



**PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM PELAKSANAAN RUJUKAN  
PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT  
PERTAMA**

**SKRIPSI**

Oleh

**Estik Ikka Indah Purwati  
NIM 132110101194**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2016**



**PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM PELAKSANAAN RUJUKAN  
PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT  
PERTAMA**

**SKRIPSI**

diajukan guna memenuhi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat  
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Estik Ikka Indah Purwati  
NIM 132110101194**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2016**

## PERSEMBAHAN

Segala puji bagi Allah, Tuhan yang Maha pengasih lagi Maha penyayang, serta sholawat dan salam semoga terlimpahkan kepada makhluk-Mu yang paling mulia Nabi Muhammad S.A.W. dengan penuh rasa syukur saya persembahkan skripsi ini kepada:

1. Kedua orang tua saya, Ibu Sukati, S.Pd., Bapak Bambang Prayitno, SH, adik saya, serta segenap keluarga besar yang selalu memberi doa dan dukungan;
2. Teman – teman saya Ratih, Elysa, Umi, Iffah, dan Widya yang selalu setia menemani saya
3. Guru- guru sejak taman kanak- kanak hingga perguruan tinggi yang tak pernah lelah memberikan waktunya untuk mendidik.
4. Agama, Bangsa, dan Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

**MOTTO**

Teruslah belajar dalam kehidupan ini. Jangan pernah berhenti belajar sebab ketika kita berhenti belajar, ketika itulah kita berhenti bertumbuh. Saat kita berhenti bertumbuh, itulah tanda – tanda kita akan gagal. Orang – orang sukses justru adalah orang – orang yang tidak pernah berhenti belajar (Steve Jobs)\*)

---

\*) Wijdan. 2011. *The Wisdom of Steve Jobs*. Jakarta: Imania

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Estik Ikka Indah Purwati

NIM : 132110101194

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Pengambilan Keputusan Dalam Pelaksanaan Rujukan Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 17 Mei 2016

Yang menyatakan,

Estik Ikka Indah Purwati

NIM 132110101194

**SKRIPSI**

**PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM PELAKSANAAN RUJUKAN  
PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT  
PERTAMA**

Oleh:

**Estik Ikka Indah Purwati  
NIM. 132110101194**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Nuryadi, S.KM, M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Yennike Tri Herawati, S.KM, M.Kes.

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul *Pengambilan Keputusan Dalam Pelaksanaan Rujukan Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Selasa  
Tanggal : 28 Juni 2016  
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat

Tim Penguji:

Ketua

Sekretaris

Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes  
NIP. 19790411 200501 1 002

Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes  
NIP. 19820723 201012 1 003

Anggota

dr. H. Aris Tridjoko, MM  
NIP.19580525 198711. 1. 001

Mengesahkan

Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes  
NIP. 19800516 200312 2 002

## RINGKASAN

**Pengambilan Keputusan dalam Pelaksanaan Rujukan Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama;** Estik Ikka Indah Purwati; 132110101194; 2016:113 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Puskesmas yang merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif (Permenkes no 71, 2013:5). Di tingkat pertama layanan kesehatan, BPJS Kesehatan memperkuat jaringan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dengan membangun aplikasi *Primary Care* (P-Care). Berdasarkan aplikasi *P-Care* pada 49 Puskesmas di Kabupaten Jember, yang diwakili 30 puskesmas didapatkan data angka rujukan penyakit yang dapat ditangani di puskesmas, dari 30 puskesmas, terdapat 1 puskesmas yang memiliki angka rujukan penyakit yang tidak dirujuk sebesar (100%), terdapat 12 puskesmas yang memiliki angka rujukan penyakit yang tidak dirujuk sebesar (95%), 10 dari 30 puskesmas memiliki angka rujukan penyakit yang tidak dirujuk sebesar (90-95%), dan 7 puskesmas memiliki angka rujukan penyakit yang tidak dirujuk diatas atau lebih dari (90%). Dalam menurunkan angka rujukan yang tidak sesuai perlu dilakukan tata cara pengambilan keputusan yang sesuai dan efektif dalam pelaksanaan rujukan. Tujuan dari penelitian ini adalah mengidentifikasi proses pengambilan keputusan dalam pelaksanaan rujukan puskesmas yang tidak sesuai sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Penelitian ini dilaksanakan di 29 Puskesmas di Kabupaten Jember pada bulan Februari – Maret 2016. Sampel penelitian ini sebanyak 29 puskesmas, pengambilan sampel menggunakan teknik *sampling* jenuh.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 29 puskesmas (100%) di Kabupaten Jember dalam 1 tahun terakhir yaitu tahun 2015, teridentifikasi mengalami masalah rujukan yang tidak sesuai. Pada pengumpulan data yang relevan, seluruh

puskesmas di Kabupaten Jember melakukan pengumpulan data. Penyebab terjadinya masalah rujukan yang tidak sesuai antara lain keinginan pasien, kurangnya obat-obatan dan bahan habis pakai di puskesmas, kurangnya atau tidak adanya peralatan medis di puskesmas, kurangnya tenaga SDM, khususnya tenaga dokter, persetujuan BPJS yang meloloskan rujukan yang tidak sesuai, RS yang meloloskan rujukan atau tidak adanya rujukan balik dari RS ke puskesmas, tidak adanya penyeleksian alasan penyakit tersebut dirujuk. Pada alternatif pemecahan masalah, seluruh puskesmas di Kabupaten Jember melakukan pengembangan alternatif pemecahan masalah. Alternatif pemecahan masalah rujukan yang tidak sesuai antara lain edukasi dan motivasi, penambahan stok obat, penambahan peralatan medis, penambahan tenaga dokter, pendelegasian wewenang dokter, pengembalian pasien oleh RS ke puskesmas, sosialisasi BPJS tentang rujukan, BPJS lebih *flexibel* dalam menentukan alasan penyakit tersebut dirujuk, ketegasan peraturan BPJS. Pada tahap evaluasi pemecahan masalah, seluruh puskesmas di Kabupaten Jember melakukan evaluasi pemecahan masalah. Evaluasi pemecahan masalah pada penelitian ini melihat dari dampak positif dan dampak negatif dari masing-masing alternatif pemecahan masalah. Pada pemilihan alternatif terbaik, seluruh puskesmas di Kabupaten Jember melakukan pemilihan alternatif terbaik. Alternatif yang lebih banyak dipilih oleh pihak puskesmas sebagai alternatif terbaik adalah edukasi dan motivasi dimana edukasi dan motivasi berfungsi agar masyarakat lebih memahami tentang rujukan dan penyakit yang tergolong pada 144 diagnosis penyakit

## SUMMARY

**Decision Making Referral Implementation at Community Health Center as First Level of Health Facility;** Estik Ikka Indah Purwati; 132110101194; 2016:113 pages; Departement of Administration and Health Policy: Community Health Faculty, University of Jember

Community health center is a first level of health facility which collaboration with health care and social security agency must be organize a comprehensive health care (Permenkes No. 71, 2013:5). In the first level of health service, health care and social security agency support the primary health care network to build primary care (P-Care) application. Based on P-Care application at 49 community health centers in district jember which was represented by 30 community health center obtained the disease refferal rate data which can be handled in community health center, 30 community health center, there was 1 community health center which has the disease refferal rate data was not been refferal as (100%), there were 12 community health center which have the disease refferal rate data were not been refferal as (95%), 10 from 30 community health center have the disease refferal rate data which were not been refferal as (90-95%) and 7 community health center have the disease refferal rate which wre not been refferal over (90%). To reduce refferal rate which were not appropriate must been made decision making arrangement method which appropriate and effective in the refferal implementation. The purpose of this study was to identified decision making process in community health center refferal implementation which were not appropriate as first level of health facility.

These study was a descriptive. This study was held at 29 community health centers in district Jember on February-March 2016. sample of theses study was 29 health centers, the sample collection technique use total sampling.

Result showed that of 29 community health center (100%) in district jember in last one year was 2015, identified having problem of the refferal which were not appropriate. In relevan data collection, all community health center in district jember make data collection, the problem cause of the refferal which were not appropriate were patient wish, lack of drugs and consumable in community health center, lack or absence of medical equipment in community health center, lack of human resources, especially physicians, health care and social security agency's approval who passed the refferal which were not appropriate, hospital who passed the refferal or no refferal back from hospital to community health center, no selection of the disease refferal reason. In alternative solution, all community health center in district jember make alternative solution development. Alternative solution of the refferal which were not appropriate were education and motivation, adding drugs stock, adding medical equipment, adding physicians, delegation of physicians authority, returns patient by hospital to community health center, health care and social security agency socialization about refferal, health care and social security agency was more flexible to determine the reason of disease refferal, health care and social security agency firmness regulation. In the problem solving evaluation, all community health center in district jember make problem solving evaluation. The problem solving evaluation observe from positive and negative impact from each alternative solution. In the best alternative election, all community health center in district jember make the best alternative election. Alternative preferred by community health center as the best alternative was education and motivation for community to be more understanding about refferal and disease which classified into 144 disease diagnosis.

## PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Pengambilan Keputusan dalam Pelaksanaan Rujukan Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan bagaimana identifikasi pengambilan keputusan dalam pelaksanaan rujukan puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama, sehingga nantinya dapat menjadi bahan pertimbangan dalam penyelenggaraan pengambilan keputusan rujukan yang sesuai dan efektif bagi puskesmas.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Nuryadi, S.KM., M.Kes, dan Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes., selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi, serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat:

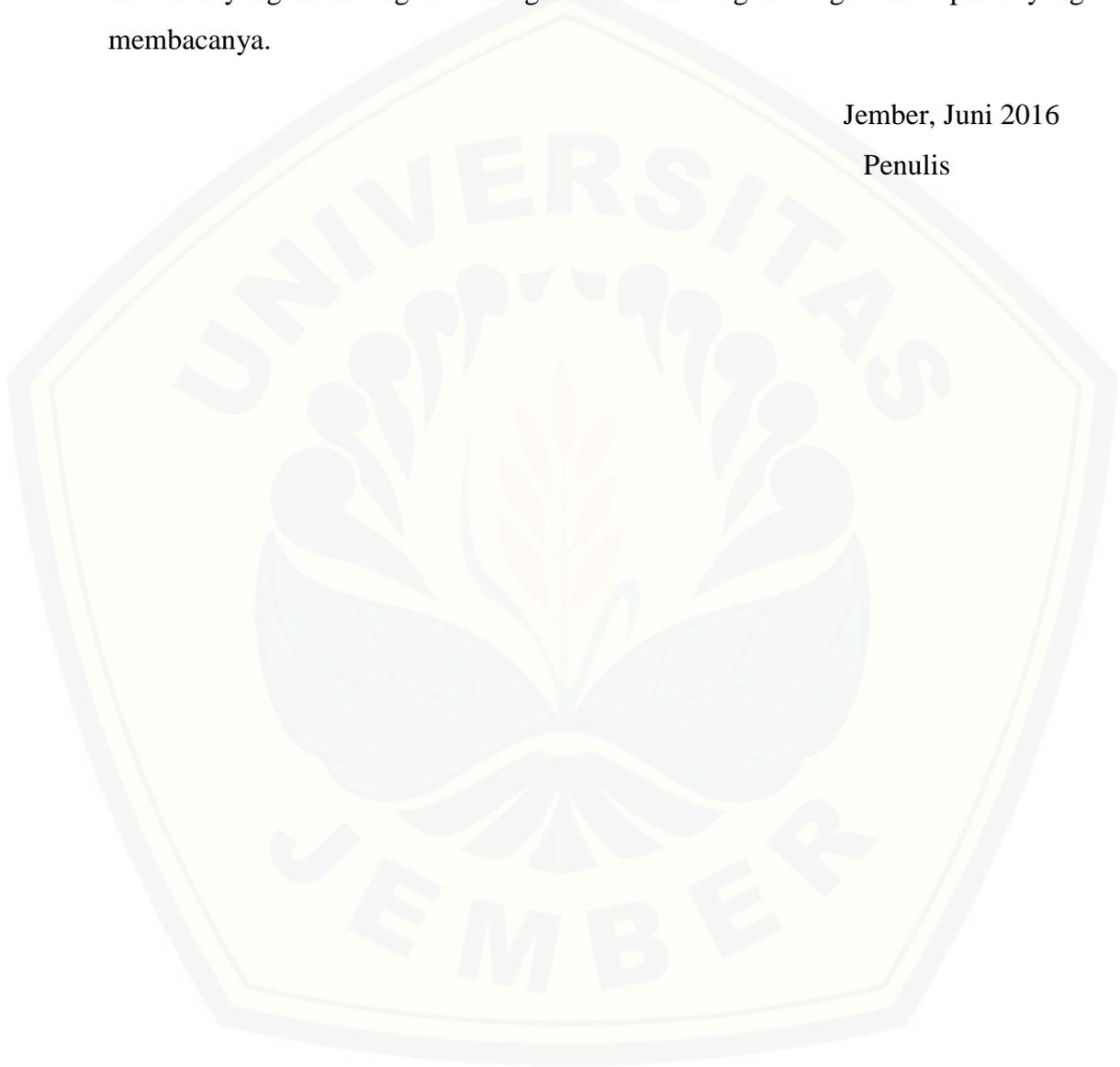
1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
3. Terima kasih kepada Orangtuaku Bambang Prayitno, SH dan Sukati, S.Pd., serta adikku tercinta. Terima kasih atas doa, kasih sayang, cinta, dukungan serta pengorbananya selama ini
4. Teman-teman seperjuangan kelas Alih Jenis 2013, khususnya Ela(Bocil), Wahyu Elisa, Widya (ica), Ratih dan Iffah (Ipeh) terimakasih selalu menemani, mendukung saat galau, suka dan duka, dan teman lainnya Wahyu Priyo, Indah, Evi, Mas Agung, Mas Budi, serta adik-adik kelas reguler angkatan 2011, terima kasih atas setiap canda, bantuan, dukungan dan kebersamaan kita

5. Seluruh pihak yang telah memberikan kontribusi bagi terselesaikannya skripsi ini

Skripsi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu kami dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang membacanya.

