

# MANAJEMEN SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

## TEORI DAN IMPLEMENTASI

Erni Febrianti  
Muh. Chandra Alim  
Rika Kurnia Kandacong  
Annisa Suwahu  
Nurul Pratiwi Army  
Yusniar Anggraeny



# **MANAJEMEN SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN PRIMER: TEORI DAN IMPLEMENTASI**

**Penulis:**

Erni Febrianti  
Muh. Chandra Alim  
Rika Kurnia Kandacong  
Annisa Suwahr  
Nurul Pratiwi Army  
Yusniar Anggraeny

Penerbit  
**FATIMA PRESS**  
2026

# **MANAJEMEN SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN PRIMER: TEORI DAN IMPLEMENTASI**

ISBN: 978-634-7368-21-8

**Penulis:**

Erni Febrianti  
Muh. Chandra Alim  
Rika Kurnia Kandacong  
Annisa Suwahru  
Nurul Pratiwi Army  
Yusniar Anggraeny

**Editor:**

Antonius Primus

**Penerbit:**

FATIMA PRESS  
Jl. Ganggawa, No. 22, Kel. Ujung Bulu,  
Kec. Ujung, Kota Parepare, Sulawesi Selatan  
<https://www.lppmfatimaparepare.org/index.php/FATIMA>  
Email: [sentosaibu.28@gmail.com](mailto:sentosaibu.28@gmail.com);  
Tlp/Hp. 0813 5670 8769

Ketentuan Pidana Pelanggaran Hak Cipta, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2002, Tentang Hak Cipta, Pasal 72:

- (1) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
- (2) Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Terbit di Parepare, 20 Maret 2026

**Hak Cipta Dilindungi Undang Undang.**

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

### Perpustakaan Nasional RI : Katalog Dalam Terbitan (KDT)

JUDUL DAN PENANGGUNG JAWAB	Manajemen sistem rujukan pelayanan kesehatan primer : teori dan implementasi / penulis, Erni Febrianti, Muh. Chandra Alim, Rika Kurnia Kandacong, Annisa Suwahru, Nurul Pratiwi Army, [dan 1 lainnya] ; editor, Antonius Primus
PUBLIKASI	Parepare : Fatima Press, 2026
DESKRIPSI FISIK	131 halaman : ilustrasi ; 23 cm
IDENTIFIKASI	ISBN 978-634-7368-21-8 (PDF)
SUBJEK	Kesehatan, Pelayanan - Manajemen
KLASIFIKASI	362.106 8 [23]
PERPUSNAS ID	<a href="https://isbn.perpusnas.go.id/bo-penerbit/penerbit/isbn/data/view-kdt/1388323">https://isbn.perpusnas.go.id/bo-penerbit/penerbit/isbn/data/view-kdt/1388323</a>



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas selesainya penyusunan buku berjudul “Manajemen Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Primer: Teori dan Implementasi”. Buku ini hadir sebagai respon atas dinamika penyelenggaraan jaminan kesehatan di Indonesia yang menempatkan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebagai *gate keeper* atau penjaga gawang utama.

Dengan fokus pada penguatan pelayanan kesehatan dasar, buku ini disusun untuk memberikan pemahaman mendalam mengenai alur rujukan yang efektif demi menjamin mutu pelayanan yang berkelanjutan bagi seluruh lapisan masyarakat. Penulisan buku ini dilatarbelakangi oleh fenomena tingginya angka rujukan dari FKTP ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut yang sering kali melampaui standar maksimal 15%

untuk rujukan spesialistik. Melalui kajian komprehensif, para penulis menganalisis berbagai faktor yang mempengaruhi pelaksanaan rujukan, mulai dari kesiapan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK), kelengkapan fasilitas alat, hingga ketersediaan obat-obatan. Pembahasan di dalamnya tidak hanya berhenti pada teori, tetapi juga menyajikan data faktual serta analisis mengenai hambatan regulasi dan proses di lapangan. Salah satu poin krusial yang diangkat dalam buku ini adalah pentingnya pemahaman tenaga medis terhadap 155 diagnosis penyakit yang seharusnya dapat dituntaskan di tingkat puskesmas tanpa harus dirujuk. Ketidakefektifan sistem rujukan tidak hanya berdampak pada penumpukan pasien di rumah sakit, tetapi juga menurunkan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Oleh karena itu, buku ini mengupas tuntas bagaimana manajemen rujukan berbasis sistem online dan penguatan kompetensi SDM dapat menjadi solusi strategis dalam mengoptimalkan peran fasilitas kesehatan primer.

Akhir kata, kami berharap buku ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi akademisi, praktisi kesehatan, maupun pengambil kebijakan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Kami menyadari bahwa sistem

rujukan yang kuat adalah kunci bagi keberhasilan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang berkeadilan. Semoga karya kolektif dari Erni Febrianti dan rekan-rekan ini memberikan kontribusi nyata bagi transformasi pelayanan kesehatan primer yang lebih baik di masa depan.

Buku ini merupakan panduan esensial yang membedah kompleksitas manajemen rujukan di tingkat primer secara tajam dan solutif. Dengan memadukan teori manajemen kesehatan dan realitas implementasi JKN di Indonesia, para penulis berhasil menyajikan peta jalan bagi penguatan peran Puskesmas dan Klinik sebagai ujung tombak pelayanan. Sebuah bacaan wajib bagi setiap tenaga kesehatan dan pengelola fasilitas kesehatan yang berkomitmen pada efisiensi dan kualitas pelayanan publik.

Majene, 20 Maret 2026

Penulis

# DAFTAR ISI

Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi .....	ix
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
BAB 2 SISTEM KESEHATAN NASIONAL INDONESIA .....	16
BAB 3 JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) .....	21
BAB 4 PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT .....	26
BAB 5 MODEL SISTEM KESEHATAN DAN PELAKSANAAN RUJUKAN .....	45
BAB 6 GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN .....	54
BAB 7 SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN DAN PELAKSANAAN RUJUKAN .....	74
BAB 8 KETERSEDIAAN FASILITAS RUJUKAN RAWAT JALAN .....	93
BAB 9 KETERSEDIAAN OBAT DAN BAHAN MEDIK.....	99
BAB 10 PEMAHAMAN SISTEM RUJUKAN BERJENJANG ..	105
BAB 11 PEMAHAMAN 155 KASUS PENYAKIT DI FKTP ....	110

BAB 12 KESIMPULAN DAN SARAN .....	114
DAFTAR PUSTAKA .....	118
TENTANG PENULIS .....	126



# PENDAHULUAN

# 1

Pembangunan kesehatan merupakan bagian terpadu dari pembangunan sumber daya manusia dalam mewujudkan bangsa yang maju dan mandiri serta sejahtera lahir dan batin (Adisasmito, 2014). Salah satu ukuran yang dapat kita lihat yang menjadikan bangsa itu masuk dalam kategori maju dengan derajat kesehatan yang tinggi. Indonesia sebenarnya telah mempunyai sistem kesehatan sejak tahun 1982 melalui Sistem Kesehatan Nasional.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) di Indonesia mendukung berjalannya program jaminan kesehatan secara optimal melalui penerapan sistem rujukan berjenjang dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) menuju Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) sesuai dengan kebutuhan medis, sehingga pasien dapat berobat ke fasilitas kesehatan primer seperti puskesmas, klinik atau dokter keluarga yang ter-

cantum pada Kartu Peserta BPJS Kesehatan (Wahyuddin, 2017).

Hal ini bertujuan untuk menghindari peningkatan rujukan atau menumpuknya pasien dirumah sakit sebagai FKTL sehingga pembagian tugas antara tenaga medis di FKTP dan FKTL tidak bersinergi dengan baik karena ada penyakit yang seharusnya bisa diatasi di Puskesmas tanpa harus memberikan rujukan ke Rumah Sakit.

Gate Keeper atau penapis rujukan menurut Abdullah dkk., (2014) merupakan suatu sistem pelayanan kesehatan dimana puskesmas berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar yang berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan medik dan mampu melayani 155 diagnosis secara baik dan tuntas.

Rujukan kesehatan merupakan salah satu program dalam subsistem upaya kesehatan. Sedangkan tujuan dilaksanakannya kebijakan rujukan karena untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat dengan didasarkan atas tanggung jawab bersama antara semua unit pelayanan kesehatan. Sehingga rujukan ini diharapkan dapat lebih memberikan pelayanan yang berkualitas dalam mengatasi dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sehingga dengan adanya sistem rujukan yang dilaksanakan dengan baik diharap-

kan dapat memberikan pelayanan kesehatan secara bermutu dimana tujuan pelayanan dapat dicapai tanpa harus menggunakan biaya yang mahal. Menurut Taher (2013), masih ada masyarakat yang belum tahu teknis mendapatkan pelayanan sesuai dengan aturan 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. Masyarakat yang datang ke rumah sakit sekunder, akan dilayani jika sudah mendapatkan rujukan dari pelayanan kesehatan primer, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 001/2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. Aturan ini diterbitkan agar Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat berjalan baik.

Berdasarkan data BPJS Kesehatan per Triwulan III Tahun 2015 di Indonesia tercatat 152.173.216 atau sekitar 33,33% pasien BPJS rujukan dari FKTP ke FKTL dari total angka kunjungan peserta BPJS Kesehatan ke FKTP sebanyak 3,5 juta kunjungan perbulan, sedangkan keadaan sampai dengan bulan Juli tahun 2016 tercatat 4.779.380 atau 14,17 % pasien BPJS rujukan dari FKTP ke FKTL dari total angka 33.721.051 kunjungan pasien peserta BPJS ke FKTP (Wahyuddin, 2017). Sementara untuk di Kota Makassar, berdasarkan data BPJS Kesehatan Kantor Cabang Makassar tahun 2018 untuk rujukan Fasilitas

Kesehatan terdapat 162 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang ada di kota Makassar yang terdiri dari Puskesmas, Klinik, dan Dokter Perorangan tampak bahwa masih tingginya persentase rujukan pada beberapa FKTP tersebut. Dimana data tersebut menunjukkan ada 60 FKTP (37%) dengan persentase rujukan di atas 15%. Sedangkan standar persentase rujukan yang diberikan BPJS Kesehatan kepada FKTP yang bekerja sama bahwa untuk rujukan spesialisik dengan standar maksimal 15% dan untuk rujukan non-spesialistik dengan standar maksimal 5% (BPJS, 2017).

Dari data tersebut, penting untuk mengetahui lebih jauh apa yang menjadi penyebab dari masih tingginya angka rujukan yang ada di Kota Makassar. Kondisi ini bersumber dari penyedia layanan atautkah bersumber dari faktor lain. Dimana untuk penyedia layanan dalam hal ini Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan komponen yang ada di dalamnya yaitu Sumber Daya Manusia, Fasilitas Alat, Ketersediaan Obat-Obatan, dan upaya kesehatan memiliki andil dalam penyelenggaraan sistem kesehatan yang menghasilkan pelaksanaan rujukan yang tidak maksimal sehingga masih terlihat angka rujukan yang tinggi. Selain itu, komponen lain yang ada dalam pelaksanaan rujukan selain FKTP sebagai penyedia layanan juga terdapat komponen proses (regulasi) sebagai salah satu

faktor penentu sehingga pelaksanaan rujukan itu terjadi. Sehingga perlu menganalisis hal-hal yang menjadikan persentase rujukan di Kota Makassar ini masih tinggi dan apakah komponen penyedia layanan atau komponen proses (regulasi) yang menjadi andil terbesar dalam pelaksanaan rujukan ini.

Dalam sejumlah penelitian, khususnya penelitian yang pernah dilakukan di Puskesmas Siko dan Puskesmas Kalumata Kota Ternate memperoleh hasil bahwa puskesmas belum menjalankan fungsinya sebagai *gate keeper* atau pintu masuk sehingga pelaksanaan rujukan belum berjalan dengan baik, ketersediaan obat-obatan yang terbatas bahkan terjadi kekosongan dan kelengkapan fasilitas penunjang alat kesehatan medis yang minim serta pemahaman petugas tentang penapis rujukan sudah baik namun dalam prakteknya tidak mengikuti aturan yang ditetapkan (Abdullah dkk., 2014).

Dalam suatu penelitian yang dilakukan di Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara dan Sulawesi Barat diperoleh hasil bahwa untuk sistem rujukan masyarakat mengeluhkan sistem rujukan tersebut karena kadang mereka dirujuk ke RS yang jauh padahal ada RS yang letaknya lebih dekat dari tempat tinggal mereka dan sebagian petugas di puskesmas belum memahami tentang sistem rujukan dengan 155 kasus penyakit dan sering pasien menjadikan

puskesmas sebagai tempat meminta rujukan (Maidin & Palutturi, 2014).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Mutia (2015) didapatkan hasil bahwa pelaksanaan sistem rujukan di puskesmas belum dapat dilaksanakan dengan baik, dilihat dari pengalaman tenaga pelaksana tentang kebijakan sistem rujukan tergolong kurang baik, ketersediaan alat dan fasilitas kesehatan masih minim, dan dalam proses pelaksanaan penanganan 155 kasus penyakit di Puskesmas masih terdapat merujuk kasus yang masih dapat ditangani di Puskesmas. Sejumlah penelitian lainnya, menyatakan bahwa belum efektifnya sistem rujukan di Indonesia berdampak pada penumpukan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan sehingga terjadi pemanfaatan tenaga terampil dan peralatan canggih secara tidak tepat guna dan menurunnya kualitas pelayanan kesehatan (Lony, 2015). Dengan adanya penelitian sebelumnya dimana sistem rujukan yang belum berjalan dengan baik ditandai dengan tingginya rujukan dan belum berjalannya dengan baik SDM Kesehatan serta sarana dan prasarana yang mendukung pelaksanaan rujukan tersebut akan memunculkan berbagai persepsi yang salah di masyarakat tentang pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan diantaranya persepsi bahwa tingkat kesehatan masyarakat khususnya masyarakat yang tinggal di kota Makassar masih rendah karena banyak

pasien Puskesmas ataupun Klinik yang harus dirujuk ke Rumah Sakit guna mendapat perawatan lebih lanjut.

Persepsi lainnya yang akan muncul bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas masih kurang memuaskan atau persepsi lainnya bahwa fasilitas kesehatan yang ada pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama tidak lengkap sehingga pasien banyak yang dirujuk ke Rumah Sakit. Guna mengetahui fakta sebenarnya dari tingginya rujukan rawat jalan tingkat pertama ini, maka haruslah diketahui penyebabnya untuk meluruskan persepsi yang terlanjur melekat di masyarakat, khususnya yang berhubungan tentang pelayanan kesehatan bagi pasien peserta BPJS Kesehatan. Sehingga jika penyebabnya telah diketahui dengan jelas maka akan dapat dicari solusi yang tepat guna untuk menurunkan angka rujukan rawat jalan tingkat pertama ini.

# 2

## SISTEM KESEHATAN NASIONAL INDONESIA

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Sumartono, 2012).

### 1. Lingkungan penyelenggaraan SKN

Penyelenggaraan sistem kesehatan di Indonesia menerapkan pendekatan kesisteman, apabila melihat dari tinjauan perkembangan di Indonesia dan juga memperhatikan unsur-unsur pembangunan kesehatan di berbagai negara di dunia, maka unsur-unsur penyelenggara sistem kesehatan dapat meliputi bagian-bagian berikut:

#### a. Masukan (*Input*)

Input adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut. Unsur masukan

dalam sistem kesehatan adalah subsistem sumber daya manusia, pembiayaan, obat dan perbekalan kesehatan, serta subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan (Adisasmito, 2014).

Pada penelitian sebelumnya dimana SDM Kesehatan, obat-obatan dan bahan medik habis pakai berpengaruh terhadap peningkatan rujukan pasien dari FKTP ke FKTL seperti yang telah dilakukan pada seluruh puskesmas di Kabupaten Jember dengan hasil penelitian bahwa terjadinya peningkatan masalah rujukan oleh karena keinginan pasien. Selain itu kurangnya obat-obatan dan bahan medis habis pakai di puskesmas, kurangnya peralatan medis di puskesmas, kurangnya SDM, tenaga dokter yang meloloskan rujukan yang tidak sesuai serta Rumah Sakit yang menerima rujukan atau tidak adanya rujukan balik dari Rumah Sakit ke Puskesmas dan tidak adanya penyeleksian penyakit yang ditangani di Puskesmas yang mana yang harus dirujuk (Purwati, 2016).

Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di Jerman Substansi *General Practitioners and Dutch Primary Care (GPs)* sudah tidak memberikan rujukan atas permintaan atau intervensi pasien, rujukan pasien berdasarkan indikator yang telah ditetapkan

kan dilakukan berdasarkan profesionalisme, objektif, sistematis dan screening pasien (Baouma, 2016).

b. Proses (*Process*)

Proses adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan. Unsur proses dalam sistem kesehatan adalah subsistem upaya kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat dan subsistem manajemen kesehatan meliputi perencanaan, administrasi, regulasi, dan legalitas (Adisasmito, 2014).

Dalam hal ini pada bagian manajemen kesehatan akan lebih melihat kepada proses regulasi. Dimana demi berjalannya sebuah sistem membutuhkan suatu regulasi (standar pelaksanaan) dari tingkat yang lebih tinggi terutama regulasi pemerintah. Regulasi ini mengcover mengenai kondisi lingkungan secara fisik, *pharmaceuticals*, fasilitas dan kesehatan personal dan jasa pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian yang dilakukan pada FKTP Klinik Sat Brimob Polda Riau menemukan hasil bahwa jumlah ketenagaan kesehatan yang kurang sangat mempengaruhi peningkatan jumlah kunjungan dan rujukan dengan alasan infrastruktur, sarana

dan prasarana serta penunjang laboratorium dan penegakan 155 diagnosis penyakit masih belum memadai (Maimun & Tobing, 2016).

c. Keluaran (*Output*)

Output adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses suatu sistem kesehatan adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan yang berhasil guna, berdaya guna, bermutu, merata dan berkeadilan yang tampilannya dapat dilihat dari derajat kesehatan masyarakat Indonesia (Adisasmito, 2014).

Lingkungan adalah dunia diluar sistem yang tidak dikelola sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem. Unsur lingkungan dalam sistem kesehatan adalah berbagai keadaan yang menyangkut ideologi, politik, ekonomi, sosial, budaya, pertahanan dan keamanan baik nasional, regional, maupun global yang berdampak pada pembangunan kesehatan.

## **2. Lingkup Pelayanan Kesehatan**

Tingkat pelayanan kesehatan menurut (Permenkes RI, 2012 ) terdiri dari sebagai berikut:

- a. Tingkat pelayanan pertama/*Primary Health Service*  
Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan

oleh dokter dan dokter gigi di puskesmas, puskesmas perawatan, tempat praktik perorangan, klinik pratama, klinik umum di balai/lembaga pelayanan kesehatan, dan rumah sakit pratama.

- b. Tingkat pelayanan kedua/*secondary health service*  
Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialisik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik.
- c. Tingkat pelayanan ketiga/*Tertiary Health Service*  
Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan sub spesialisik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi sub spesialisik.

# JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)

## 3

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

Maka bisa disimpulkan bahwa perbedaan di antara keduanya ini adalah bahwa JKN merupakan nama programnya, sedangkan BPJS merupakan badan penyelenggaranya yang kerjanya nanti diawasi oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional).

