. Munn, Eds.). The Joanna Briggs Institute.
- Tuharea, F. (2018). Analisis Tanggungjawab BPJS Kesehatan Terhadap Klaim Hak-Hak Peserta BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura. *Legal Pluralism*, 8(2), 175–184.
- Weingarten, M. A., Paul, M., & Leibovici, L. (2004). Assessing ethics of trials in systematic reviews. *BMJ*, *Apr 24*; 32. <https://doi.org/doi:10.1136/bmj.328.7446.1013>

LAMPIRAN

Lampiran 1.

Preferred Reporting Items for Sistematic riviews and Meta-Analyses extension for *Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) Checklist

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a <i>Scoping Review</i> .	Click here to enter text.
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the riview questions and objectives.	Click here to enter text.
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the riview in the context of what is already known. Explain why the riview questions/objectives lend themselves to a <i>Scoping Review</i> approach.	Click here to enter text.
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the riview questions and/or objectives.	Click here to enter text.
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a riview protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	Click here to enter text.
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	Click here to enter text.
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	Click here to enter text.
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	Click here to enter text.
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the <i>Scoping Review</i> .	Click here to enter text.
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	Click here to enter text.
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	Click here to enter text.

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	Click here to enter text.
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	Click here to enter text.
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	Click here to enter text.
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	Click here to enter text.
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	Click here to enter text.
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	Click here to enter text.
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	Click here to enter text.
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	Click here to enter text.
Limitations	20	Discuss the limitations of the <i>Scoping Review</i> process.	Click here to enter text.
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	Click here to enter text.
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the <i>Scoping Review</i> . Describe the role of the funders of the <i>Scoping Review</i> .	Click here to enter text.

JBİ = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for *Scoping Reviews*.

* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a *Scoping Review* as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JBİ guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a *Scoping Review* as data charting.

§The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a *Scoping Review* (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).

From: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for *Scoping Reviews* (PRISMA_{ScR}): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169:467–473. [doi: 10.7326/M18-0850](https://doi.org/10.7326/M18-0850).

Lampiran 2. Hasil Strategi Pencarian

PUBMED

NIH National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

PubMed.gov

Search: (((((((hospital[Title/Abstract]) OR (Primary health care[Title/Abstract])) OR (Primary care[Title/Abstract])) OR (community health center[Title/Abstract])) OR (community care[Title/Abstract])) OR (clinic[Title/Abstract])) OR (clinics[Title/Abstract])) AND (((referral system[Title/Abstract]) OR (refer system[Title/Abstract]) OR (integrated referral system[Title/Abstract]) OR (integrated refer system[Title/Abstract])) AND (indonesia))

Sorted by: Best match

48 results

RESULTS BY YEAR

1980 2021

TEXT AVAILABILITY

Abstract

1 **Health Referral Enterprise Architecture Design in Indonesia.**
Handayani PW, Pinem AA, Munajat Q, Azzahro F, Hidayanto AN, Ayuningtyas D, Sartono A. Healthc Inform Res. 2019 Jan;25(1):3-11. doi: 10.4258/hir.2019.25.1.3. Epub 2019 Jan 31. PMID: 30788176 [Free PMC article.](#)
Share
OBJECTIVES: In this study an enterprise architecture (EA) was developed for a **health referral information system (HRIS)** for individual healthcare in **Indonesia** with **reference** to the Open Group Architecture Framework (TOGAF) 9.1. ...This architect ...

2 **The maternal referral mobile application system for minimizing the risk of childbirth.**
Indriani D, Desumpti MA, Triub D, Andini M, Subrenana H, Hekun C, Muladadi RD, Nisdaia TE