Jember, Juni 2016

Penulis

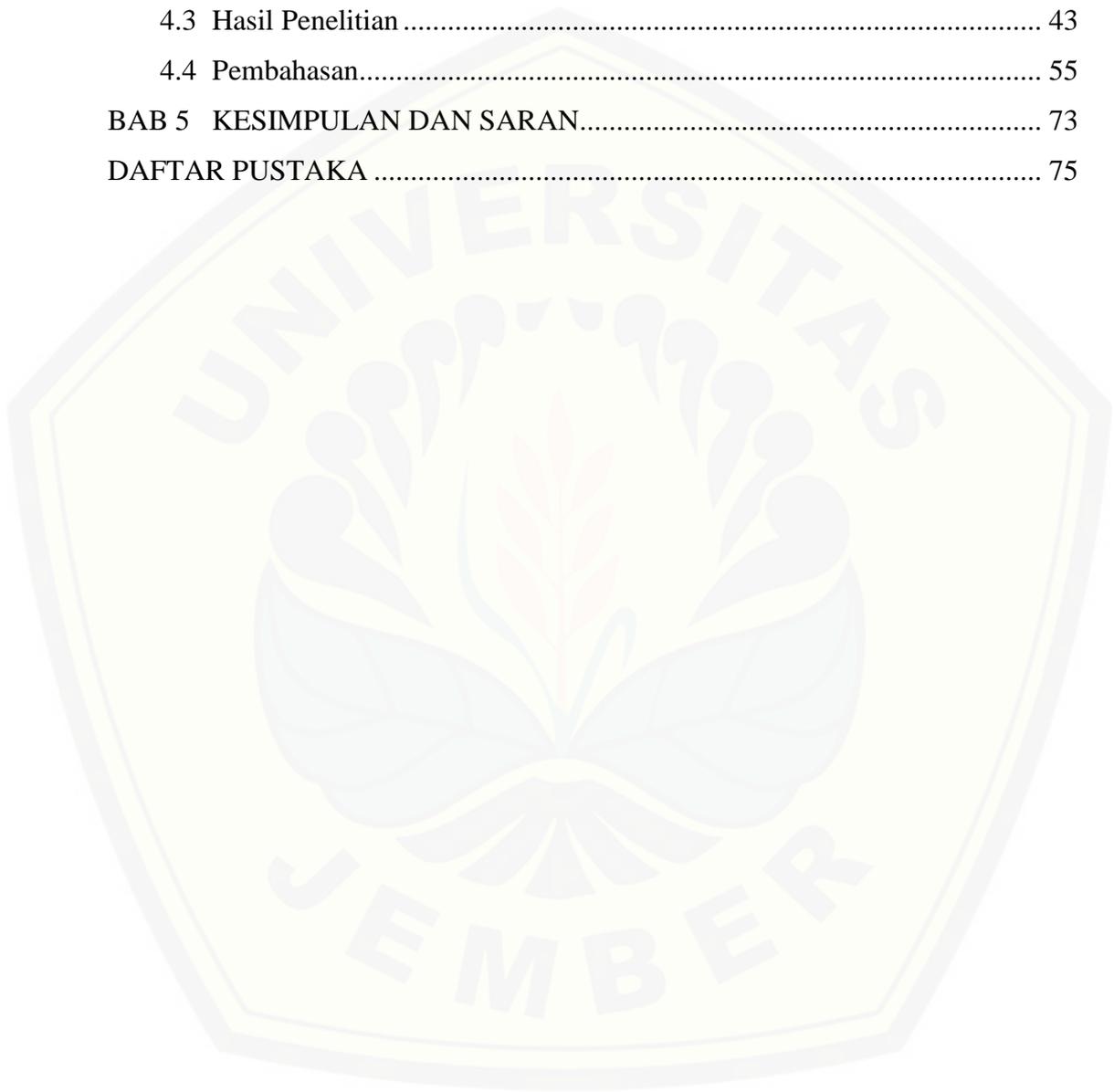


**DAFTAR ISI**

	Halaman
HALAMAN SAMPUL.....	i
PERSEMBAHAN .....	ii
MOTTO .....	iii
PERNYATAAN.....	iv
RINGKASAN .....	vii
SUMMARY .....	ix
PRAKATA.....	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR GAMBAR .....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
DAFTAR SINGKATAN .....	xix
BAB 1. PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan.....	5
1.4 Manfaat.....	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA .....	7
2.1 Jaminan Kesehatan Nasional .....	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Prinsip JKN.....	7
2.1.3 Tujuan JKN.....	7
2.1.4 Sasaran JKN.....	7
2.1.5 Kepesertaan.....	8
2.1.6 Pembiayaan .....	9
2.2 Puskesmas .....	12
2.2.1 Definisi.....	12
2.2.2 Tujuan Puskesmas.....	12

2.2.3 Fungsi Puskesmas .....	12
2.2.4 Wewenang Puskesmas .....	14
2.2.5 Program Kesehatan Puskesmas.....	15
2.2.6 Kedudukan Puskesmas.....	15
2.3 Rujukan.....	16
2.3.1 Definisi.....	16
2.3.2 Sistem Rujukan .....	16
2.3.3 Jenis Rujukan .....	16
2.3.4 Rujukan BPJS .....	18
2.3.5 Kriteria Rujukan.....	19
2.3.6 Penyakit yang dirujuk .....	21
2.3.7 Persiapan Rujukan .....	23
2.3.8 Prosedur Standar Merujuk .....	24
2.3.9 Prosedur Standar Menerima Rujukan .....	25
2.3.10 Prosedur Membalas Rujukan Pasien.....	26
2.3.11 Prosedur Menerima Balasan Rujukan.....	27
2.4 Pengambilan Keputusan.....	27
2.4.1 Definisi.....	27
2.4.2 Tipe – Tipe Keputusan.....	28
2.4.3 Model Pengambilan Keputusan .....	28
2.4.4 Teknik Pengambilan Keputusan .....	29
2.4.5 Proses Pengambilan Keputusan .....	30
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>34</b>
3.1 Jenis Penelitian.....	34
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	34
3.3 Populasi dan Sampel.....	34
3.4 Variabel dan Definisi Operasional.....	35
3.5 Data dan Sumber Data .....	37
3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian .....	38
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data .....	39
3.8 Uji Validitas dan Reliabilitas .....	40

3.9 Alur Penelitian .....	42
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	42
4.1 Gambaran Puskesmas sebagai FKTP di Kabupaten Jember.....	42
4.2 Karakteristik Responden .....	43
4.3 Hasil Penelitian .....	43
4.4 Pembahasan.....	55
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	73
DAFTAR PUSTAKA .....	75

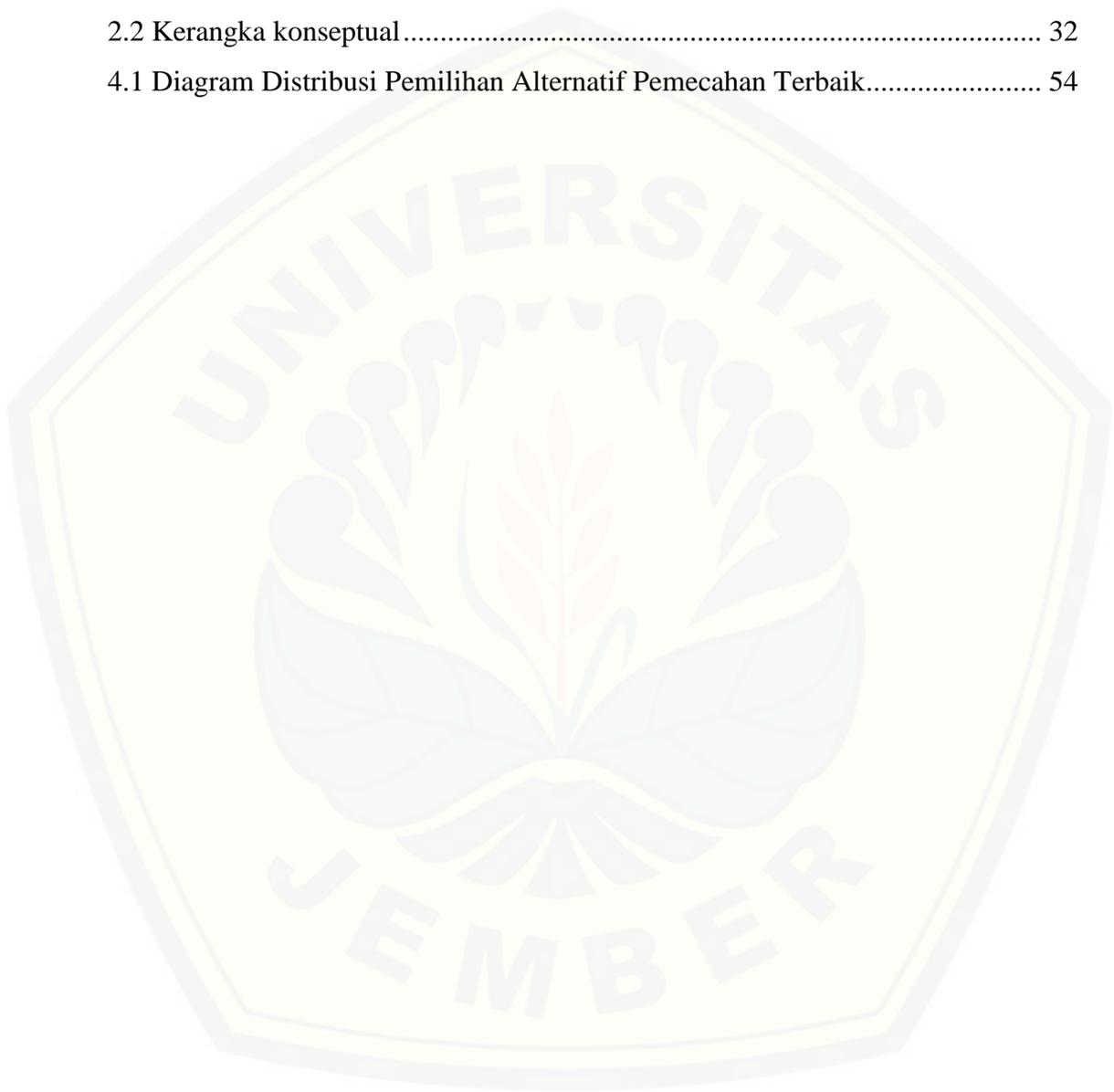


**DAFTAR TABEL**

	Halaman
2.1 Tabel teknik – teknik pengambilan keputusan tradisional dan modern .....	29
3.1 Variabel penelitian dan Definisi Operasional .....	36
4.1 Distribusi karakteristik responden .....	43
4.2 Distribusi Identifikasi Masalah Rujukan Puskesmas yang Tidak Sesuai sebagai FKTP dalam 1 tahun terakhir. ....	44
4.3 Distribusi Pengumpulan Data yang Relevan terkait Rujukan Puskesmas yang Tidak Sesuai sebagai FKTP Tahun 2016. ....	44
4.4 Distribusi Penyebab Masalah Rujukan Puskesmas yang Tidak Sesuai sebagai FKTP Tahun 2016. ....	45
4.5 Distribusi Pengembangan Alternatif Pemecahan Masalah Rujukan Puskesmas Yang Tidak Sesuai Sebagai FKTP Tahun 2016. ....	46
4.6 Distribusi Pengembangan Alternatif Pemecahan Masalah Rujukan Puskesmas yang Tidak Sesuai sebagai FKTP Tahun 2016. ....	47
4.7 Distribusi Evaluasi Alternatif Pemecahan Masalah Rujukan Puskesmas Yang Tidak Sesuai Sebagai FKTP Tahun 2016. ....	49
4.8 Distribusi Evaluasi Alternatif Pemecahan Masalah Rujukan Puskesmas yang Tidak Sesuai sebagai FKTP Tahun 2016. ....	50
4.9 Distribusi Pemilihan Alternatif Terbaik Rujukan Puskesmas Yang Tidak Sesuai Sebagai FKTP Tahun 2016. ....	53

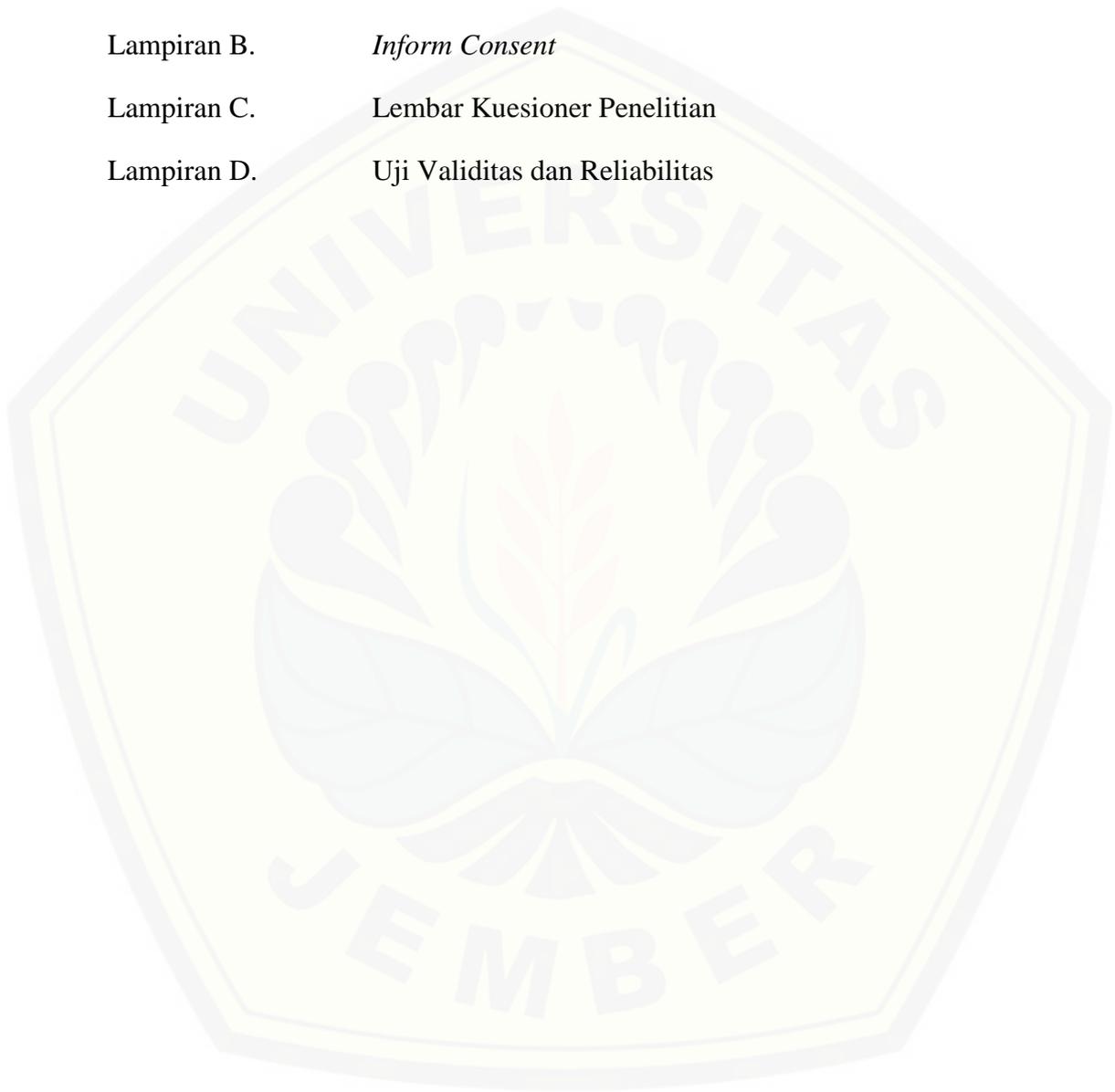
**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1 Teori Pengambilan Keputusan .....	31
2.2 Kerangka konseptual.....	32
4.1 Diagram Distribusi Pemilihan Alternatif Pemecahan Terbaik.....	54



**DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran A. Ijin Penelitian  
Lampiran B. *Inform Consent*  
Lampiran C. Lembar Kuesioner Penelitian  
Lampiran D. Uji Validitas dan Reliabilitas



**DAFTAR SINGKATAN**



BPJS	= Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
DBD	= Demam Berdarah <i>Dengue</i>
DINKES	= Dinas Kesehatan
DM	= <i>Diabetes Melitus</i>
FKTP	= Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
JKN	= Jaminan Kesehatan Nasional
KAD	= <i>Ketoasidosis Diabetikum</i>
KEMENKES	= Kementerian Kesehatan
P- CARE	= <i>Primary Care</i>
PONED	= Pelayanan <i>Obstetri Neonatal</i> Emergensi Dasar
PBI	= Penerima Bantuan Iuran
PERMENKES	= Peraturan Menteri Kesehatan
PERPRES	= Peraturan Presiden
SJSN	= Sistem Jaminan Sosial Nasional
UKM	= Upaya Kesehatan Masyarakat

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1. 1. Latar Belakang

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Permenkes no 28, 2014:9). BPJS Kesehatan sebagai badan pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Manfaat program jaminan kesehatan yang dilaksanakan yaitu penyelenggaraan jaminan kesehatan yang mengacu pada azas kendali mutu dan kendali biaya. Masyarakat sebagai peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan dan *stakeholder* terkait tentu perlu mengetahui prosedur dan kebijakan pelayanan dalam memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya (BPJS, 2014:1).