Prinsip-prinsip penyelenggaraan yang tertuang dalam (Permenkes RI, 2014) tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional meliputi sebagai berikut:

### **1. Prinsip-prinsip Jaminan Kesehatan Nasional**

Prinsip Prinsip Penyelenggaraan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) mengacu pada prinsip-prinsip sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yaitu:

#### a. Prinsip Kegotongroyongan

Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), prinsip gotong-royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaannya bersifat wajib untuk seluruh penduduk.

#### b. Prinsip Nirlaba

Dana yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah dana amanah yang dikumpulkan dari masyarakat secara nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Tujuan utamanya adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

- c. Prinsip Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.  
Prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.
- d. Prinsip Portabilitas  
Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- e. Prinsip Kepesertaan bersifat wajib  
Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah, serta kelayakan penyelenggaraan program.
- f. Prinsip Dana Amanah  
Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.
- g. Prinsip Hasil pengelolaan dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

## **2. Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional**

Peserta dan Kepesertaan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional yang diatur dalam (Permenkes RI, 2014) yaitu:

1. Peserta dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayar pemerintah. Peserta program JKN terdiri dari Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan yang merupakan fakir miskin dan orang tidak mampu dan peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan yaitu pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya serta bukan pekerja dan anggota keluarganya.
2. Peserta Jaminan Kesehatan Nasional diberikan nomor identitas tunggal oleh BPJS
3. Anak pertama sampai dengan anak ketiga dari peserta pekerja penerima upah sejak lahir secara oto-

matis dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

4. Bayi baru lahir dari peserta pekerja bukan penerima upah, peserta bukan pekerja, peserta pekerja penerima upah untuk anak keempat dan seterusnya harus didaftarkan selambat-lambatnya 3 x 24 jam hari kerja sejak yang bersangkutan dirawat kurang dari 3 hari. Jika sampai waktu yang telah ditentukan pasien tidak dapat menunjukkan nomor identitas peserta JKN maka pasien dinyatakan sebagai pasien umum.
5. Menteri sosial berwenang menetapkan data kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI). Selama seseorang ditetapkan sebagai PBI, maka yang bersangkutan berhak mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional.
6. Sampai ada pengaturan lebih lanjut oleh pemerintah tentang jaminan kesehatan bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) maka gelandangan, pengemis, orang terlantar dan lain-lain menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Demikian juga untuk penghuni panti-panti sosial serta penghuni rutan/lapas yang miskin dan tidak mampu.

### 3. **BPJS Kesehatan**

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menyatakan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Dimana BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 mengatur dimana BPJS bertugas untuk:

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah
4. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
6. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial
7. Memberikan informasi mengenai penyelengga-

raan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

#### **4. Sistem Rujukan Pasien BPJS**

Rujukan upaya kesehatan adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab secara timbal balik baik horizontal dan vertikal maupun struktural dan fungsional terhadap penyakit atau masalah penyakit atau permasalahan kesehatan. Rujukan dibagi dalam rujukan medik yang berkaitan dengan pengobatan dan pemulihan berupa pengiriman pasien (dengan spesimen), dan pengetahuan tentang penyakit. Sedangkan rujukan kesehatan dikaitkan dengan upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan berupa sarana, teknologi dan operasional (Retnaningsih, 2013).

Dalam pandangan Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan (2006) upaya kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas dibagi dalam dua macam rujukan yaitu:

a) Rujukan Upaya Kesehatan Perorangan

Rujukan upaya kesehatan perorangan seperti: rujukan kasus untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan medik. Kemudian rujukan bahan pemeriksaan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap. Serta rujukan ilmu pengetahuan antara lain mendatangkan tenaga yang lebih kompeten untuk

melakukan bimbingan tenaga puskesmas dan ataupun menyelenggarakan pelayanan medik di puskesmas.

b) Rujukan Upaya Kesehatan Masyarakat

Rujukan upaya kesehatan masyarakat seperti: rujukan sarana logistik, rujukan tenaga dan rujukan operasional. Dimana rujukan operasional dilakukan apabila puskesmas tidak mampu.

1) Sistem rujukan nasional

Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik *vertical* maupun *horizontal* (Permenkes, 2012).

Sederhananya, sistem rujukan ini mengatur dari mana dan akan ke mana pasien tersebut dengan gangguan kesehatan yang dideritanya untuk memeriksakan keadaan sakitnya tersebut.

Pada sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pelayanan akan lebih difokuskan pada pelayanan kesehatan tingkat pertama. Dengan tujuan untuk menekan tingginya pasien yang berkunjung ke rumah sakit sehingga rumah sakit kewalahan dengan membludaknya pasien yang berkunjung. Sehingga dalam hal ini, pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan

yang ada untuk mewujudkannya perlu adanya peran organisasi profesi tenaga kesehatan yang memiliki peran menjaga kompetensi anggotanya (BPJS, 2014).

- 2) Sistem rujukan berjenjang pasien BPJS  
Pelayanan kesehatan dilakukan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Kemudian pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Serta pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama. Namun dikecualikan pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, dan pertimbangan geografis (Permenkes, 2012).
- 3) Tata cara pelaksanaan sistem rujukan berjenjang  
Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis sebagai berikut:
  - a. Rujukan Vertikal  
Rujukan vertikal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan dapat dilakukan dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang

lebih tinggi atau sebaliknya. Dilakukan apabila pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik atau sub spesialistik dan perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan (Permenkes, 2012)

b. Rujukan Horizontal

Rujukan horizontal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan dan dilakukan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap (Permenkes, 2012)

c. Rujuk Balik

Rujuk Balik adalah sejenis layanan rawat jalan yang diperuntukkan bagi pasien yang memiliki penyakit kronis yang membutuhkan perawatan dari dokter spesialis di rumah sakit. Dengan adanya rujuk balik maka pasien yang memiliki penyakit kronis tidak harus selalu datang berobat jalan ke rumah sakit untuk mendapatkan resep dari dokter spesialis, melainkan mereka

cukup datang ke faskes tingkat satu dengan membawa berkas rujuk balik untuk dibuatkan salinan resep dari dokter spesialis untuk dapat ditebus di apotek yan sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan guna mendapatkan obat fornas (formulasi nasional) yang sudah dijamin oleh BPJS Kesehatan (Mboi, 2014).

# 4

## PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT

Upaya kesehatan primer adalah upaya kesehatan dimana terjadi kontak pertama secara perorangan atau masyarakat dengan pelayanan kesehatan melalui mekanisme rujukan timbal-balik, termasuk penanggulangan bencana dan pelayanan gawat darurat. Pelayanan kesehatan perorangan primer diselenggarakan oleh tenaga kesehatan yang dibutuhkan dan mempunyai kompetensi seperti yang ditetapkan sesuai ketentuan berlaku serta dapat dilaksanakan di rumah, tempat kerja, maupun fasilitas kesehatan perorangan primer baik puskesmas dan jaringannya, serta fasilitas kesehatan lainnya milik pemerintah, masyarakat, maupun swasta (Retnaningsih, 2013).

### 1. Pengertian Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan

yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes, 2014).

## **2. Tujuan Puskesmas**

Menurut Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang:

- a. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat;
- b. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
- c. Hidup dalam lingkungan sehat;
- d. Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

## **3. Program Pokok Puskesmas**

Secara umum kegiatan pelayanan di Puskesmas dapat dikelompokkan dalam dua kelompok menurut Farich (2012) yaitu:

- a. Kegiatan dalam gedung Puskesmas yaitu semua

pelayanan kesehatan yang dilaksanakan dalam gedung puskesmas dan puskesmas pembantu yang meliputi promosi kesehatan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, perbaikan gizi, kesehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular dan pengobatan dasar.

- b. Kegiatan diluar gedung Puskesmas yaitu semua pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di luar gedung Puskesmas dan Puskesmas pembantu seperti misalnya:
  - 1) Promosi kesehatan, pelayanan Posyandu, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), Pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat, pembinaan kelompok-kelompok masyarakat dan di institusi dan sebagainya.
  - 2) Kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana yaitu pelayanan KIA dan KB di Posyandu, Pondok Bersalin Desa, Pos Kesehatan Desa dan sebagainya.
  - 3) Perbaikan gizi, melalui Pembinaan Gizi Keluarga (UPGK), Posyandu dan sebagainya.
  - 4) Kesehatan lingkungan, pembinaan kesehatan lingkungan baik di masyarakat, sekolah, dan tempat kerja.
  - 5) Pemberantasan penyakit menular meliputi

pengecegan (imunisasi, pemberantasan sarang nyamuk) dan pemberantasan penyakit menular (eliminasi rabies, pengawasan minum obat TB baru dan sebagainya).

- 6) Pengobatan yaitu pengobatan di puskesmas keliling, pos kesehatan desa dan sebagainya.

Sedangkan menurut Sutisna (2011) standar pelayanan minimal bidang kesehatan di Puskesmas yaitu:

- a. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi
- b. Pelayanan Kesehatan anak Prasekolah dan Usia Sekolah
- c. Pelayanan Keluarga Berencana (Cakupan Peserta KB Aktif)
- d. Pelayanan Imunisasi Desa/Kelurahan
- e. Pelayanan Pengobatan/perawatan
- f. Pelayanan Kesehatan Jiwa
- g. Pemantauan Pertumbuhan Balita
- h. Pelayanan Gizi
- i. Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Penunjang Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar dan Komprehensif (PONED dan PONEK)
- j. Pelayanan Gawat Darurat
- k. Penyelenggaraan Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa dan Gizi Buruk

- l. Pencegahan dan pemberantasan penyakit Polio
- m. Pencegahan dan pemberantasan penyakit TB Paru
- n. Pencegahan dan pemberantasan penyakit ISPA
- o. Pencegahan dan pemberantasan penyakit HIV/AIDS
- p. Pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD
- q. Pencegahan dan pemberantasan penyakit Diare
- r. Pelayanan kesehatan lingkungan di Institusi yang dibina
- s. Pelayanan pengendalian Vektor rumah/bangunan bebas jentik nyamuk aedes
- t. Pelayanan hygiene sanitasi di tempat umum yang memenuhi syarat
- u. Penyuluhan Perilaku Sehat
- v. Penyuluhan pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan Narkoba, Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA) berbasis masyarakat
- w. Pelayanan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan ketersediaan obat sesuai kebutuhan

- x. Pelayanan penggunaan Obat Generik
- y. Penyelenggaraan pembiayaan untuk kebutuhan pelayanan kesehatan perorangan
- z. Penyelenggaraan pembiayaan untuk keluarga miskin dan masyarakat rentan.

#### **4. Sarana dan Prasarana Puskesmas**

##### **a. Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)**

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2018 tentang pengawasan di bidang kesehatan menyebutkan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan, Tenaga Kesehatan dikelompokkan yaitu:

- 1) Tenaga Medis
- 2) Tenaga Psikologi Klinis
- 3) Tenaga Keperawatan
- 4) Tenaga Kebidanan
- 5) Tenaga Kefarmasian
- 6) Tenaga Kesehatan Masyarakat

- 7) Tenaga Kesehatan Lingkungan
  - 8) Tenaga Gizi
  - 9) Tenaga Keterampilan Fisik
  - 10) Tenaga Keteknisian Medis
  - 11) Tenaga Teknik Biomedika
  - 12) Tenaga Kesehatan Tradisional
  - 13) Tenaga Kesehatan Lain
- b. Ketersediaan Obat di Puskesmas

Tahapan dalam pemenuhan obat dan perbekalan kesehatan yaitu mulai dari pembiayaan dalam pengadaan obat, penyediaan obat, ketersediaan obat untuk menjamin obat dapat diakses oleh semua masyarakat, seleksi obat, penggunaan obat yang rasional, perlindungan hukum dan regulasi dalam pengadaan obat, penelitian dan pengembangan sehingga kita mampu menyediakan sendiri obat-obatan lokal dan evaluasi serta pemantauan (Adisasmito, 2014)

- c. Ketersediaan Bahan Medik Habis Pakai

Menurut Sitanggang dalam Wahyuddin (2017) kebutuhan obat, bahan medis habis pakai, vaksin dan logistik lainnya meliputi:

- 1) Obat Pelayanan Kesehatan Dasar (Obat PKD)
- 2) Alat dan Obat Kontrasepsi
- 3) Obat program
- 4) Vaksin

5) Reagen Laboratorium dan Bahan Penunjang

6) Logistik lainnya

d. Sarana Penunjang Diagnostik (Laboratorium)

Yang dimaksud dengan Laboratorium Kesehatan adalah sarana kesehatan yang melaksanakan pengukuran, penetapan dan pengujian terhadap bahan yang berasal dari manusia atau bahan bukan berasal dari manusia untuk penentuan jenis penyakit, kondisi kesehatan atau faktor yang dapat berpengaruh pada kesehatan perorangan dan masyarakat (Wahyuddin, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Lubuk Buaya menunjukkan bahwa kebijakan yang digunakan puskesmas telah mengacu kepada kebijakan yang berlaku namun karena puskesmas tidak ditunjang oleh sarana dan pendukung yang diperlukan seperti laboratorium dan SDM yang belum mencukupi hal ini berdampak pada peningkatan rujukan pasien sehingga pelaksanaan kesehatan kurang maksimal (Hariadi, 2016).

Permenkes No.75 Tahun 2014 Puskesmas harus memiliki prasarana yang berfungsi paling sedikit terdiri atas:

- a. Sistem penghawaan (ventilasi);
- b. Sistem pencahayaan;
- c. Sistem sanitasi;
- d. Sistem kelistrikan;

- e. Sistem komunikasi;
  - f. Sistem gas medik;
  - g. Sistem proteksi petir;
  - h. Sistem proteksi kebakaran;
  - i. Sistem pengendalian kebisingan;
  - j. Sistem transportasi vertikal untuk bangunan lebih dari 1 (satu) lantai;
  - k. Kendaraan Puskesmas keliling
  - l. Kendaraan ambulans.
- d. Daftar 155 diagnosa penyakit yang ditangani di puskesmas

Tabel 1. Daftar Diagnosa Penyakit yang ditangani di Puskesmas

No.	Diagnosa	No.	Diagnosa	No.	Diagnosa
1	Abortus spontan komplit	53	Gagal jantung kronik	105	Morbili tanpa komplikasi
2	Abortus insipiens	54	Anxietas dan depresi	106	Napkin eczema
3	Abortus spontan inkomplit	55	G a n g g u a n psikotik	107	Obesitas
4	Alergi makanan	56	Gastritis	108	Otitis eksterna
5	Anemia defisiensi besi	57	Gastroenteritis akut	109	Otitis media akut

6	Anemia defisiensi besi pada kehamilan	58	Kolera, giardiasis	110	Parotitis
7	Angina pectoris	59	Glaukoma akut	111	Pedikulosis kapitis
8	Apendisitis akut	60	Gonore	112	Penyakit cacing tambang
9	Artritis Osteoartritis	61	Hemoroid grade 1-2	113	Pendarahan saluran cerna bagian atas
10	Artritis rheumatoid	62	Hepatitis A	114	Pendarahan saluran cerna bagian bawah
11	Askariasis	63	Hepatitis B	115	Perdarahan post partum
12	Asma bronkial	64	Herpes simpleks tanpa komplikasi	116	Perdarahan subkonjungtiva
13	Astigmatism ringan	65	Herpes zoster tanpa komplikasi	117	Peritonitis
14	Bell's Palsy	66	Hyperemesis gravidarum	118	Pertussis
15	Benda asing di hidung	67	Hiperglikemia hyperosmolar non ketotik	119	Persalinaan lama
16	Benda asing di konjungtiva	68	Hipermetropia ringan	120	Pitiriasis rosea
17	Blefaritis	69	Hipertensi esensial	121	Pioderma
18	Bronchitis akut	70	Hiperuricemia	122	Pitiriasis versikolor

19	Buta senja	71	Hipoglikemia ringan	123	Pneumonia aspirasi
20	Cardiorespiratory arrest	72	HIV AIDS tanpa komplikasi	124	Pneumonia bronkopneumonia
21	Cutaneus larva migrant	73	Hordeolum	125	Polimialgia reumatik
22	Delirium yang diinduksi dan tidak diinduksi oleh alcohol atau zat psikoaktif lainnya	74	Infark miokard	126	Pre eklampsia
23	Demam dengue, DHF demam tifoid	75	Infark serebral/stroke	127	Presbiopia
24	Demensia	76	Infeksi pada umbiliku	128	Rabies
25	Dermatitis atopik (kecuali recalcitrant)	77	Infeksi saluran kemih	129	Reaksi anafilaktik
26	Dermatitis kontak alergi	78	Influenza	130	Reaksi gigitan serangga
27	Dermatitis kontak iritan	79	Insomnia	131	Refluks gastroesofageal
28	Dermatitis numularis	80	Intoleransi makanan	132	Rhinitis akut
29	Dermatitis seboroik	81	Kandidiasis mulut	133	Rhinitis alergika
30	Tinea kapitis	82	Katarak	134	Rhinitis vasomotor
31	Tinea barbae	83	Kehamilan normal	135	Rupture perineum tingkat 1-2

32	Tinea fasialis	84	Kejang demam	136	Serumen prop
33	Tinea korporis	85	Keracunan makanan	137	Sifilis stadium 1 dan 2
34	Tinea manum	86	Ketuban pecah dini	138	Scabies
35	Tinea unguium	87	Kolestitis	139	Skistosomiasis
36	Tinea kruris	88	Konjungtivitis	140	Status epileptikus
37	Tinea pedis	89	Laryngitis	141	Strongiloidiasis
38	Diabetes mellitus tipe 1	90	Lepra	142	Syok, hipovolemik, kar diogenik, neurogenik
39	Diabetes mellitus tipe 2	91	Leptospirosis	143	Taeniasis
40	Disentri basiler dan amuba	92	Liken simpleks kronis	144	Takikardi
41	Dyslipidemia	93	Limfadenitis	145	Tensionheadache
42	Eklampsia	94	Lipoma	146	Tetanus
43	Epilepsy	95	Luka bakar derajat 1 dan 2	147	Tirotoksikosis
44	Epistaksis	96	Malabsorpsi makanan	148	Tonsillitis
45	Exanthematous drug eruption	97	Malaria	149	Tuberculosis paru tanpa komplikasi
46	Fixed drug eruption	98	Malnutritis energy-protein	150	Urtikaria
47	Faringitis	99	Mastitis	151	Vaginitis

48	Filariasis	100	Mata kering	152	Varisela tanpa komplikasi
49	Fluor albus/vaginal discharge non gonorrhoea	101	Miliaria	153	Vertigo
50	F r a k t u r	102	Migren	154	Veruka vulgaris
51	Furunkel pada hidung	103	Myopia ringan	155	Vulvitis
52	Gagal jantung akut	104	M o l u s k u m kontagiosum		

*Sumber : BPJS (2014)*

# MODEL SISTEM KESEHATAN

## 5

Model Sistem Kesehatan (*health system model*) yang berupa model kepercayaan kesehatan dengan tiga kategori utama dijelaskan dalam Retnaningsih (2013) sebagai berikut:

1. Faktor Predisposisi yaitu faktor yang mendahului terjadinya perilaku yang memberikan alasan dan motivasi untuk berperilaku. Faktor tersebut adalah faktor demografi (seperti umur dan jenis kelamin), faktor sosial (pendidikan, pekerjaan, atau suku/ras), manfaat kesehatan (kepercayaan atau keyakinan terhadap layanan kesehatan), dan pengetahuan.
2. Faktor pemungkin yaitu faktor yang mendahului perilaku yang menunjang motivasi atau aspirasi dapat terwujud. Faktor tersebut adalah tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana

layanan kesehatan yang merupakan sumber daya untuk menunjang perilaku kesehatan termasuk biaya pengobatan (sumber daya keluarga).

