

Analisis Sistem Rujukan Jaminan Kesehatan Nasional RSUD. Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak

Analysis of National Health Insurance Referral System in Public Hospital dr.Adjidarmo Lebak

Karleanne Lony Primasari

RSUD Dr. Adjidarmo
Jalan Iko Jatmiko Nomor 1
rsudadjidarmo@yahoo.co.id

*Email: karleaneprimasari@yahoo.com

ABSTRAK

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan implementasi dari UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di bidang kesehatan dengan konsep *Universal Health Coverage (UHC)* yang memaksa pesertanya mengikuti sistem rujukan berjenjang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan *komprehensif*, murah, terjangkau, namun berkualitas. Belum efektifnya sistem rujukan di Indonesia, berdampak pada penumpukan pasien di fasilitas kesehatan lanjutan, sehingga terjadi pemanfaatan tenaga terampil dan peralatan canggih secara tidak tepat guna dan menurunnya kualitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, dengan metode analisa yang digunakan, yakni *content analysis* berdasarkan triangulasi metode, triangulasi sumber, dan triangulasi data. Hasil penelitian dibagi dalam 2 komponen, yaitu karakteristik sistem rujukan medis dan sistem rujukan berjenjang, dimana pada karakteristik sistem rujukan medis, implementasi JKN membawa perbaikan dalam sistem rujukan di RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak, walaupun belum signifikan. Adapun dari komponen sistem rujukan berjenjang, perbaikan baru nampak pada aspek kebijakan dan prosedur, sehingga masih diperlukan upaya keras untuk meningkatkan aspek lainnya dalam rangka menciptakan sistem rujukan yang lebih baik. Sangat diharapkan, hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu masukan bagi pihak manajemen rumah sakit dan instansi terkait dalam memperbaiki berbagai aspek yang terkait dengan keberhasilan pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di Kabupaten Lebak demi tercapainya *Universal Health Coverage (UHC)* di Indonesia.

Kata kunci: *National Health Insurance (NHI)*, sistem rujukan medis, sistem rujukan berjenjang.

ABSTRACT

National Health Insurance (NHI) is the implementation of the Law. 40 year 2004 on National Social Security System in the field of healthcare with the concept of Universal Health Coverage (UHC) that forced participants to follow a tiered referral system to get comprehensive health care, cheap, affordable but good quality. The ineffectiveness of the referral system in Indonesia gives impact on the accumulation of patients in healthcare facilities resulting in the utilization of advanced skilled providers and advanced equipments are inappropriate and the declining quality of health care. This study used a qualitative approach, the analytical methods used of content analysis are based on method triangulation, source triangulation and data triangulation. The results of the study were divided into two components, namely the medical referral system characteristics and tiered referral system. In medical referral system characteristics, NHI led to improvements in the implementation of a referral system in Dr. Adjidarmo Hospital although it is not too significant. While in the and tiered referral system components, improvements existed in the aspect of policy and procedures, so that a strong effort is still needed to improve other aspects of creating a better referral system. It is expected that the results of this study may be one of the input for the hospital management and related institutions in improving various aspects related to the successful implementation of a tiered referral system in Lebak District in order to achieve Universal Health Coverage (UHC) in Indonesia.

Keywords: *National Health Insurance (NHI)*, medical refferal system, tiered referral system.

PENDAHULUAN

Jaminan kesehatan Nasional (JKN) merupakan upaya yang dilakukan pemerintah untuk menjamin kesehatan seluruh masyarakat Indonesia secara komprehensif, murah, terjangkau dan bermutu, melalui sistem rujukan yang berjalan baik. Menurut penelitian yang dilakukan Bapna dkk (1991)⁽¹⁾, ditemukan bahwa banyak pasien yang melakukan *by pass* untuk penyakit yang dapat ditangani di fasilitas kesehatan primer. Hal tersebut menjadi salah satu penyebab terjadinya penumpukan pasien di rumah sakit pemerintah. Lemahnya sistem rujukan berdampak pada penggunaan SDM dan teknologi canggih tidak tepat guna. Adanya pengambilan hak peserta asuransi sosial dalam pelayanan kesehatan oleh peserta mandiri dan peserta asuransi sosial yang tidak ikut aturan rujukan berjenjang.

Belum optimalnya sistem rujukan dapat terlihat pada rujukan yang tidak sesuai dengan indikasi rujukan dan rujuk balik yang tidak berjalan. Semua itu berakibat pada penumpukan pasien yang terjadi di RSUD dan pada akhirnya berdampak pada menurunnya kualitas pelayanan kesehatan. Adapun masalah kepatuhan petugas kesehatan terhadap pelaksanaan kebijakan dan pedoman tentang sistem rujukan juga berpengaruh terhadap pelaksanaan sistem rujukan .

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui dan menganalisis pengaruh JKN terhadap sistem rujukan medis dan juga terhadap sistem rujukan berjenjang di RSUD Dr. Adjidarmo, Kabupaten Lebak.

TINJAUAN PUSTAKA

Universal Health Coverage (UHC)

Declaration of Human Right pada tahun 1948 telah menyatakan bahwa perawatan kesehatan serta pelayanan sosial merupakan hak azasi manusia yang mendasar dan diakui oleh seluruh bangsa di dunia. Berdasarkan pada deklarasi tersebut, maka beberapa negara pun mulai mengembangkan sistem jaminan kesehatan untuk seluruh penduduk (*Universal Health Coverage*). Adapun sarana pelayanan kesehatan yang ditentukan haruslah memiliki standar kualitas pelayanan yang tinggi, terjangkau dalam hal biaya, mudah diakses, dan juga menerapkan sistem pelayanan kesehatan yang efisien (Atun, et al, 2013)⁽²⁾. Dalam rangka mewujudkan *Universal Health Coverage*, sangat dibutuhkan peran dan juga dukungan dari berbagai sektor yang ikut serta menjamin kesehatan masyarakat termasuk pendidikan, transportasi, dan juga perencanaan perkotaan (WHO, 2012)⁽³⁾.