Puskesmas yang merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif. Pelayanan kesehatan komprehensif ini berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan pelayanan kesehatan darurat medis, termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan kefarmasian (Permenkes no 71, 2013:5). Dalam Kepmenkes RI no 128 (2014:6) dinyatakan bahwa fungsi puskesmas dibagi menjadi tiga fungsi utama yaitu sebagai pusat pemberdayaan masyarakat, sebagai pusat penyedia data dan informasi kesehatan di wilayah kerjanya sekaligus dikaitkan dengan perannya sebagai penggerak pembangunan berwawasan kesehatan di wilayahnya, dan sebagai pusat pelayanan kesehatan strata pertama yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi dengan tujuan menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan

penyakit. Berbagai upaya kesehatan, dalam hal ini upaya kesehatan perseorangan, diselenggarakan melalui upaya-upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, pemulihan dan paliatif yang ditujukan pada perseorangan, dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, berkesinambungan, dan didukung sistem rujukan yang berfungsi secara mantap. Sistem rujukan tersebut dapat berupa pengiriman pasien, spesimen, pemeriksaan penunjang diagnostik, dan rujukan pengetahuan tentang penyakit. Rujukan diselenggarakan untuk menjamin pasien supaya mendapat pelayanan kesehatan perseorangan secara berkualitas dan memuaskan, di fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat dari lokasi tempat tinggalnya, dengan tingkat biaya yang paling sesuai (*low cost*), sehingga pelayanan dapat terselenggara secara efektif dan efisien. Diharapkan pelayanan yang diberikan dimulai dari institusi pelayanan kesehatan tingkat dasar sudah harus berkualitas dan pasien merasa puas menerima pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan dasar, sehingga hanya kasus yang benar-benar tidak mampu ditangani di tingkat pelayanan dasar yang dirujuk (Dinkes Jatim, 2014:1).

Di tingkat pertama layanan kesehatan, BPJS Kesehatan memperkuat jaringan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dengan membangun aplikasi *Primary Care* (P-Care). *P-Care* merupakan sistem informasi pelayanan pasien peserta BPJS Kesehatan, berbasis komputer dan *online* via internet. Pada dasarnya, *P-Care* mempunyai 2 fungsi besar yaitu pendaftaran oleh petugas pendaftaran dan pelayanan pasien dimana entri data dilaksanakan oleh dokter atau petugas balai pengobatan, didalamnya juga terdapat fitur pembuatan rujukan dimana datanya akan dapat langsung terbaca di faskes rujukan (BPJS, 2014:7).

Berdasarkan aplikasi *P-Care* pada 49 puskesmas di Kabupaten Jember, yang diwakili 30 puskesmas didapatkan data angka rujukan penyakit yang dapat ditangani di puskesmas, dari 30 puskesmas, terdapat 1 puskesmas yang memiliki angka rujukan penyakit yang tidak dirujuk sebesar (100%), yaitu Puskesmas Paleran, terdapat 12 puskesmas yang memiliki angka rujukan penyakit yang tidak dirujuk sebesar (95%), yaitu Puskesmas Cakru, Ambulu, Balung, Karangduren, Kaliwates, Klatakan, Kalisat, Semboro, Kasiyan, Wuluhan, Mangli dan Puskesmas Sumberbaru, yang terendah adalah Puskesmas Ambulu, 10 dari 30

puskesmas memiliki angka rujukan penyakit yang tidak dirujuk sebesar (90-95%), yaitu Puskesmas Jelbuk, Gumukmas, Ajung, Umbulsari, Ledokombo, Jember Kidul, Sukorejo, Arjasa, Pakusari, dan Puskesmas Lojejer, yang memiliki angka dalam kategori menengah adalah Puskesmas Lojejer, dan 7 puskesmas memiliki angka rujukan penyakit yang tidak dirujuk diatas atau lebih dari (90%) yaitu Puskesmas Kencong, Puger, Kemuningsari, Rambipuji, Sabrang, Tempurejo, dan Puskesmas Jenggawah, yang tertinggi adalah Puskesmas Rambipuji. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan masih tingginya angka rujukan penyakit yang dapat ditangani dan pengambilan keputusan yang kurang sesuai di puskesmas Kabupaten Jember, hal ini juga tidak sesuai dengan aturan Permenkes no.71 (2013:25) yang menyatakan bahwa FKTP berhak melakukan rujukan apabila ternyata pasien memerlukan pemeriksaan spesialis/subspesialis, dan perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan, dan/atau ketenagaan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan kuesioner pada bulan mei 2015 kepada 4 puskesmas di Kabupaten Jember yaitu Puskesmas Mangli, Puskesmas Jelbuk, Puskesmas Gumukmas, dan Puskesmas Ambulu didapatkan apa yang melandasi terjadinya rujukan, antara lain faktor sumber daya manusia yang masih kurang khususnya tenaga dokter yang ada di Puskesmas Mangli, Puskesmas Gumukmas, dan Puskesmas Ambulu. Kedua yaitu faktor ketidaktersediaan alat yang dapat menangani penyakit tersebut antara lain di Puskesmas Ambulu dan Puskesmas Mangli. Ketiga yaitu faktor sulitnya penanganan penyakit tersebut yaitu di Puskesmas Ambulu. Keempat yaitu faktor ketidaktersedianya obat-obatan di puskesmas yaitu di Puskesmas Ambulu. Kelima yaitu faktor aplikasi *P-Care* yang belum berjalan optimal di Puskesmas Jelbuk, dan terakhir yaitu faktor pengetahuan operator *P-Care* yang masih kurang yaitu di Puskesmas Jelbuk.

Terdapat 144 diagnosa penyakit yang harus tuntas dilayani di fasilitas kesehatan primer di era JKN sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer dan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 Tahun

2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia. Tingginya angka rujukan yang masih dapat ditangani di puskesmas akan mengakibatkan penumpukan pasien di rumah sakit yang terdapat di RSD dr Soebandi. Data dari RSD dr Soebandi menyebutkan, pada tahun 2014 terdapat 129.318 kunjungan di RSD dr Soebandi, dan terdapat 70.076 jumlah rujukan yang berasal dari puskesmas, 5.906 yang berasal dari klinik dan dokter keluarga, serta 4.896 yang berasal dari RS lain. Jika terdapat penumpukan pasien, maka rumah sakit akan kewalahan menangani jumlah pasien yang membludak, antrean memanjang, pelayanan menjadi lebih lama dan kurang maksimal serta tenaga medis di rumah sakit tersebut juga berpotensi kelelahan karena harus bekerja ekstra. Jika sudah kelelahan, tentu akan berbahaya bila dokter atau tenaga medis lainnya memaksakan diri untuk menangani jumlah pasien yang sangat banyak (BPJS, 2014:6), selain itu tingginya angka rujukan yang masih dapat ditangani di puskesmas akan menurunkan peran puskesmas sebagai *gate keeper* artinya puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan medik (BPJS, 2014:7).

Dalam menurunkan angka rujukan yang tidak sesuai perlu dilakukan tata cara pengambilan keputusan yang sesuai dan efektif dalam pelaksanaan rujukan, dimana dengan menggunakan *P-Care* diharapkan puskesmas dapat mensreening rujukan yang tidak sesuai dengan tahapan identifikasi masalah, pengumpulan data yang relevan, pengembangan alternatif, evaluasi alternatif dan pemilihan alternatif terbaik. Pengambilan keputusan melibatkan adanya suatu tindakan timbal balik yang berkesinambungan dalam menangani suatu masalah. Dengan adanya pengambilan keputusan rujukan yang tepat dan efektif ini maka angka rujukan akan menurun sehingga akan mengembalikan fungsi puskesmas sebagai *gatekeeper* dan menurunkan penumpukan pasien di rumah sakit (Azwar, 1996:17-20).

## 1. 2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, dapat dirumuskan suatu masalah: Bagaimana identifikasi pengambilan keputusan dalam pelaksanaan rujukan puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama ?

## 1. 3. Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah mengidentifikasi proses pengambilan keputusan dalam pelaksanaan rujukan puskesmas yang tidak sesuai sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi masalah rujukan puskesmas yang tidak sesuai sebagai FKTP,
- b. Mengidentifikasi pengumpulan data yang relevan terkait rujukan puskesmas yang tidak sesuai sebagai FKTP,
- c. Mengidentifikasi pengembangan alternatif terkait rujukan puskesmas yang tidak sesuai sebagai FKTP,
- d. Mengidentifikasi evaluasi alternatif terkait rujukan puskesmas yang tidak sesuai sebagai FKTP,
- e. Mengidentifikasi pemilihan alternatif terkait rujukan puskesmas yang tidak sesuai sebagai FKTP.

## 1. 4. Manfaat

### 1.4.1 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Sebagai bahan referensi dan informasi bagi penelitian yang sejenis di bidang administrasi dan kebijakan kesehatan.

### 1.4.2 Bagi BPJS Kesehatan Kabupaten Jember

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dalam pembenahan manajemen pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan di Kabupaten Jember.

#### 1.4.3 Bagi peneliti dan riset selanjutnya

Bagi penulis, penelitian ini sebagai wadah dan sarana dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama kuliah serta menambah pengetahuan dan pengalaman di lapangan.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Jaminan Kesehatan Nasional

Dalam mewujudkan komitmen global dan konstitusi, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi kesehatan perorangan.

#### 2.1.1 Definisi

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Perpres no 12, 2013:2).

#### 2.1.2 Prinsip JKN

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yaitu:

- a. Dana amanat dan nirlaba dengan manfaat untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
- b. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional.
- c. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas.
- d. Efisien, transparan dan akuntabel (Permenkes no 28, 2014:4).

#### 2.1.3 Tujuan JKN

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Permenkes no 28, 2014:8).

#### 2.1.4 Sasaran JKN

Sasaran Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini adalah seluruh komponen mulai dari pemerintah (pusat dan daerah),

BPJS, fasilitas kesehatan, peserta dan pemangku kepentingan lainnya sebagai acuan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Permenkes no 28, 2014:8).

#### 2. 1.5 Kepesertaan

Peserta penerima bantuan iuran (PBI) jaminan kesehatan ditetapkan oleh Menteri Sosial, yang selanjutnya didaftarkan oleh Kementerian Kesehatan ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) sebagai peserta penerima bantuan iuran (PBI) jaminan kesehatan. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Peserta tersebut meliputi: penerima bantuan iuran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan dijelaskan dengan rincian sebagai berikut:

- a. Peserta PBI jaminan kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
- b. Peserta bukan PBI adalah peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
  - 1) Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu:
    - a) Pegawai negeri sipil
    - b) Anggota TNI
    - c) Anggota Polri
    - d) Pejabat negara
    - e) Pegawai pemerintah non pegawai negeri
    - f) Pegawai swasta dan
    - g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.
  - 2) Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu:
    - a) Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri dan

- b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima upah. Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas:
- a) Investor
  - b) Pemberi kerja
  - c) Penerima pensiun
  - d) Veteran
  - e) Perintis kemerdekaan dan
  - f) Bukan pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.
- 4) Penerima pensiun terdiri atas:
- a) Pegawai negeri sipil yang berhenti dengan hak pensiun
  - b) Anggota TNI dan anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun
  - c) Pejabat negara yang berhenti dengan hak pensiun
  - d) Penerima pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c dan
  - e) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.
- Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:
- a. Istri atau suami yang sah dari peserta dan
  - b. Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari peserta, dengan kriteria: tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri dan belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal (Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, 2014:21-23).
2. 1.6 Pembiayaan
- Pembiayaan bagi peserta BPJS Kesehatan meliputi:
- a. Bagi peserta penerima bantuan iuran (PBI) jaminan kesehatan iuran dibayar oleh pemerintah

- b. Iuran bagi peserta pekerja penerima upah yang bekerja pada lembaga pemerintahan terdiri dari pegawai negeri sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, dan pegawai pemerintah non pegawai negeri sebesar 5% (lima persen) dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan : 3% (tiga persen) dibayar oleh pemberi kerja dan 2% (dua persen) dibayar oleh peserta
- c. Iuran bagi peserta pekerja penerima upah yang bekerja di BUMN, BUMD dan Swasta sebesar 4,5% (empat koma lima persen) dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan : 4% (empat persen) dibayar oleh pemberi kerja dan 0,5% (nol koma lima persen) dibayar oleh peserta
- d. Iuran untuk keluarga tambahan pekerja penerima upah yang terdiri dari anak ke 4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua, besaran iuran sebesar sebesar 1% (satu persen) dari dari gaji atau upah per orang per bulan, dibayar oleh pekerja penerima upah.
- e. Iuran bagi kerabat lain dari pekerja penerima upah (seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll); peserta pekerja bukan penerima upah serta iuran peserta bukan pekerja adalah sebesar:
  - 1) Sebesar Rp.25.500,- (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.
  - 2) Sebesar Rp.42.500 (empat puluh dua ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.
  - 3) Sebesar Rp.59.500,- (lima puluh sembilan ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.Iuran jaminan kesehatan bagi veteran, perintis kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan, iurannya ditetapkan sebesar 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) gaji pokok pegawai negeri sipil golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan, dibayar oleh pemerintah.
- f. Pembayaran iuran paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan (Panduan Layanan Bagi Peserta BPJS Kesehatan, 2014:21).

Salah satu program JKN yang saat ini tengah berkembang di masyarakat adalah BPJS. Badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan yang selanjutnya

disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan (Perpres 12, 2013:2). BPJS memiliki wewenang dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, yaitu untuk:

- a. menagih pembayaran Iuran
- b. menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai
- c. melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional
- d. membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah
- e. membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan
- f. mengenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya
- g. melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan
- h. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial (UU no 24, 2011: 8).

Badan penyelenggara jaminan kesehatan memiliki kerja sama dengan beberapa fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan dibagi menjadi 2 fasilitas kesehatan, yaitu fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Fasilitas Kesehatan itu sendiri adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat (Permenkes 71, 2013:3). Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dapat berupa: puskesmas atau yang setara, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik, klinik pratama atau yang setara, dan rumah

sakit kelas D pratama atau yang setara (Permenkes no 71, 2013:4). Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan dapat berupa: klinik utama atau yang setara, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus (Permenkes no 71, 2013:5).

## **2.2. Puskesmas**

### **2.2.1 Definisi**

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Kemenkes no 128, 2004). Puskesmas dibangun untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh dan terpadu bagi seluruh masyarakat yang tinggal di wilayah kerjanya (Muninjaya, 2004:128). Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Kemenkes RI, 2013:6)

### **2.2.2 Tujuan Puskesmas**

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010 (Kemenkes no 128, 2004:6).

### **2.2.3 Fungsi Puskesmas**

Fungsi puskesmas dapat mewujudkan empat misi pembangunan kesehatan yaitu menggerakkan pembangunan kecamatan yang berwawasan pembangunan, mendorong kemandirian masyarakat dan keluarga untuk hidup sehat, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau serta memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, kelompok dan masyarakat serta lingkungannya (Alamsyah, 2011:43).