3. Faktor kebutuhan yaitu faktor yang mendorong perilaku kesehatan karena adanya kebutuhan yang disebabkan oleh antara lain penyakit.

Penyelenggaraan sistem kesehatan akan dihadapkan pada tiga langkah yaitu:

1. *Input*

Masukan (*Input*) merupakan kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut (Adisasmito, 2014). *Input* dalam hal ini yaitu ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, ketersediaan obat-obatan, Ketersediaan bahan medik habis pakai, dan ketersediaan penunjang diagnostik (laboratorium).

2. *Proses*

Seperti yang dijelaskan oleh Koentjoro (2011) bahwa proses pelayanan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan berulang kali yang secara bersamaan mengubah asupan yang disediakan oleh rekanan menjadi luaran pelayanan yang diterima oleh pelanggan. Variasi proses terjadi karena 5 penyebab yaitu:

- a. Proses yang tidak diukur dengan baik. Indikator kinerja telah ditetapkan tetapi kegiatan pengukuran tidak dilakukan secara periodik dan berkesinambungan sehingga kesenjangan antara target kinerja dengan kenyataan tidak diketahui oleh penyelenggara pelayanan.
- b. Proses yang tidak dimonitor dengan baik. Banyak sarana kesehatan yang telah menyusun indikator mutu dan kinerja dan telah melakukan pengukuran tetapi hasil pengukuran tidak digunakan sebagai sarana monitoring.
- c. Proses yang tidak dikendalikan dengan baik. Prosedur kerja dan pedoman kerja/intruksi kerja merupakan instrumen untuk mengendalikan proses
- d. Proses tidak dipelihara dengan baik. Hasil kerja dan proses kerja perlu dipelihara dengan baik, demikian juga sarana untuk bekerja baik kompetensi dan komitmen sumber daya manusia, pemeliharaan mesin dan peralatan.
- e. Proses tidak disempurnakan secara berkesinambungan. Kadang-kadang sarana kesehatan berhenti pada keberhasilan pencapaian kinerja, permasalahan mutu dan kinerja telah

diatasi tetapi tidak melakukan penyempurnaan proses berkesinambungan sehingga tidak terjadi penyempurnaan produk dan penyempurnaan proses pelayanan yang berakibat pada puasnya pelanggan.

Selanjutnya unsur proses juga dikatakan bahwa di dalamnya terdapat manajemen seperti perencanaan, sistem administrasi, regulasi, dan legislatif yang berperan banyak dalam mengatur organisasi dan program yang terlibat dalam sistem (Adisasmitho, 2014).

### 3. *Output*

*Output* (hasil antara) yaitu hasil langsung dari proses transformasi konversi berupa pencapaian cakupan indikator hasil antara (Sutisna, 2011). *Output* selain dari keberhasilan tindakan klinis, juga mencakup kepuasan pasien terhadap responsivitas, empati, dan keramahan staf selama proses perawatan berlangsung. Ketika seluruh rangkaian prosedur medis, mulai dari diagnosis hingga penanganan pasca-tindakan, dilaksanakan secara tepat dan humanis, maka luaran yang tercipta bukan hanya kesembuhan fisik, tetapi juga peningkatan taraf kepercayaan serta kesejahteraan psikologis pasien.

Penyedia layanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien terdiri dari komponen *Input* dan Proses sebagai suatu sistem. Untuk masing-masing komponen sebagai berikut:

- 1) *Input*: komponen *input* terdiri dari Sumber Daya Produksi (obat-obatan, perbekalan kesehatan, SDM dan upaya kesehatan) dan Sumber Pembiayaan (Individu/Swasta, Asuransi, Penerimaan Negara, Pajak, dan Bantuan Luar Negeri).
- 2) Proses: komponen proses terdiri dari Manajemen (Perencanaan, Administrasi, Regulasi, dan Legislasi) dan Program Organisasi (Menteri Kesehatan, Departemen Kesehatan, Pemberdayaan Masyarakat, Swasta, dan LSM).

Pemberian layanan kesehatan didapatkan pasien mulai dari komponen *input* dan komponen proses yang diterima dan dirasakan oleh pasien yang pada akhirnya akan melahirkan penyedia layanan kesehatan sebagai hasil/*output*.

Kemudian untuk model perilaku konsumen dalam hal ini pada *Model Howard Sneth* (Sunyoto, 2014). Model ini dipakai untuk membantu menerangkan dan memahami perilaku konsumen meskipun tidak dapat meramalkannya secara tepat. Agar suatu input tertentu bisa menghasilkan suatu *output* tertentu pula, maka diperlukan adanya

informasi dan proses pengambilan keputusan yang melibatkan motivasi, persepsi dan proses belajar seseorang. Model ini berisi empat elemen produk yaitu:

- 1) *Input*: variabel *input* ini berupa dorongan yang ada dalam lingkungan konsumen. Dorongan ini meliputi dorongan komersial yaitu dorongan signifikansi yang berupa merek dan dorongan simbolik yang meliputi hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan periklanan perusahaan.
- 2) Susunan hipotesis: merupakan proses intern dari konsumen yang menggambarkan proses hubungan antara *input* dan *output* pembelian. Susunan hipotesis ini terdiri dari dua bagian yaitu susunan pengamatan dan susunan belajar.
- 3) *Output*: adalah variabel tanggapan yang berupa keputusan untuk membeli. Tujuannya adalah kecenderungan konsumen untuk membeli merek yang paling disukai.
- 4) Variabel - variabel eksogen: variabel-variabel eksogen ini meliputi pentingnya pembelian, sifat kepribadian, status keuangan, batasan waktu, faktor sosial dan organisasi, kelas sosial dan kebudayaan.

# UNIT LAYANAN KESEHATAN KOTA MAKASSAR

## 6

### **A. Unit Layanan Kesehatan di Kota Makassar**

#### **1. Puskesmas Kassi-Kassi**

Puskesmas Kassi-Kassi merupakan salah satu puskesmas pemerintah Kota Makassar dan merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kota Makassar. Puskesmas Kassi-Kassi berdiri sejak tahun 1978/1979 yang merupakan puskesmas perawatan ke-VI (Rumah Sakit Pembantu VI) di Kota Makassar. Puskesmas Kassi-Kassi terletak di Jalan Tamalate I No.43 Kelurahan Kassi-Kassi Kecamatan Rappocini Kota Makassar. Adapun batas-batas wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi sebagai berikut:

- Sebelah utara berbatasan dengan Kelurahan Balla-parang Rappocini
- Sebelah timur berbatasan dengan Kelurahan Panai-kang Tamangapa
- Sebelah selatan berbatasan dengan Kelurahan

Mangasa Jongaya

- Sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan Maricaya Parangtambung

Jumlah RW/RT Menurut Kelurahan di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Tahun 2018, wilayah kerja puskesmas ini mencakup enam kelurahan dengan total luas wilayah mencapai 5,2 KHa, serta total 58 RW dan 361 RT.

Dari analisis data tersebut, Kelurahan Karunrung merupakan wilayah yang paling luas dengan area mencapai 1,52 KHa, disusul oleh Banta-Bantaeng (1,27 KHa), sedangkan Kelurahan Bontomakkio menjadi wilayah terkecil dengan luas hanya 0,20 KHa.

Meskipun Karunrung memiliki wilayah terluas, kepadatan organisasi administrasinya tidak berbanding lurus dengan luas wilayahnya. Kepadatan administrasi tertinggi justru berada di Kelurahan Kassi-Kassi yang memiliki jumlah RW dan RT terbanyak, yaitu 14 RW dan 93 RT, diikuti oleh Kelurahan Mapala (13 RW, 71 RT) dan Banta-Bantaeng (8 RW, 83 RT). Di sisi lain, Bontomakkio mencatatkan jumlah administrasi terendah dengan hanya memiliki 6 RW dan 31 RT. Secara keseluruhan, data ini menunjukkan adanya variasi yang signifikan antara luas geografis suatu kelurahan dengan kepadatan jumlah perangkat lingkungan (RW/RT) di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi.

Jumlah penduduk Menurut Jenis Kelamin di

Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Tahun 2018, total populasi di wilayah kerja puskesmas ini mencapai 87.359 jiwa. Secara demografis, jumlah penduduk berjenis kelamin perempuan dominan dengan total 45.174 jiwa, sementara penduduk laki-laki berjumlah 42.185 jiwa. Tren dominasi jumlah perempuan ini terlihat konsisten di seluruh kelurahan tanpa terkecuali.

Dari keenam wilayah yang ada, Kelurahan Banta-Bantaeng merupakan kelurahan dengan jumlah penduduk terbanyak, yaitu mencapai 23.386 jiwa (11.510 laki-laki dan 11.876 perempuan). Posisi kedua ditempati oleh Kelurahan Kassi-Kassi dengan 18.672 jiwa, diikuti berturut-turut oleh Tidung (15.958 jiwa), Karunrung (14.274 jiwa), dan Mapala (9.859 jiwa). Sebaliknya, Kelurahan Bontomakkio menjadi wilayah dengan jumlah penduduk paling sedikit, yakni hanya sebesar 5.210 jiwa (2.594 laki-laki dan 2.616 perempuan). Kesimpulannya, distribusi penduduk di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi cukup timpang antarkelurahan, dengan fokus kepadatan penduduk terbesar berada di Kelurahan Banta-Bantaeng dan Kassi-Kassi.

Berdasarkan data yang diperoleh di Puskesmas Kassi-Kassi, kepadatan penduduknya mencapai 11.342,27 jiwa per km<sup>2</sup> dimana jumlah kepala keluarga pada tahun 2018 adalah 26.633 KK melebihi jumlah rumah yang ada yaitu 23.929 rumah yang berarti ditemukan dalam satu ru-

maah terdapat dua sampai tiga kepala keluarga.

## **2. Profile Puskesmas Tamalate**

Puskesmas Tamalate Kota Makassar berdiri sejak tahun 1972 merupakan Puskesmas Non Perawatan yang berlokasi di Jalan Malombassang dengan status rumah kontrakan hingga tahun 1991, Kemudian di tahun 1991 dibangunlah Puskesmas Tamalate yang berlokasi Dg. Tata I– BTN Tabaria Blok GV No. 8 Kelurahan Parang Tambung. Pada tahun 2017 Kelurahan Parang Tambung terjadi pemekaran sehingga Puskesmas Tamalate berada di Kelurahan Bontoduri dan di tahun yang sama Puskesmas Tamalate mengalami pemugaran gedung dengan bangunan berlantai dua dengan luas tanah 450 m<sup>2</sup>.

Wilayah kerja Puskesmas Tamalate terdiri atas 3 (tiga) Kelurahan, 26 RW dan 165 RT dengan luas wilayah 9,38 Km<sup>2</sup>, dengan batas wilayah sebagai berikut:

- a. Sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Mariso
- b. Sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Gowa
- c. Sebelah timur berbatasan dengan Kelurahan Mangasa, Kecamatan Tamalate
- d. Sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan Maccini Sombala.

Kelurahan yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas Tamalate beserta luas wilayah. wilayah kerja puskesmas ini mencakup tiga kelurahan dengan total luas wilayah mencapai 9,38 km<sup>2</sup>, serta total perangkat administrasi sebanyak 161 RT dan 26 RW untuk melayani total populasi sebanyak 61.454 jiwa.

Dari data tersebut, terdapat ketimpangan yang cukup menyolok antara luas wilayah geografis dan kepadatan penduduk di masing-masing kelurahan. Kelurahan Balang Baru merupakan wilayah yang paling luas secara signifikan, yakni mencapai 7,34 km<sup>2</sup> (hampir 80% dari total luas wilayah kerja), namun jumlah penduduknya berada di posisi kedua dengan 19.058 jiwa serta memiliki 55 RT dan 10 RW. Sebaliknya, Kelurahan Parang Tambung menjadi kelurahan yang paling padat; meskipun luas wilayahnya hanya 1,03 km<sup>2</sup>, kelurahan ini menampung jumlah penduduk terbanyak sebesar 24.167 jiwa dan didukung oleh infrastruktur administrasi tertinggi, yaitu 66 RT dan 9 RW. Sementara itu, Kelurahan Bontoduri berada di posisi terakhir dalam semua aspek dengan luas terkecil 1,01 km<sup>2</sup>, jumlah perangkat administrasi paling sedikit (40 RT dan 7 RW), serta jumlah penduduk paling rendah, yakni sebanyak 18.229 jiwa.

Jumlah Penduduk dalam wilayah kerja Puskesmas Tamalate pada tahun 2018 adalah 61.454 jiwa

dengan jumlah Rumah Tangga sebanyak 11.330. Total populasi di wilayah kerja ini tercatat sebanyak 61.454 jiwa, dengan komposisi gender yang memperlihatkan dominasi penduduk perempuan sejumlah 32.917 jiwa dibandingkan penduduk laki-laki yang berjumlah 28.537 jiwa. Seluruh populasi tersebut tersebar ke dalam total Kepala Keluarga (KK) yang terdata di tiga kelurahan.

Dari data per wilayah, Kelurahan Parang Tambung menjadi kelurahan dengan tingkat kepadatan tertinggi, memimpin dengan jumlah keluarga terbanyak sebesar 4.786 KK serta total penduduk mencapai 24.167 jiwa (11.617 laki-laki dan 12.550 perempuan). Posisi kedua ditempati oleh Kelurahan Balang Baru dengan total 3.776 KK dan jumlah penduduk sebanyak 19.058 jiwa. Sementara itu, Kelurahan Bontoduri mencatatkan angka terendah baik dari segi jumlah keluarga maupun total populasi, yaitu sebanyak 2.768 KK dengan jumlah penduduk sebesar 18.229 jiwa. Secara keseluruhan, tren di wilayah kerja Puskesmas Tamalate menunjukkan konsistensi di mana jumlah penduduk perempuan selalu lebih tinggi daripada laki-laki di setiap kelurahan, dengan konsentrasi pemukiman terbesar berada di Parang Tambung.

### **3. Profile Puskesmas Batua**

Wilayah kerja Puskesmas meliputi dua kecamatan

tan dan empat kelurahan dengan luas wilayah kerja 117,01km<sup>2</sup>.. Wilayah Puskesmas Batua meliputi Kecamatan Manggala dan Kecamatan Panakkukang. Kecamatan Manggala meliputi Kelurahan Batua dan Kelurahan Borong sedangkan Kecamatan Panakkukang meliputi Tello Baru, dengan jumlah RW dan RT sebagai berikut: Kelurahan Batua terdapat 11 RW dan 53 RT, Kelurahan Borong terdapat 11 RW dan 58 RT dan Kel. Tello Baru terdapat 11 RW dan 48 RT. Adapun batas-batas wilayah kerja Puskesmas Batua adalah:

- Sebelah utara berbatasan dengan Kelurahan Panaikang
- Sebelah timur berbatasan dengan Kelurahan Antang
- Sebelah selatan berbatasan dengan Kelurahan Tamalate
- Sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan Paropo

Selama beberapa bulan pelayanan di Puskesmas Batua yang berada di Jl. Abd. Dg. Sirua No 338 mengalami tahap renovasi bangunan dan di Pindahkan ke Batua Raya 7 (Kampus Akademi Gizi) Kecamatan Manggala Kota Makassar.

#### 4. Profile Klinik Kimia Farma

Kimia Farma adalah perusahaan industri farmasi pertama di Indonesia yang didirikan oleh Pemerintah Hindia Belanda tahun 1817. Nama perusahaan ini pada awalnya adalah *NV Chemicalien Handle Rathkamp & Co.* Berdasarkan kebijaksanaan nasionalisasi atas eks perusahaan Belanda di masa awal kemerdekaan pada tahun 1958, Pemerintah Republik Indonesia melakukan peleburan sejumlah perusahaan farmasi menjadi PNF (Perusahaan Negara Farmasi) Bhinneka Kimia Farma. Kemudian pada tanggal 16 Agustus 1971, bentuk badan hukum PNF diubah menjadi Perseroan Terbatas, sehingga nama perusahaan berubah menjadi PT Kimia Farma (Persero).

Pada tanggal 4 Juli 2001, PT Kimia Farma (Persero) kembali mengubah statusnya menjadi perusahaan publik PT Kimia Farma (Persero) Tbk dalam penulisan berikutnya disebut Perseroan. Bersamaan dengan perubahan tersebut perseroan telah dicatatkan pada Bursa Efek Jakarta dan Bursa Efek Surabaya (sekarang kedua bursa telah merger dan kini bernama Bursa Efek Indonesia). PT Kimia Farma Apotek (KFA) adalah salah satu anak perusahaan Perseroan yang didirikan berdasarkan akta pendirian tanggal 4 Januari 2003. Sejak tahun 2011 KFA menyediakan layanan kesehatan yang terintegrasi meliputi layanan farmasi (apotek), klinik kesehatan, laboratorium klinik dan

optik, dengan konsep *One Stop Health Care Solution* (OSHcS) sehingga semakin memudahkan masyarakat mendapatkan layanan kesehatan berkualitas. Komposisi pemegang saham PT Kimia Farma (Persero) Tbk yaitu 99.99% dan Yayasan Kesejahteraan Keluarga Kimia Farma (YKKKF) 0.01%.

### **VISI**

Menjadi perusahaan *Healthcare* pilihan utama yang terintegrasi dan menghasilkan nilai yang berkesinambungan.

### **MISI**

Melakukan aktivitas usaha di bidang-bidang industri kimia dan farmasi, perdagangan dan jaringan distribusi, ritel farmasi dan layanan kesehatan serta optimalisasi aset, mengelola perusahaan secara *Good Corporate Governance* dan *operational excellence* didukung oleh Sumber Daya Manusia (SDM) profesional serta memberikan nilai tambah dan manfaat bagi seluruh *stakeholder*.

Pada Kajian ini terdapat 2 unit klinik Kimia Farma yang memiliki sistem rujukan terintegrasi yaitu:

a. Klinik Kimia Farma Hasanuddin

Klinik Kimia Farma Hasanuddin merupakan salah satu bagian dari apotek Kimia Farma 38 Hasanuddin selain laboratorium klinik Kimia Farma 38 Hasanuddin dan apotek Kimia Farma 38 Hasanuddin yang beralamat di jalan Sultan Hasanuddin no. 46 kota Makassar.

b. Klinik Kimia Farma Hertasning

Klinik Kimia Farma 462 Hertasning beralamat di jalan Hertasning no. 11 Kota Makassar. Tidak berbeda dengan Klinik Kimia Farma 38 Hasanuddin, Klinik Kimia Farma Hertasning juga terdiri dari laboratorium klinik, dan Apotek Kimia Farma yang tergabung dalam Apotek Kimia Farma 38 Hertasning dimana didalam melaksanakan fungsinya berkoordinasi dengan bagian lainnya dalam memberikan pelayanan yang paripurna kepada pasien yang berkunjung.