Menurut UNDP (2011)⁽⁴⁾, keberlangsungan suatu negara ditentukan oleh faktor sosial dan lingkungan yang mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakatnya. Adapun peningkatan kesehatan warga negara akan berkontribusi

langsung terhadap pembangunan sumber daya manusia. Menurut Bundy dalam Evans (2012), peningkatan kesehatan juga berkontribusi pada pertumbuhan ekonomi suatu negara. Dengan keadaan kesehatan yang baik seseorang akan mampu bekerja dan menghasilkan sesuatu untuk meningkatkan ekonomi keluarganya⁽⁵⁾.

Keberhasilan pembiayaan kesehatan dalam konsep UHC (*Universal Health Coverage*) didapatkan dari Thailand. Pada tahun 1991, dua pertiga dari penduduk Thailand tidak memiliki asuransi kesehatan. Namun, pada tahun 2000, hanya 20,3% dari penduduk Thailand yang tidak diasuransikan. Setelah diberlakukannya *Universal Health Coverage* (UHC), angka ini turun menjadi kurang dari 4%⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

UHC di Jepang telah dicapai pada tahun 1961. Di Jepang, biaya yang ditetapkan untuk layanan rumah sakit telah diseragamkan untuk seluruh wilayah sejak tahun 1959. Penetapan harga merupakan kunci untuk memelihara ekuitas dan juga kestabilan biaya kesehatan⁽⁸⁾.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Program JKN merupakan implementasi dari Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional⁽⁹⁾ dan UU Badan Penyelenggara Jaminan Sosial⁽¹⁰⁾ untuk mencapai UHC. Jaminan kesehatan yang menyeluruh harus mencakup 3 (tiga) akses:

1. Akses Fisik
Di mana ketersediaan layanan kesehatan yang baik, terjangkau dari segi jarak, jam buka yang tersedia pada saat dibutuhkan.
2. Keterjangkauan Keuangan
Memperhitungkan kemampuan membayar pasien, tidak hanya dari biaya pelayanan kesehatan, tapi juga *opportunity cost* yang terjadi.
3. Akseptabilitas
Kesediaan orang untuk mencari layanan. Penerimaan pasien terhadap layanan rendah ketika melihat layanan tidak efektif atau ketika faktor-faktor sosial dan budaya seperti bahasa atau usia, jenis kelamin, dan etnis/agama dari penyedia kesehatan mencegah mereka mencari layanan tersebut⁽¹¹⁾.

Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan

Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan wujud penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas-tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal, struktural maupun fungsional terhadap kasus-kasus penyakit atau masalah penyakit atau permasalahan kesehatan⁽¹²⁾.

Rujukan medis adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab untuk masalah kedokteran sebagai respon terhadap ketidakmampuan fasilitas kesehatan untuk memenuhi kebutuhan para pasien dengan tujuan untuk

menyembuhkan dan atau memulihkan status kesehatan pasien.

Rujukan pelayanan kesehatan dimulai dari pelayanan kesehatan primer dan diteruskan ke jenjang pelayanan sekunder dan tersier yang hanya dapat diberikan jika ada rujukan dari pelayanan primer atau sekunder⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾.

Sistem Rujukan Medis dan Karakteristiknya

Sweeny (1994) dalam sebuah editorial untuk British Medical Journal menyatakan secara singkat keuntungan dari sistem rujukan:

".. Sistem rujukan berkontribusi terhadap tingginya standar perawatan kesehatan dengan membatasi over-medicalisasi, dengan pendelegasian tugas yang jelas antara spesialis dan dokter umum, dan membebaskan spesialis untuk mengembangkan pengetahuan khusus mereka, dengan biaya perawatan medis yang sesuai.."

Beberapa literatur menyatakan karakteristik rujukan medis adalah sebagai berikut:

1. Menurut WHO⁽¹⁵⁾ (pada *Referral Health System*), karakteristik rujukan medis adalah:
 - a. Adanya kerjasama antara fasilitas pelayanan kesehatan;
 - b. Kepatuhan terhadap SOP rujukan;
 - c. Kelengkapan sumber daya pendukung, termasuk transportasi dan komunikasi;
 - d. Kelengkapan formulir rujukan;
 - e. Komunikasi pra rujukan dengan fasilitas tujuan rujukan; dan
 - f. Ketentuan rujuk balik.
2. Menurut UNFPA⁽¹⁶⁾ (dalam *The Health Referral System in Indonesia*), karakteristik rujukan medis dinyatakan sebagai berikut:
 - a. Ketepatan dalam merujuk;
 - b. Pertimbangan kemampuan bayar pasien;
 - c. Kelayakan dan keterjangkauan fasilitas rujukan;
 - d. Kepatuhan terhadap kebijakan dan SOP rujukan;
 - e. Kelengkapan fasilitas kesehatan rujukan lebih baik daripada perujuk; dan
 - f. Melakukan rujukan balik dan juga *feedback* ke fasilitas perujuk.
3. Menurut KEMENKES⁽¹³⁾ dalam Pedoman Sistem Rujukan Nasional:
 - a. Rujukan berdasarkan indikasi;
 - b. Prosedur rujukan pada kasus kegawatan;
 - c. Melakukan rujukan balik ke fasilitas perujuk;
 - d. Keterjangkauan fasilitas rujukan; dan
 - e. Rujukan pertama dari fasilitas primer;

Prosedur Rujukan

Pada dasarnya, prosedur fasilitas pemberi pelayanan kesehatan pengirim rujukan adalah sebagai berikut:

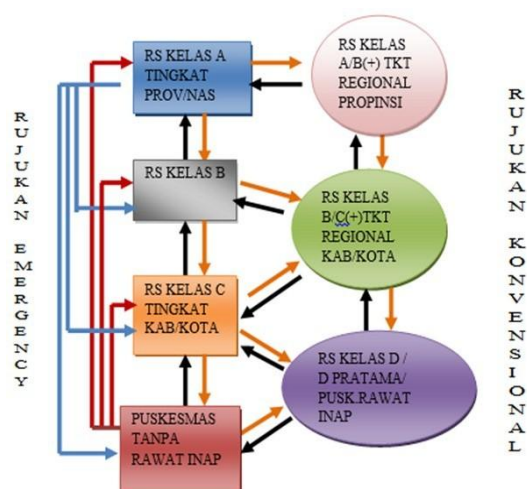
- a. Menjelaskan kepada para pasien atau keluarganya

tentang alasan rujuk;

- b. Melakukan komunikasi dengan fasilitas kesehatan yang dituju sebelum merujuk;
- c. Membuat surat rujukan dan juga melampirkan hasil diagnosis pasien dan catatan medisnya;
- d. Mencatat pada register dan juga membuat laporan rujukan;
- e. Stabilisasi keadaan umum pasien, dan dipertahankan selama dalam perjalanan;
- f. Pendampingan pasien oleh tenaga kesehatan;
- g. Menyerahkan surat rujukan kepada pihak-pihak yang berwenang di fasilitas pelayanan kesehatan di tempat rujukan;
- h. Surat rujukan pertama harus berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan primer, kecuali dalam keadaan darurat; dan
- i. Ketentuan-ketentuan yang terdapat pada Askes, Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan badan penjamin kesehatan lainnya tetap berlaku⁽¹³⁾.