#### **a. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.**

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia

usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan (Kemenkes no 128, 2004:6).

b. Pusat pemberdayaan masyarakat.

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat (Kemenkes no 128, 2004:6).

c. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas meliputi:

1) Pelayanan kesehatan perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap (Kemenkes no 128, 2004:6).

2) Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*community goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain

promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya (Kemenkes no 128, 2004:6).

#### 2.2.4 Wewenang Puskesmas

Dalam menyelenggarakan fungsinya sebagai penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya, puskesmas berwenang untuk:

- a. melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
- b. melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
- c. melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
- d. menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
- e. melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
- f. melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
- g. memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
- h. melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan dan
- i. memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit (Permenkes 75, 2014:6).

Dalam menyelenggarakan fungsinya sebagai penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya Puskesmas berwenang untuk:

- a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu
- b. menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif
- c. menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat

- d. menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung
- e. menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi
- f. melaksanakan rekam medis
- g. melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan
- h. melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan
- i. mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya dan
- j. melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan (Permenkes 75, 2014:7).

#### 2.2.5 Program Kesehatan Puskesmas

Agar dapat memberikan kontribusi dan distribusi terhadap masyarakat dalam pelayanan kesehatan secara menyeluruh di wilayah kerjanya, puskesmas memiliki atau menjalankan beberapa program pokok yang dibedakan menjadi dua yaitu program kesehatan dasar dan program kesehatan pengembangan. Program kesehatan dasar ada enam atau yang dikenal dengan *the six basic* yang terdiri dari promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana, perbaikan gizi, pemberantasan penyakit menular dan pengobatan dasar, sedangkan program kesehatan pengembangan adalah program lain sesuai kondisi, masalah, dan kemampuan puskesmas setempat (Alamsyah, 2011:45).

#### 2.2.6 Kedudukan Puskesmas

Dalam sistem kesehatan nasional (2004), dijelaskan kedudukan puskesmas adalah:

- a. Puskesmas sebagai aspek fungsional, dalam hal ini puskesmas dibedakan menjadi tiga bidang yaitu bidang pelayanan kesehatan masyarakat artinya puskesmas merupakan pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama yang dibina oleh pihak dinas kesehatan kabupaten atau kota, yang kedua dibidang pelayanan medik artinya puskesmas merupakan unit

pelayanan medik dasar tingkat pertama yang secara teknis dapat berkoordinasi dan bekerja sama dengan RSUD Kabupaten atau Kota, yang ketiga adalah puskesmas berkedudukan sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama yang merupakan ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia

- b. Puskesmas sebagai aspek organisasi struktural dan berkedudukan sebagai pelaksana teknis dinas dipimpin oleh seorang kepala, yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala Kabupaten/Kota dan secara operasional dikoordinasikan oleh camat (Alamsyah, 2011:45)

## **2.3. Rujukan**

### **2.3.1 Definisi**

Rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik, baik secara vertikal dalam arti satu strata sarana pelayanan kesehatan ke strata sarana pelayanan kesehatan lainnya, maupun secara horisontal dalam arti antar sarana pelayanan kesehatan yang sama (Kemenkes no 128, 2004:14).

### **2.3.2 Sistem Rujukan**

Sistem rujukan di Indonesia dibedakan atas 2 jenis yaitu rujukan medis dan rujukan kesehatan. Rujukan medis adalah upaya rujukan kesehatan yang dapat bersifat vertikal, horizontal atau timbal balik yang terutama berkaitan dengan upaya penyembuhan dan rehabilitasi serta upaya yang bertujuan mendukungnya. Rujukan kesehatan adalah rujukan upaya kesehatan yang bersifat vertikal dan horisontal yang terutama berkaitan dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta upaya yang mendukungnya (Dinkes Jakarta, 2014:3)

### **2.3.3 Jenis Rujukan**

Jenis – jenis rujukan meliputi:

#### **a. Rujukan Horisontal**

Rujukan Horisontal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan. Rujukan horisontal adalah mekanisme rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan, rujukan horisontal sebagaimana

dimaksud dilakukan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap (Dinkes Jatim, 2014:10).

b. Rujukan Vertikal

Rujukan vertikal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan. Rujukan vertikal dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya. Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi sebagaimana dimaksud dilakukan apabila:

- 1) Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau sub spesialisik
- 2) Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan.

Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan pelayanan yang lebih rendah sebagaimana dimaksud dilakukan apabila:

- a. Permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya
- b. Kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut
- c. Pasien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang dan/atau
- d. Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan.

(Dinkes Jatim, 2014:10)

c. Rujukan Parsial

Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau spesimen ke pemberi pelayanan kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian perawatan pasien di fasilitas kesehatan tersebut. Rujukan parsial dapat berupa:

- 1) Pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang atau tindakan pelayanan kesehatan;
- 2) Pengiriman spesimen untuk pemeriksaan penunjang (Dinkes Jatim, 2014:10).

#### d. Rujukan Balik

Rujukan balik merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita di fasilitas kesehatan atas rekomendasi/rujukan dari dokter spesialis/subspesialis yang merawat. Rujukan balik juga merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di faskes tingkat pertama atas rekomendasi/rujukan dari dokter spesialis/subspesialis yang merawat. Peserta program rujuk balik harus mematuhi prosedur rujuk balik yang telah ditetapkan sebagaimana ketentuan yang berlaku (Dinkes Jatim, 2014:11).

#### 2.3.4 Rujukan BPJS

Sistem rujukan BPJS Kesehatan meliputi:

- a. Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis, yaitu:
  - 1). Dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama
  - 2). Jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh spesialis, maka pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua
  - 3). Pelayanan kesehatan tingkat kedua di faskes sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes primer
  - 4). Pelayanan kesehatan tingkat ketiga di faskes tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes sekunder dan faskes primer. (BPJS, 2014:11)
- b. Pelayanan kesehatan di faskes primer yang dapat dirujuk langsung ke faskes tersier hanya untuk kasus yang sudah ditegakkan diagnosis dan rencana terapinya, merupakan pelayanan berulang dan hanya tersedia di faskes tersier.
- c. Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi:
  - 1). Terjadi keadaan gawat darurat, kondisi kegawatdaruratan mengikuti ketentuan yang berlaku

- 2). Bencana, kriteria bencana ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan atau Pemerintah Daerah
  - 3). Kekhususan permasalahan kesehatan pasien, untuk kasus yang sudah ditegakkan rencana terapinya dan terapi tersebut hanyadapat dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan
  - 4). Pertimbangan geografis dan
  - 5). Pertimbangan ketersediaan fasilitas (BPJS, 2014:12)
- d. Pelayanan oleh bidan dan perawat
- 1). Dalam keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - 2). Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama kecuali dalam kondisi gawat darurat dan kekhususan permasalahan kesehatan pasien, yaitu kondisi di luar kompetensi dokter dan/atau dokter gigi pemberipelayanan kesehatan tingkat pertama (BPJS, 2014:13)

#### 2.3.5 Kriteria Rujukan

Pasien yang akan dirujuk harus sudah diperiksa dan layak untuk dirujuk.

Adapun kriteria pasien yang dirujuk adalah bila memenuhi salah satu dari:

- a. Hasil pemeriksaan fisik sudah dapat dipastikan tidak mampu diatasi
- b. Hasil pemeriksaan fisik dengan pemeriksaan penunjang medis ternyata tidak mampu diatasi dan apabila telah diobati dan dirawat ternyata memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu
- c. Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, tetapi pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan
- d. Mencantumkan terapi sementara
- e. Mencantumkan tindakan yang telah diberikan
- f. Mencantumkan alasan merujuk
- g. Mencantumkan tanda tangan dokter yang merujuk
- h. Pasien di dampingi tenaga kesehatan saat merujuk kecuali untuk rujukan rawat jalan

- i. Menggunakan ambulance transport kecuali untuk rujukan rawat jalan
- j. Memberikan edukasi pada pasien tentang proses rujukan
- k. Komunikasi dengan RS yang akan menjadi tujuan rujukan sebelum mengirim pasien Kecuali untuk rujukan rawat jalan dan kasus gawat darurat KIA
- l. Pasien dirujuk 1x24 jam sejak diagnosa ditegakkan kecuali untuk rujukan rawat jalan (Dinas Kesehatan membuat suatu sistem rujukan secara online antara puskesmas dengan seluruh RS yang ada di DKI Jakarta dan membuat kebijakan dimana pasien gawat darurat yang akan dirujuk dapat ditangani di RS terdekat tanpa pembatasan wilayah dan jaminan kesehatan)

Untuk kasus-kasus rujukan tertentu, seperti kasus penyakit dengan pre eklamsia berat, DBD, Diabetes, Hipertensi, harus: (Terlampir pedoman rujukan dengan kasus tertentu):

- a. Rujukan dengan kasus PEB: sebelum dirujuk ke fasilitas lain, maka pasien memiliki salah satu gejala dari pre eklamsia berat, seperti tekanan darah yang tinggi, Proteinuria 500 gr/24 jam atau  $\geq 2+$  dipstik maupun edema, pandangan kabur, nyeri di epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen, sianosis, adanya pertumbuhan janin yang terhambat. Tidak perlu dirujuk jika pasien tidak memiliki salah satu gejala dari pre-eklamsia berat
- b. Rujukan dengan kasus *diabetes melitus* tipe 2: pada pasien yang terdiagnosis diabetes tipe 2 baru, puskesmas dapat merujuk ke dokter spesialis di rumah sakit untuk menentukan apakah terdapat komplikasi dari penyakit tersebut, untuk nantinya mendapat rujukan balik beserta terapi yang dapat diberikan di puskesmas. Setelah menjalani terapi selama 2-3 bulan, pasien baru dapat dirujuk kembali apabila target gula darah tidak tercapai dengan 2 obat dan diet yang sehat. Namun bila pasien menunjukkan penyakit lain seperti seperti KAD, *nefropati*, *neuropati*, *retinopati*, *cardiomyopati* atau DM tipe 1 atau 2 dengan insulin dependent atau *diabetes gestasional* pasien dapat dirujuk ke rumah sakit
- c. Rujukan dengan kasus *diabetes melitus*: Sebelum dirujuk pada fasilitas kesehatan lain, maka pasien haruslah memenuhi kriteria untuk dirujuk seperti adanya kerusakan target organ atau komplikasi dari diabetes seperti KAD, *nefropati*, *neuropati*, *retinopati*, *cardiomyopati* atau DM tipe 1 atau 2 dengan

insulin dependent atau *diabetes gestasional*. DM tipe 2 tanpa komplikasi dapat dirujuk apabila setelah pemberian 2 obat dan diet sehat pasien tidak mengalami perbaikan selama 2-3 bulan

- d. Rujukan dengan kasus hipertensi: Sebelum dirujuk pada fasilitas kesehatan lain, maka pasien haruslah memenuhi kriteria seperti pasien memiliki hipertensi non esensial atau pasien tidak mencapai target tekanan darah setelah 2-3 bulan pengobatan. Pada kondisi hipertensi non esensial dilakukan rujukan ke dokter spesialis untuk dilakukan evaluasi dan pengobatan terlebih dahulu. Jika pasien dalam kondisi stabil dan dapat ditangani di Puskesmas, maka rumah sakit melakukan rujukan balik ke Puskesmas (Dinkes Jakarta, 2014:8)

### 2.3.6 Penyakit yang dirujuk

Berikut ini adalah diagnosa penyakit yang harus tuntas dilayani di fasilitas kesehatan primer di era JKN sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer dan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 Tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia

Diagnosis penyakit	Diagnosis penyakit
1. Kejang Demam	73. Kehamilan normal
2. Tetanus	74. Aborsi spontan komplrit
3. HIV AIDS tanpa komplikasi	75. Anemia defisiensi besi pada kehamilan
4. Tension headache	76. Ruptur perineum tingkat ½
5. Migren	77. Abses folikel rambut/kelj sebasea
6. Bell's Palsy	78. Mastitis
7. Vertigo (Benign paroxysmal positional Vertigo)	79. Cracked nipple
8. Gangguan somatoform	80. Inverted nipple
9. Insomnia	81. DM tipe 1
10. Benda asing di konjungtiva	82. DM tipe 2
11. Konjungtivitis	83. Hipoglikemi ringan
12. Perdarahan subkonjungtiva	84. Malnutrisi energi protein
13. Mata kering	85. Defisiensi vitamin
14. Blefaritis	86. Defisiensi mineral
15. Hordeolum	87. Dislipidemia
16. Trikiasis	88. Hiperurisemia
17. Episkleritis	89. Obesitas
18. Hipermetropia ringan	90. Anemia defiensi besi
19. Miopia ringan	91. Limphadenitis
20. Astigmatism ringan	92. Demam dengue, DHF
21. Presbiopia	93. Malaria
	94. Leptospirosis (tanpa komplikasi)

22. Buta senja	95. Reaksi anafilaktik
23. Otitis eksterna	96. Ulkus pada tungkai
24. Otitis Media Akut	97. Lipoma
25. Serumen prop	98. Verruca vulgaris
26. Mabuk perjalanan	99. Moluskum kontangiosum
27. Furunkel pada hidung	100. Herpes zoster tanpa komplikasi
28. Rhinitis akut	101. Morbili tanpa komplikasi
29. Rhinitis vasomotor	102. Varicella tanpa komplikasi
30. Rhinitis vasomotor	103. Herpes simpleks tanpa komplikasi
31. Benda asing	104. Impetigo
32. Epistaksis	105. Impetigo ulceratif (ektima)
33. Influenza	106. Folikulitis superfisialis
34. Pertusis	107. Furunkel, karbunkel
35. Faringitis	108. Eritrasma
36. Tonsilitis	109. Erisipelas
37. Laringitis	110. Skrofuloderma
38. Asma bronchiale	111. Lepra
39. Bronchitis akut	112. Sifilis stadium 1 dan 2
40. Pneumonia, bronkopneumonia	113. Tinea kapitis
41. Tuberkulosis paru tanpa komplikasi	114. Tinea barbe
42. Hipertensi esensial	115. Tinea facialis
43. Kandidiasis mulut	116. Tinea corporis
44. Ulcus mulut (apthosa, herpes)	117. Tinea manus
45. Parotitis	118. Tinea unguium
46. Infeksi pada umbilikus	119. Tinea cruris
47. Gastritis	120. Tinea pedis
48. Gastroenteritis (termasuk kolera, giardiasis)	121. Pitiriasis versicolor
49. Refluks gastroesofagus	122. Candidiasis mucocutan ringan
50. Demam tifoid	123. Cutaneus larvamigran
51. Intoleransi makanan	124. Filariasis
52. Alergi makanan	125. Pedikulosis kapitis
53. Keracunan makanan	126. Pediculosis pubis
54. Penyakit cacing tambang	127. Scabies
55. Strongiloidiasis	128. Reaksi gigitan serangga
56. Askariasis	129. Dermatitis kontak iritan
57. Skistosomiasis	130. Dermatitis atopik (kecuali recalcitrant)
58. Taeniasis	131. Dermatitis numularis
59. Hepatitis A	132. Napkin ekzema
60. Disentri basiler, disentri amuba	133. Dermatitis seboroik
61. Hemoroid grade ½	134. Pitiriasis rosea
62. Infeksi saluran kemih	135. Acne vulgaris ringan
63. Gonore	136. Hidradenitis supuratif
64. Pielonefritis tanpa komplikasi	137. Dermatitis perioral
65. Fimosis	138. Miliaria
66. Parafimosis	139. Urtikaria akut
67. Sindroma duh (discharge) genital (Gonore dan non gonore)	140. Eksantemapous drug eruption, fixed drug eruption
68. Infeksi saluran kemih bagian bawah	141. Vulnus laseraum, puctum
	142. Luka bakar derajat 1 dan 2

69. Vulvitis 70. Vaginitis 71. Vaginosis bakterialis 72. Salphingitis	143. Kekerasan tumpul 144. Kekerasan tajam
--	---

### 2.3.7 Persiapan Rujukan

Persyaratan tata laksana rujukan dalam pelaksanaan sistem rujukan ini sifatnya umum, antara lain:

#### A. Tata Laksana Rujukan

- a. Pemberi pelayanan kesehatan berkewajiban merujuk pasien bila keadaan penyakit atau permasalahan kesehatan memerlukannya, kecuali dengan alasan yang sah (pasien tidak dapat ditransportasikan atas alasan medis, sumber daya atau geografis)
- b. Rujukan harus mendapatkan persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya setelah pasien dan/atau keluarganya mendapatkan penjelasan dari tenaga kesehatan yang berwenang. Penjelasan tersebut meliputi :
  - 1) Diagnosis dan terapi dan/atau tindakan medis yang diperlukan
  - 2) Alasan dan tujuan dilakukan rujukan
  - 3) Risiko yang dapat timbul apabila rujukan tidak dilakukan
  - 4) Transportasi rujukan dan
  - 5) Risiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan
  - 6) Rujukan dilakukan bila sesuai dengan indikasi medis, pasien memerlukan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan (pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub-spesialis), dengan kriteria :
    - a) Hasil pemeriksaan fisik sudah dapat dipastikan tidak mampu diatasi
    - b) Hasil pemeriksaan fisik dengan pemeriksaan penunjang medis ternyata tidak mampu diatasi
    - c) Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, tetapi pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan
    - d) Apabila telah diobati dan dirawat ternyata memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan di sarana kesehatan yang lebih mampu, pasien wajib membawa surat rujukan dari Puskesmas atau fasilitas kesehatan tingkat pertama lain (Dinkes Jatim, 2014:17).