## 5. Profile Dokter Perorangan

Terdapat 2 dokter perorangan yang aktif menjadi dokter rujukan, yaitu:

a. dr. Agnes Sentosa

Dokter perorangan dr. Agnes Sentosa menjadi dokter keluarga sejak tahun 1984 dimana dulunya melayani peserta Askes. Namun sejak bergantinya Askes menjadi BPJS (Badan Penyelenggara Jami-

nan Kesehatan) pada tahun 2014 sejak itu pula dr. Agnes melayani pasien peserta BPJS hingga saat ini. Disamping itu juga melayani pasien umum yang sudah lama memanfaatkan pelayanan kesehatan pada praktek dr. Agnes, baik itu dari dalam kota Makassar sendiri maupun dari luar kota Makassar seperti Kendari, Bone, Gowa, dan Jeneponto. Alamat praktek dr. Agnes Sentosa yaitu di Jalan Rusa No.46 A Kelurahan Maricaya Kota Makassar. Praktek beliau buka dari hari Senin sampai Sabtu mulai pukul 17.00 sampai pukul 22.00. Untuk saat ini beliau menjalankan prakteknya dibantu oleh 3 orang perawat dan 1 orang bidan.

b. dr. Anna Soeraidah Hamdany

Dokter perorangan dr. Anna Soeraidah menjadi dokter keluarga sejak tahun 1988 dimana dulunya melayani peserta Askes dan Umum. Namun sejak bergantinya Askes menjadi BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan) pada tahun 2014 sejak itu pula dr. Anna melayani pasien peserta BPJS hingga saat ini. Disamping itu juga melayani pasien umum yang sudah lama memanfaatkan pelayanan kesehatan pada praktek dr. Anna baik itu dari dalam kota Makassar sendiri maupun dari luar kota Makassar seperti Takalar, Gowa, dan Jeneponto.

Alamat praktek dr. Anna Soeraidah yaitu di Jalan Karunrung Kota Makassar. Praktek beliau buka dari hari Senin sampai Sabtu mulai pukul 16.00 sampai pukul 22.00. Untuk saat ini beliau menjalankan prakteknya dibantu oleh 2 orang dokter umum, 2 orang bagian administrasi, 2 orang bidan, dan 1 orang perawat.

## **B. Ketersediaan SDM Tenaga Kesehatan**

SDM tenaga Kesehatan meliputi Kepala Puskesmas, Dokter Umum Puskesmas, Dokter Gigi Puskesmas, Perawat, Apoteker, Petugas Laboratorium, dan petugas JKN.

Berdasarkan data karakteristik Sumber Daya Manusia (SDM) , terdapat 27 tenaga kesehatan yang tersebar di beberapa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), seperti Puskesmas, Klinik, dan Praktik Mandiri. Jika dilihat dari jenis profesinya, para tenaga kesehatan ini memiliki latar belakang yang cukup bervariasi, meliputi 3 Kepala Puskesmas, 2 Manajer Bisnis Klinik, 8 Dokter Umum, 3 Dokter Gigi, 5 Apoteker, 4 Petugas Laboratorium, dan 2 Petugas JKN.

Dari segi usia, rentang umur para tenaga kesehatan ini sangat beragam, mulai dari yang termuda berusia 25 tahun hingga yang paling senior berusia 70 tahun. Pada kategori Puskesmas, Puskesmas Kassi-Kassi, Puskesmas

Tamalate, dan Puskesmas Batua masing-masing didukung oleh 5 tenaga kesehatan dengan kombinasi profesi yang seragam (Kepala Puskesmas, Apoteker, Dokter Umum, Dokter Gigi, dan Petugas Laboratorium) serta berada di rentang usia produktif 27 hingga 50 tahun.

Sementara itu, untuk kategori klinik swasta, Klinik Kimia Farma Hasanuddin dan Klinik Kimia Farma Hertasing masing-masing didukung oleh Manajer Bisnis Klinik, Apoteker, Dokter Umum, dan Petugas Laboratorium dengan profil usia yang relatif muda dan matang, yaitu antara 29 hingga 37 tahun. Terakhir, pada sektor praktik mandiri, terdapat Praktik dr. Agnes Sentosa dan Praktik dr. Anna Soeraidah Hamdany yang masing-masing digerakkan oleh seorang Dokter Umum senior berusia lanjut (70 tahun dan 69 tahun) dan didampingi oleh seorang Petugas JKN berusia muda (25 tahun dan 27 tahun).

### **C. Kajian Praktik Baik Di Pusat Layanan Kesehatan di Kota Makassar**

#### **1. Karakteristik SDM**

Jenis kelamin petugas kesehatan laki-laki diperkirakan sebanyak 16 (26,7%) tenaga sedangkan jumlah tenaga petugas kesehatan perempuan sebanyak 44 (73,3%) tenaga.

Mayoritas petugas kesehatan pada FKTP di Kota

Makassar adalah perempuan. Dari total 60 tenaga kesehatan, terdapat 44 orang petugas perempuan atau setara dengan 73,3%. Sementara itu, petugas kesehatan laki-laki hanya berjumlah 16 orang dengan persentase sebesar 26,7%. Hal ini menunjukkan adanya dominasi gender perempuan yang cukup signifikan dalam komposisi tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama tersebut. Mengenai distribusi SDM berdasarkan kelompok umur, sebagian besar petugas kesehatan berada pada kelompok usia produktif yang relatif muda. Tercatat sebanyak 45 orang petugas atau sebesar 75,0% berada pada rentang usia 20-39 tahun. Di sisi lain, petugas kesehatan yang berusia 40 tahun ke atas (40 tahun) berjumlah 15 orang atau mencakup 25,0% dari total keseluruhan. Data ini mengindikasikan bahwa FKTP di Kota Makassar didominasi oleh tenaga kerja muda yang secara umum memiliki potensi fisik dan produktivitas yang masih prima dalam memberikan pelayanan kesehatan. Karakteristik kelompok umur SDM sebagian besar berada pada rentang umur 20-39 tahun sebanyak 45 (75,0%) tenaga kesehatan, sedangkan sebagian kecil adalah SDM yang berumur  $\geq 40$  tahun sebanyak 15 (25,0%) tenaga kesehatan. Untuk umur 20-39 tahun didominasi oleh posisi staf seperti tenaga dokter, perawat, bidan, tenaga apoteker, petugas laboratorium, dan petugas JKN. Sedangkan untuk umur  $\geq$

40 tahun itu ditempati oleh posisi dengan level manager seperti kepala puskesmas, manager klinik, dokter perorangan, dan beberapa manager lainnya seperti kepala laboratorium, penanggung jawab gudang obat, dan dokter senior.

Sebagian besar tenaga kesehatan pada FKTP di Kota Makassar memiliki tingkat pendidikan Perguruan Tinggi (S1). Dari total 60 tenaga kesehatan, sebanyak 32 orang atau sebesar 53,3% merupakan lulusan S1. Kondisi ini menunjukkan bahwa mayoritas tenaga kesehatan telah memiliki kualifikasi pendidikan tinggi yang memadai untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Tingginya proporsi lulusan S1 mencerminkan adanya peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan yang diharapkan mampu memberikan pelayanan yang profesional, efektif, dan sesuai standar kompetensi.

Selain itu, tenaga kesehatan dengan latar belakang pendidikan Akademi (D-III dan D-IV) berjumlah 25 orang atau sebesar 41,7%. Persentase ini menunjukkan bahwa tenaga kesehatan vokasional masih memiliki peran penting dalam mendukung operasional pelayanan kesehatan di FKTP. Pendidikan vokasional pada bidang kesehatan umumnya lebih menekankan pada keterampilan teknis dan praktik pelayanan, sehingga keberadaan ke-

lompok ini tetap menjadi komponen utama dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat.

Sementara itu, tenaga kesehatan dengan tingkat pendidikan Perguruan Tinggi (S2) hanya berjumlah 3 orang atau sebesar 5,0%. Jumlah tersebut menunjukkan bahwa tenaga kesehatan dengan pendidikan pascasarjana masih relatif sedikit dibandingkan dengan jenjang pendidikan lainnya. Rendahnya proporsi lulusan S2 dapat disebabkan oleh keterbatasan kesempatan melanjutkan pendidikan, kebutuhan tenaga pelayanan di lapangan yang lebih besar, maupun pertimbangan biaya dan waktu studi lanjutan.

Secara keseluruhan, distribusi tingkat pendidikan tenaga kesehatan pada FKTP di Kota Makassar menunjukkan bahwa sebagian besar tenaga kesehatan telah memiliki pendidikan tinggi, baik pada jenjang vokasional maupun akademik. Kondisi ini dapat menjadi modal penting dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan primer, khususnya dalam mendukung efektivitas pelaksanaan program kesehatan dan pelayanan kepada masyarakat.

Sebagian besar tenaga kesehatan berstatus Non PNS, dari total 60 tenaga kesehatan, sebanyak 41 orang atau sebesar 68,3% merupakan tenaga kesehatan Non PNS, sedangkan tenaga kesehatan yang berstatus PNS (Pegawai Negeri Sipil) berjumlah 19 orang atau sebesar 31,7%. Data tersebut menunjuk-

kan bahwa pelaksanaan pelayanan kesehatan di FKTP Kota Makassar lebih banyak didukung oleh tenaga kesehatan dengan status kepegawaian non pemerintah.

Dominasi tenaga kesehatan Non PNS mengindikasikan bahwa kebutuhan sumber daya manusia kesehatan di FKTP tidak hanya dipenuhi melalui pengangkatan pegawai negeri, tetapi juga melalui tenaga kontrak, honorer, maupun tenaga kesehatan dengan sistem kerja lainnya. Kondisi ini dapat mencerminkan upaya pemerintah daerah dan fasilitas kesehatan dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan secara cepat dan fleksibel di tengah keterbatasan jumlah tenaga kesehatan berstatus PNS.

Di sisi lain, keberadaan tenaga kesehatan berstatus PNS tetap memiliki peran penting dalam menjaga stabilitas pelayanan kesehatan, terutama karena status kepegawaian yang lebih tetap dan adanya tanggung jawab administratif serta struktural dalam sistem pelayanan kesehatan pemerintah. Tenaga kesehatan PNS umumnya memiliki kepastian karier dan jaminan kerja yang lebih baik sehingga dapat memberikan kontribusi dalam menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan di FKTP.

Secara keseluruhan, distribusi status pegawai tenaga kesehatan pada FKTP di Kota Makassar menunjukkan adanya kombinasi antara tenaga kesehatan PNS dan Non PNS dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan

kesehatan primer. Komposisi tersebut menggambarkan bahwa pelayanan kesehatan di FKTP sangat bergantung pada kolaborasi seluruh tenaga kesehatan tanpa memandang status kepegawaiannya, guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Sebagian besar tenaga kesehatan memiliki masa kerja kurang dari 1 tahun. Dari total 60 tenaga kesehatan, sebanyak 37 orang atau sebesar 61,7% memiliki masa kerja  $< 1$  tahun, sedangkan tenaga kesehatan dengan masa kerja  $\geq 1$  tahun berjumlah 23 orang atau sebesar 38,3%. Data tersebut menunjukkan bahwa tenaga kesehatan pada FKTP di Kota Makassar didominasi oleh tenaga kerja dengan pengalaman kerja yang relatif masih baru.

Tingginya proporsi tenaga kesehatan dengan masa kerja kurang dari 1 tahun dapat mengindikasikan adanya proses regenerasi atau penambahan tenaga kesehatan baru dalam sistem pelayanan kesehatan primer. Kondisi ini juga dapat mencerminkan tingginya mobilitas tenaga kesehatan, baik karena perpindahan tempat kerja, sistem kontrak kerja, maupun penyesuaian kebutuhan sumber daya manusia di FKTP. Tenaga kesehatan yang baru bekerja umumnya masih berada pada tahap adaptasi terhadap lingkungan kerja, sistem pelayanan, serta budaya organisasi di fasilitas kesehatan.

Sementara itu, tenaga kesehatan dengan masa

kerja  $\geq 1$  tahun memiliki jumlah yang lebih sedikit, namun kelompok ini tetap memiliki peranan penting dalam mendukung stabilitas pelayanan kesehatan. Pengalaman kerja yang lebih lama dapat meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan dalam memahami prosedur pelayanan, menyelesaikan permasalahan di lapangan, serta memberikan pelayanan yang lebih efektif dan efisien kepada masyarakat. Keberadaan tenaga kesehatan yang berpengalaman juga penting dalam proses pembinaan dan pendampingan bagi tenaga kesehatan baru.

Secara keseluruhan, distribusi masa kerja tenaga kesehatan pada FKTP di Kota Makassar menunjukkan bahwa sebagian besar tenaga kesehatan masih tergolong baru dalam menjalankan tugas pelayanan kesehatan. Kondisi ini dapat menjadi peluang untuk membentuk sumber daya manusia kesehatan yang adaptif dan produktif, namun di sisi lain juga memerlukan perhatian dalam aspek pembinaan, pelatihan, dan penguatan kompetensi agar kualitas pelayanan kesehatan tetap optimal.

Berdasarkan hasil tersebut, direkomendasikan agar pihak pengelola FKTP dan instansi terkait meningkatkan program orientasi kerja, pelatihan teknis, serta pendampingan bagi tenaga kesehatan dengan masa kerja yang masih rendah. Selain itu, perlu dilakukan upaya mempertahankan tenaga kesehatan yang berpengalaman

man melalui peningkatan kesejahteraan, pengembangan karier, dan lingkungan kerja yang kondusif guna menjaga kesinambungan dan mutu pelayanan kesehatan di FKTP Kota Makassar.

## 2. Pemenuhan Standar Rujukan

### a. Input

#### 1. Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan

Sebagian besar tenaga kesehatan menilai ketersediaan SDM kesehatan berada dalam kategori memadai. Dari total 60 tenaga kesehatan, sebanyak 47 orang atau sebesar 78,3% menyatakan bahwa ketersediaan SDM kesehatan sudah memadai, sedangkan 13 orang atau sebesar 21,7% menilai bahwa ketersediaan SDM kesehatan masih kurang memadai. Hasil tersebut menunjukkan bahwa secara umum tenaga kesehatan memiliki persepsi positif terhadap kondisi sumber daya manusia kesehatan di FKTP Kota Makassar.

Tingginya persentase penilaian memadai mengindikasikan bahwa jumlah maupun distribusi tenaga kesehatan pada FKTP dinilai telah cukup mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Ketersediaan SDM kesehatan yang memadai sangat penting dalam menunjang efektivitas pelayanan kesehatan primer, karena berkaitan dengan kemampuan fasilitas kesehatan dalam memberikan pelayanan yang cepat, tepat, dan berkualitas. Selain itu, kecukupan tenaga kesehatan juga dapat mem-

ngaruhi pembagian beban kerja, koordinasi pelayanan, serta keberlangsungan program-program kesehatan di FKTP.

Namun demikian, masih terdapat sebagian tenaga kesehatan yang menilai bahwa ketersediaan SDM kesehatan kurang memadai. Kondisi ini menunjukkan bahwa pada beberapa FKTP kemungkinan masih terjadi keterbatasan jumlah tenaga kesehatan, ketidakseimbangan distribusi tenaga kerja, atau tingginya beban pelayanan yang belum sebanding dengan jumlah SDM yang tersedia. Persepsi kurang memadai tersebut dapat berdampak pada meningkatnya beban kerja tenaga kesehatan, penurunan efektivitas pelayanan, serta potensi menurunnya kualitas pelayanan kesehatan apabila tidak segera diatasi.

Secara keseluruhan, persepsi tenaga kesehatan terhadap ketersediaan SDM pada FKTP di Kota Makassar menunjukkan bahwa mayoritas tenaga kesehatan menilai kondisi SDM sudah cukup baik dalam mendukung pelayanan kesehatan primer. Meskipun demikian, masih diperlukan perhatian terhadap fasilitas kesehatan yang mengalami kekurangan tenaga kesehatan agar pelayanan kesehatan dapat berjalan secara optimal dan merata.

Berdasarkan hasil tersebut, direkomendasikan agar pemerintah daerah dan pengelola FKTP terus melakukan evaluasi terhadap kebutuhan tenaga kesehatan secara berkala, baik dari segi jumlah maupun distribusinya. Selain

itu, perlu dilakukan penguatan perencanaan SDM, penempatan tenaga kesehatan yang lebih merata, serta peningkatan rekrutmen tenaga kesehatan pada fasilitas yang masih mengalami kekurangan SDM. Dengan demikian, kualitas pelayanan kesehatan di FKTP Kota Makassar dapat terus ditingkatkan secara berkelanjutan.

## 2. Ketersediaan Fasilitas Alat

sebagian besar tenaga kesehatan menilai fasilitas alat yang tersedia berada dalam kategori memadai. Dari total 60 tenaga kesehatan, sebanyak 42 orang atau sebesar 70,0% menyatakan bahwa fasilitas alat di FKTP telah memadai, sedangkan 18 orang atau sebesar 30,0% menilai fasilitas alat masih kurang memadai. Hasil tersebut menunjukkan bahwa secara umum fasilitas alat pada FKTP di Kota Makassar telah mampu mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Tingginya persentase penilaian memadai menunjukkan bahwa sebagian besar tenaga kesehatan merasa fasilitas alat yang tersedia sudah cukup menunjang proses pelayanan kesehatan, baik dalam kegiatan pemeriksaan, tindakan medis, maupun pelayanan kesehatan dasar lainnya. Ketersediaan fasilitas alat yang memadai memiliki peranan penting dalam meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan, karena tenaga kesehatan dapat bekerja dengan lebih

optimal serta mampu memberikan pelayanan yang cepat, tepat, dan sesuai standar pelayanan kesehatan.

Namun demikian, masih terdapat 30,0% tenaga kesehatan yang menilai fasilitas alat di FKTP kurang memadai. Kondisi ini menunjukkan bahwa pada beberapa fasilitas kesehatan masih ditemukan keterbatasan alat kesehatan, baik dari segi jumlah, kelengkapan, maupun kondisi alat yang digunakan. Keterbatasan fasilitas alat dapat berdampak pada terhambatnya proses pelayanan kesehatan, meningkatnya beban kerja tenaga kesehatan, serta berpotensi menurunkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Selain itu, kurang memadainya fasilitas alat juga dapat memengaruhi kemampuan FKTP dalam melaksanakan pelayanan kesehatan secara optimal, khususnya pada tindakan yang membutuhkan dukungan sarana dan prasarana kesehatan tertentu.

Secara keseluruhan, persepsi tenaga kesehatan terhadap ketersediaan fasilitas alat pada FKTP di Kota Makassar menunjukkan bahwa sebagian besar fasilitas kesehatan telah memiliki sarana yang cukup baik untuk mendukung pelayanan kesehatan primer. Akan tetapi, masih diperlukan perhatian terhadap fasilitas kesehatan yang mengalami keterbatasan alat agar pelayanan kesehatan dapat berjalan secara lebih optimal dan merata di seluruh FKTP.

Berdasarkan hasil wawancara, direkomendasikan agar pemerintah daerah dan pengelola FKTP melakukan evaluasi rutin terhadap kebutuhan fasilitas alat kesehatan di setiap FKTP. Selain itu, perlu dilakukan pengadaan, pemeliharaan, dan pemerataan distribusi alat kesehatan sesuai kebutuhan pelayanan di masing-masing fasilitas kesehatan. Upaya peningkatan kualitas sarana dan prasarana kesehatan juga penting dilakukan guna mendukung kinerja tenaga kesehatan serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara berkelanjutan.