Adapun prosedur sarana kesehatan penerima rujukan adalah:

- a. Menerima rujukan pasien dan membuat tanda terima pasien;
- b. Mencatat kasus-kasus rujukan dan membuat laporan penerimaan rujukan;
- c. Mendiagnosis dan melakukan tindakan medis yang diperlukan, serta melaksanakan perawatan disertai catatan medik sesuai ketentuan;
- d. Memberikan informasi medis kepada pihak sarana pelayanan pengirim rujukan;
- e. Membuat surat rujukan kepada sarana pelayanan kesehatan lebih tinggi dan mengirim tembusannya kepada sarana kesehatan pengirim pertama; dan
- f. Membuat rujukan balik kepada fasilitas pelayanan perujuk bila sudah tidak memerlukan pelayanan medis spesialisik atau subspecialistik dan setelah kondisi pasien⁽¹³⁾⁽¹⁷⁾.



Gambar 1. Alur Sistem Rujukan Nasional Pada Banyak Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Sumber: Pedoman Sistem Rujukan Nasional, Kemenkes, 2012

Pada gambar di atas, rujukan *emergency* akan berjalan sesuai dengan kebutuhan layanan kegawatdaruratan yang dialami pasien, sedangkan rujukan konvensional akan berlangsung secara berjenjang diikuti rujukan baliknya.

Keterangan gambar 2.1:

- Pada tingkat regional kabupaten/kota dapat dipilih 1 (satu) kecamatan untuk dapat difungsikan sebagai Pusat Rujukan Medik Spesialistik Terbatas/Pusat Rujukan Antara untuk berbagai fasilitas primer dalam 1 (satu) wilayah tangkapan sistem rujukan/khusus di kabupaten DTPK. Pusat rujukan tersebut dapat berupa RS Kelas D Pratama atau Puskesmas dengan Rawat Inap.
- Pusat rujukan medik spesialistik di kabupaten/kota, berupa RS Kelas C atau RS Kelas D, termasuk Balai Kesehatan Masyarakat (BKM).
- Pusat rujukan medik Spesialistik Regional Provinsi, berupa RS Kelas B Non Pendidikan di kabupaten/kota.
- Pusat rujukan medik Spesialistik Umum/Khusus, di Provinsi berupa RS Kelas B Pendidikan, termasuk Balai Besar Kesehatan Masyarakat (BBKM).
- RS Kelas A di provinsi, sebagai pusat rujukan regional.
- Pusat rujukan medik Nasional Kelas A, Umum, dan Khusus di tingkat nasional.

Pencatatan dan Pelaporan

Tanpa membedakan tingkat fasilitas kesehatannya, register rujukan akan terdiri dari register penerimaan rujukan pasien, pengiriman rujukan pasien, pengiriman rujuk balik pasien, dan penerimaan rujuk balik pasien.

Setelah data yang ada tersebut diolah, data tersebut lalu dapat dijadikan sumber informasi bagi manajemen fasilitas kesehatan yang bersangkutan dalam hal pengelolaan pasien rujukan⁽¹³⁾. Pelaporan dilakukan rutin setiap 3 (tiga) bulan sekali pada Dinas Kesehatan setempat sesuai jenjangnya.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian dilakukan dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Data-data primer dikumpulkan langsung oleh peneliti dengan metode wawancara mendalam terhadap direksi, manajemen, pelaksana teknis, bagian administrasi di rumah sakit, dan terhadap penjamin asuransi kesehatan. Adapun data sekunder diambil dari data rekam medis, register pasien, dan juga dokumen lain yang menunjang penelitian. Penelitian dilaksanakan di ruang kebidanan dan bersalin serta unit-unit terkait di RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak yang merupakan rumah sakit rujukan tingkat kabupaten. Dalam penelitian kualitatif ini, validasi data dilakukan dengan metode triangulasi, yang meliputi triangulasi metode, sumber, dan triangulasi teori.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Rujukan Medis

Dari evaluasi studi dokumentasi dan kepatuhan terhadap

pelaksanaan SOP dan kebijakan yang dilakukan bidang keperawatan tahun 2013 dan 2014, disesuaikan dengan kondisi dan juga situasi yang ada, jenis dan jumlah SOP setelah JKN lebih lengkap bila dibandingkan dengan sebelumnya, dan didapatkan informasi bahwa pelaksanaan SOP setelah JKN mengalami perbaikan walaupun tidak signifikan. *Point* untuk kepatuhan terhadap SOP dan kebijakan lebih besar didapatkan pada era JKN. Namun nilai ini belum mencapai nilai optimal, dimana pencapaian nilai ideal harus 80 *point* (Standar Pelayanan Minimal RS tipe B).

Komunikasi ke fasilitas kesehatan perujuk merupakan prosedur-prosedur standar yang harus dijalankan sebelum melakukan rujukan pasien⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾. Hambatan pelaksanaan SOP tentang komunikasi terdapat pada tidak berjalan lancarnya komunikasi saat hendak merujuk pasien.

Sebelum JKN, tidak semua kasus yang akan dirujuk dikonfirmasi terlebih dahulu ke RSUD, namun pada era JKN dengan semakin ketatnya aturan-aturan JKN tentang ketentuan indikasi rujuk, rumah sakit rujukan semakin selektif dalam menerima pasien-pasien rujukan, sehingga komunikasi sebelum merujuk pasien pun terus menerus diintensifkan. Hal ini menunjukkan bahwa keberadaan JKN membawa pengaruh yang baik terhadap sistem komunikasi yang dilakukan sebelum merujuk pasien, yakni menjaga kesinambungan pelayanan sesuai dengan yang diharapkan dalam JKN.