### 2.3.8 Prosedur Standar Merujuk

Prosedur standar merujuk meliputi:

#### a. Prosedur Klinis:

- 1) Perujuk melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medis untuk menentukan diagnosa utama dan diagnosa banding
- 2) Perujuk melakukan pertolongan pertama dan/atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan
- 3) Perujuk memastikan penerima rujukan bisa dan mampu menerima pasien dengan memanfaatkan fasilitas radiomedik dan atau media komunikasi. Bila keadaan pasien gawat darurat, wajib diinformasikan pada penerima rujukan
- 4) Transportasi untuk rujukan dilakukan sesuai dengan kondisi pasien dan ketersediaan sarana transportasi
- 5) Pasien yang memerlukan asuhan medis terus-menerus harus dirujuk dengan ambulans dan didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten
- 6) Apabila pasien diantar dengan kendaraan puskesmas keliling atau ambulans, agar petugas dan kendaraan tetap menunggu pasien di IGD tujuan sampai ada kepastian pasien tersebut mendapat pelayanan dan kesimpulan di rawat inap atau rawat jalan
- 7) Bila tidak tersedia ambulans pada fasilitas kesehatan perujuk, rujukan dapat menggunakan alat transport lain yang layak.

#### b. Prosedur Administratif:

- 1) Dilakukan setelah pasien diberikan pra rujukan
- 2) Membuat catatan rekam medis pasien
- 3) Memberikan *Informed Consent* (persetujuan/penolakan rujukan)
- 4) Perujuk membuat surat rujukan untuk disampaikan kepada penerima rujukan minimal dalam rangkap 2 (dua) :
  - a) Lembar pertama dikirim ke penerima rujukan bersama pasien yg bersangkutan
  - b) Lembar kedua disimpan sebagai arsip.
- 5) Surat pengantar rujukan tersebut sekurang-kurangnya memuat :

- a) Identitas pasien
  - b) Hasil pemeriksaan (anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan
  - c) Diagnosis kerja/awal
  - d) Terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan
  - e) Tujuan rujukan
  - f) Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberi pelayanan.
- 6) Mencatat identitas pasien pada buku register rujukan pasien
  - 7) Menyiapkan sarana transportasi dan sedapat mungkin menjalin komunikasi dengan penerima rujukan
  - 8) Pengiriman pasien sebaiknya dilaksanakan setelah diselesaikan administrasi yang bersangkutan (Dinkes Jatim, 2014:17).

#### 2.3.9 Prosedur Standar Menerima Rujukan

Prosedur standar menerima rujukan meliputi:

##### a. Prosedur Klinis

- 1) Menerima, meneliti dan menandatangani surat rujukan pasien yang telah diterima untuk ditempelkan pada kartu status pasien
- 2) Mengisi hasil pemeriksaan dan pengobatan serta perawatan pada kartu catatan medis dan diteruskan ke tempat perawatan selanjutnya sesuai kondisi pasien
- 3) Membuat *Informed Consent* (persetujuan tindakan, persetujuan rawat inap atau pulang paksa)
- 4) Segera memberikan informasi tentang keputusan tindakan/perawatan yang akan dilakukan kepada petugas/keluarga pasien yang mengantar
- 5) Apabila tidak sanggup menangani (sesuai perlengkapan puskesmas/RS yang bersangkutan), maka harus merujuk ke RS yang lebih mampu dengan membuat surat rujukan pasien minimal rangkap 2 (dua), kemudian surat rujukan asli dibawa bersama pasien, prosedur selanjutnya sama seperti prosedur mengirim rujukan pasien

##### b. Prosedur Administratif

- 1) Penerima rujukan menginformasikan tentang ketersediaan sarana dan prasarana serta kompetensi dan ketersediaan tenaga kesehatan dan bila mendapat

informasi bahwa keadaan pasien gawat darurat, wajib memberikan pertimbangan medis atas kondisi pasien

- 2) Rujukan dianggap telah terjadi apabila pasien telah diperiksa dan semua persyaratan administrasi telah diterima oleh penerima rujukan
- 3) Apabila pasien tersebut dapat diterima, selanjutnya penerima rujukan membuat tanda terima pasien sesuai aturan masing-masing sarana
- 4) Mencatat identitas pasien di buku register atau pencatatan yang ditentukan
- 5) Penerima rujukan wajib memberikan informasi kepada perujuk mengenai perkembangan keadaan pasien setelah selesai memberikan pelayanan (Dinkes Jatim, 2014:18).

#### 2.3.10 Prosedur Membalas Rujukan Pasien

Prosedur membalas rujukan pasien:

##### a. Prosedur Klinis

Fasilitas kesehatan yang menerima rujukan, wajib mengembalikan pasien ke fasilitas kesehatan pengirim setelah dilakukan proses antara lain :

- 1) Sesudah pemeriksaan medis, diobati dan dirawat tetapi penyembuhan selanjutnya perlu di *follow up* oleh fasilitas kesehatan pengirim
- 2) Sesudah pemeriksaan medis dan tindakan kegawatan klinis diselesaikan, bila diperlukan, pengobatan dan perawatan selanjutnya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan pengirim
- 3) Melakukan pemeriksaan fisik dan mendiagnosa bahwa kondisi pasien sudah memungkinkan untuk keluar dari perawatan rumah sakit/Puskesmas tersebut dalam keadaan :
  - a) Sehat atau sembuh
  - b) Sudah ada kemajuan klinis dan harus dirujuk ke tempat lain
  - c) Belum ada kemajuan klinis dan harus dirujuk ke tempat lain
  - d) Pasien sudah meninggal.
- 4) Fasilitas kesehatan yang menerima rujukan pasien harus memberikan laporan atau informasi medis balasan rujukan kepada fasilitas kesehatan pengirim pasien mengenai kondisi klinis terakhir pasien apabila pasien keluar dari fasilitas kesehatan tersebut.

#### b. Prosedur Administratif

- 1) Fasilitas kesehatan yang merawat pasien berkewajiban memberi surat balasan rujukan untuk setiap pasien yang pernah diterimanya kepada fasilitas kesehatan yang mengirim pasien yang bersangkutan
- 2) Surat balasan rujukan bisa dititipkan melalui keluarga pasien yang bersangkutan dan sedapat mungkin dipastikan bahwa informasi balik tersebut diterima petugas kesehatan yang dituju
- 3) Semua fasilitas pelayanan kesehatan wajib mengisi format pencatatan dan pelaporan (Dinkes Jatim, 2014:19).

#### 2.3.11 Prosedur Menerima Balasan Rujukan

Prosedur menerima balasan rujukan meliputi:

##### a. Prosedur Klinis

- 1) Memperhatikan anjuran tindakan yang disampaikan oleh fasilitas kesehatan yang terakhir merawat pasien tersebut
- 2) Melakukan tindak lanjut atau perawatan kesehatan masyarakat dan memantau (*follow up*) kondisi klinis pasien sampai sembuh.

##### b. Prosedur Administratif

- 1) Meneliti isi surat balasan rujukan dan mencatat informasi tersebut di buku register atau pencatatan pasien rujukan, kemudian menyimpannya pada rekam medis pasien yang bersangkutan dan memberi tanda tanggal/jam telah ditindak lanjuti
- 2) Segera memberi kabar kepada fasilitas kesehatan pengirim bahwa surat balasan rujukan telah diterima (Dinkes Jatim, 2014:20).

## 2.4. Pengambilan Keputusan

### 2.4.1. Definisi

Pengambilan keputusan adalah proses memilih suatu pemecahan masalah dari beberapa alternatif yang tersedia (Williams, 2001:189). Pengambilan keputusan melukiskan proses pemilihan suatu arah tindakan sebagai cara untuk memecahkan sebuah masalah tertentu (Stoner, 2003:204). Pengambilan keputusan dapat diartikan sebagai rangkaian kegiatan penataan untuk melakukan pemilihan

di antara berbagai kemungkinan untuk menyelesaikan persoalan, pertentangan, kebimbangan yang timbul dalam kerjasama sekelompok orang untuk mencapai tujuan tertentu (Sutarto, 2002:329).

#### 2.4.2. Tipe – Tipe Keputusan

Salah satu metode pengklasifisian keputusan yang banyak digunakan adalah dengan menentukan apakah keputusan diprogram atau tidak. Keputusan – keputusan juga dapat dibedakan antara keputusan yang dibuat di bawah kondisi kepastian, risiko, dan ketidakpastian.

##### a. Keputusan – keputusan yang diprogram (*programmed decision*)

Adalah keputusan yang dibuat menurut kebiasaan, aturan atau prosedur. Keputusan – keputusan ini rutin dan berulang – ulang.

##### b. Keputusan – keputusan yang tidak diprogram (*non- programmed decision*)

Adalah keputusan yang berkenaan dengan masalah – masalah khusus, khas atau tidak biasa. Bila masalah yang timbul tidak cukup diliput oleh kebijaksanaan atau sangat penting sehingga perlu penanganan khusus, harus diselesaikan dengan suatu keputusan yang tidak diprogram (Handoko, 2001:130)

#### 2.4.3. Model Pengambilan Keputusan

Pada umumnya teori manajemen mempertimbangkan dua model dalam pengambilan keputusan yaitu model klasik, model perilaku atau model administratif, John R. Schermerhorn, Jr., menambahkan dengan model *Judgemental Heuristic*.

##### a. Model keputusan klasik

Menguraikan bagaimana manajer akan mengambil keputusan – keputusan dengan menggunakan informasi – informasi yang lengkap. Model keputusan ini sangat rasional.

##### b. Model keputusan administratif (perilaku)

Model keputusan administratif menjelaskan bagaimana manajer melakukan kegiatan dalam situasi, informasi, dan rasio yang terbatas. Keputusan adalah alternatif pilihan pertama bagi manajer.

c. Model keputusan heuristik

Digunakan apabila masalah demikian kompleks sehingga tidak bisa secara matematik dan statistik. Demikian pula untuk masalah – masalah kompleks yang tidak berstruktur (Wijono, 1999:392).

2.4.4. Teknik Pengambilan Keputusan

Herbert A. Simon mengemukakan teknik – teknik tradisional dan modern dalam pembuatan keputusan – keputusan yang diprogram dan tidak diprogram seperti pada tabel dibawah ini.

tabel 2.1 Tabel teknik – teknik pengambilan keputusan tradisional dan modern

Tipe – tipe Keputusan	Teknik – teknik pembuatan keputusan	
	Tradisional	Modern
Diprogram : Keputusan - keputusan rutin dan berulang – ulang. Organisasi mengembangkan proses – proses khusus bagi penanganannya.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebiasaan</li> <li>2. Kegiatan rutin: prosedur – prosedur pengoperasian standar</li> <li>3. Struktur organisasi. Pengharapan umum, sistem tujuan, saluran – saluran informasi yang disusun dengan baik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teknik – teknik riset operasi: analisa matematik, model – model simulasi komputer.</li> <li>2. Pengolahan data elektronik</li> </ol>
Tidak diprogram : Keputusan – keputusan sekali pakai, disusun tidak sehat, kebijaksanaan, ditangani dengan proses pemecahan masalah umum.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebijakan intuisi, dan kreatifitas</li> <li>2. Coba – coba</li> <li>3. Seleksi dan latihan para pelaksana</li> </ol>	<p>Teknik pemecahan masalah yang diterapkan pada:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Latihan membuat keputusan</li> <li>b. Penyusunan program – program komputer “heuristic”</li> </ol>

Sumber : Handoko, 2001:132

#### 2.4.5. Proses Pengambilan Keputusan

Proses dasar pembuatan keputusan hampir sama dengan proses perencanaan strategik. Ini mencakup identifikasi dan diagnosa masalah, pengumpulan dan analisa data yang relevan, pengembangan alternatif – alternatif, penilaian berbagai alternatif penyelesaian, pemilihan alternatif terbaik, implementasi keputusan dan evaluasi terhadap hasil – hasil (Handoko, 2001:134). Proses pengambilan keputusan yang diajukan antara lain:

##### Tahap I : Identifikasi masalah

Langkah pertama dalam pengambilan keputusan adalah mengenali (mengidentifikasi) dan menentukan (mendefinisikan) masalah (Williams, 2001:132). Proses pemecahan masalah dimulai bila masalah telah ditemukan untuk diambil tindakan. Tugas pertama manajer ialah mencari semua faktor yang mungkin telah menimbulkan masalah tersebut atau mungkin termasuk dalam pemecahan akhir (Stoner, 2003:204).

##### Tahap II: Pengumpulan data yang relevan

Setelah manajer menentukan dan merumuskan masalah, mereka harus mulai memutuskan langkah – langkah selanjutnya. Manajer pertama kali harus menentukan data – data apa yang akan dibutuhkan untuk membuat keputusan yang tepat dan kemudian mendapatkan informasi tersebut (Handoko, 2001:134).

##### Tahap III: Pengembangan Alternatif

Sebelum suatu keputusan dibuat, alternatif yang masuk akal (solusi potensial untuk masalah tersebut) mesti telah ditelaah serta akibat dari masing – masing alternatif juga mesti dikaji. Mengembangkan alternatif adalah suatu proses pencarian dengan meneliti lingkungan internal dan eksternal organisasi guna memperoleh informasi sehingga dapat dikembangkan menjadi alternatif yang mungkin. Upaya pencarian untuk mengembangkan alternatif ini dibatasi oleh waktu dan biaya (Gibson, 1997).