Berikut kutipan wawancaranya:

*"Kalau alat untuk standar puskesmas sudah lengkapmi menurutku tapi kadang memang ada kasus penyakit yang berat yang mengharuskan pasien itu dirujuk ke rumah sakit yang lebih lengkap alat-alatnya" (ID, 40 tahun).*

*"Fasilitas alat untuk standar puskesmas sudah lengkap namun ada beberapa kasus penyakit yang berat sehingga mengharuskan pasien dirujuk ke rumah sakit dengan fasilitas alat yang lebih lengkap tentunya" (ID, 40 tahun).*

### 3. Ketersediaan Obat-Obatan

Persepsi tenaga kesehatan terhadap ketersediaan obat-obatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Kota Makassar menunjukkan kecenderungan yang positif, namun masih menyisakan tantangan yang perlu

perhatian. Dari total 60 tenaga kesehatan yang diwawancarai, sebagian besar (66,7% atau sebanyak 40 tenaga kesehatan) menyatakan bahwa ketersediaan obat-obatan di FKTP sudah tergolong memadai. Sementara itu, hampir sepertiga dari mereka (33,3% atau sebanyak 20 tenaga kesehatan) justru berpendapat bahwa ketersediaan obat masih kurang memadai. Temuan ini mengindikasikan bahwa meskipun mayoritas tenaga kesehatan merasa kebutuhan obat dasar di layanan primer terpenuhi, terdapat proporsi yang tidak kecil menghadapi kendala dalam hal kelengkapan stok atau akses terhadap obat-obatan tertentu. Kondisi ini dapat berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan, kepuasan pasien, serta efektivitas rujukan karena keterbatasan obat di tingkat pertama.

Secara analitis, perbedaan persepsi di kalangan tenaga kesehatan tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti jenis FKTP (puskesmas, klinik, atau praktik mandiri), lokasi geografis, sistem distribusi obat, serta jenis obat yang dinilai (misalnya obat kronis, antibiotik, atau obat darurat). Meskipun angka 66,7% menunjukkan bahwa sistem penyediaan obat secara umum berfungsi dengan baik, proporsi 33,3% yang menyatakan kurang memadai tidak bisa diabaikan. Dalam konteks jaminan kesehatan nasional (JKN) dan upaya peningkatan mutu layanan primer, ketidakterediaan obat di FKTP ber-

potensi meningkatkan angka rujukan yang tidak perlu, menurunkan kepercayaan masyarakat, serta membebani pasien dari sisi biaya dan waktu. Oleh karena itu, meskipun mayoritas tenaga kesehatan menilai ketersediaan obat memadai, kesenjangan persepsi ini perlu direspons secara sistematis.

Kesimpulannya, lebih dari separuh tenaga kesehatan di FKTP Kota Makassar menilai ketersediaan obat sudah memadai, namun masih ada sekitar sepertiga tenaga kesehatan yang mengalami kondisi kurang memadai. Hal ini menunjukkan bahwa sistem pengelolaan obat di FKTP belum sepenuhnya merata dan optimal.

Rekomendasi yang dapat diajukan adalah:

1. Peningkatan sistem distribusi dan pemantauan stok obat secara berkala, terutama di FKTP yang berada di wilayah dengan akses distribusi terbatas.
2. Evaluasi pola persepan dan kebutuhan obat berdasarkan data epidemiologi setempat agar prioritas pengadaan obat lebih tepat sasaran.
3. Mekanisme umpan balik dari tenaga kesehatan secara rutin untuk mendeteksi dini kekosongan obat tertentu, sehingga tindakan perbaikan dapat segera dilakukan.
4. Penguatan koordinasi antara dinas kesehatan, BPJS Kesehatan, dan FKTP dalam menjamin ketersediaan obat esensial di tingkat primer.

b. Proses

1. Pemahaman Tentang Sistem Rujukan Berjenjang

Dari total 60 tenaga kesehatan, mayoritas absolut sebesar 83,3% (50 tenaga kesehatan) menyatakan bahwa pemahaman mereka terhadap sistem rujukan berjenjang sudah tergolong cukup. Sementara itu, hanya 16,7% (10 tenaga kesehatan) yang mengaku masih memiliki pemahaman yang kurang. Temuan ini mengindikasikan bahwa secara umum, tenaga kesehatan di FKTP Kota Makassar telah memiliki bekal pengetahuan yang memadai tentang mekanisme rujukan berjenjang, yang merupakan komponen penting dalam pelaksanaan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia. Pemahaman yang baik tentang alur rujukan, mulai dari FKTP ke fasilitas rujukan tingkat lanjutan sesuai indikasi medis dan administratif, sangat krusial untuk menjaga efisiensi sistem, mencegah rujukan yang tidak perlu, serta memastikan kontinuitas pelayanan pasien.

Meskipun angka 83,3% menunjukkan capaian yang positif, keberadaan 16,7% tenaga kesehatan dengan pemahaman kurang tidak dapat diabaikan. Proporsi ini, meskipun kecil, berpotensi menimbulkan masalah seperti rujukan yang tidak sesuai prosedur (misalnya rujukan langsung ke rumah sakit tanpa melalui FKTP atau tanpa alasan medis yang jelas), keterlambatan penanganan, atau bahkan pelanggaran aturan dalam sistem pembiayaan

kesehatan. Rendahnya pemahaman pada sebagian tenaga kesehatan dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain kurangnya sosialisasi berkelanjutan, tingginya beban kerja sehingga tenaga kesehatan tidak sempat mengikuti pembaruan kebijakan, atau perbedaan latar belakang pendidikan dan pelatihan. Oleh karena itu, meskipun persepsi cukup mendominasi, upaya peningkatan kapasitas tetap diperlukan untuk mencapai pemahaman yang merata dan mendalam di semua lapisan tenaga kesehatan di FKTP.

Kesimpulannya, sebagian besar tenaga kesehatan di FKTP Kota Makassar merasa memiliki pemahaman yang cukup terhadap sistem rujukan berjenjang, namun masih terdapat sebagian kecil yang pengetahuannya kurang. Hal ini menunjukkan bahwa secara umum kebijakan dan sosialisasi sistem rujukan telah berjalan dengan baik, tetapi masih ada celah yang perlu ditutup. Rekomendasi yang dapat diberikan adalah:

1. Pelatihan berkala dan penyegaran mengenai sistem rujukan berjenjang, khususnya bagi tenaga kesehatan yang belum memahami secara utuh, dengan metode yang mudah diakses (misalnya daring atau simulasi kasus).
2. Penyediaan panduan praktis (buku saku atau poster) tentang alur rujukan, kriteria rujukan, dan prosedur administratif di setiap FKTP sebagai referensi cepat.

3. Supervisi dan audit internal oleh dinas kesehatan atau BPJS Kesehatan untuk mengidentifikasi kesalahan rujukan di lapangan dan memberikan umpan balik langsung kepada tenaga kesehatan terkait.
  4. Penguatan peran pimpinan FKTP dalam memastikan seluruh tenaga kesehatan, termasuk yang baru bergabung, mendapatkan orientasi yang memadai tentang sistem rujukan berjenjang sebelum bertugas secara mandiri.
2. Pemahaman Tentang 155 kasus penyakit yang ditangani di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Dari 60 tenaga kesehatan, mayoritas sebesar 68,3% (41 tenaga kesehatan) menyatakan bahwa pemahaman mereka terhadap 155 kasus tersebut sudah cukup. Namun demikian, proporsi yang tidak kecil yaitu 31,7% (19 tenaga kesehatan) justru mengaku masih memiliki pemahaman yang kurang. Angka ini menunjukkan bahwa meskipun lebih dari dua pertiga tenaga kesehatan merasa kompeten secara kognitif dalam menangani daftar 155 kasus penyakit yang menjadi standar pelayanan di tingkat primer, masih terdapat hampir sepertiga tenaga kesehatan yang menganggap diri mereka belum cukup memahami cakupan kasus tersebut.

Dalam konteks kebijakan Jaminan Kesehatan Na-

sional (JKN), penguasaan terhadap 155 kasus penyakit sangat penting karena menjadi dasar bagi FKTP untuk memberikan pelayanan komprehensif tanpa perlu merujuk pasien. Ketidapkahaman terhadap daftar kasus ini dapat mengakibatkan dua masalah utama: pertama, potensi *under-treatment* di mana pasien seharusnya bisa ditangani tetapi justru dirujuk; kedua, *over-treatment* atau kesalahan diagnosis karena tenaga kesehatan tidak yakin dengan batasan kewenangannya. Angka 31,7% yang menyatakan kurang memahami perlu menjadi perhatian serius, karena persentase ini cukup tinggi untuk mengindikasikan adanya kesenjangan dalam proses pendidikan, pelatihan berkelanjutan, atau sosialisasi standar pelayanan di FKTP Kota Makassar. Faktor-faktor seperti perbedaan latar belakang pendidikan (dokter vs perawat), lama pengalaman kerja, serta akses terhadap panduan klinis dan pembaruan informasi kemungkinan turut mempengaruhi persepsi tersebut.

Kesimpulannya, sebagian besar tenaga kesehatan di FKTP Kota Makassar merasa memiliki pemahaman yang cukup tentang 155 kasus penyakit, namun hampir sepertiga masih merasa kurang memahami. Hal ini menunjukkan bahwa upaya peningkatan kompetensi terkait standar kasus di tingkat primer belum sepenuhnya merata dan optimal.

Rekomendasi yang dapat diberikan adalah:

1. Pelatihan terstruktur dan berkelanjutan tentang 155 kasus penyakit, dengan pendekatan berbasis kasus (*Case-Based Learning*) dan simulasi, terutama bagi tenaga kesehatan yang masih merasa kurang memahami.
2. Penyediaan panduan klinis ringkas (buku saku, poster, atau aplikasi mobile) yang memuat daftar 155 kasus berikut algoritma tatalaksana, ditempatkan di ruang praktik FKTP sebagai referensi cepat.
3. Evaluasi kompetensi secara berkala melalui *pre-test* dan *post-test* untuk mengukur peningkatan pemahaman serta mengidentifikasi topik-topik yang paling sulit dipahami.
4. Mentoring atau supervisi klinis oleh dokter senior atau penanggung jawab puskesmas bagi tenaga kesehatan yang masih kurang memahami, dengan fokus pada kasus-kasus yang sering salah persepsi atau sering dirujuk secara tidak perlu.
5. Integrasi materi 155 kasus ke dalam program orientasi bagi tenaga kesehatan baru yang bertugas di FKTP.

c. *Output*

Berdasarkan hasil wawancara dari 60 tenaga ke-

sehatan, mayoritas sebesar 71,7% (43 tenaga kesehatan) menilai pelaksanaan rujukan rawat jalan sudah berjalan dengan baik. Sebaliknya, sebanyak 28,3% (17 tenaga kesehatan) berpendapat bahwa pelaksanaannya masih kurang baik. Temuan ini menunjukkan bahwa secara umum, mekanisme rujukan rawat jalan dari FKTP ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan telah berlangsung cukup efektif menurut pandangan tenaga kesehatan di lapangan. Penilaian positif ini dapat dikaitkan dengan adanya Prosedur Operasional Baku (SPO) yang diterapkan, ketersediaan formulir rujukan terstandar, serta koordinasi antara FKTP dan rumah sakit rujukan yang relatif lancar di Kota Makassar.

Meskipun lebih dari dua pertiga tenaga kesehatan menyatakan baik, proporsi 28,3% yang menganggap pelaksanaan kurang baik tidak dapat diabaikan. Angka ini menunjukkan bahwa masih terdapat kendala signifikan dalam proses rujukan rawat jalan yang dialami oleh hampir sepertiga tenaga kesehatan. Beberapa masalah yang mungkin melatarbelakangi persepsi kurang baik antara lain: lamanya waktu tunggu pasien mendapat jadwal di fasilitas rujukan, kesulitan administratif seperti kelengkapan berkas yang berulang, komunikasi dua arah yang kurang optimal antara FKTP dan rumah sakit (misalnya tidak ada umpan balik setelah rujukan), atau bahkan peno-

lakan rujukan dari pihak rumah sakit karena alasan kapasitas atau ketidaksesuaian prosedur. Dalam konteks Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pelaksanaan rujukan rawat jalan yang kurang baik berpotensi menurunkan kepuasan pasien, meningkatkan beban biaya perjalanan pasien, serta menyebabkan keterlambatan penanganan medis. Oleh karena itu, meskipun mayoritas tenaga kesehatan menilai baik, diperlukan upaya perbaikan yang sistematis untuk mengatasi keluhan dari 28,3% tenaga kesehatan yang masih mengalami kendala.

Sebagian besar tenaga kesehatan di FKTP Kota Makassar menilai pelaksanaan rujukan rawat jalan sudah baik, namun masih terdapat hampir sepertiga yang menganggap kurang baik. Hal ini mengindikasikan bahwa sistem rujukan rawat jalan secara umum berfungsi, tetapi masih ada hambatan yang perlu diatasi agar merata dan optimal.

Rekomendasi yang dapat diberikan adalah:

1. Evaluasi alur rujukan rawat jalan secara menyeluruh bersama dengan pihak rumah sakit rujukan, untuk mengidentifikasi titik-titik hambatan yang paling sering dikeluhkan tenaga kesehatan (misalnya lama respons, penolakan, atau kelengkapan dokumen).
2. Penguatan sistem informasi rujukan elektronik

yang terintegrasi antara FKTP dan rumah sakit, sehingga proses rujukan rawat jalan dapat dilakukan secara real-time, transparan, dan terdokumentasi dengan baik.

3. Standarisasi prosedur dan waktu tanggap dari pihak rumah sakit rujukan, misalnya target maksimal pemberian jadwal rawat jalan, serta mekanisme umpan balik otomatis ke FKTP setelah pasien terlayani.
  4. Sosialisasi bersama antara dinas kesehatan, BPJS Kesehatan, FKTP, dan rumah sakit rujukan mengenai hak dan kewajiban masing-masing pihak dalam pelaksanaan rujukan rawat jalan.
  5. Monitoring dan evaluasi berkala dengan melibatkan tenaga kesehatan sebagai pelapor langsung untuk mengukur perbaikan dari waktu ke waktu.
3. Analisis Hubungan Antara Berbagai Indikator
    - a. Input
      - 1) Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)

Berdasarkan studi terhadap Sumber Daya Manusia Kesehatan, dari total 47 pendapat yang menyatakan sumber daya manusia kesehatan sudah memadai, terdapat 37 pendapat (86,0%) diantaranya yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan sudah baik dan 10 pendapat

(58,8%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan kurang baik.

Total ada 13 pendapat yang menyatakan sumber daya manusia kesehatan kurang memadai, terdapat 6 pendapat (14,0%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan sudah baik dan 7 pendapat (41,2%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan kurang baik.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,028$  ( $p<0,05$ ). Hal ini berarti  $H_0$  ditolak, artinya ada pengaruh antara sumber daya manusia kesehatan dengan pelaksanaan rujukan rawat jalan pada FKTP di Kota Makassar.

## 2) Ketersediaan Fasilitas Alat

Berdasarkan ketersediaan alat, dari total 42 tenaga yang menyatakan ketersediaan fasilitas alat sudah memadai, terdapat 34 tenaga kesehatan (79,1%) diantaranya yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan sudah baik dan 8 pendapat (47,1%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan kurang baik. Sedangkan dari total 18 pendapat yang menyatakan ketersediaan fasilitas alat kurang memadai, terdapat 9 pendapat (20,9%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan sudah baik dan 9 pendapat (52,9%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan kurang baik.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,018$  ( $p<0,05$ ). Hal ini berarti  $H_0$  ditolak, artinya ada pengaruh antara

ketersediaan fasilitas alat dengan pelaksanaan rujukan rawat jalan pada FKTP di Kota Makassar.

### 3) Ketersediaan Obat-Obatan

Berdasarkan ketersediaan obat-obatan, dari total 40 tenaga kesehatan yang menyatakan ketersediaan fasilitas alat sudah memadai, terdapat 31 pendapat (72,1%) diantaranya yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan sudah baik dan 9 pendapat (52,9%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan kurang baik.

Sedangkan dari total 20 pendapat yang menyatakan ketersediaan obat-obatan kurang memadai, terdapat 12 pendapat (27,9%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan sudah baik dan 8 pendapat (47,1%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan kurang baik.

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,133$  ( $p>0,05$ ). Hal ini berarti  $H_0$  diterima, artinya tidak ada pengaruh antara ketersediaan obat-obatan dengan pelaksanaan rujukan rawat jalan pada FKTP di Kota Makassar.

Dari 20 pendapat yang menilai ketersediaan obat-obatan kurang memadai, terdapat 12 pendapat (27,9%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan sudah baik dan 8 pendapat (47,1%) yang menyatakan kurang baik. Namun, hasil uji statistik menunjukkan nilai  $p=0,133$  ( $p>0,05$ ), sehingga  $H_0$  diterima, yang berarti tidak ada pengaruh yang signifikan secara statistik antara keterse-

diaan obat-obatan dengan pelaksanaan rujukan rawat jalan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Kota Makassar. Dengan kata lain, persepsi tentang ketidakmemadainya ketersediaan obat tidak terbukti secara statistik mempengaruhi penilaian terhadap kualitas pelaksanaan rujukan rawat jalan.

b. Proses

1) Pemahaman Tentang Sistem Rujukan Berjenjang  
Berdasarkan Pemahaman Tentang Sistem Rujukan Berjenjang, dari total 50 pendapat yang menyatakan Pemahaman Tentang Sistem Rujukan Berjenjang cukup, terdapat 37 pendapat (84,0%) diantaranya yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan sudah baik dan 13 pendapat (76,5%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan kurang baik.

Sedangkan dari total 10 tenaga kesehatan yang menyatakan Pemahaman Tentang Sistem Rujukan Berjenjang kurang memadai, terdapat 6 pendapat (14,0%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan sudah baik dan 4 pendapat (23,5%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan kurang baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,295$  ( $p>0,05$ ). Hal ini berarti  $H_0$  diterima, artinya tidak ada pengaruh antara Pemahaman Tentang Sistem Rujukan Berjenjang dengan pelaksanaan rujukan rawat jalan pada FKTP di Kota Makassar.

Disarankan agar upaya peningkatan kualitas pelaksanaan rujukan tidak hanya berfokus pada peningkatan pemahaman tenaga kesehatan semata. Pemerintah daerah dan pengelola fasilitas kesehatan perlu mengidentifikasi faktor-faktor lain yang lebih dominan mempengaruhi pelaksanaan rujukan, seperti ketersediaan sarana dan prasarana, prosedur operasional yang jelas, sistem monitoring dan evaluasi, serta insentif atau motivasi kerja tenaga kesehatan. Selain itu, meskipun secara statistik tidak terbukti berpengaruh, tetap penting untuk terus memberikan edukasi tentang sistem rujukan berjenjang karena masih ditemukan tenaga kesehatan dengan pemahaman kurang memadai, namun pelaksanaannya perlu didukung dengan sistem yang terintegrasi dan efisien sehingga kendala di lapangan dapat diminimalkan.

## 2) Pemahaman Tentang 155 Kasus Penyakit yang Ditangani Pada FKTP

Berdasarkan tingkat pemahaman Tentang 155 Kasus Penyakit yang ditangani di FKTP, dari total 41 tenaga kesehatan yang menyatakan Pemahaman Tentang 155 Kasus Penyakit yang ditangani di FKTP sudah memadai, terdapat 35 pendapat (81,4%) diantaranya yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan sudah baik dan 6 pendapat (35,3%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan kurang baik.

Sedangkan dari total 19 tenaga kesehatan yang menyatakan Pemahaman Tentang 155 Kasus Penyakit yang ditangani di FKTP kurang memadai, terdapat 8 pendapat (18,6%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan sudah baik dan 11 pendapat (64,7%) yang menyatakan pelaksanaan rujukan rawat jalan kurang baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,001$  ( $p<0,05$ ).