Tidak adanya aturan yang mengikat dari pemerintah tentang sistem rujukan untuk pasien mandiri dan pasien asuransi komersial memberikan peluang bagi mereka untuk tidak mengikuti alur rujukan. Pada Pasal 5 PMK No. 001 Tahun 2012, tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan dinyatakan bahwa sistem rujukan diwajibkan bagi peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan juga pemberi pelayanan kesehatan, sedangkan untuk peserta asuransi kesehatan komersial mengikuti aturan yang berlaku sesuai dengan ketentuan dalam polis asuransi dengan tetap mengikuti pelayanan kesehatan berjenjang, dan untuk setiap orang yang bukan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dapat mengikuti sistem rujukan. Karena pasal tersebut, muncul peluang bagi asuransi komersial untuk membuat ketentuan dalam organisasinya untuk tidak mengikuti aturan rujukan berjenjang. Begitupun dengan masyarakat bukan peserta asuransi kesehatan sosial, mereka leluasa untuk tidak mengikuti aturan rujukan berjenjang.

Untuk sebagian besar masyarakat kabupaten Lebak, akses ke RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak sangat mudah dijangkau karena letaknya yang strategis di tengah alun-alun kota Rangkasbitung, namun akses masih dirasakan sulit untuk masyarakat yang tinggal di wilayah Lebak selatan yang mencakup sekitar 32,15% dari seluruh penduduk Kabupaten Lebak. Kunjungan yang berasal dari Lebak Selatan hanya berjumlah 4,5% dari total kunjungan pasien ke RSUD Dr. Adjidarmo pada tahun 2012⁽¹⁸⁾ (hal ini dikarenakan akses yang sulit menuju RSUD rujukan).

Pada sebuah penelitian diketahui bahwa dari 86% sampel bermasalah dalam mencapai akses pelayanan kesehatan, 40,5% dari sampel yang diteliti bermasalah dengan jarak. Selebihnya bermasalah dengan cara mencapai pelayanan kesehatan⁽¹⁹⁾. Pada penelitian ini diketahui bahwa aspek-aspek terkait akses ke fasilitas kesehatan rujukan merupakan salah satu aspek yang tidak terpengaruh oleh adanya JKN.

Idealnya formulir rujukan harus diisi secara lengkap agar dapat memberikan informasi yang optimal guna penanganan pasien yang optimal pula, di mana formulir rujukan harus berisi data tentang identitas pasien, hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, diagnosis kerja, pengobatan dan tindakan yang telah diberikan, tujuan rujukan, tandatangan dan nama jelas pemeriksa⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾. Pelaksanaan aspek-aspek ketentuan formulir rujukan dirasakan lebih baik di era JKN, namun tidak demikian untuk beberapa pasien yang transit terlebih dahulu ke Puskesmas pengampu, justru mengalami penurunan kualitas dalam pengisian formulir rujukan. Dari hal tersebut, diketahui bahwa kurangnya rasa tanggung jawab tenaga kesehatan menjadi penyebab menurunnya kualitas pengisian formulir rujukan yang diterima oleh RS pada era JKN.

Dalam merujuk pasien dengan kegawatan persalinan, harus diperhatikan secara seksama ketepatan diagnosa medis dan ketepatan waktu merujuk pasien. Seringkali diagnosa rujuk pasien tidak sesuai dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Adapun menurut Gumarta (2003), ketepatan dalam merujuk pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor, di antaranya umur, kompetensi, pengalaman kerja, pendidikan dan pengetahuan serta

pelatihan tenaga kesehatan perujuk⁽²⁰⁾. Dari penelitian diketahui bahwa ketepatan dalam merujuk pasien di era JKN sudah lebih sesuai kewenangan klinis daripada sebelum JKN, dikarenakan saat ini (era JKN) terdapat aturan yang lebih jelas tentang kewenangan klinis PPK I, yang mana di luar kewenangan tersebut digolongkan dalam indikasi rujuk. Namun, masih ditemukan kasus keterlambatan rujukan pada persalinan oleh tenaga selain tenaga kesehatan.

Rujukan balik merupakan hal penting dalam suatu sistem rujukan. Sistem rujukan efektif memerlukan komunikasi yang baik untuk dapat memastikan pasien menerima pelayanan yang optimal disetiap jenjang sistem kesehatan⁽¹⁹⁾. Hal ini juga ditegaskan dalam pedoman sistem rujukan nasional tahun 2012 dan BPJS kesehatan tahun 2014, dimana semua kasus kesehatan yang telah ditangani di RS rujukan harus dilakukan rujuk balik. Laporan kasus yang dilakukan di Namibia menyatakan bahwa sebagian besar kasus rujukan tidak dilakukan rujuk balik ke fasilitas perujuk⁽²⁰⁾. Dari penelitian ini, dapat diketahui bahwa ketentuan rujuk balik belum dilaksanakan dengan baik di RSUD Dr. Adjidarmo, hal ini disebabkan karena ketidakfahaman beberapa dokter tentang rujuk balik, keterbatasan obat di fasilitas primer, sehingga pasien yang pernah dirujuk balik, kembali berobat ke RSUD untuk mendapatkan obat yang diperlukan. Kurangnya informasi dari BPJS kesehatan kepada para dokter tentang sistem rujukan balik menjadikan perbedaan persepsi yang berakibat pada tidak optimalnya aktivitas rujukan balik di RSUD Dr. Adjidarmo. Tidak berjalannya sistem rujuk balik juga terjadi karena cara mendapatkan obat yang dinilai kurang efektif saat pasien dirujuk kembali ke PPK I.