##### Tahap IV: Evaluasi Alternatif

Setelah manajer mengembangkan sekumpulan alternatif, mereka harus mengevaluasinya untuk menilai efektivitas setiap alternatif. Efektivitas dapat diukur dengan dua kriteria : apakah alternatif realistik bila dihubungkan dengan

tujuan dan sumber daya organisasi, dan seberapa baik alternatif akan membantu pemecahan masalah. Tujuan pengambilan keputusan adalah memilih alternatif yang memungkinkan untuk memperoleh hasil yang paling menguntungkan sedikit mungkin yang tidak menguntungkan (Handoko, 2001:135).

#### Tahap V : Memilih Alternatif

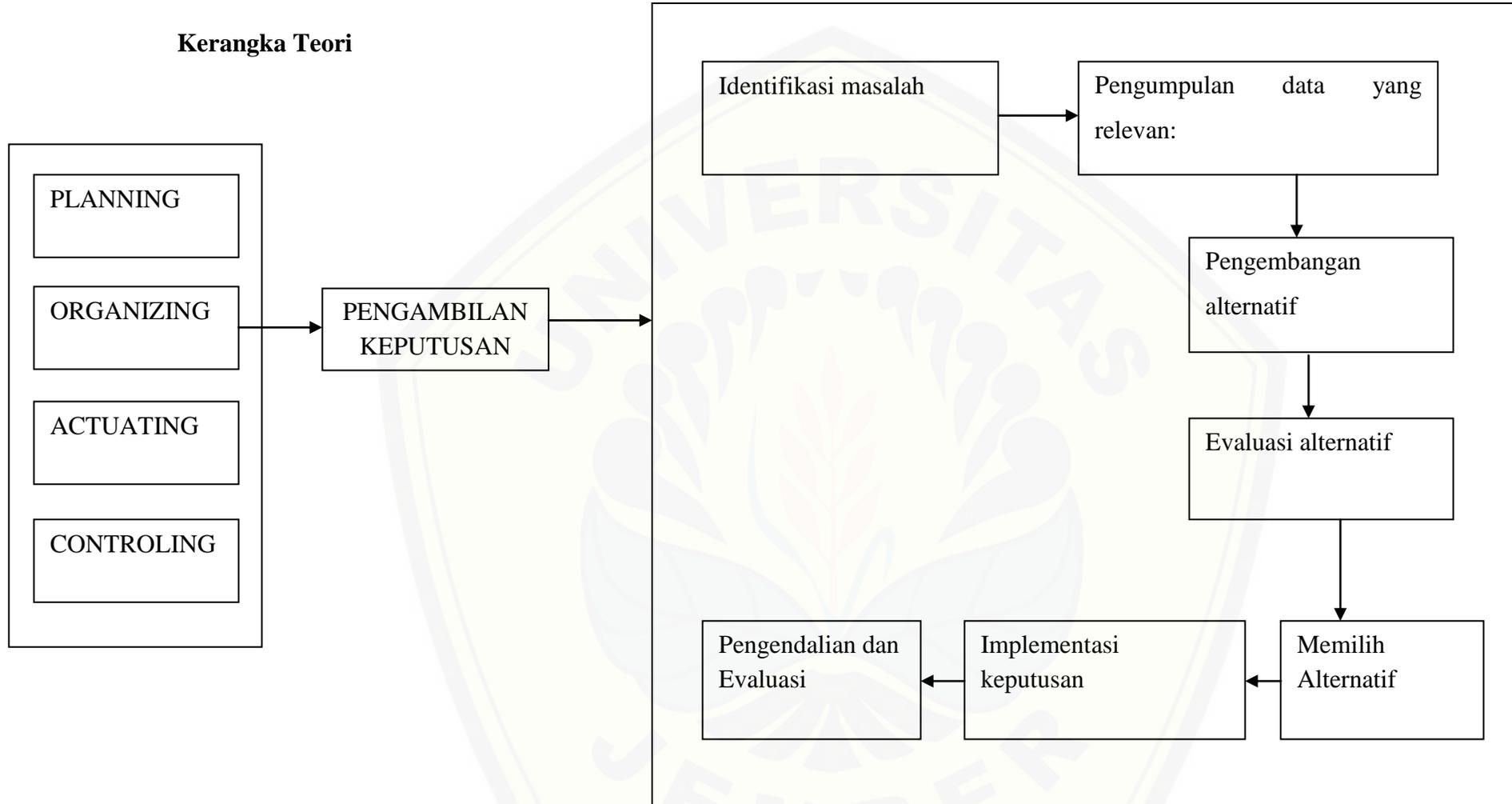
Tahap kelima pengambilan keputusan merupakan hasil evaluasi berbagai alternatif. Maksud memilih alternatif adalah untuk memecahkan masalah guna mencapai tujuan yang direncanakan sebelumnya. Alternatif terpilih akan didasarkan pada jumlah informasi yang tersedia bagi manajer dan ketidaksempurnaan kebijakan manajer. Pilihan alternatif terbaik juga sering merupakan suatu kompromi diantara berbagai faktor yang telah dipertimbangkan (Handoko, 2001:136).

#### Tahap VI : Implementasi Keputusan

Sangat mungkin terjadi keputusan yang bagus menjadi hancur karena implementasi yang buruk. Dalam beberapa hal, implementasi menjadi lebih penting dari sekedar memilih alternatif. Implementasi keputusan melibatkan banyak orang sehingga untuk menguji keputusan itu dapat dengan melihat perilaku orang yang dipengaruhi keputusan itu. Suatu keputusan yang secara teknis bagus dapat saja hancur karena bawahan yang tidak puas. Jadi tugas manajer tidak hanya memilih solusi yang tepat tetapi juga menterjemahkan solusi menjadi pola perilaku organisasi (Gibson, 1997).

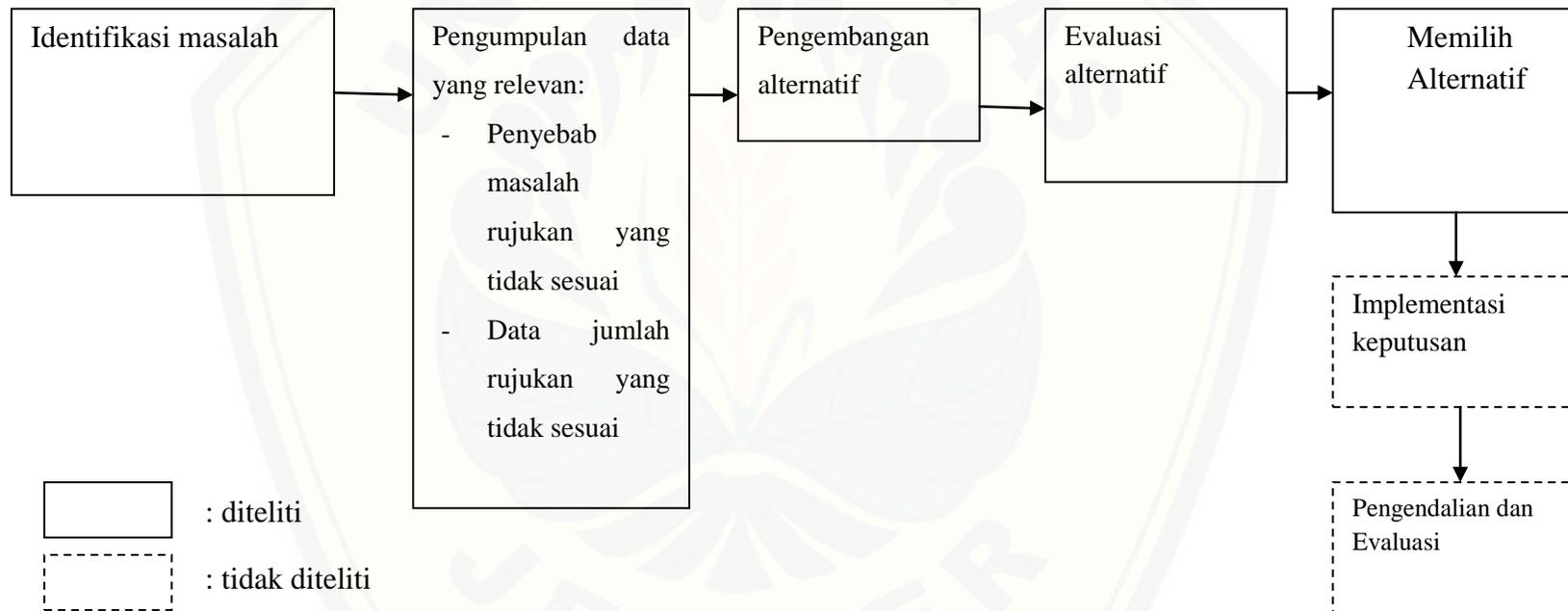
#### Tahap VII: Pengendalian dan Evaluasi

Perubahan, jika perlu dibuat solusi yang dipilih pada saat implementasi, atau jika tujuan awal dianggap tidak tercapai. Jika tujuan awal harus diubah maka seluruh proses pengambilan keputusan dijalankan kembali. Hal yang penting adalah sekali keputusan diimplementasikan, manajer tidak dapat begitu saja menganggap bahwa hasilnya pasti sesuai dengan rencana semula (Gibson, 1997).



Gambar 2. 1 Teori Pengambilan Keputusan (Handoko, 2001, Williams, 2001 dan Gibson, 1997)

**Kerangka Konsep**



Gambar 2. 2 Kerangka konseptual

Kerangka konseptual tersebut menjelaskan proses pengambilan keputusan rujukan yang digunakan dalam penelitian ini. Pengambilan keputusan adalah proses pengintegrasian yang mengkombinasi pengetahuan dalam mengevaluasi beberapa alternatif untuk bertindak dan memilih salah satunya. Berdasarkan teori pengambilan keputusan yang dikemukakan oleh Hani Handoko, Chuck Williams dan Gibson, pengambilan keputusan rujukan pada penelitian ini terdiri dari Identifikasi masalah, Pengumpulan data yang relevan yang terdiri dari penyebab masalah rujukan yang tidak sesuai, data jumlah rujukan yang tidak sesuai, pengembangan alternatif, evaluasi alternatif – alternatif, memilih alternatif, sedangkan yang tidak diteliti antara lain implementasi keputusan dan pengendalian dan evaluasi.

Gambaran pengambilan keputusan dalam pelaksanaan rujukan puskesmas sebagai FKTP di Kabupaten Jember merupakan sebuah teknik untuk menggambarkan proses pengambilan keputusan rujukan yang tepat dan efektif, Sehingga, dari penelitian ini dapat memberikan gambaran mengenai pelaksanaan rujukan puskesmas sebagai FKTP di kabupaten Jember.

## **BAB 3. METODE PENELITIAN**

### **3.1. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif. Penelitian deskriptif adalah suatu penelitian yang digunakan untuk menggambarkan atau menganalisis suatu hasil penelitian, tetapi tidak digunakan untuk membuat kesimpulan yang lebih luas (Sugiyono, 2012:29). Penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan pengambilan keputusan dalam pelaksanaan rujukan puskesmas yang tidak sesuai sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama.

### **3.2. Tempat dan Waktu Penelitian**

#### **3.2.1. Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di 29 puskesmas di Kabupaten Jember, Puskesmas Cakru, Ambulu, Balung, Karangduren, Kaliwates, Klatakan, Kalisat, Semboro, Kasiyan, Wuluhan, Mangli, Sumberbaru, Jelbuk, Gumukmas, Ajung, Umbulsari, Ledokombo, Jember Kidul, Sukorejo, Arjasa, Pakusari, Lojejer, Kencong, Puger, Kemuningsari, Rambipuji, Sabrang, Tempurejo, dan Puskesmas Jenggawah .

#### **3.2.2. Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari - Maret 2016. Waktu penelitian dapat berkurang atau melebihi waktu yang ditetapkan karena tujuan dari penelitian deskriptif adalah untuk mendeskripsikan variabel-variabel utama subjek studi (Budiarto, 2003:32).

### **3.3. Populasi dan Sampel**

#### **3.3.1. Populasi dan Sampel**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014:119). Populasi dalam penelitian ini adalah dokter di 29 Puskesmas Kabupaten Jember, yaitu

Puskesmas Cakru, Ambulu, Balung, Karangduren, Kaliwates, Klatakan, Kalisat, Semboro, Kasiyan, Wuluhan, Mangli, Sumberbaru, Jelbuk, Gumukmas, Ajung, Umbulsari, ledokombo, Sukorejo, Jemberkidul, Arjasa, Pakusari, Lojejer, Kencong, Puger, Kemuningsari, Rambipuji, Sabrang, Tempurejo dan Puskesmas Jenggawah.

### 3.3.2. Sampel dan Besar Sampel

Menurut Sugiyono (2014), sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu. Menurut Arikunto (2000), apabila jumlah subjek penelitian kurang dari seratus, maka lebih baik diambil semua sehingga penelitiannya merupakan penelitian populasi. Sampel dalam penelitian ini adalah dokter di 29 Puskesmas Kabupaten Jember

### 3.3.3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode *sampling* jenuh. *Sampling* jenuh adalah teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Hal ini sering dilakukan bila jumlah populasi relatif kecil, kurang dari 30 orang. Istilah lain sampel jenuh adalah sensus, dimana semua anggota populasi dijadikan sampel (Sugiyono, 2010).

## 3.4. Variabel dan Definisi Operasional

### 3.4.1. Variabel Penelitian

Variabel adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga informasi tentang hal tersebut kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014:63). Variabel penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Mendefinisikan masalah,
- b. Pengumpulan data yang relevan,
- c. Pengembangan alternatif,
- d. Evaluasi alternatif,

e. Memilih alternatif terbaik

### 3.4.2. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan, ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut (Nazir, 2003).

tabel 3. 1 Variabel penelitian dan Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Instrumen	Kategori Penilaian
1.	Identifikasi masalah	Mengenali (mengidentifikasi) masalah rujukan yang tidak sesuai	Wawancara	Kuesioner	Masalah rujukan yang tidak sesuai
2	Pengumpulan data yang relevan	Mengidentifikasi data dan penyebab terjadinya masalah rujukan yang tidak sesuai	Wawancara dan Studi Dokumentasi	Kuesioner dan ceklist	Penyebab masalah rujukan yang tidak sesuai dan hasil frekuensi rujukan yang tidak sesuai
3	Pengembangan alternatif	Mencari solusi potensial untuk memecahkan masalah rujukan yang tidak sesuai	Wawancara	Kuesioner	Alternatif - alternatif rujukan yang tidak sesuai
4	Evaluasi alternatif	Mengevaluasi alternatif tersebut untuk menilai efektifitas setiap	Wawancara	Kuesioner	Evaluasi dari alternatif – alternatif tersebut

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Instrumen	Kategori Penilaian
		alternatif, mulai dari positif dan negatif dari alternatif tersebut			
5	Memilih Alternatif terbaik	memecahkan masalah rujukan yang tidak sesuai guna mencapai tujuan yang telah direncanakan sebelumnya	Wawancara	Kuesioner	Keputusan untuk memilih alternatif terbaik

### 3.5. Data dan Sumber Data

#### 3.5.1. Data Primer

Data primer adalah data yang berasal dari sumber asli atau pertama. Data ini tidak tersedia dalam bentuk terkompilasi ataupun dalam bentuk file – file. Data ini harus dicari melalui narasumber atau dalam istilah teknisnya responden, yaitu orang yang kita jadikan objek penelitian atau orang yang kita jadikan sarana mendapatkan informasi atau data (Nariwati,Umi, 2008:98). Data primer dalam penelitian ini adalah hasil wawancara dengan masing–masing responden.