Hal ini berarti ada pengaruh antara Pemahaman Tentang 155 Kasus Penyakit yang ditangani di FKTP dengan pelaksanaan rujukan rawat jalan pada FKTP di Kota Makassar.

Ada pengaruh signifikan antara pemahaman tentang 155 kasus penyakit yang ditangani di FKTP dengan pelaksanaan rujukan rawat jalan ( $p=0,001$ ), serta temuan bahwa sebagian besar tenaga kesehatan dengan pemahaman kurang memadai (64,7%) mengalami pelaksanaan rujukan yang kurang baik, maka direkomendasikan agar Dinas Kesehatan Kota Makassar dan pengelola FKTP secara berkala mengadakan pelatihan dan pendampingan intensif bagi tenaga kesehatan terkait 155 kasus penyakit tersebut. Selain itu, perlu dikembangkan sistem monitoring dan evaluasi pemahaman serta kepatuhan prosedur rujukan, termasuk penyediaan panduan praktis dan algoritma rujukan di setiap FKTP, sehingga peningkatan pemahaman tenaga kesehatan dapat berdampak langsung pada

perbaikan kualitas pelaksanaan rujukan rawat jalan.

c. Pengaruh Antara Semua Variabel Independen Terhadap Variabel Dependen

Berdasarkan hasil analisis bivariat dengan menggunakan *Chi Square* sebelumnya telah diketahui bahwa semua variabel yang diteliti yaitu ketersediaan SDM, ketersediaan fasilitas alat, ketersediaan obat-obatan, pemahaman tentang sistem rujukan berjenjang, dan pemahaman tentang 155 kasus penyakit yang ditangani di FKTP yang berpengaruh terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan yaitu ketersediaan SDM, ketersediaan fasilitas alat, dan pemahaman tentang 155 kasus penyakit yang ditangani di FKTP. Sehingga variabel yang memenuhi syarat untuk dilanjutkan ke analisis regresi *logistic multivariate* yaitu ketersediaan SDM, ketersediaan fasilitas alat, dan pemahaman tentang 155 kasus penyakit yang ditangani di FKTP. Selanjutnya akan dilakukan analisis multivariat untuk mengetahui pengaruh variabel independen yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen.

4. Kesimpulan hasil Analisis

Analisis multivariat dengan uji regresi logistik dilakukan untuk mengetahui pengaruh antara variabel independen secara bersama-sama (simultan) terhadap variabel dependen dan mengetahui variabel independen mana yang paling dominan berpengaruh terhadap pelaksanaan

rujukan rawat jalan pada FKTP di Kota Makassar.

Dapat dilihat bahwa model akhir persamaan regresi logistik untuk menentukan variabel yang sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan pada FKTP di kota Makassar adalah dengan melihat nilai Exp (B) (nilai estimasi *odds ratio*) atau nilai eksponen dari koefisien persamaan regresi yang terbentuk, yang paling tinggi ada pada variabel kasus penyakit yaitu pemahaman tentang 155 kasus penyakit yang ditangani di FKTP yang merupakan variabel dari proses yaitu sebesar 8,021 kali dari variabel lain terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan, dengan nilai  $p=0,001$ . Kemudian variabel yang paling berpengaruh kedua yaitu variabel SDM (ketersediaan sumber daya manusia kesehatan) sebesar 4,319 kali dari variabel lain dengan nilai  $p=0,027$ .

# 7

## PERAN SDM Kesehatan DALAM RUJUKAN RAWAT JALAN

Pengertian Sumber Daya Manusia Kesehatan menurut Hidayati dkk, (2017) adalah ketersediaan tenaga medis dokter dan bidan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) merupakan tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, Pendidikan, dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Tenaga kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, berpendidikan formal kesehatan atau tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan.

Pengertian Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) dalam penelitian ini adalah bagaimana jumlah SDM Kesehatan yang memadai sesuai dengan keahlian masing-masing dapat menunjang pelaksanaan rujukan rawat jalan

pasien BPJS Kesehatan dengan baik.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *Chi Square*, diperoleh bahwa terdapat pengaruh antara ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan. Berdasarkan hasil analisis multivariat dengan menggunakan uji regresi logistik, menunjukkan bahwa ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) memiliki nilai *exp* (B) 4,319 kali lebih besar dari variabel lain. Hal ini menunjukkan bahwa ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang paling dominan kedua setelah pemahaman tentang kasus 155 penyakit yang ditangani di FKTP mempengaruhi pelaksanaan rujukan rawat jalan pada FKTP di kota Makassar. Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara dengan salah satu petugas kesehatan pada FKTP di Kota Makassar. Berikut kutipan wawancara:

*"Kalau untuk sumber daya manusia disini itu saya rasa sudah cukup apalagi ini puskesmas juga sudah rawat inap jadi ada pembagian shift kepada tenaga kesehatan jadi otomatis setiap tim shift itu dipastikan selalu ada tenaga kesehatan yang mewakili untuk setiap bagian. Jadi kalaupun akan dilakukan rujukan ke FKTL lengkapji personilnya untuk menunjang terlaksananya rujukan itu jadi*

*tidak adaji yang sulit untuk pasien Insya Allah” (M), 47 tahun).*

*“Kebutuhan sumber daya manusia yang ada di puskesmas ini sudah cukup dimana puskesmas ini sudah menjalankan perawatan rawat inap sehingga dipastikan untuk setiap bagian akan diisi oleh masing masing tenaga kesehatan dan apabila akan dilakukan rujukan ke FKTL tenaga kesehatan yang akan bertugas sudah siap untuk melaksanakannya untuk mencegah hambatan kepada pasien” (M), 47 tahun).*

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan, menunjukkan bahwa beberapa responden menilai ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) kurang memadai. Responden yang menilai ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) kurang memadai dikarenakan dari FKTP yang mewakili untuk kota Makassar menyatakan bahwa dengan banyaknya jumlah kunjungan harusnya disesuaikan dengan jumlah tenaga kesehatan yang memadai sehingga pelayanan kepada pasien dapat berjalan dengan baik dan memangkas antrian yang begitu panjang sehingga pasien dan keluarganya tidak terlalu lama menunggu untuk dilayani tenaga kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu petugas kesehatan

pada FKTP di Kota Makassar. Berikut kutipan wawancara:

*"Mengenai kekurangan tenaga kesehatan sebenarnya memang di sini kita masih butuh tambahan tenaga kesehatan karena banyak juga pasiennya toh, cuman maumi diapa kita disini cuman ajukan saja ke dinas berapa yang kita butuhkan misalnya disini sebenarnya kami masih butuh tambahan 4 orang tenaga kesehatan tapi tergantung nanti dari dinas kesehatan responnya sama pengajuanta jadi menungguki saja" (TR, 48 tahun).*

*"Pada FKTP ini masih mengalami kekurangan tenaga kesehatan. Hal ini disebabkan oleh tingginya kunjungan pasien, sehingga dibutuhkan tambahan tenaga kesehatan. Akan tetapi untuk mengisi kekurangan tenaga kesehatan tersebut harus mengikuti alur yang sudah ditetapkan yaitu dengan mengajukan permohonan penambahan tenaga kesehatan kepada dinas kesehatan" (TR, 48 tahun).*

Selain itu ada beberapa FKTP yang memiliki pekerjaan yang rangkap misalnya responden tersebut bertugas sebagai analis laboratorium namun disisi lain juga berperan sebagai bagian administrasi laboratorium sehingga dua pekerjaan diselesaikan oleh satu tenaga kesehatan.

Namun sebagian besar responden berpendapat bahwa ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) sudah memadai dimana ada FKTP yang sudah lengkap dalam mengisi posisi sesuai dengan keahlian masing masing sehingga tidak terdapat pembagian pekerjaan yang ganda untuk satu petugas kesehatan sehingga tingkat kelelahan petugas kesehatan dalam melayani pasien dapat diatasi dengan baik. Berikut kutipan wawancara dengan salah satu tenaga kesehatan:

*"Terkait dengan pengadaan SDM sebenarnya jumlah SDM di unit kami sudah mencukupi cuman memang di beberapa unit kami itu terkadang ada kekurangan gitu hanya saja kita selalu melakukan perekrutan jika semisal ada karyawan yang resign maka kita totalkan dulu dari satu cabang baru kita lakukan perekrutan satu kali untuk memenuhi kebutuhan unit yang kosong. Memang juga kadang ada yang cuti melahirkan, sakit, atau izin lainnya biasanya itu yang buat teman satu bagiannya yang harus kerjakan dulu kerjanya sampai ada yang bisa handel" (AQ, 35 tahun).*

*"Ketersediaan SDM di unit kami sudah mencukupi hanya saja terkadang ada bagian yang menga-*

*lami kekosongan karena terdapat kar-yawan yang resign, cuti melahirkan, sakit atau izin sehingga dilakukan perekrutan kembali untuk mengisi kekosongan bagian tersebut. Dalam masa perekrutan maka untuk sementara bagian yang belum terisi akan dibantu oleh karyawan pada bagian yang sama sehingga pelayanan yang maksimal kepada pasien tetap terlaksana" (AQ, 35 tahun).*

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Purwati dkk, 2017) di Puskesmas Kabupaten Jember menyatakan bahwa puskesmas tersebut kekurangan tenaga SDM khususnya tenaga dokter. Apabila tenaga dokter dapat terpenuhi maka pelayanan akan berjalan dengan baik dan dapat menurunkan jumlah angka rujukan di puskesmas. Juga pada penelitian yang dilakukan oleh (Ispandiyah & Endartiwi, 2019) di FKTP Kabupaten Bantul Yogyakarta yang menyatakan bahwa ketersediaan SDM dalam memberikan pelayanan rujukan sudah baik dan dengan jumlah SDM yang mencukupi sehingga tidak ada masalah yang terkait SDM dalam pelaksanaan kebijakan rujukan berjenjang di FKTP.

Pada penelitian yang dilakukan Nazriati dkk., (2017) pada dokter Puskesmas di Pekanbaru menyatakan bahwa sebagai dokter yang berpraktik di pintu gerbang

pelayanan kesehatan, dokter di FKTP dituntut untuk kompeten dalam menapis dan menatalaksana penyakit non-spesialistik secara paripurna. Tingginya angka rujukan sering dihubungkan dengan inefisiensi, buruknya layanan dan kegagalan mendiagnosis dan tingginya angka rujukan juga berdampak pada pembiayaan kesehatan.

# KETERSEDIAAN FASILITAS RUJUKAN RAWAT JALAN

## 8

Menurut Ali dkk., (2015) ketersediaan fasilitas alat kesehatan yang memadai dapat meningkatkan kinerja Puskesmas dalam melakukan pemeriksaan kepada pasien dan merupakan suatu keharusan untuk proses rujukan yang dilakukan akibat keterbatasan sarana tersebut, jika fasilitas dan sarana penunjang kesehatan kurang lengkap maka proses mendiagnosis pasien akan terganggu dan hal ini menyebabkan petugas kesehatan harus merujuk pasien ke rumah sakit sehingga akan berdampak pada meningkatnya rujukan ke rumah sakit. Pengertian Fasilitas Alat dalam penelitian ini adalah bagaimana ketersediaan Fasilitas Alat pada FKTP dapat menunjang pemberian pelayanan yang maksimal kepada pasien dan khususnya pelaksanaan rujukan rawat jalan pasien BPJS Kesehatan dengan baik.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *Chi Square*, diperoleh bahwa terdapat pengaruh antara variabel

ketersediaan Fasilitas Alat terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan. Berdasarkan hasil analisis lebih lanjut multivariat dengan menggunakan uji regresi logistik pada tabel 19 menunjukkan bahwa ketersediaan Fasilitas Alat memiliki nilai  $\exp(B)$  4,250 kali lebih besar dari variabel lain. Hal ini menunjukkan bahwa variabel ketersediaan Fasilitas Alat yang dominan ketiga setelah pemahaman tentang kasus 155 penyakit yang ditangani di FKTP dan ketersediaan sumber daya manusia kesehatan (SDMK) dalam mempengaruhi pelaksanaan rujukan rawat jalan pada FKTP di kota Makassar. Berikut kutipan wawancara dengan salah satu tenaga kesehatan:

*"Iye cocokmi itu kalau lengkap atau tidak lengkapnya alat alat laboratorium menjadi penyebab juga tingginya rujukan karena pasti dokter butuh bantuan alat alat tersebut untuk memperkuat penegakkan diagnosis pasiennya"* (LI, 39 tahun).

*"Kelengkapan alat alat laboratorium menjadi salah satu penyebab tingginya angka rujukan sebab alat alat tersebut dipergunakan dokter untuk melakukan penegakkan diagnosis"* (LI, 39 tahun).

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan, menunjukkan bahwa beberapa responden menilai ketersediaan

fasilitas alat kurang memadai. Responden yang menilai ketersediaan fasilitas alat kurang memadai dikarenakan dari FKTP yang mewakili untuk kota Makassar ada Puskesmas yang masih dalam tahap renovasi sehingga untuk sementara masih menempati gedung sekolah sehingga menjadikan pelayanan tidak maksimal dan beberapa sarana penunjang tidak dapat difungsikan dengan baik dan bahkan ada yang tidak berfungsi sama sekali. Hasil wawancara dengan beberapa petugas kesehatan mengenai kelengkapan fasilitas alat pada FKTP, berikut kutipan wawancara:

*"Untuk kelengkapan fasilitas dan alat-alat di sini itu masih belum lengkap. Makanya itumi biasa dokter rujuk ke rumah sakit kalau ada pasien yang butuh alat-alat baru tidak ada di sini misalnya kayak USG tapi dokter yang tentukan itu masalah dirujuknya itu dan kenapa butuh pasien itu untuk di USG" (LD, 27 tahun)*

*"Kelengkapan fasilitas alat pada FKTP masih kurang memadai sehingga hal ini menyebabkan dokter melakukan rujukan ke FKTL jika terdapat pasien yang membutuhkan fasilitas alat yang belum ada pada FKTP misalnya untuk USG" (LD, 27 tahun).*

Namun untuk responden yang menilai bahwa ketersediaan fasilitas alat sudah memadai karena beberapa alat sudah tersedia pada FKTP tersebut dan dapat difungsikan dengan baik meskipun tidak selengkap rumah sakit namun sudah dapat dipergunakan untuk memberikan pelayanan kepada pasien yang berkunjung pada FKTP tersebut. Hasil wawancara dengan beberapa tenaga kesehatan juga didapatkan informasi yang sejalan. Berikut kutipan wawancara:

*"Untuk kelengkapan alat alat laboratorium di sini menurut saya sudah lengkap karena biasanya kami menerima juga kiriman pasien dari FKTP lainnya karena mungkin disana tidak lengkap alatnya. Dan selama saya bekerja disini jarangji pasien yang butuh pemeriksaan yang lebih lengkap lagi jadi bisaji diatasi di sini dulu jadi tidak dirujuk sama dokter yang pe-riksa di depan" (DU, 30 tahun).*

*"Kelengkapan alat-alat laboratorium pada FKTP ini sudah lengkap dan kami juga me-nerima rujukan pasien dari FKTP lainnya yang alatnya tidak lengkap" (DU, 30 tahun).*

Juga pada informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan lainnya. Berikut kutipan wawancara:

*"Melihat dari segi kelengkapan alat dan fasilitas lainnya sudah lengkap meskipun ada beberapa alat yang belum diadakan sama perusahaan ini tapi sudah di infokan ke atasan untuk pe-ngadaannya karena biasa ada pasien yang butuh tapi selama ini berjalan dengan baik ji jarang ji antrian panjang karena alat alat tidak lengkap" (NF, 29 tahun).*

*"Alat dan fasilitas lainnya pada perusahaan ini sudah lengkap, meskipun ada beberapa alat yang belum diadakan akan tetapi sudah dilakukan permintaan pengadaan untuk alat tersebut dan pelaksanaan pelayanan kepada pasien tetap berjalan dengan baik" (NF, 29 tahun).*

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alawi dkk., (2015) di Puskesmas di Kabupaten Sukabumi menyatakan ada hubungan antara kecukupan alat kesehatan di Puskesmas dengan tingginya rujukan kasus non spesialistik. Begitu pentingnya alat kesehatan yang harus ada di Puskesmas karena fungsinya sangat erat dengan tugas dokter dalam mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk

struktur dan memperbaiki fungsi tubuh. Ketiadaan atau kekurangan alat kesehatan akan mengurangi dan menghambat tugas dokter dalam melaksanakan pekerjaannya. Berikut kutipan wawancara dengan salah satu petugas kesehatan :

*"Untuk kelengkapan alat gigi disini sudah cukup lengkap untuk standar yang dimiliki puskesmas cuman memang ada beberapa yang kehabisan stok dan belum dilakukan pengadaan lagi" (KT, 33 tahun)*

*"Kelengkapan alat-alat penunjang pengobatan gigi di FKTP ini sudah cukup lengkap meskipun ada beberapa yang kehabisan stok dan belum dilakukan pengadaan kembali" (KT, 33 tahun).*

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Parman dkk., (2017) pada Puskesmas Perumnas Kota Kendari menyatakan bahwa ketersediaan fasilitas alat kesehatan di Puskesmas Perumnas belum lengkap sehingga sangat berpengaruh dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar terhadap peserta BPJS dan berpengaruh terhadap angka rujukan di Puskesmas Perumnas. Juga pada penelitian yang dilakukan oleh Umami dkk., (2017) di Puskesmas Pandanaran dan Puskesmas Gunungpati menyatakan

bahwa ketersediaan fasilitas alat kesehatan di Puskesmas Pandanaran dan Puskesmas Gunungpati sudah sesuai dengan Permenkes nomor 75 tahun 2014. Pada penelitian yang dilakukan oleh Dosi dkk., (2018) menyatakan bahwa aspek dasar pemilihan rujukan dimana pasien yang melakukan rujukan ke Rumah Sakit Bahteramas karena sarana dan prasarana dari lokasi rujukan seperti Puskesmas dan Rumah Sakit Kabupaten belum memadai. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Hermiyanty dkk., (2019) pada Puskesmas Singgani Kecamatan Palu Timur menyatakan bahwa dengan tersedianya fasilitas kesehatan yang memadai maka dapat menurunkan kasus rujukan RJTP.