Tabel 1. Hasil Penelitian Karakteristik Sistem Rujukan Sebelum dan Setelah JKN

No.	Aspek	Hasil Penelitian	
		Sebelum JKN	Setelah JKN
1.	Kelengkapan fasilitas rujukan	RSUD Dr. Adjidarmo memiliki sarana prasarana lebih lengkap daripada fasilitas perujuk.	Kelengkapan sarana yang ada di RSUD semakin baik dengan bertambahnya beberapa ruang perawatan dan hemodialisa.
2.	Kepatuhan tenaga kesehatan terhadap SOP	Pelaksanaan SOP belum optimal karena terkendala sosialisasi.	Pelaksanaan SOP lebih baik karena sosialisasi lebih baik dan aturan JKN yang lebih ketat tentang rujukan.
3.	Komunikasi antar fasilitas kesehatan	60% kasus rujukan telah dikomunikasikan terlebih dahulu.	Terjadi peningkatan komunikasi pada kasus rujukan (87%).
4.	Ketentuan penjamin terhadap sistem rujukan	Peserta Askes, Jamkesmas, Jampersal telah mengikuti sistem rujukan. Pasien mandiri dan pasien asuransi Prudential tidak mengikuti sistem rujukan.	Peserta JKN mengikuti sistem rujukan, pasien mandiri dan peserta asuransi Prudential tetap tidak mengikuti aturan rujukan.
5.	Keterjangkauan biaya kesehatan	Biaya kesehatan di RSUD Dr. Adjidarmo sangat terjangkau.	Biaya kesehatan di RSUD Adjidarmo sangat terjangkau.
6.	Akses ke fasilitas kesehatan rujukan	Akses ke RSUD Dr. Adjidarmo sangat mudah terjangkau. Namun cukup sulit dijangkau oleh warga Lebak Selatan.	Tidak terdapat perubahan pada akses menuju fasilitas kesehatan rujukan terkait dengan penyelenggaraan JKN.
7.	Ketentuan formulir rujukan	Masih banyak terdapat kolom kosong pada pengisian surat rujukan.	Hampir semua kolom terisi penuh, kecuali untuk pasien yang transit ke Puskesmas pengampu, masih ditemukan kolom yang kosong pada surat rujukan.
8.	Ketepatan dalam merujuk.	Belum ada aturan yang jelas tentang indikasi rujuk pasien, sehingga banyak pasien yang seharusnya dapat ditangani di PPK 2. 2. Rujukan kasus kebidanan masih sering terjadi keterlambatan.	Telah ada aturan yang lebih jelas tentang kewenangan klinis PPK I, yang dapat dijadikan panduan indikasi rujuk pasien dari PPK I ke PPK II. Di era JKN masih sering terjadi keterlambatan kasus rujukan terutama yang berasal dari selain tenaga kesehatan.

No.	Aspek	Hasil Penelitian	
		Sebelum JKN	Setelah JKN
9.	Ketentuan rujuk balik	Tidak semua dokter melakukan rujuk balik, rujukan balik ditulis oleh dokter di lembar resume pasien pulang atau hanya berupa saran pada saat konsultasi	Sampai saat ini rujukan balik belum berjalan baik, karena belum semua dokter faham tentang rujuk balik.
10.	Prosedur rujukan pada kasus kegawatan	Prosedur rujukan untuk kasus kegawatan telah dilaksanakan sejak sebelum JKN berlangsung walaupun belum optimal, karena terkendala berbagai hal diantaranya adalah karena komunikasi yang tidak berjalan lancar saat akan merujuk pasien gawat, status sosial ekonomi keluarga pasien yang menghambat rujukan pasien ke RS lain, sarana transportasi rujukan yang belum memadai. Sampai saat era JKN pun, kendala masih sama dan belum ada solusi untuk hal tersebut.	

Sistem Rujukan Berjenjang

Tabel 2. Hasil Penelitian Sistem Rujukan Berjenjang Sebelum dan Setelah JKN

No.	Aspek	Hasil Penelitian	
1.	Kebijakan dan prosedur	Telah ada kebijakan direktur tentang Pedoman Sistem Rujukan yang mengacu pada PMK No. 001, Tahun 2012 yang berlaku sejak sebelum JKN. pelaksanaan kebijakan tersebut belum dijalankan oleh seluruh tenaga kesehatan, karena terbatasnya sosialisasi. Prosedur rujukan yang ada pun masih terbatas.	Dengan aturan JKN yang lebih ketat dalam sistem rujukan, maka sosialisasi kebijakan dan prosedur ditingkatkan dan nampak perbaikan dalam pelaksanaannya. SOP yang telah ada dilengkapi, dan disosialisasikan lebih intensif, sehingga pelaksanaannya mengalami kemajuan.
2.	Alur Alur rujukan telah difahami oleh tenaga kesehatan. Kesesuaian alur rujukan dari PPK I ke PPK II setelah JKN lebih baik daripada sebelumnya, namun untuk rujukan keluar RSUD belum ada perubahan.	Pemahaman tenaga kesehatan mengenai alur rujukan sudah baik. Alur rujukan telah mengacu pada ketentuan nasional tentang rujukan berjenjang. Beberapa pasien asuransi jaminan sosial yang melakukan <i>by-pass</i> dengan langsung menuju ke RSUD. Fenomena <i>by-pass</i> terutama dilakukan oleh pasien mandiri dan juga pasien asuransi komersial.	Pemahaman tenaga kesehatan tentang alur rujukan sudah baik. Alur rujukan mengacu pada ketentuan Nasional tentang rujukan berjenjang. Beberapa pasien asuransi sosial yang melakukan <i>by-pass</i> dengan langsung menuju ke RSUD. Fenomena <i>by-pass</i> terutama dilakukan oleh pasien mandiri dan pasien asuransi komersial.
3.	Kecukupan sarana, prasarana dan fasilitas kesehatan Walau sarana telah ditambah, tetap terjadi keterbatasan alat kesehatan dan obat, yang sering memicu konflik internal dan eksternal.	Kekurangan terjadi di sarana perawatan kelas III serta fasilitas penunjangnya. Sering terjadi ketidaksesuaian antara ketersediaan obat dan kebutuhan sebagai akibat dari perencanaan yang tidak tepat. Pengendalian obat dengan DPHO dan formularium RS.	Telah ada penambahan beberapa sarana kesehatan, namun dengan fasilitas yang masih minim dan ketersediaan obat yang tidak sesuai kebutuhan, sering menimbulkan konflik intern dan ekstern di RSUD ini. Pengendalian obat dengan menggunakan formularium nasional dan pengadaannya melalui <i>e-catalog</i> .
4.	Pencatatan dan pelaporan	Kegiatan pencatatan baru terbatas penerimaan pasien rujukan dalam register dan pencatatan tentang pasien yang dirujuk, sedangkan untuk pasien yang dirujuk balik belum pernah dilakukan, karena rujuk balik belum berjalan. Pelaporan terkait sistem rujukan belum dilaksanakan dengan baik, karena data pasien rujukan masih bersatu dengan pasien non rujukan dan belum ada pelaporan ke Dinas Kesehatan tentang pasien yang dirujuk dari PPK I ke RSUD dan dari RSUD ke RS lain, maupun data rujukan balik.	Tidak ada perubahan dalam sistem pencatatan dan pelaporan sistem yang disebabkan tidak adanya ketidak disiplin petugas untuk melaporkan kejadian kasus rujukan yang terjadi di RS kepada Dinas Kesehatan.
5.	Monitoring dan evaluasi	Belum ada <i>monitoring</i> dan evaluasi yang khusus terkait sistem rujukan. Sistem rujukan yang berjalan di RS, baru sampai pada tingkat pencatatan dan pelaporan yang hanya sampai ke bagian program RSUD.	