#### 3.5.2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang tidak langsung memberikan data kepada peneliti, misalnya penelitian harus melalui orang lain atau mencari dokumen (Sugiyono, 2010:62). Data sekunder pada penelitian ini adalah data jumlah penyakit yang seharusnya tidak dirujuk pada aplikasi *P-care* puskesmas di Kabupaten Jember.

### 3.6. Teknik dan Instrumen Penelitian

#### 3.6.1. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling utama dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standar data yang ditetapkan (Sugiyono, 2014:308). Data pada penelitian ini akan dikumpulkan dengan cara sebagai berikut :

##### a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap – cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Sugiyono, 2010:139). Wawancara dalam penelitian ini menggunakan wawancara secara langsung kepada responden, untuk memperoleh data primer mengenai pelaksanaan rujukan dan pengambilan keputusan di Puskesmas Kabupaten Jember.

##### b. Studi Dokumen

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya – karya monumental dari seseorang (Sugiyono, 2014:326). Studi dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk melihat data jumlah penyakit yang dirujuk di Puskesmas Kabupaten Jember.

#### 3.6.2. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah suatu alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data pada penelitian ini yaitu dengan menggunakan lembar kuesioner tertutup, ceklist dan alat tulis. Kuesioner adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab (Sugiyono, 2014:193).

### 3.7. Teknik Penyajian dan Analisis Data

#### 3.7.1. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu langkah yang penting. Hal ini disebabkan karena data yang diperoleh langsung dari penelitian masih mentah, belum memberikan informasi apa – apa, dan belum siap disajikan (Notoatmodjo, 2010:171). Teknik pengolahan data yang dilakukan pada penelitian ini meliputi:

##### a. Editing

Hasil wawancara atau angket yang diperoleh atau dikumpulkan melalui kuesioner perlu disunting (edit) terlebih dahulu, kalau ternyata masih ada data atau informasi yang tidak lengkap, dan tidak mungkin dialkukan wawancara ulang, maka kuesioner tersebut dikeluarkan (drop out) (Notoatmodjo, 2010:174).

##### b. Coding

Lembaran atau kartu kode adalah instrumen berupa kolom – kolom untuk merekam data secara manual. Lembaran atau kartu kode berisi nomor responden dan nomor – nomor pertanyaan (Notoatmodjo, 2010:174).

##### c. Scoring

Kegiatan ini dilakukan untuk memberikan skor atau nilai dari jawaban dengan nilai tertinggi sampai nilai terendah dari kuesioner yang diajukan kepada para responden (Suyanto, 2005).

##### d. Tabulating

*Tabulating* adalah membuat tabel – tabel data sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan peneliti (Notoatmodjo, 2010:176).

#### 3.7.2. Teknik Penyajian Data

Teknik penyajian data dilakukan melalui berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi 3 yakni penyajian dalam bentuk teks, penyajian dalam bentuk tabel, dan penyajian dalam bentuk grafik (Notoatmodjo, 2010:188). Data yang diperoleh dari hasil kuesioner dalam penelitian ini akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi (*textular*).

### 3.8. Uji Validitas dan Reliabilitas

#### 3.8.1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur dan untuk mengetahui apakah kuesioner yang kita susun tersebut mampu mengukur apa yang hendak kita ukur. Perlu diuji korelasi antar skors (nilai), tiap item dari pertanyaan dengan skor total kuesioner. Instrumen yang valid berarti alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan data (mengukur) itu valid sehingga instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur (Sugiyono, 2014:124). Uji validitas digunakan untuk mengetahui kesahihan tiap butir pertanyaan dalam kuesioner. Pengujian validitas tiap butir digunakan analisis item yaitu mengkorelasikan skor setiap butir dengan skor total yang merupakan jumlah tiap skor butir. Uji yang digunakan adalah *pearson correlation* dengan tingkat signifikan 0,05. Item kuesioner dikatakan valid jika nilai  $r$  hitung  $>$  nilai  $r$  tabelnya. Nilai  $r$  tabel dapat dilihat pada tabel  $r$  statistik, dimana  $df = N-2$ . Uji validitas pada penelitian ini menggunakan sampel sebanyak 10 responden selain dari 29 puskesmas yang diteliti, yaitu Puskesmas Gladak Pakem, Puskesmas Mumbulsari, Puskesmas Nogosari, Puskesmas Andongsari, Puskesmas Curah Nongko, Puskesmas Sukowono, Puskesmas Sukorambi, Puskesmas Silo, Puskesmas Paleran, dan Puskesmas Panti, dengan 27 butir pertanyaan. Nilai  $df$  pada penelitian ini adalah 8 dengan nilai  $r$  tabel 0,6319. Dari hasil uji diperoleh semua nilai  $r$  hitung pada setiap variabel lebih besar dari 0,6319 sehingga dinyatakan valid.

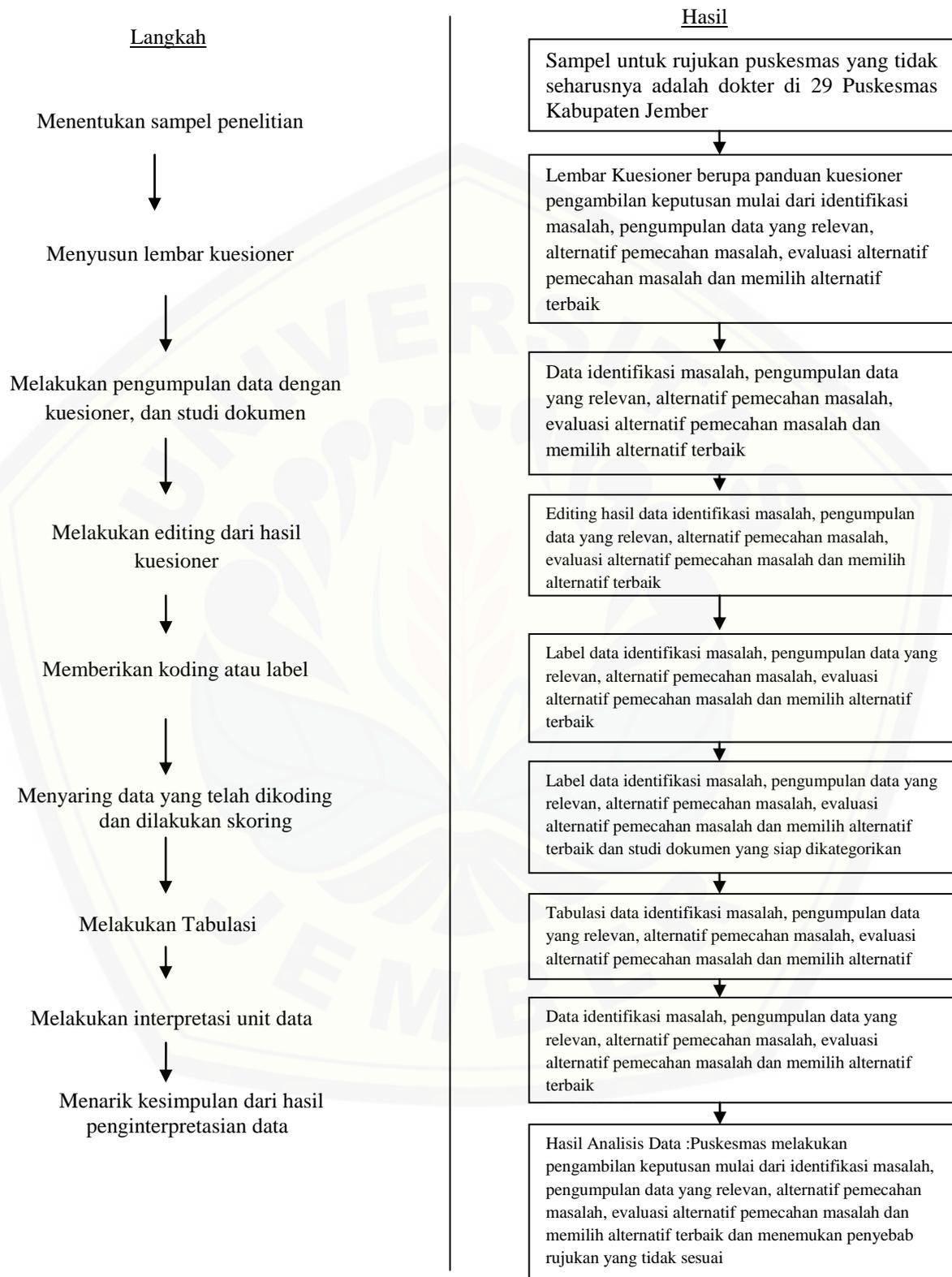
#### 3.8.2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya dan diandalkan (Notoadmodjo, 2010:120). Uji reliabilitas kuesioner dalam proposal penelitian dilakukan dengan *internal consistency* (teknik konsistensi internal) dilakukan dengan memfokuskan diri pada unsur- unsur internal yaitu butir- butir pertanyaan atau soal. Instrumen yang reliabel berarti instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur objek yang sama akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2014). Syarat minimum nilai reliabilitas yang harus diperoleh adalah lebih dari 0,60. Dari hasil

uji pada kuesioner penelitian ini didapatkan nilai reliabiliti statistik lebih dari 0,60 sehingga kuesioner dalam penelitian ini dinyatakan reliabel.



### 3.9. Alur Penelitian



Gambar 3.9 Alur Penelitian

## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka peneliti dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada identifikasi masalah, seluruh Puskesmas di Kabupaten Jember teridentifikasi memiliki masalah rujukan yang tidak sesuai
2. Pada pengumpulan data yang relevan, seluruh Puskesmas di Kabupaten Jember melakukan pengumpulan data. Penyebab terjadinya masalah rujukan yang tidak sesuai antara lain keinginan pasien, kurangnya obat-obatan dan bahan habis pakai di puskesmas, kurangnya atau tidak adanya peralatan medis di puskesmas, kurangnya tenaga SDM, khususnya tenaga dokter, persetujuan BPJS yang meloloskan rujukan yang tidak sesuai, RS yang meloloskan rujukan atau tidak adanya rujukan balik dari RS ke Puskesmas, tidak adanya penyeleksian alasan penyakit tersebut dirujuk.
3. Pada alternatif pemecahan masalah, seluruh puskesmas di Kabupaten Jember melakukan pengembangan alternatif pemecahan masalah. Alternatif pemecahan masalah rujukan yang tidak sesuai antara lain edukasi dan motivasi, penambahan stok obat, penambahan peralatan medis, penambahan tenaga dokter, pendelegasian wewenang dokter, pengembalian pasien oleh RS ke Puskesmas, sosialisasi BPJS tentang rujukan, BPJS lebih flexibel dalam menentukan alasan penyakit tersebut dirujuk, ketegasan peraturan BPJS.
4. Pada evaluasi pemecahan masalah, seluruh puskesmas di Kabupaten Jember melakukan evaluasi pemecahan masalah. Evaluasi pemecahan masalah pada penelitian ini melihat dari dampak positif dan dampak negatif dari masing – masing alternatif pemecahan masalah.
5. Pada pemilihan alternatif terbaik, seluruh puskesmas di Kabupaten Jember melakukan pemilihan alternatif terbaik. Alternatif yang lebih banyak dipilih oleh pihak puskesmas sebagai alternatif terbaik adalah edukasi dan motivasi

dimana edukasi dan motivasi diberikan kepada pasien untuk menambah pengetahuan tentang rujukan

## 5.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, peneliti mempunyai saran agar pelaksanaan sistem rujukan dapat berjalan dengan baik sebagai berikut:

### 1. Bagi BPJS Kesehatan Kabupaten Jember

Diharapkan BPJS agar mengevaluasi kembali peraturan-peraturan rujukan sehingga BPJS lebih mempertimbangkan kepada kondisi dan kepentingan pasien, selain itu BPJS diharapkan agar lebih flexibel untuk penyelesaian alasan penyakit tersebut dirujuk misalnya dengan cara pengadaan poli umu dibawah naungan BPJS untuk tempat pertimbangan dan seleksi rujukan.

### 2. Bagi Puskesmas Kabupaten Jember

Diharapkan puskesmas dapat melakukan edukasi dan motivasi yang efektif dan efisien, melengkapi fasilitas dan ketenagaan untuk menekan angka rujukan puskesmas yang tidak sesuai.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. 1996. Pengantar Administrasi Kesehatan. Jakarta: Binarupa Aksara.
- BPJS. 2014. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan. Jakarta: BPJS.
- BPJS. 2014. Info BPJS Kesehatan. Jakarta: BPJS.
- BPJS. 2014. Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta: BPJS.
- BPJS. 2014. Panduan Layanan bagi Peserta BPJS Kesehatan. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Budiarto. 2003. Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: EGC.
- Debra. 2015. Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado. Tidak Dipublikasikan. Jurnal. Manado: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi.
- Dedi, A. 2011. Manajemen Pelayanan Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Dinkes Jawa Timur. 2014. Pedoman Teknis Regionalisasi Sistem Rujukan Provinsi Jawa Timur. Surabaya: Dinkes Jawa Timur.
- Dinkes Provinsi Jakarta. 2014. Draf II Sistem Rujukan Puskesmas Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta. Dinkes Provinsi Jakarta.
- Fauziah. 2014. Analisis Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Silo dan Puskesmas Kalumata Kota Ternate Tahun 2014. Tidak Dipublikasikan. Jurnal. Manado: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi.
- Gibson, J. 1997. Manajemen. Jakarta: Erlangga.

- Handoko, T.H. 2001. Manajemen. Yogyakarta: BPFE.
- Karlenne. 2015. Analisis Sistem Rujukan Jaminan Kesehatan Nasional RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak. Tidak dipublikasikan. Jurnal. RSUD Dr. Adjidarmo
- Kemendes RI. 2013. Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas mampu Poned. Jakarta: Kemendes RI.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 128/Menkes/Sk/II/2004. Kebijakan Dasar Kesehatan Masyarakat.
- Lasudi. 2015. Efektivitas Pelaksanaan JKN oleh BPJS di Puskesmas dari Sudut Pandang Pasien Kota Jayapura. Tidak dipublikasikan. Tesis. Makassar: Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
- Muninjaya, G. 2004. Manajemen Kesehatan. Jakarta: EGC
- Nariwati, Umi. 2008. Metodologi Peneliiian Kualitatif dan Kuantitatif Teori Dan Aplikasi. Bandung: Agung Media.
- Nazir, M. 2003. Metode Penelitian Cetakan. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 tahun 2012. Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2014. Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 tahun 2013. Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014. Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.
- Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 Tahun 2012. Standar Kompetensi Dokter Indonesia.

- Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. 18 januari 2013. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 75 tahun 2014. Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Putu. 2014. Pelaksanaan Pelayanan Rawat Jalan Peserta Badan Pelaksanaan Jaminan Sosial (BPJS) oleh Petugas Puskesmas Kakaskasen Kota Tomohon. Tidak Dipublikasikan. Jurnal.
- Stoner, J. 2003. Perencanaan dan Pengambilan Keputusan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sugiyono. 2012. Memahami penelitian Kualitatif. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2014. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan Kombinasi. Bandung: Alfabeta.
- Sutarto. 2002. Dasar – Dasar Organisasi. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Suyanto. 2011. Metode Penelitian Sosial: Berbagai Alternatif Pendekatan. Jakarta: kencana.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256. Jakarta
- Wijono, D.1999. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Surabaya: Airlangga University Press.
- Williams, C. 2001. Manajemen. Jakarta: Salemba Empat.
- Zuhrawardi. 2007. Analisis Pelaksanaan Rujukan Rawat jalan Tingkat Pertama Peserta Wajib PT. Askes pada Puskesmas Mibo, Puskesmas Batoh, dan Puskesmas Baiturahman di Kota Banda Aceh. Tidak Dipublikasikan. Tesis. Medan: Program Pascasarjana Univesitas Sumatra Utara.