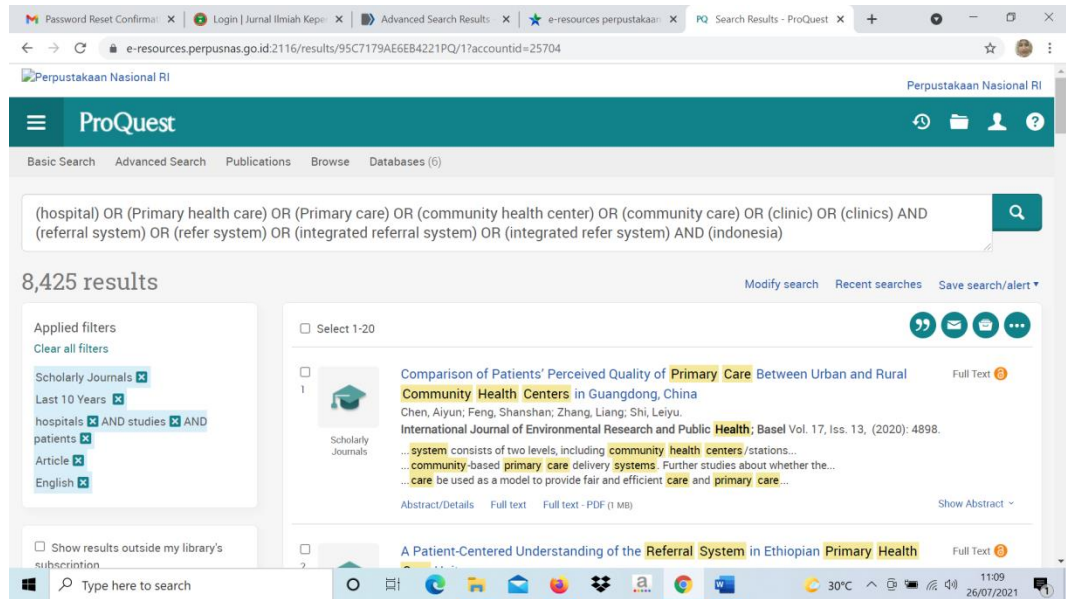
Advanced Search Results - PubMed

History and Search Details

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#4	...	>	Search: (((((((hospital[Title/Abstract]) OR (Primary health care[Title/Abstract])) OR (Primary care[Title/Abstract])) OR (community health center[Title/Abstract])) OR (community care[Title/Abstract])) OR (clinic[Title/Abstract])) OR (clinics[Title/Abstract])) AND (((referral system[Title/Abstract]) OR (refer system[Title/Abstract]) OR (integrated referral system[Title/Abstract]) OR (integrated refer system[Title/Abstract])) AND (indonesia))	48	23:53:42
#3	...	>	Search: indonesia	31,450	23:53:21
#2	...	>	Search: (((referral system[Title/Abstract]) OR (refer system[Title/Abstract])) OR (integrated referral system[Title/Abstract])) OR (integrated refer system[Title/Abstract])	107,316	23:52:46
#1	...	>	Search: (((((((hospital[Title/Abstract]) OR (Primary health care[Title/Abstract])) OR (Primary care[Title/Abstract])) OR (community health center[Title/Abstract])) OR (community care[Title/Abstract])) OR (clinic[Title/Abstract])) OR (clinics[Title/Abstract]))	1,487,877	23:50:42