# 9

## PERAN OBAT DALAM RUJUKAN RAWAT JALAN

Pengertian ketersediaan obat-obatan menurut Hidayati dkk., (2017) menjelaskan bahwa obat merupakan komponen dasar suatu pelayanan kesehatan. Obat merupakan komponen utama dalam intervensi mengatasi masalah kesehatan, maka pengadaan obat dalam pelayanan kesehatan juga merupakan indikator untuk mengukur tercapainya efektifitas dan keadilan dalam pelayanan kesehatan. Pengertian ketersediaan obat-obatan dalam penelitian ini adalah bagaimana ketersediaan obat-obatan pada FKTP dapat menunjang pemberian pelayanan yang maksimal kepada pasien dan khususnya pelaksanaan rujukan rawat jalan pasien BPJS Kesehatan dengan baik sehingga tercipta kepuasan pelanggan akan pelayanan kesehatan yang diterima.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *Chi Square*, menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh antara

variabel ketersediaan obat-obatan terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan. Dalam sejumlah penelitian yang telah dilakukan, menunjukkan bahwa beberapa pendapat menilai ketersediaan obat-obatan kurang memadai. Tenaga kesehatan yang menilai ketersediaan obat-obatan kurang memadai dikarenakan dari FKTP yang mewakili untuk kota Makassar menyatakan bahwa ada beberapa stok obat yang mengalami kekosongan dan beberapa jenis obat tidak terdapat pada FKTP karena obat yang disediakan di FKTP sudah ditentukan jenis obat apa saja. Namun untuk responden yang menilai bahwa ketersediaan obat-obatan sudah memadai karena beberapa obat-obatan yang dibutuhkan sudah tersedia pada FKTP tersebut dan juga sudah disiplin dalam melakukan pengadaan stok obat. Hasil wawancara dengan tenaga kesehatan mengenai ketersediaan obat-obatan. Berikut kutipan wawancara:

*"Kalau mengenai kekurangan obat-obatan atau kekosongan stok obat itu tidak pernah ji terjadi di sini karena setiap tanggal 5 itu per bulannya kita ajukan dan biasanya tanggal 20 ke atas sudah datang mi stok obat apa saja yang kita masukkan didaftar obat pada waktu pengajuan" (AF, 38 tahun).*

*"Tidak pernah terjadi kekurangan atau kekoson-*

*gan obat pada FKTP ini karena sudah dilakukan order stok obat setiap tanggal 5 dalam setiap bulannya" (AF, 38 tahun).*

Wawancara dengan tenaga kesehatan lainnya juga menuturkan bahwa:

*"Biasanya kalau ada obat yang tidak ada kemudian ada pasien yang diresepkan dokter untuk obat itu, saya konfirmasi ulang ke dokternya untuk dapat diberikan obat jenis lain tapi pada dasarnya komponen didalam obat tersebut sama jadi samajii khasiatnya sebenarnya" (SS, 42 tahun).*

*"Apabila persediaan obat yang diresepkan oleh dokter tidak ada atau kosong maka kami akan memberikan jenis obat lainnya dimana pada dasarnya fungsi obat tersebut sama tetapi dengan konfirmasi kepada dokter yang memberikan resep tersebut" (SS, 42 tahun).*

Hasil wawancara tersebut dipertegas dalam penelitian yang dilakukan oleh Umami dkk., (2017) yang menyatakan bahwa ketersediaan obat-obatan di Puskesmas Pandanaran dan Puskesmas Gunungpati sudah sesuai dengan Fornas namun keterbatasan yang menyebabkan

kesulitan untuk dokter dan pasien tetapi tidak mempengaruhi rujukan. Begitu juga dengan wawancara yang dilakukan kepada salah satu tenaga kesehatan lainnya. Berikut kutipan wawancara:

*"Kasian juga kalau pasien harus tebus obat diluar apalagi kalau berasal dari keluarga yang tidak mampu kadang jadi penting memang tersedia stok obat tapi menurutku tidak berpengaruh ji ini ada obat atau tidak dengan tingginya angka rujukan disini"* (WT, 32 tahun).

*"Pentingnya tersedia stok obat agar untuk pasien yang kurang mampu tidak menebus obat diluar FKTP yang mengakibatkan pengeluaran biaya pribadi untuk pasien tersebut akan tetapi ketersediaan obat ini tidak berpengaruh terhadap tingginya angka rujukan"* (WT, 32 tahun).

Pendapat tersebut dibantah oleh penelitian yang dilakukan Parman dkk., (2017) yang menyatakan bahwa ketersediaan obat-obatan di Puskesmas Perumnas masih belum lengkap dan ini mempengaruhi kenaikan angka rujukan di Puskesmas Perumnas Kota Kendari. Juga pada hasil wawancara dengan sejumlah responden, berikut kutipan wawancara:

*"Itu obat yang tersedia di sini sudah sesuai mi dengan fornasi yang memang sudah begitumi aturannya klo jenis obat ini-ini saja yang tersedia di sini. Nah itu mi biasanya pasien minta rujukan karena ada pasien itu merasa ndak cocoki dan tidak sembuh katanya sama obat yang dikasi di sini itumi mau na coba berobat di rumah sakit"* (AS, 70 Tahun).

*"Ada jenis obat yang ada di puskesmas terbatas hanya sesuai dengan ketentuan fornasi untuk faskes primer, sedangkan beberapa pasien merasa tidak cocok dan tidak membaik dengan obat yang tersedia di puskesmas"* (AS, 70 Tahun).

# SISTEM RUJUKAN BERJENJANG

## 10

Menurut Soeripto (2019) *"The service procedures of the Social Security Agency for Health set a tiered reference pattern. The referral levels start from the primary/first, secondary/second, and tertiary/third levels of health facilities. Patients who seek for treatments must firstly check their health condition at the first level of health facility. If the first level of health facility is unable to handle the case, it will be referred to the second level of health facility"*. Pengertian pemahaman sistem rujukan berjenjang dalam penelitian ini adalah SDM dapat memahami alur sistem rujukan berjenjang dan menjalankan sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan pada pelaksanaan rujukan rawat jalan pasien BPJS Kesehatan sehingga dapat berjalan dengan baik.

Berdasarkan hasil sejumlah penelitian dengan uji statistik menggunakan *Chi Square*, diperoleh bahwa tidak terdapat pengaruh antara pemahaman tentang sistem

rujukan berjenjang terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa beberapa pendapat menilai pemahaman sistem rujukan berjenjang masih kurang. Tenaga Kesehatan yang menilai pemahaman sistem rujukan berjenjang masih kurang dikarenakan dari beberapa FKTP yang mewakili untuk kota Makassar beberapa tenaga mengatakan bahwa tidak dilakukan sharing mengenai sistem rujukan berjenjang, "sehingga kita harus mempelajari sendiri dan beberapa karyawan yang masih status kontrak tidak begitu memahami tentang sistem rujukan berjenjang karena baru berapa bulan bergabung." Namun untuk tenaga kesehatan yang menilai bahwa pemahaman sistem rujukan berjenjang sudah cukup baik karena setiap hari tenaga kesehatan tidak terlepas dari melakukan rujukan pasien sehingga selalu terbiasa dengan pelaksanaan rujukan dan alur rujukannya sehingga pemahaman tentang sistem rujukan berjenjang sudah dapat diketahui dengan baik.

Saat ini untuk pelaksanaan rujukan sendiri sudah menggunakan sistem rujukan berbasis *online* sehingga setiap pasien yang akan dirujuk pada hari tersebut dapat memilih pilihan FKTL yang muncul pada sistem *online* di komputer pada hari tersebut. Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu tenaga kesehatan, berikut kutipan wawancara:

*"Itu pasien kalau datang berobat di sini misalnya dia minta surat rujukan saya kasi liat saja itu pedoman dari BPJS kalo tidak ditanggung BPJS itu biayanya terus saya jelaskan lagi tentang rujukan itu dan setelah itu mulai saya lakukan pemeriksaan. Setelah itu baru bisa ditentukan apakah saya kasi dia surat rujukan atau cukup saya kasi resep obat dulu dari sini untuk obati penyakitnya." (AS, 70 Tahun)*

*"Pasien yang datang apabila meminta surat rujukan maka saya akan perlihatkan pedoman dan menjelaskan kepadanya bahwa apabila meminta surat rujukan langsung maka biayanya tidak akan ditanggung oleh BPJS. Kemudian saya melakukan pemeriksaan dan mengambil keputusan perlu dirujuk atau cukup diberikan resep obat saja" (AS,70 Tahun).*

Pendapat lain juga dikemukakan oleh salah satu pendapat. Berikut kutipan wawancara:

*"Sekarang kan rujukan itu sudah pakai sistem online jadi klo ada pasien yang harus dirujuk biasanya itu dikasi liat di sistem sama perawatku rumah sakit apa saja yang bisa dia tempati datang hari*

*ini. Cuman biasa juga pasien klo ndkda itu rumah sakit yang mungkin na suka pelayanannya disitu biasanya mereka menunda berkasnya. Biasanya dia bilang kita kabarika saja hari apa ada di sistem itu rumah sakit X misalnya. Begitu biasanya" (AT, 71 Tahun)*

*"Saat ini sistem rujukan sudah berbasis online sehingga apabila ada pasien kami yang harus dirujuk ke FKTL biasanya kami memperlihatkan pilihan rumah sakit lokasi tujuan rujukan untuk hari ini. Hanya saja terkadang pasien melihat di sistem rumah sakit yang mereka sukai tidak muncul untuk hari ini, mereka akan menunda dilakukan rujukan" (AT, 71 Tahun).*

Hasil wawancara tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alawi dkk, (2015) pada Puskesmas di Kabupaten Sukabumi yang menyatakan bahwa setelah dianalisa dengan uji *chi-square* tidak ada hubungan antara pengetahuan dokter tentang konsep *gatekeeper* dan rujukan kasus non spesialisik dalam sistem rujukan berjenjang terhadap tingginya angka rujukan. Hal ini sesuai dengan wawancara yang dilakukan dengan tenaga kesehatan. Berikut kutipan wawancara:

*"Jelas kalau sistem rujukan berjenjang tetap dijalankan sampai saat ini dan tentunya kami pahami alurnya apalagi sekarang kan sistem online mi toh tidak kayak dulumi masih manual tapi ini bukan menjadi penyebab menurut saya untuk tingginya angka rujukan" (SI, 30 tahun).*

*"Sistem rujukan berjenjang sampai saat ini kami jalankan sesuai dengan alur yang sudah ditetapkan dan dilakukan secara online akan tetapi pemahaman ini tidak menjadi penyebab tingginya angka rujukan" (SI, 30 tahun)*

Dalam kajian penelitian yang dilakukan oleh Abraham dkk, (2015) menyatakan bahwa sistem rujukan di antara fasilitas kesehatan di Ethiopia digunakan oleh sebagian kecil pasien, menunjukkan bahwa koneksi yang dimaksud antara pos kesehatan, pusat kesehatan, dan rumah sakit mungkin perlu diperkuat untuk meningkatkan efisiensi perawatan primer secara nasional. Kemudian pada penelitian yang dilakukan oleh Senitan dkk, (2017) menyatakan bahwa sistem rujukan yang dikelola dengan baik sangat penting dalam membantu manajemen penyakit diabetes tipe 2 di Saudi Arabia namun dari hasil penelitian ditemukan bahwa permintaan pasien yang tidak perlu untuk rujukan, surat rujukan yang tidak terstruktur,

dan pedoman penyebaran yang tidak jelas untuk rujukan. Selanjutnya pada penelitian yang dilakukan oleh Al-Ghamdi dkk, (2015) yang menyoroti beberapa kekurangan dalam keefektifan sistem rujukan dalam PHCC dari sudut pandang dokter yang bekerja di rumah sakit pemerintah sekunder di Taif.

Kajian di atas berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Doaly dkk., (2016) yang menyatakan bahwa ketidak-pahaman beberapa dokter tentang rujuk balik dan keterbatasan obat di fasilitas primer sehingga pasien yang pernah dirujuk balik, harus kembali berobat ke RSUD untuk mendapatkan obat yang diperlukan sehingga meningkatkan angka rujukan di RSUD.

# PENANGANAN PENYAKIT DI FKTP

# 11

Pengertian pemahaman tentang penanganan 155 kasus penyakit yang ditangani di FKTP dalam penelitian ini adalah bagaimana tenaga kesehatan memahami penyakit jenis apa saja yang dilayani di FKTP dan tidak harus dirujuk ke FKTL sehingga pasien tidak mesti antri panjang di FKTL dan dapat segera tertangani di FKTP dengan cepat dan tepat sehingga tidak menyulitkan bagi pasien untuk berkunjung ke FKTL lagi.

Berdasarkan hasil kajian sebelumnya, menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara pemahaman tentang penanganan 155 kasus penyakit yang ditangani di FKTP terhadap pelaksanaan rujukan rawat jalan. Berdasarkan hasil analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa pemahaman tentang penanganan 155 kasus penyakit yang ditangani di FKTP memiliki nilai  $\exp(B)$  8,021 kali lebih besar. Hal ini menunjukkan bahwa pemahaman

tentang penanganan 155 kasus penyakit yang ditangani di FKTP yang paling dominan diantara Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) dan ketersediaan fasilitas alat dalam mempengaruhi pelaksanaan rujukan rawat jalan pada FKTP di kota Makassar.

Dari sejumlah informasi di beberapa unit layanan kesehatan, menunjukkan bahwa beberapa tenaga kesehatan menilai ketersediaan fasilitas alat kurang memadai. Pendapat yang menilai ketersediaan fasilitas alat kurang memadai dikarenakan dari FKTP yang mewakili untuk kota Makassar ada Puskesmas yang masih dalam tahap renovasi sehingga untuk sementara masih menempati gedung sekolah sehingga menjadikan pelayanan tidak maksimal dan beberapa sarana penunjang tidak dapat difungsikan dengan baik dan bahkan ada yang tidak berfungsi sama sekali. Namun beberapa tenaga kesehatan lainnya yang menilai bahwa ketersediaan fasilitas alat sudah memadai karena beberapa alat sudah tersedia pada FKTP tersebut dan dapat difungsikan dengan baik meskipun tidak selengkap rumah sakit; namun sudah dapat dipergunakan untuk memberikan pelayanan kepada pasien yang berkunjung pada FKTP tersebut.

Penelusuran tersebut di atas diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Faulina dkk, (2016) yang menyatakan bahwa diagnosis penyakit yang banyak dirujuk

terutama Diabetes Melitus tanpa komplikasi maupun dengan komplikasi dan hipertensi esensial yang merupakan kompetensi FKTP sehingga menjadikan penyumbang terhadap angka rujukan. Namun penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alawi dkk, (2015) di Puskesmas Kabupaten Sukabumi yang menyatakan bahwa setelah dilakukan analisis dengan uji *chi-square* tidak ada hubungan antara pengetahuan dokter tentang kasus non spesialisik dan rujukan kasus non spesialisik, hal ini ditunjukkan oleh *p value* 0,733.

# 12

## MERAJUT RUJUKAN BERKEADILAN

Buku ini telah mengantarkan kita menyelami denyut nadi pelayanan kesehatan primer di Kota Makassar, khususnya dalam mengurai kompleksitas pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama bagi pasien BPJS Kesehatan. Di penghujung analisis ini, kita tidak sekadar berhadapan dengan angka-angka statistik yang membuktikan ada atau tidaknya pengaruh, melainkan dengan potret nyata tentang bagaimana sebuah sistem besar bernama rujukan berjenjang bergumul dengan realitas lapangan.

Kesimpulan mendasar yang terungkap adalah bahwa dua pilar utama, sumber daya manusia kesehatan dan fasilitas alat medis, terbukti memberikan pengaruh signifikan terhadap kelancaran rujukan. Ini menegaskan sebuah kebenaran klasik namun kerap terabaikan: sistem secanggih apa pun akan lumpuh jika petugasnya tidak kompeten dan alatnya tidak tersedia. Makassar, se-

bagai kota metropolitan di timur Indonesia, menunjukkan bahwa kemajuan wilayah tidak otomatis menjamin kesiapan unsur paling dasar dalam rantai pelayanan.

Lebih menarik lagi, temuan ini mengidentifikasi adanya ruang hampa yang tidak boleh diabaikan. Bahwa ketersediaan obat-obatan ternyata tidak berpengaruh terhadap pelaksanaan rujukan, demikian pula pemahaman petugas tentang sistem rujukan berjenjang. Sekilas, ini tampak kontraintuitif. Bukankah obat dan pemahaman prosedur adalah jantung pelayanan primer? Namun, jika direnungkan lebih dalam, ketidaksignifikanan ini justru menjadi kritik paling tajam. Bisa jadi, rantai rujukan di Makassar selama ini berjalan secara mekanistik dan birokratis, bukan didorong oleh kebutuhan klinis akan obat atau pemahaman prosedural yang mendalam. Pasien dirujuk bukan karena kehabisan obat atau petugas tidak paham aturan, melainkan karena faktor lain seperti tekanan target, kekhawatiran medikolegal, atau kebiasaan.

Sementara itu, pemahaman tentang 155 kasus penyakit yang wajib ditangani di FKTP justru terbukti berpengaruh, sebuah titik terang yang menunjukkan bahwa ketika petugas benar-benar menguasai kompetensi inti mereka, sistem rujukan dapat ditekan secara efektif.

Berangkat dari kesimpulan tersebut, buku ini hendak menawarkan bukan sekadar rekomendasi teknis,

tetapi sebuah seruan perubahan paradigma. Pertama, proses kredensialing yang dilakukan BPJS Kesehatan terhadap FKTP harus bertransformasi dari sekadar administrasi kepatuhan menjadi instrumen diagnostik yang tajam. Tidak cukup hanya memeriksa dokumen; tim kredensialing perlu secara aktif mengaudit kelengkapan alat medis di puskesmas, klinik, hingga praktik dokter perorangan sebelum mengikat kerja sama. Sebab, sebuah rujukan yang seharusnya tidak perlu terjadi seringkali lahir dari ketiadaan alat sederhana seperti termometer inframerah atau tensimeter yang terkalibrasi. Ini soal keadilan pelayanan: masyarakat Makassar yang membayar iuran BPJS berhak mendapatkan FKTP yang benar-benar siap, bukan yang sekadar “cukup” di atas kertas.

Kedua, kita tidak bisa lagi membiarkan FKTP berjalan sendiri. Ulasan buku ini menggugat kesadaran kolektif bahwa Dinas Kesehatan, Pemerintah Daerah, BPJS Kesehatan, dan pimpinan puskesmas harus duduk dalam satu meja koordinasi yang tidak hanya seremonial. Dukungan yang diperlukan bukan dalam bentuk instruksi satu arah, melainkan dalam wujud pemenuhan kekurangan secara sistematis, mulai dari pengadaan alat, supervisi teknis, hingga insentif bagi FKTP yang berhasil menekan rujukan non-spesialistik. Komitmen kepala puskesmas untuk memantau secara berkala pola rujukan

harian, misalnya, akan lebih bermakna daripada laporan bulanan yang sekadar menumpuk. Tanpa ekosistem pendukung ini, program rujukan berjenjang akan tetap menjadi utopia indah yang tak pernah terwujud di lapangan.