Lampiran A. Ijin Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada  
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember  
di -  
JEMBER

**SURAT REKOMENDASI**  
Nomor : 072/266/314/2016

Tentang  
**PENELITIAN**

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember  
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 05 Pebruari 2016 Nomor : 457/UN25.1.12/SP/2016 perihal Ijin Penelitian

**MEREKOMENDASIKAN**

Nama / NIM. : Estik Ikka Indah Purwati 132110101194  
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember  
Keperluan : Mengadakan Penelitian untuk penyusunan Skripsi dengan judul : "Gambaran Pengambilan Keputusan Dalam Pelaksanaan Rujukan Puskesmas Yang Tidak Sesuai Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Studi pada Puskesmas di Kabupaten Jember)".  
Lokasi : Dinas Kesehatan, Puskesmas Paleran, Cakru, Ambulu, Balung, Karangduren, Wuluhan, Kaliwates, Klatakan, Kalisat, Semboro, Kasiyan, Mangli, Sumbersari, Jelbuk, Gumukmas, Ajung, Umbulsari, Ledokombo, Jember Kidul, Sukorejo, Arjasa, Pakusari, Lojejer, Kencong, Puger, Kemuningsari, Rambipuji, Sabrang, Jenggawah & Tempurejo.  
Tanggal : 17-02-2016 s/d 31-03-2016

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.  
Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember  
Tanggal : 17-02-2016

An. **KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK**  
**KABUPATEN JEMBER**  
Kabid Kajian Strategis & Politis

  
Drs. **SLAMET WJOKO, M.Si.**  
Pembina  
NIP. 19631212 198606 1004

Tembusan :  
Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember  
2. Ybs.

Lampiran B. *Informed Consent*



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,  
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**  
***INFORMED CONSENT***

Anda yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....  
Nama Puskesmas : .....  
Alamat Puskesmas : .....  
Puskesmas : PONED / Rawat Inap/non Rawat Inap

Menyatakan bersedia menjadi informan penelitian dari:

Nama : Estik Ikka Indah Purwati  
NIM : 132110101194  
Judul Skripsi : Gambaran Pengambilan Keputusan dalam Pelaksanaan Rujukan Puskesmas yang tidak sesuai sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Persetujuan ini anda berikan secara sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Anda telah diberikan penjelasan mengenai penelitian dan anda telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti. Dengan ini anda menyatakan bahwa anda akan menjawab semua pertanyaan dengan sejujur-jujurnya.

Jember, ..... 2015  
Responden

(.....)

Lampiran C. Lembar Kuesioner Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,  
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

**KUESIONER PENELITIAN**  
**GAMBARAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM PELAKSANAAN**  
**RUJUKAN PUSKESMAS YANG TIDAK SESUAI SEBAGAI**  
**FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA**

**I. Petunjuk Pengisian**

- Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Anda untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada dengan memberi tanda (X) pada setiap jawaban yang diberikan kepada responden
- Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai hati nurani
- Kerahasiaan identitas akses dijamin sepenuhnya oleh peneliti

**II. Identitas Responden**

- No. Responden :
- Nama :
- Profesi : Dokter
- Umur : tahun
- Jenis Kelamin :  laki - laki  
 perempuan

**III. Daftar Pertanyaan**

**A. Identifikasi masalah**

- Apabila terdapat pasien BPJS yang seharusnya dapat ditangani tetapi dirujuk, menurut anda apakah hal tersebut adalah suatu masalah?
  - Ya
  - Tidak
- Apakah dalam 1 tahun terakhir ini, terdapat pasien yang dirujuk, namun seharusnya dapat ditangani di puskesmas?
  - Ya
  - Tidak

B. Pengumpulan dan analisa data yang relevan,

3. Apakah anda melakukan Pengumpulan dan analisa data terkait rujukan yang tidak sesuai?

a. Ya

b. Tidak

4.	Penyebab masalah rujukan yang tidak sesuai dikarenakan :				
	a. Keinginan pasien	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	b. Persetujuan BPJS yang meloloskan rujukan yang tidak sesuai	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	c. Kurangnya tenaga SDM, khususnya tenaga dokter	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	d. Kurangnya pengetahuan dokter tentang rujukan yang tidak sesuai	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	e. Kurangnya obat – obatan dan bahan habis pakai di Puskesmas	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	f. Kurangnya atau tidak adanya peralatan medis di Puskesmas	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	g. Adanya penyebab lain selain diatas, sebutkan .....	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	.....				
	.....				

C. Pengembangan alternatif

5. Apakah anda melakukan pengembangan alternatif pemecahan masalah dari penyebab rujukan yang tidak sesuai?

a. Ya

b. Tidak

6.	<p>Apakah terdapat alternatif pemecahan masalah terkait keinginan pasien?</p> <p>Jika ya, sebutkan alternatif pemecahan masalah anda terkait keinginan pasien?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya    <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
7.	<p>Apakah terdapat alternatif pemecahan masalah terkait persetujuan BPJS yang meloloskan rujukan yang tidak sesuai?</p> <p>Jika ya, sebutkan alternatif pemecahan masalah anda terkait persetujuan BPJS yang meloloskan rujukan yang tidak sesuai?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya    <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
8.	<p>Apakah terdapat alternatif pemecahan masalah terkait jumlah SDM yang kurang khususnya tenaga dokter?</p> <p>Jika ya, sebutkan alternatif pemecahan masalah anda terkait jumlah SDM yang kurang khususnya tenaga dokter?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya    <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
9.	<p>Apakah terdapat alternatif pemecahan masalah tentang kurangnya pengetahuan tenaga dokter terkait rujukan yang tidak sesuai?</p> <p>Jika ya, sebutkan alternatif pemecahan masalah anda tentang kurangnya pengetahuan tenaga dokter terkait rujukan yang tidak sesuai?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya    <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
10.	<p>Apakah terdapat alternatif pemecahan masalah terkait jumlah obatan – obatan dan bahan habis pakai yang kurang?</p> <p>Jika ya, sebutkan alternatif pemecahan</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya    <input type="checkbox"/> Tidak</p>

	masalah anda terkait jumlah obatan – obatan dan bahan habis pakai yang kurang?	..... ..... ..... .....
11.	Apakah terdapat alternatif pemecahan masalah terkait jumlah peralatan medis yang kurang? Jika ya, sebutkan alternatif pemecahan masalah anda terkait jumlah peralatan medis yang kurang?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak ..... ..... ..... .....
12.	Apakah terdapat alternatif pemecahan masalah terkait penyebab lain ? Jika ya, sebutkan alternatif lain pemecahan masalah anda terkait penyebab lain?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak ..... ..... ..... .....

D. Evaluasi alternatif,

13. Apakah anda melakukan evaluasi alternatif pemecahan masalah terkait rujukan yang tidak sesuai?

a. Ya

b. Tidak

14.	Apakah terdapat dampak positif dan negatif dari alternatif pemecahan masalah terkait keinginan pasien? Jika ya, sebutkan dampak positif dan negatif alternatif pemecahan masalah anda terkait keinginan pasien?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak ..... ..... ..... .....
15.	Apakah terdapat dampak positif dan negatif dari alternatif pemecahan masalah terkait persetujuan BPJS yang meloloskan rujukan yang tidak sesuai? Jika ya, sebutkan dampak positif dan negatif	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak ..... .....

	dari alternatif pemecahan masalah anda terkait persetujuan BPJS yang meloloskan rujukan yang tidak sesuai?	..... ..... .....
16.	Apakah terdapat dampak positif dan negatif dari alternatif pemecahan masalah terkait jumlah SDM yang kurang khususnya tenaga dokter?  Jika ya, sebutkan dampak positif dan negatif dari alternatif pemecahan masalah anda terkait jumlah SDM yang kurang khususnya tenaga dokter?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak  ..... ..... ..... .....
17.	Apakah terdapat dampak positif dan negatif dari alternatif pemecahan masalah tentang kurangnya pengetahuan tenaga dokter terkait rujukan yang tidak sesuai?  Jika ya, sebutkan dampak positif dan negatif dari alternatif pemecahan masalah anda tentang kurangnya pengetahuan tenaga dokter terkait rujukan yang tidak sesuai?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak  ..... ..... ..... .....
18.	Apakah terdapat dampak positif dan negatif dari alternatif pemecahan masalah terkait jumlah obatan – obatan dan bahan habis pakai yang kurang?  Jika ya, sebutkan dampak positif dan negatif dari alternatif pemecahan masalah anda terkait jumlah obatan – obatan dan bahan habis pakai yang kurang?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak  ..... ..... ..... .....
19.	Apakah terdapat dampak positif dan negatif dari alternatif pemecahan masalah terkait	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

	jumlah peralatan medis yang kurang? Jika ya, sebutkan dampak positif dan negatif dari alternatif pemecahan masalah anda terkait jumlah peralatan medis yang kurang?	..... ..... ..... .....
20.	Apakah terdapat dampak positif dan negatif dari alternatif pemecahan masalah terkait penyebab lain ? Jika ya, sebutkan dampak positif dan negatif dari alternatif pemecahan masalah anda terkait penyebab lain?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak ..... ..... ..... .....

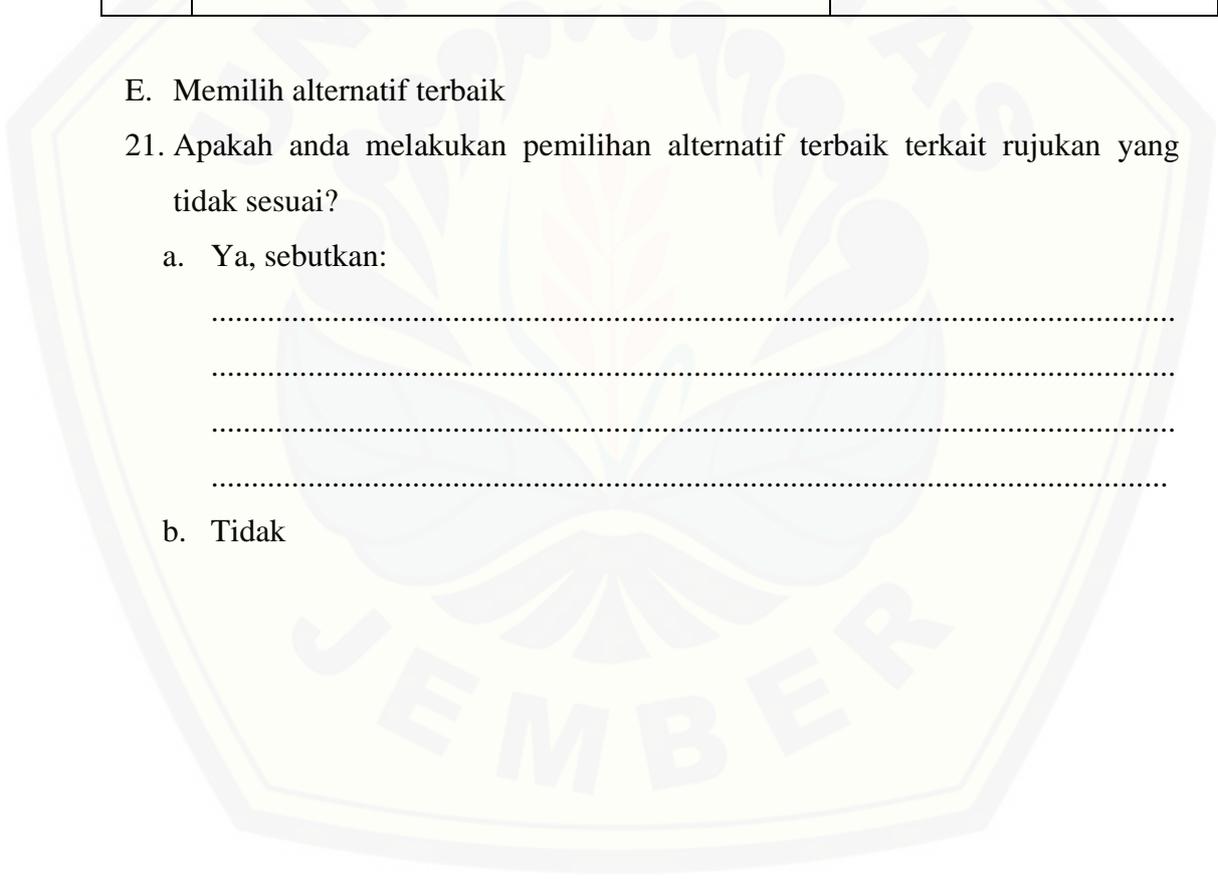
E. Memilih alternatif terbaik

21. Apakah anda melakukan pemilihan alternatif terbaik terkait rujukan yang tidak sesuai?

a. Ya, sebutkan:

.....  
.....  
.....  
.....

b. Tidak



**Lampiran D. Uji Validitas dan Reliabilitas**

**Identifikasi Masalah**

**Correlations**

**Correlations**

		p_1	p_2	total
p_1	Pearson Correlation	a	a	a
	Sig. (2-tailed)	.	.	.
	N	10	10	10
p_2	Pearson Correlation	a	a	a
	Sig. (2-tailed)	.	.	.
	N	10	10	10
total	Pearson Correlation	a	a	a
	Sig. (2-tailed)	.	.	.
	N	10	10	10

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

**Reliability**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.



	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
p_8	Pearson Correlation	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>
	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
p_9	Pearson Correlation	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>
	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
p_10	Pearson Correlation	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	.089	.655 <sup>*</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	1
	Sig. (2-tailed)	.	.	.807	.040	.	.	.	.745 <sup>*</sup>
	N	10	10	10	10	10	10	10	10
total	Pearson Correlation	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	.660 <sup>*</sup>	.898 <sup>**</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	.745 <sup>*</sup>
	Sig. (2-tailed)	.	.	.038	.000	.	.	.	.013
	N	10	10	10	10	10	10	10	10

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Reliability**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.685	9



	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
p_16	Pearson Correlation	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>
	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
p_17	Pearson Correlation	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>
	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
p_18	Pearson Correlation	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	.089	.655 <sup>*</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	1	.745 <sup>*</sup>
	Sig. (2-tailed)	.	.	.807	.040	.	.	.	.	.013
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
total	Pearson Correlation	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	.660 <sup>*</sup>	.898 <sup>**</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	. <sup>a</sup>	.745 <sup>*</sup>	1
	Sig. (2-tailed)	.	.	.038	.000	.	.	.	.013	.
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*.. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Reliability

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.685	9



p_24	Pearson Correlation	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
p_25	Pearson Correlation	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
p_26	Pearson Correlation	.	.	.089	.655*	.	.	.	1	.	.745*
	Sig. (2-tailed)	.	.	.807	.040	.	.	.	.	.	.013
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
p_27	Pearson Correlation	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
total	Pearson Correlation	.	.	.660*	.898**	.	.	.	.745*	.	1
	Sig. (2-tailed)	.	.	.038	.000	.	.	.	.013	.	.
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Reliability**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.677	10