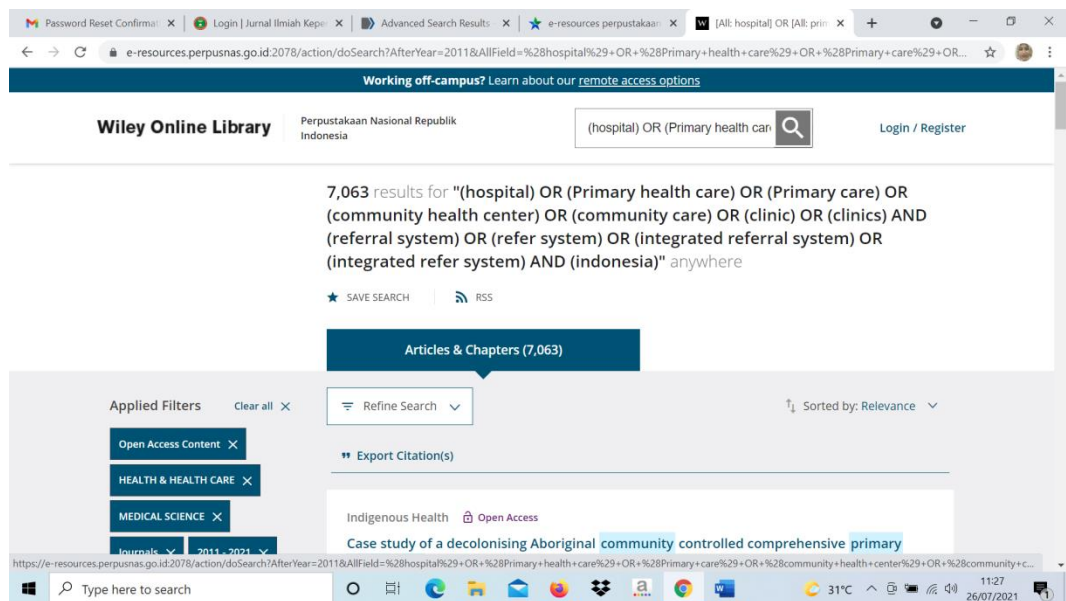
Showing 1 to 4 of 4 entries

PROQUEST



The screenshot shows the ProQuest search results page. The search query is: "(hospital) OR (Primary health care) OR (Primary care) OR (community health center) OR (community care) OR (clinic) OR (clinics) AND (referral system) OR (refer system) OR (integrated referral system) OR (integrated refer system) AND (indonesia)". The results show 8,425 items. The first result is a journal article titled "Comparison of Patients' Perceived Quality of Primary Care Between Urban and Rural Community Health Centers in Guangdong, China" by Chen, Aiyun; Feng, Shanshan; Zhang, Liang; Shi, Leiyou. The second result is "A Patient-Centered Understanding of the Referral System in Ethiopian Primary Health". The page includes filters for Applied filters (Scholarly Journals, Last 10 Years, hospitals AND studies AND patients, Article, English) and a search bar at the bottom.

WILEY



The screenshot shows the Wiley Online Library search results page. The search query is: "(hospital) OR (Primary health care) OR (Primary care) OR (community health center) OR (community care) OR (clinic) OR (clinics) AND (referral system) OR (refer system) OR (integrated referral system) OR (integrated refer system) AND (indonesia)" anywhere. The results show 7,063 items. The page includes filters for Applied Filters (Open Access Content, HEALTH & HEALTH CARE, MEDICAL SCIENCE, Journals, 2011-2021) and a search bar at the bottom. The first result is "Case study of a decolonising Aboriginal community controlled comprehensive primary health care".