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa telah terdapat kebijakan yang ditetapkan direktur, tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan yang mengacu pada PMK Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perseorangan. SOP yang telah ada sebelum JKN masih terbatas dan pelaksanaannya masih terkendala sosialisasi. Prosedur sistem rujukan saat JKN lebih baik, karena prosedurnya yang lebih lengkap dalam mengatur sistem rujukan, ketatnya JKN terhadap sistem rujukan dan ketegasan BPJS menjadikan prosedur rujukan dilaksanakan lebih baik di era JKN walaupun masih belum terdapat peraturan gubernur yang mengatur rujukan di Provinsi Banten. Adanya kebijakan nasional yang terkait dengan rujukan yang telah ditetapkan pemerintah telah cukup untuk menjadi pedoman dalam melaksanakan sistem

rujukan medis, dengan catatan seluruh SDM yang terkait didalamnya berkomitmen dan telah didukung oleh sarana dan prasarana yang memadai.

Ketentuan alur pada sistem rujukan berjenjang adalah di mana pelayanan kesehatan dimulai dari fasilitas pelayanan primer sebagai kontak pertama dan dokter umum atau dokter gigi umum sebagai perujuk pertama dan apabila memerlukan tindakan atau perawatan lebih lanjut dapat dirujuk ke fasilitas lanjutan di tingkat kabupaten atau di tingkat provinsi⁽¹³⁾. Untuk membangun sistem rujukan yang baik, mantap dan berkesinambungan, perlu dibuat pemetaan wilayah (*mapping*) dan alur rujukan di masing-masing tingkat sistem rujukan, yang kemudian digabung menjadi satu sistem rujukan nasional⁽¹³⁾.

Dari penelitian diketahui bahwa sistem JKN menjadikan alur rujukan peserta asuransi sosial dari PPK I ke PPK II menjadi lebih baik, namun rujukan untuk pasien keluar, terbanyak langsung ditujukan ke RS Nasional, sementara telah ada RS rujukan tingkat provinsi. Penyebabnya adalah ketidakpastian pelayanan yang dapat diberikan oleh RS provinsi kepada masyarakat. Belum adanya *mapping* alur rujukan membuat rujukan keluar RSUD tidak melalui RS yang ada di wilayah Provinsi Banten dahulu, namun langsung menuju ke RS Nasional di Jakarta. Sampai saat ini, alur rujukan belum diikuti oleh pasien mandiri dan pasien asuransi komersial.

Minimnya fasilitas kesehatan yang memadai dalam hal kualitas dan juga kuantitas yang dimiliki oleh RSUD Dr. Adjidarmo, disebabkan karena adanya keterbatasan pada anggaran, ketidakmatangan dalam perencanaan pengadaan fasilitas kesehatan, serta mahalnya biaya pemeliharaan alat kesehatan.

Saat ini, pengadaan obat-obat mengacu pada formularium nasional dengan tidak terbatas pada jenis obat⁽²²⁾ saja. Keterbatasan anggaran menyebabkan tidak semua obat dapat disediakan oleh RS. Kurangnya komunikasi antara dokter sebagai pengguna dan pihak manajemen sebagai penyedia fasilitas kesehatan, kurangnya komitmen dokter untuk menggunakan obat yang disediakan karena berbagai alasan, dan pengadaan obat yang tidak terencana dengan baik, merupakan penyebab terjadinya kesenjangan antara ketersediaan dan juga kebutuhan obat. Perencanaan dan pengadaan obat yang tidak berdasarkan *evidence base dan skala prioritas* menjadikan ketidaksesuaian antara *need and demand*.

Pencatatan dan pelaporan sistem rujukan harus dilakukan dengan baik guna evaluasi terhadap berjalannya sistem rujukan. Pencatatan dalam sistem rujukan dilakukan saat menerima pasien rujukan, melakukan rujuk balik, dan merujuk pasien ke RS lain. Idealnya, pelaporan sistem rujukan dilakukan oleh penyedia pelayanan kesehatan, yang dalam hal ini RSUD Dr. Adjidarmo, kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, untuk keperluan evaluasi dan monitoring sistem rujukan di lingkup wilayah⁽¹³⁾.

Dari penelitian, dapat diketahui bahwa pencatatan tentang penerimaan pasien rujukan dan pengiriman pasien rujukan belum dilakukan dengan optimal, walau telah menjadi rutinitas. Adapun ketidaklengkapan data disebabkan oleh kurang disiplinnya tenaga kesehatan dalam melakukan pencatatan. Pelaporan hanya sampai pada bagian program RS dan tidak dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten.

Monitoring dan evaluasi merupakan proses pengumpulan dan juga analisis informasi mengenai pelaksanaan sistem rujukan secara terus-menerus, melibatkan apakah sistem rujukan telah dilaksanakan sesuai rencana dan bagaimana pelaksanaannya, sehingga masalah dapat selalu ditemukan, didiskusikan dan dipecahkan bersama.