Buku ini ingin meninggalkan sebuah pesan terdalam tentang pentingnya ruang komunikasi yang cepat dan jujur. Angka-angka target rujukan dari BPJS seringkali menjadi momok yang memaksa FKTP bermain kuantitas tanpa kualitas. Maka, perlu diciptakan forum-forum berkala, bisa mingguan atau dua mingguan, dimana para dokter FKTP di Makassar bisa berbagi hambatan riil yang mereka hadapi: mengapa kasus demam biasa terpaksa dirujuk? Mengapa pasien hipertensi sederhana tidak bisa ditangani? Forum seperti ini bukan ajang saling menyalahkan, melainkan ruang refleksi kolektif untuk mencari solusi. Kebijakan yang baik lahir dari suara mereka yang paling dekat dengan penderitaan pasien. Tanpa itu, aturan BPJS hanya akan menjadi angka-angka mati yang tidak pernah bisa dicapai, dan sistem rujukan berjenjang akan terus menjadi pintu putar yang melelahkan bagi masyarakat. Semoga epilog ini bukan sekadar penutup, tetapi juga sebuah awal dari perubahan yang sungguh-sungguh.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, F & Kandou,A.G.D. 2014. Analisis Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Siko dan Puskesmas Kalumata Kota Ternate Tahun 2014.JIKMU. 221-237;
- Abraham, O., Linnander, E., Mohammed, H., Fetene, N., & Bradley, E. 2015. A Patient Centered Understanding of the Referral System in Ethiopian Primary Health Care Units (Online), PLoS ONE (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139024>, diakses 19 Agustus 2019);
- Adisasmito, W. 2014. Sistem Kesehatan. Jakarta : Rajawali Pers;
- Alawi, M., Junadi, P., & Latifah,S.N. 2015. Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingginya Rujukan Kasus Non Spesialistik Pasien Jaminan Kes-

- ehatan Nasional pada Puskesmas di Kabupaten Sukabumi Tahun 2015. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*. Volume 2 Nomor 1;
- AlGhamdi, O.M., Al-Malki, B.M., Nahhas, A.E., & Al-Malki.A.D. 2015. Rate of referral from primary health care to secondary health care among governmental hospitals in Taif governorate, KSA. *International Journal of Medical Science and Public Health*. Volume 4. Issue 10;
- Ali, F.A., Kandou, G.D., & Umboh, J.M.L. 2015. Analisis Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Puskesmas Siko Dan Puskesmas Kalumata Kota Ternate Tahun 2014. *JIKMU*. Volume 5 Nomor 2;
- Baouma,A.J. 2016. A-Cross Sectional Analysis of Motivation and Decision Making in Referrals to Lifestyle Interventions by Primary Care General Practitioners A Call for Guidance. *Fam Pract*.33 (6) 709-714;
- BPJS. 2014. Pusat Informasi tentang BPJS Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id>;
- BPJS. 2017. Pusat Informasi tentang BPJS Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id>;

- Creswell ,J.W.2013. Research Design, Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed (Ketiga). California. SAGE;
- Doaly, G., Kandou, G.D., & Abeng, T.D.E. 2016. Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) DR. Sam Ratulangi Tondano Kabupaten Minahasa. Tesis. Manado : Program Pascasarjana FKM Universitas Sam Ratulangi;
- Dosi,N.P., Suhadi & Lisnawaty.2018. Studi Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang di Rumah Sakit Bahteramas. Jimkesmas.Volume 3 Nomor 3;
- Farich, A. 2012. Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Yogyakarta : Gosyen Publishing;
- Faulina, A.C ., Khoiri,A & Herawat,Y.T. 2016. Kajian Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di UPT. Pelayanan Kesehatan Universitas Jember. Jurnal IKESMA. Volume 12 Nomor 2;
- Hariadi , R. 2016. Analisis Pelayanan Rujukan Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang Tahun 2016. Kebijakan Kesehatan;
- Hartveit, M., Vanhaecht,K., Thorsen,O., Biringe,E., Haug, K & Aslaksen, A. 2017. Quality indicators for the referral process from primary to specialised men-

- tal health care: an explorative study in accordance with the RAND appropriateness method. *BMC Health Services Research*. Volume 17. Number 4;
- Hasmi. 2016. *Metode Penelitian Kesehatan*. Bogor : In Media;
- Hermiyanty, Wandira,B.A & Nelianti,F. 2019. Implementasi Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Puskesmas Singgani Kecamatan Palu Timur Kota Palu. *Jurnal Kesehatan Tadulako*. Volume 5 Nomor 1;
- Hidayati, P., Hakimi, M., & Claramita,M. 2017. Analisis Pelaksanaan Rujukan Berjenjang Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kasus Kegawatdaruratan Maternal Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di 3 Puskesmas Kota Bengkulu. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. Volume 6 Nomor 2 Halaman 94-102;
- Ispandiyah, W & Endartiwi,S.S. 2019. Pelaksanaan Kebijakan Rujukan Berjenjang bagi Peserta BPJS Kesehatan. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*. Volume 5 Nomor 2;
- Koentjoro. T. 2011. *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta : CV Andi Offset;
- Maidin, A & Palutturi, S. 2016. *Kajian Implementasi Jami-*

- nan Kesehatan Nasional Lintas Provinsi (Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat). *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. Volume 5 Halaman 96-99;
- Maimun, N & Tobing, J. 2016. Analisis Diagnosa Rujukan Peserta BPJS Kesehatan Terhadap 155 Diagnosa di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Klinik Sat Bribmob Polda Riau. *Jurnal Maternity and Neonatal*. Volume 2 Halaman 114-120;
- Martha & Kresno, S. 2017. *Metodologi Penelitian Kualitatif untuk Bidang Kesehatan*. Depok : Rajawali Pers;
- Mboi, N. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 05 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktis Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Jakarta : Departemen Kesehatan RI;
- Moleong, L., J. 2012. *Metode Penelitian Kualitatif*. Edisi Revisi. Bandung : PT.Remaja Rordakarya;
- Nazriati, E., Iskandar, S., & Rinawan, F. 2017. Evaluasi Pelatihan Dokter Puskesmas sebagai upaya peningkatan pengetahuan tentang rujukan penyakit Non-Spesialistik di Pekanbaru. *Majalah Kedokteran Andalas*. Volume 40 Nomor 2 Halaman 71-81;
- Parman ., Majid,R., & Lisnawaty. 2017. Studi pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama (RJTP) pada peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Perumnas

- Kota Kendari. Jimkesmas. Volume 2 Nomor 5;
- Purwati, E.I.I., Nuryadi ., & Herawati, Y.T. 2017. Pengambilan Keputusan dalam Pelaksanaan Rujukan Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Jurnal Pustaka Kesehatan. Volume 5 Nomor 2 Halaman 231-238;
- Ratnasari,D. 2017. Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Bagi Peserta JKN di Puskesmas X Kota Surabaya. JAKI. Volume 5 Nomor 2;
- Saryono & Dwi.2010. Metode Penelitian Kualitatif dalam bidang Kesehatan. Yogyakarta : Nulia Medika;
- Senitan, M., Alhaiti, A., Gillespie, J., Alotaibi, B & Lenon, G. 2017. The referral system between primary and secondary health care in Saudi Arabia for atients with Type 2 Diabetes (A Systematic Review). Journal of Diabetes Research. Vol. 2017. pp. 1-8;
- Sumartono, A.2012. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta : Deputi bidang Kesejahteraan Rakyat;
- Sutisna, E. 2011. Manajemen Kesehatan (Teori dan Praktik di Puskesmas). Yogyakarta : Gadjah Mada University Press;
- Soeripto, N.D. 2019. The Implementation of Clinical Procedures in the Vertical Referral System in a Primary

- Health Care Center. Indonesian Journal of Health Administration. Volume 7 Number.1 Page 73-80;
- Taher ,A. 2013. Kesiapan Implementasi JKN dan peran Fakultas Kedokteran dalam Penyediaan Dokter Layanan Primer. Materi Seminar Kesiapan Implementasi JKN di Provinsi Jawa Barat Bandung, 21 Desember 2013. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia;
- Umami, L.S., Soeharto, B.P., & Wulandari, D.R. 2017. Analisis Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Peserta BPJS di Puskesmas. Jurnal Kedokteran Undip. Volume 6 Nomor 2;
- Wahyuddin, M. 2017. Faktor yang Mempengaruhi Peningkatan Rujukan Pasien Rawat Jalan Peserta BPJS Kesehatan di Wilayah Puskesmas Kota Poso Tahun 2017. Makassar: Tesis. Program Magister Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin;
- Wulandari, A., Subroto, G., & Hendartini, J.2013. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Rujukan Balik Pasien Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Peserta Asuransi Kesehatan Sosial dari Rumah Sakit ke Dokter Keluarga. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Volume 16 Nomor 1 Halaman 46-52;

# GLOSARIUM

1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)  
Fasilitas kesehatan dasar yang berfungsi sebagai ujung tombak atau pintu masuk pertama bagi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar, contohnya seperti Puskesmas, klinik pratama, atau dokter keluarga.
2. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL)  
Fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan spesialisik atau sub-spesialisik, umumnya merujuk pada rumah sakit sekunder atau tersier sebagai tempat rujukan dari FKTP.
3. Gate Keeper  
Sistem atau peran dari fasilitas kesehatan tingkat pertama (seperti Puskesmas) sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar yang berfungsi optimal dalam menapis, mendiagnosis, dan menyelesaikan kasus penyakit

sesuai kompetensinya sebelum memutuskan untuk merujuk pasien ke tingkat lanjut.

4. Rujukan Berjenjang

Pola atau alur rujukan pelayanan kesehatan yang dilakukan secara bertahap, dimulai dari fasilitas pelayanan primer/pertama, sekunder/kedua, hingga tersier/ketiga sesuai dengan kebutuhan medis pasien.

5. Rujukan Medik

Jenis rujukan yang berkaitan dengan pelayanan kedokteran untuk keperluan pengobatan dan pemulihan, yang meliputi pengiriman pasien, spesimen pemeriksaan laboratorium, maupun alih pengetahuan tentang penyakit.

6. Rujukan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

Pelimpahan kasus penyakit atau bahan pemeriksaan yang berfokus pada pelayanan individu untuk kepentingan diagnostik, pengobatan, tindakan medik, atau konsultasi klinis lanjutan.

7. Rujukan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

Pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dalam menangani masalah kesehatan masyarakat secara luas, seperti bantuan sarana logistik, bantuan tenaga ahli, maupun rujukan operasional saat puskesmas mengalami keterbatasan kemampuan lapangan.

8. Daftar obat terpilih yang disusun secara resmi oleh pe-

merintah sebagai acuan penyediaan dan penggunaan obat yang aman, berkhasiat, serta bermutu di berbagai fasilitas kesehatan, khususnya faskes primer.

9. Rujukan Balik

Prosedur pengembalian pasien dari rumah sakit (FKTL) ke fasilitas kesehatan primer (FKTP) setelah kondisi pasien dinilai stabil, agar pengobatan dan pemantauan kelanjutannya dapat ditangani di tingkat pelayanan dasar.

10. Sistem Rujukan *Online*

Pelaksanaan manajemen alur rujukan yang memanfaatkan sistem berbasis digital/komputerisasi terintegrasi guna memilih fasilitas kesehatan rujukan tujuan secara transparan, *real-time*, dan sesuai kapasitas rumah sakit.

11. Kredensialing (*Credentialing*)

Proses evaluasi atau audit komprehensif yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan untuk memeriksa dokumen administrasi, menguji kelayakan, serta menilai kesiapan sarana, prasarana, alat medis, dan SDM dari suatu fasilitas kesehatan sebelum mengikat kerja sama.

## TENTANG PENULIS



**Erni Febrianti, S.KM., M.KM.,** adalah seorang akademisi dan peneliti yang berfokus pada bidang Manajemen dan Administrasi Pelayanan Kesehatan. Lahir di Luwu pada 27 Januari 1989, ia saat ini mendedikasikan

dirinya sebagai dosen di salah satu perguruan tinggi negeri di Provinsi Sulawesi Barat. Selain mengajar, ia aktif menjalankan berbagai riset dan pengabdian masyarakat. Pendidikan Sarjana dan Magister ditempuhnya di bidang Kesehatan Masyarakat dengan spesialisasi keilmuan mencakup operasional pelayanan kesehatan, mutu dan keselamatan pasien, logistik, evaluasi program, hingga perilaku organisasi.

Sebagai penulis yang produktif, karya-karyanya telah menghiasi berbagai jurnal nasional dan internasional

bereputasi. Ia juga merupakan penulis buku Manajemen Strategik Kesehatan (2023) dan kini tercatat sebagai Konsultan Manajemen Kesehatan di IKKESINDO. Melalui buku ini, ia berharap dapat memberikan kontribusi nyata bagi pengembangan ilmu pengetahuan. Penulis dapat disapa melalui pos-el: [erni.febrianti@unsulbar.ac.id](mailto:erni.febrianti@unsulbar.ac.id).



**Annisa Suwahru, S.Pd., M.Biomed.,**

adalah seorang akademisi dan peneliti di bidang kesehatan dengan fokus keilmuan pada kajian biomedik. Lahir di Ujung Pandang pada 12 Juli 1994, beliau saat ini mendedikasikan diri sebagai dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Sulawesi Barat. Penulis aktif menjalankan tridharma perguruan tinggi melalui berbagai kegiatan pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat.

Latar belakang pendidikannya mencakup gelar Sarjana di bidang pendidikan dan Magister Ilmu Biomedik. Fokus riset dan publikasi ilmiahnya telah tersebar di berbagai jurnal nasional, dengan spesialisasi pada edukasi kesehatan berbasis biomedik serta pengembangan media pembelajaran. Selain mengajar, ia juga aktif dalam program pengabdian masyarakat, khususnya terkait kesehatan gigi dan mulut. Melalui buku ini, penulis berharap

dapat memberikan kontribusi nyata bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan referensi bermanfaat bagi kalangan medis serta masyarakat umum. Penulis dapat dihubungi melalui pos-el: [annisa.suwahru07@gmail.com](mailto:annisa.suwahru07@gmail.com).



**Nurul Pratiwi Army, S.KM., M.KKK.,**

merupakan seorang akademisi dan peneliti yang berfokus pada bidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3). Lahir di Kotabaru pada 11 Maret 1999, penulis saat ini mendedikasikan dirinya sebagai dosen di salah satu perguruan tinggi negeri di Provinsi Sulawesi Barat. Selain mengajar, ia aktif menjalankan tri dharma perguruan tinggi melalui berbagai kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

Pendidikan sarjana dan magisternya diselesaikan di bidang Kesehatan Masyarakat dengan spesialisasi K3. Kepakaran penulis mencakup identifikasi bahaya, penilaian risiko, ergonomi kerja, higiene industri, hingga manajemen K3 di berbagai sektor. Hasil pemikirannya telah banyak dipublikasikan pada berbagai jurnal nasional. Buku ini merupakan wujud kontribusi nyata penulis dalam pengembangan ilmu pengetahuan, dengan harapan dapat menjadi referensi bermanfaat bagi mahasiswa maupun

praktisi. Penulis sangat terbuka terhadap kritik serta saran konstruktif melalui surel: [pratiwiarmy@gmail.com](mailto:pratiwiarmy@gmail.com).



**Yusniar Anggraeny, SKM., M.K.K.K.,**

adalah seorang akademisi dan peneliti yang berfokus pada bidang Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3). Lahir di Balikpapan pada 19 Desember 1998, ia saat ini mendedikasikan dirinya sebagai dosen di salah satu perguruan tinggi negeri di Provinsi Sulawesi Barat. Jenjang pendidikan sarjana dan magister ditempuhnya dengan konsentrasi linier pada bidang Kesehatan Masyarakat serta Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Selain mengajar, penulis aktif dalam kegiatan penelitian, pengabdian masyarakat, dan telah mempublikasikan berbagai artikel ilmiah di jurnal nasional bereputasi. Fokus kajiannya mengintegrasikan K3 dengan Manajemen Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Primer untuk menciptakan alur pelayanan publik yang efisien dan aman.

Buku ini merupakan kontribusi nyatanya dalam pengembangan ilmu pengetahuan, dengan harapan dapat menjadi referensi bermanfaat bagi akademisi maupun praktisi. Penulis sangat terbuka terhadap diskusi dan saran melalui email: [yusniar.anggraeny@unsulbar.ac.id](mailto:yusniar.anggraeny@unsulbar.ac.id).



**Rika Kurnia Kandacong, S.K.M., M.Kes.**, Lahir di Lonra pada 8 Januari 1994, penulis merupakan seorang akademisi dan praktisi di bidang kesehatan masyarakat yang memiliki fokus men-

dalam pada tata kelola dan kebijakan kesehatan. Ketertarikannya pada dunia manajerial kesehatan dimulai sejak menempuh pendidikan Sarjana (S1) Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK). Konsistensi tersebut berlanjut hingga ia menyelesaikan program Magister (S2) Kesehatan Masyarakat pada bidang konsentrasi yang sama di universitas yang sama. Saat ini, penulis aktif mengabdikan diri sebagai Dosen Tetap di Universitas Sulawesi Barat (UNSULBAR), Kabupaten Majene. Di sana, ia berperan aktif dalam pengembangan ilmu pengetahuan, penelitian, serta pengabdian masyarakat, khususnya dalam lingkup administrasi kesehatan.

Selain berkecimpung di dunia akademik, penulis juga merupakan seorang praktisi yang diakui secara profesional. Ia terdaftar sebagai Konsultan Manajemen Kesehatan di bawah naungan IKKESINDO (Ikatan Konsultan Kesehatan Indonesia), sebuah peran yang memungkinkannya untuk memberikan kontribusi strategis bagi peningkatan mutu layanan dan manajemen institusi kesehatan di

Indonesia. Melalui karya-karyanya, penulis berupaya menyelaraskan antara teori akademis dengan realitas kebijakan di lapangan. Penulis berharap karya ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi mahasiswa, peneliti, dan pembaca yang memiliki minat pada kajian ini. Saya terbuka terhadap kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan karya-karya selanjutnya. Penulis dapat dihubungi melalui email: rikakurnia015@gmail.com.



**Muh. Candra Alim, S.Ked., M.Kes.,** lahir di Ujung Pandang pada tanggal 2 September 1999. Penulis saat ini mengabdikan diri sebagai tenaga Dosen di Universitas Sulawesi Barat (UNSULBAR), Kabupaten Majene. Penulis memiliki la-

tar belakang pendidikan S1 Kedokteran, dan pendidikan terakhir S2 di bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat. Sebagai dosen, penulis aktif melaksanakan kegiatan penelitian dan pengembangan pengabdian kepada masyarakat, khususnya dalam bidang ilmu kedokteran dan administrasi kesehatan. Saat ini, Penulis berdomisili di Apartemen *Vida View Tower, Brentsville Unit BV 18K*, Masale, Panakkukang, Makassar dan dapat dihubungi melalui nomor telepon 082147972051.



# MANAJEMEN SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN PRIMER TEORI & IMPLEMENTASI

Buku berjudul “Manajemen Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Primer: Teori dan Implementasi” merupakan referensi komprehensif yang mengupas tuntas dinamika rujukan dalam sistem jaminan kesehatan nasional. Melalui pendekatan metode campuran (*mixed method*), penulis menyajikan analisis mendalam mengenai berbagai komponen yang memengaruhi efektivitas rujukan rawat jalan bagi peserta BPJS Kesehatan, mulai dari aspek ketersediaan sumber daya manusia, fasilitas alat, hingga pemahaman petugas terhadap kasus penyakit yang seharusnya tuntas ditangani di tingkat pertama.

Buku ini tidak hanya memaparkan teori manajemen kesehatan, tetapi juga memberikan gambaran faktual mengenai tantangan implementasi sistem rujukan berjenjang di lapangan.

Buku ini sangat direkomendasikan bagi Mahasiswa Kesehatan, para akademisi, praktisi kesehatan, dan pembuat kebijakan karena kemampuannya dalam memberikan solusi strategis untuk menekan angka rujukan yang berlebihan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Dengan bahasa yang lugas dan data riset yang valid, buku ini menjadi panduan esensial dalam upaya mengoptimalkan fungsi FKTP sebagai gatekeeper demi terciptanya pelayanan kesehatan yang lebih bermutu, efisien, dan berkeadilan.

Buku ini merupakan kontribusi berharga bagi pengembangan ilmu kebijakan kesehatan masyarakat serta peningkatan kualitas manajemen sistem rujukan di Indonesia.



**PENERBIT FATIMA PRESS**  
Jl. Ganggawa, No. 22, Kota Parepare  
Sulawesi Selatan - Indonesia

Percetakan  
**PT KANISIUS**  
Yogyakarta



**IKAPI**  
INDONESIAN ASSOCIATION OF HEALTH INFORMATION SYSTEMS