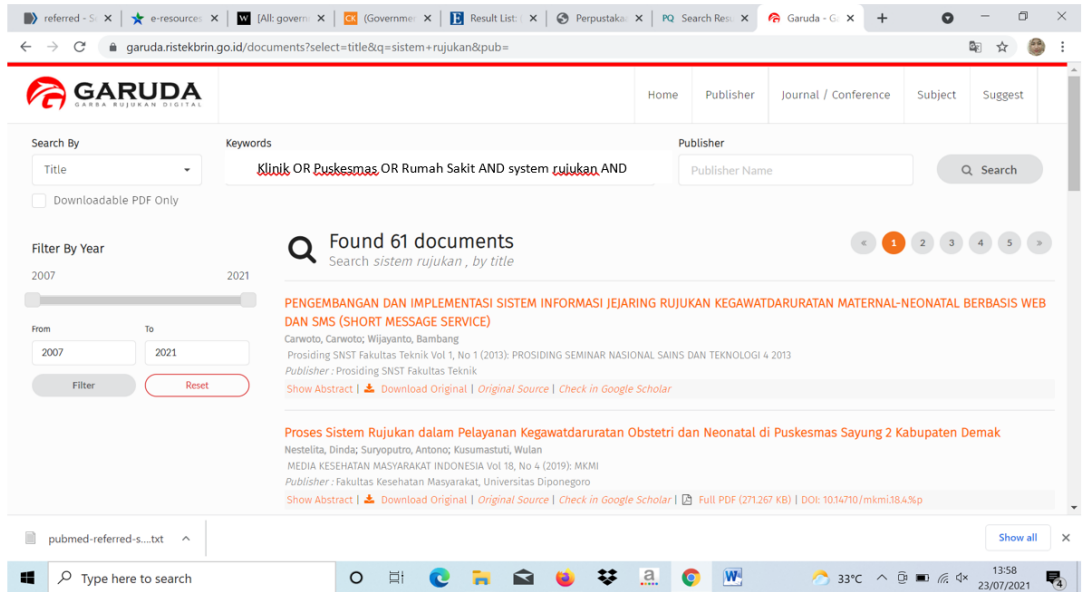
EBSCO

The screenshot shows the EBSCO search interface. The search query is "(hospital) OR (Primary health care) OR (Primary care) OR (community)". The search results page displays a list of results, with the first result highlighted: "1. Addressing social determinants of noncommunicable diseases in primary care: a systematic review." The abstract of this article is visible, mentioning "Abordar los determinantes sociales de las enfermedades no transmisibles en la atención primaria: una revisión sistemática." The interface includes a search bar, navigation tabs (New Search, Subjects, Publications, Images, Video, More), and a sidebar for refining results. The top right corner shows the logo for Perpustakaan Nasional Indonesia.

CLINICAL KEY FOR NURSING

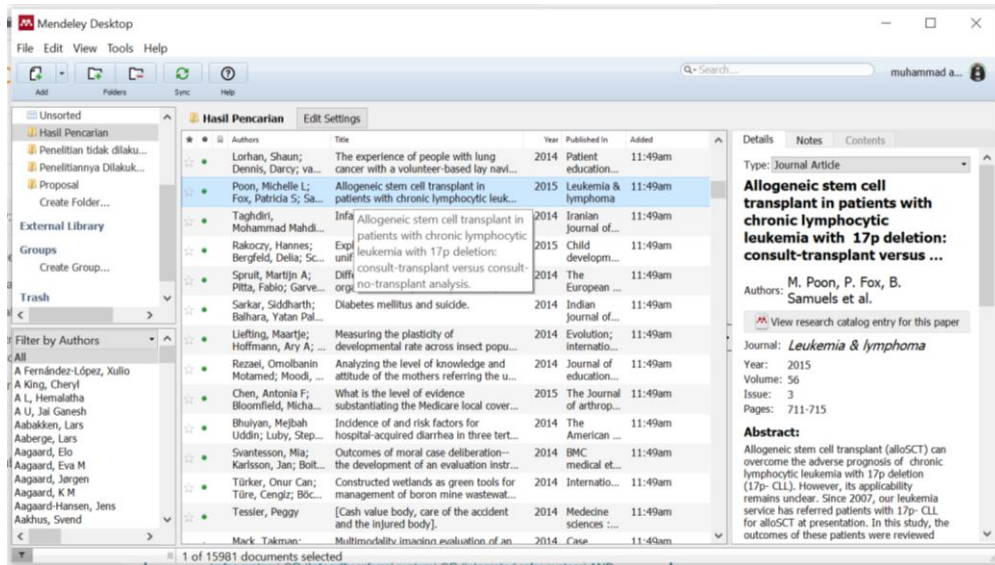
The screenshot shows the ClinicalKey for Nursing search interface. The search query is "(Government) OR (Ministry) AND ("Referral system") OR ("Refer System)". The search results page displays a list of results, with the first result highlighted: "1. 'integr' refers to multiple terms." The abstract of this article is visible, mentioning "(Government) OR (Ministry) AND ('Referral system') OR ('Refer System') OR ('Integrated Referral System') OR ('Integrated Refer System') AND (Hospital) OR ('Primary Health Care') OR ('Primary Care') OR ('Community Health Center') OR ('Community Care') OR (Clinic) OR (Clinics)". The interface includes a search bar, navigation tabs (Browse, Tools), and a sidebar for filtering results by specialties. The top right corner shows the logo for Elsevier.

GARUDA

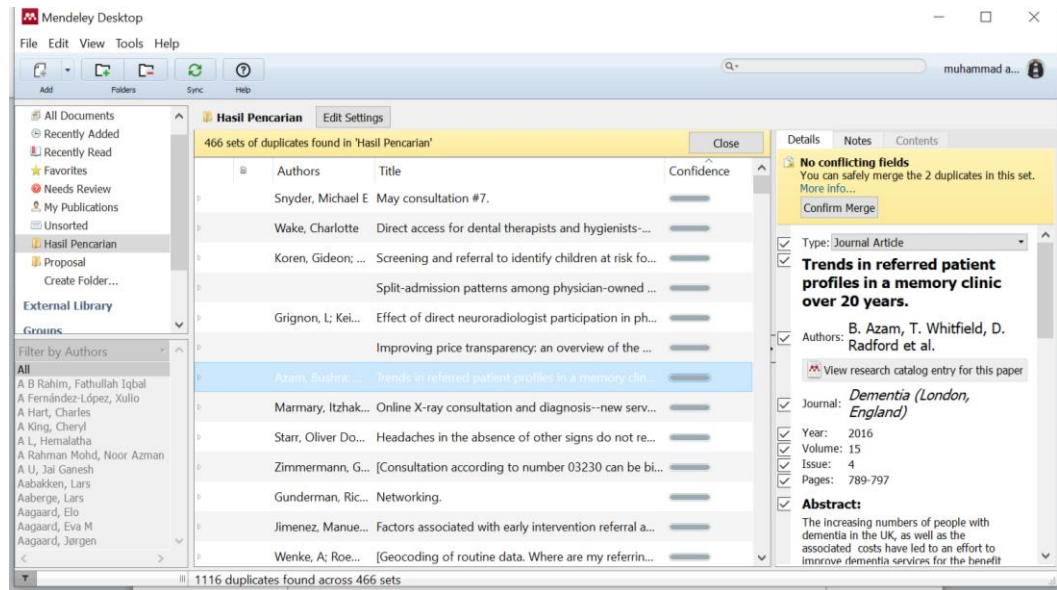


Lampiran 3 Identifikasi Studi yang Relevan

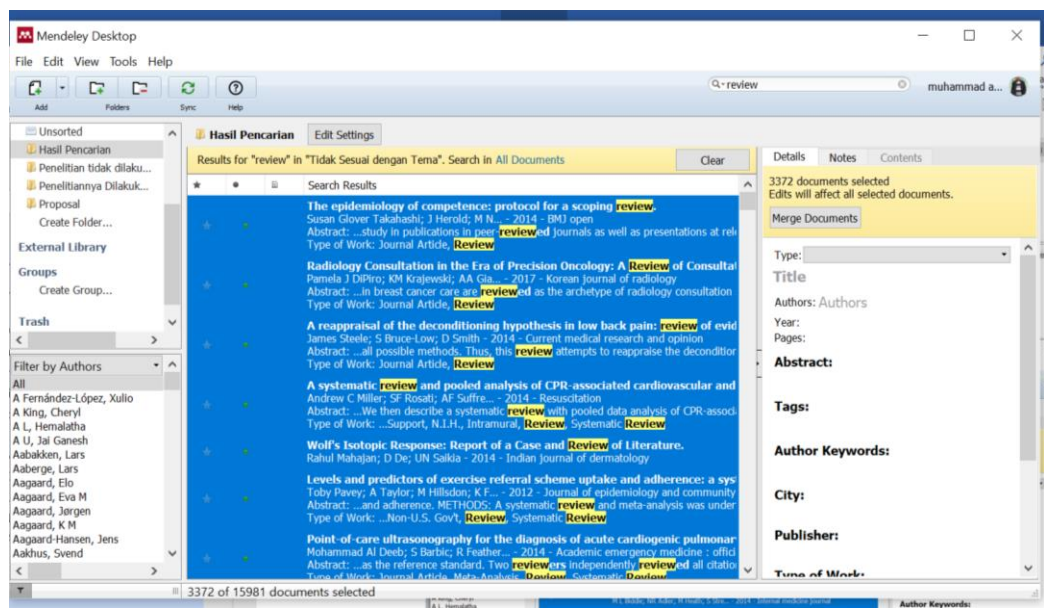
Hasil Pencarian



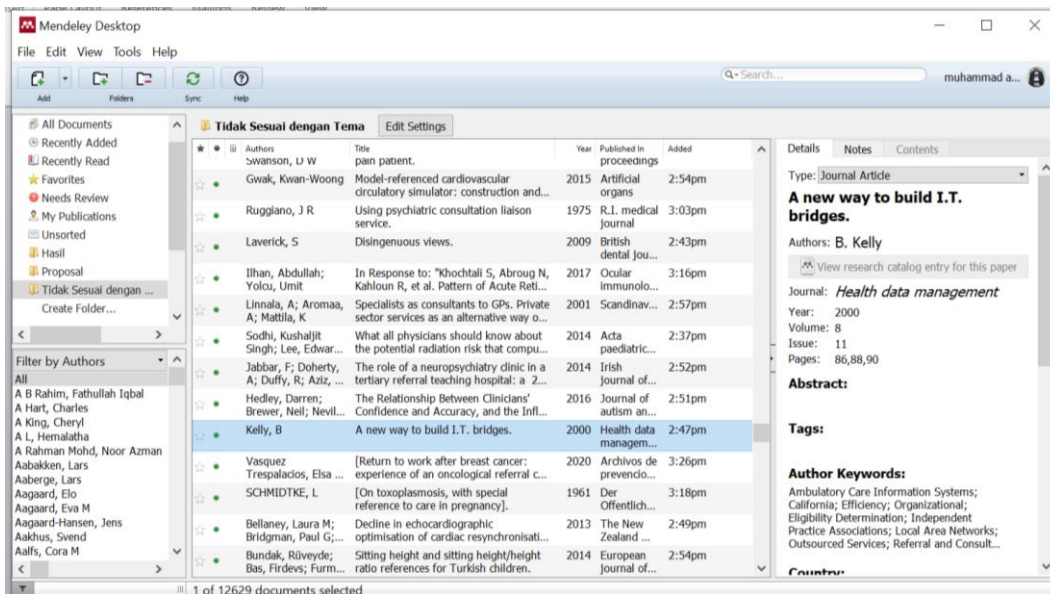
Eksklusi Duplikasi



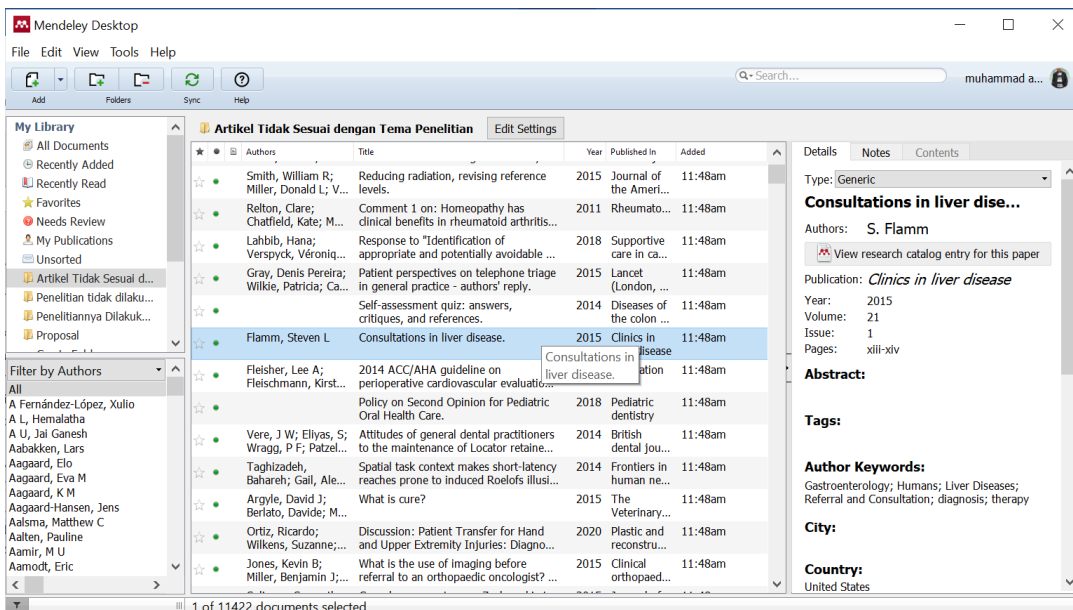
Eksklusi Artikel Review



Tidak Sesuai dengan Tema Penelitian



Eksklusi Penelitian Tidak Dilakukan di Indonesia



Inklusi Hasil yang diperoleh

The screenshot displays the Mendeley Desktop interface. The main window shows a list of articles under the heading "Artikel yang di Inklusi". The table below represents the data shown in this list:

Authors	Title	Year	Published In	Added
Santanu K; I rpiet...	and-forward teledermatology consult ...			
Moreno, Gilberto; Tran, Hue; Chia, ...	Prospective study to assess general practitioners' dermatological diagnosti...	2007	The Australasi...	Jul 23
Lewinsohn, Maya; Phillipi, Gina; Sue...	Are epilepsy surgery guidelines being followed?	2010	Neurology	Jul 23
Mozumdar, Biswita C; Hornsby, Dougl...	Radiology scheduling: preferences of users of radiologic services and impac...	2003	Academic radiology	Jul 23
Ramirez-Moreno, J M; Ollero-Ortiz, A...	Regarding emergency department consultations with neurologists. Autho...	2015	Neurologia (Barcelon...	11:48am
Ratnasari, Dwi	Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjangjang Bagi Peserta JKN di Puskes...	2018	Jurnal Administr...	1:31pm
Heryana, Ade; Unggul, Universita...	Sistem Rujukan Berjangjang pada Pelayanan Kesehatan	2020		Jul 23
Febriawati, Henni; Yandrizal, Yandriz...	Analisis Besaran dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan...	2017	Jurnal Kebijakan...	1:31pm
Dahlan, Muhammad; Sety...	Evaluasi Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional terhadap ...	2017	Jurnal Kebijakan...	1:31pm
Indra Rachmad Darmawan, Hasbu...	Refleksi Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Pelayanan K...	2017	Jurnal Kebijakan...	1:31pm
Adriana, Ave; Yeskafauzan, Andi...	Designing a health referral mobile application for high-mobility end user...	2020	Heliyon	11:48am
Iqbal Nurmansyah, Mochamad; Kilic, ...	Impact of Designing a health referral mobile application for high-	2017	Kesmas	1:31pm
Ashar, Robby; Wijayanegara, Hid...	Penilaian F mobility end users in Peserta BF Indonesia	2014	Prosiding Pendidika...	1:31pm
Susiloningtyas, Luluk; Kesehatan, ...	SISTEM RUJUKAN TERPADU SISTEM PELAYANAN KESEHATAN MATERNA...	2020		11:51am

The right-hand pane shows the details of the selected article:

Evaluasi Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Pasien Stroke di RSUP Dr. Sardjito

Authors: M. Dahlan, I. Setyopranoto, L. Trisnan...

Journal: *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : J...*

Year: 2017
Volume: 6
Issue: 2
Pages: 73-82

Abstract:
ABSTRACT Background: Since 2014, Indonesia has implemented universal health coverage. In Indonesia, it was named as Jaminan Kesehatan Nasional or JKN. "Quality control and cost control" is the tagline of these program. Health provider such as doctors, nurses and the others health provider must control the quality and the



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
Alamat : Kampus Baru Padhang-padhang Kab. Majene, Sulawesi Barat.
Email: kometikpenelitian.fikes@gmail.com

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK
RECOMMENDATIONS FOR APPROVAL OF ETHICS
Nomor : 010/UN55.A/ KOM.ETIK/2021

Dalam upaya melindungi subjek penelitian kesehatan, Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sulawesi Barat telah mengkaji dengan teliti dan seksama protokol penelitian sebagai berikut :

Judul Penelitian : **Sistem Rujukan Pada Pelayanan Kesehatan Berbasis Pemerintah:
*A Scoping Review***


Peneliti Utama : Muhammad Adjiz Zuhri., S.Kep.,Ns

Nama Institusi : Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin

Dengan ini menyatakan bahwa menyetujui protokol tersebut diatas.



Majene : 30 Juli 2021
Ketua Komisi Etik Penelitian


Muhammad Irwan, S.Kep.,Ns,M.Kes
Np. 19780926 200502 1 010