Kegiatan ini dilakukan pada internal RSUD Dr. Adjidarmo

maupun pada tingkat Dinas Kesehatan sebagai penanggung jawab bidang kesehatan di tingkat kabupaten. *Monitoring* dilakukan setiap 3 bulan untuk menilai pelaksanaan sistem⁽¹³⁾.

Dari penelitian, diketahui bahwa sampai terselenggaranya program JKN, belum ada monitoring dan evaluasi yang khusus pada sistem rujukan. *Monitoring* dan evaluasi dilakukan secara menyeluruh dan dilakukan terutama oleh bidang keperawatan terkait berbagai permasalahan yang ditemukan dalam melayani pasien dan solusinya. Evaluasi sistem rujukan di RS, seharusnya dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten, namun selama ini tidak berjalan, karena tidak pernah ada laporan rujukan yang disampaikan pihak RS ke Dinas kesehatan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

A. Karakteristik Rujukan Medis

Pelaksanaan sistem rujukan medis di era JKN sudah lebih baik daripada sebelum JKN, terutama pada:

- Aspek kepatuhan tenaga kesehatan terhadap SOP dan kebijakan rujukan;
- Aspek komunikasi antar fasilitas kesehatan;
- Aspek ketentuan (kelengkapan pengisian) formulir rujukan (yang tidak melalui Puskesmas pengampu); dan
- Aspek ketepatan dalam merujuk.

Hal ini dikarenakan ketentuan BPJS yang ketat dalam prosedur rujukan berjenjang dan dampak yang timbul bila prosedur tersebut tidak dilaksanakan, berupa tidak dapat dijaminnya biaya kesehatan oleh BPJS.

Pelaksanaan JKN tidak membawa perubahan pada beberapa aspek, sehingga diperlukan perbaikan, yaitu:

- Aspek ketentuan (kelengkapan pengisian) formulir rujukan pada pasien yang transit ke Puskesmas pengampu;
- Aspek ketentuan penjamin terhadap sistem rujukan;
- Aspek akses ke fasilitas kesehatan rujukan; dan
- Aspek ketentuan rujuk balik.

Di beberapa aspek, yaitu aspek kelengkapan fasilitas kesehatan rujukan, keterjangkauan biaya kesehatan, dan aspek prosedur rujukan pada kasus kegawatan telah dilaksanakan dengan baik sejak sebelum era JKN penjamin terhadap sistem rujukan, akses ke fasilitas kesehatan rujukan dan pada ketentuan rujuk balik.

Hal-hal yang dianggap sebagai penghambat jalannya sistem rujukan medis diantaranya:

- Masalah SDM dimana masih kurangnya disiplin kerja para tenaga kesehatan dan kurangnya rasa tanggung jawab dari tenaga kesehatan.

2. Kurang lancarnya komunikasi pra rujukan antara RSUD Dr. Adjidarmo dengan fasilitas kesehatan rujukan;
3. Ketentuan pemerintah yang longgar terkait dengan asuransi komersial dan masyarakat bukan peserta

asuransi sosial pada sistem rujukan, sehingga sistem rujukan belum dapat berjalan baik di era JKN ini;

4. Masih kurangnya peran pemerintah daerah dalam memfasilitasi kelayakan akses menuju RSUD Dr. Adjidarmo;
5. Kurangnya informasi dari BPJS kesehatan kepada para dokter tentang sistem rujukan balik menjadi penyebab munculnya perbedaan persepsi yang pada akhirnya berakibat pada tidak optimalnya aktivitas rujukan balik di RSUD Dr. Adjidarmo; dan
6. Tidak efektifnya cara untuk mendapatkan obat bagi para pasien yang dirujuk balik ke PPK I, membuat pasien yang telah dirujuk balik harus kembali ke RSUD.

B. Sistem Rujukan Berjenjang

Ketegasan BPJS dalam pelaksanaan sistem rujukan dapat terlihat dari berbagai aspek pada sistem rujukan berjenjang. Adapun pengaruh JKN bagi pelaksanaan sistem rujukan berjenjang di RSUD Dr. Adjidarmo dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. JKN membawa pengaruh positif pada beberapa aspek sistem rujukan berjenjang, yaitu pada aspek kebijakan dan prosedur serta aspek alur rujukan untuk pelayanan dari PPK I ke PPK II.
- b. JKN tidak membawa perubahan pada beberapa aspek dan masih diperlukan perbaikan untuk dapat mewujudkan sistem rujukan yang optimal dalam skema jaminan kesehatan menyeluruh/*Universal Health Coverage*, yaitu pada aspek:
 1. Alur rujukan untuk pelayanan dari PPK II ke PPK III;
 2. Kecukupan sarana, prasarana, dan juga fasilitas kesehatan;
 3. Pencatatan dan pelaporan; dan
 4. *Monitoring* dan evaluasi.
- c. Beberapa hal yang masih menjadi kendala dalam pelaksanaan sistem rujukan berjenjang:
 1. Koordinasi yang lemah antar instansi dan unit terkait, dalam masalah sistem rujukan;
 2. Perencanaan pengadaan alat kesehatan dan obat di RSUD yang masih lemah;
 3. Belum adanya *mapping* terkait dengan alur rujukan yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Banten;
 4. Ketidakesesuaian antara klasifikasi rumah sakit sebagai penerima rujukan dengan ketidakpastian pelayanan yang dapat diberikan;
 5. Ketidaksiplinan petugas terhadap pelaksanaan ketentuan-ketentuan pencatatan dan pelaporan yang mengharuskan pencatatan dilakukan secara lengkap dan pelaporan ke Dinas Kesehatan; dan
 6. Tidak berjalannya evaluasi sistem rujukan oleh Dinas Kesehatan karena tidak adanya pelaporan

tentang sistem rujukan yang dilaporkan ke Dinas Kesehatan.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan juga kesimpulan, maka diberikan saran-saran sebagai berikut:

1. Sosialisasi guna meningkatkan kepatuhan warga negara untuk melaksanakan kebijakan yang telah diamanatkan oleh pemerintah pusat.
2. Untuk pihak manajemen RSUD Dr. Adjidarmo:
 - a. Perlu adanya koordinasi dan komitmen internal antara pihak manajemen, bagian pengadaan, bagian farmasi, dokter sebagai *user* dan unit terkait lain dalam perencanaan pengadaan obat agar tercapai kesesuaian antara permintaan dan ketersediaan obat di RSUD;
 - b. Perlu adanya ketegasan pimpinan terhadap seluruh karyawannya agar melakukan pelayanan sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan dengan rasa tanggung jawab;
 - c. Perlu dibangunnya komitmen antara RS dan juga fasilitas kesehatan diluar RS untuk melaksanakan kesepakatan yang telah dibuat secara bertanggung jawab;
 - d. Segera diberlakukan rasionalisasi tarif agar dapat meningkatkan jasa layanan dan pemberian *reward* bagi dokter yang berhasil melakukan efektifitas pelayanan dan menciptakan efisiensi;
 - e. Perlu adanya pembinaan dari pihak manajemen tentang pentingnya pencatatan dan pelaporan sistem rujukan; dan
 - f. Perlu ditingkatkannya alur koordinasi dengan Dinas Kesehatan terkait dengan penanggulangan masalah pelaporan sistem rujukan, sehingga evaluasi sistem rujukan di Kabupaten Lebak dapat dilakukan.
3. Untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak:
 - a. Perlu adanya pemantauan secara intensif terhadap para dokter di Puskesmas pengampu dalam merujuk pasien-pasien yang berasal dari Puskesmas perujuk pertama;
 - b. Perlu adanya bimbingan pelayanan primer tentang kewenangan dalam merujuk pasien ditinjau dari ketentuan medis dan ketepatan waktu rujuk;
 - c. Optimalisasi sistem rujukan dengan mengembalikan fungsi dari Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan yang komprehensif, meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, sehingga jumlah rujukan yang terkendala akses dan biaya pelayanan di RS rujukan dapat dikurangi; dan
 - d. Meningkatkan advokasi kepada Pemerintah Daerah tentang pentingnya akses yang layak menuju RS rujukan.
4. Untuk BPJS kesehatan Lebak:
 - a. Perlu adanya sosialisasi tentang rujuk balik kepada dokter spesialis; dan
 - b. Permudah cara untuk mendapatkan obat-obatan pasien rujuk balik, melalui pengadaan Apotek BPJS

- dengan fasilitas obat yang lengkap di daerah yang jauh dari rumah sakit.
5. Untuk RS rujukan, perlu dibentuk *emergency contact* layanan 24 jam yang komitmen untuk menerima setiap panggilan pra rujukan.
 6. Untuk Dinas Kesehatan Provinsi Banten: Optimalisasi fungsi RS. Rujukan Provinsi Banten, baik dari segi SDM, sarana, serta prasarana dan teknologi, yang dapat mendukung tercapainya klasifikasi standar sebagai rumah sakit rujukan tingkat provinsi.
 7. Perlu ditetapkan *mapping* fasilitas alur rujukan dengan berkoordinasi dengan BPJS kesehatan dan juga jejaring yang terkait, yang harus diikuti oleh seluruh fasilitas pelayanan kesehatan di provinsi Banten.
 8. Kementerian Kesehatan sebaiknya tetap membuka wacana baru untuk membuat ketentuan tentang sistem rujukan yang mengikat bagi asuransi komersial dan seluruh masyarakat non asuransi sosial, sehingga sistem rujukan diikuti oleh seluruh kalangan masyarakat.
- DAFTAR RUJUKAN**
1. Bapna, J. S., Tekur, D, Pradham, S, C & Shasindran C.H. 1991. *Why Patient Prefer Referred Hospitals*. World Health Forum. (1991); 12 (3) : 344-345.
 2. Atun, R, & et.al. 2013. Universal Health Coverage in Turkey: *Enhancement of Equity*, *The Lancet*, Vol. 382 (2013), 65-99.
 3. World Health Organizations (WHO). 2012. *Management of Health Facilities: Referral Systems (Health Referral System and Minimum Packages of Service)* (diunduh pada 13 November 2013 di <http://www.who.int/management/facility/referral/en/index3.html>).
 4. UNDP. 2011. *Human Development Index* (diunduh pada 15 Oktober 2013, di situs human development report: <http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/>).
 5. David B. E., R. M. 2012. *Universal Health Coverage (UHC) is a Development Issue*. *The Lancet* Vol. 380, Issue 9845. (2012); 864-865.
 6. Puenpatom, R. A., & Rosenman, R. 2008. *Efficiency of Thai Provincial Public Hospitals During The Introduction of Universal Health Coverage Using Capitation*. *Health Care Management Science*, Vol.11, Ed.4, 319-338.
 7. McManus, J. 2012. *Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievement & Challenges*. dalam J. McManus, *Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievement & Challenges*. Nonthaburi Thailand: Health Insurance System Research Office.
 8. Ikegami, N., Yoo, B.-K., Hashimoto, H., & et.al. 2011. *Japanese Universal Health Coverage (UHC): Evolution, Achievements, and Challenges*. *The Lancet*, Vol. 378, Ed.1106 (2011), p.15.
 9. Republik Indonesia. 2004. Undang-Undang Republik Indonesia No.40 Tahun 2004 tentang *Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta.
 10. Republik Indonesia. 2011. Undang-Undang Republik Indonesia No.24, Tahun 2011 tentang *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Jakarta.
 11. Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. 2013. (UHC) *Universal Health Coverage & Universal Access*, Vol. 91: 8 (2013). *Pro Quest*, 546. 546A.
 12. Republik Indonesia. 2009. Undang-Undang Nomor. 44 Tahun 2009 tentang *Rumah Sakit*. Jakarta.
 13. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Pedoman Sistem Rujukan Nasional*. Jakarta: Direktorat Jenderal BUK (Bina Upaya Kesehatan) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
 14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, No. 01 Tahun 2012 tentang *Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan*. Jakarta.
 15. *World Health Organization (WHO)*. 2010. *Management of Health Facilities: Referral systems (Health Referral System & Minimum Packages of Service)* (diunduh pada tanggal 13 November 2013, di WHO website: <http://www.who.int/management/facility/referral/en/index3.html>).
 16. UNFPA. 2005. *The Health Referral System in Indonesia* (diunduh pada 11 Maret 2014, dari www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R162_2005).
 17. Jabar, P. 2011. *Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan pelayanan Kesehatan Provinsi Jawa Barat*. Jawa Barat
 18. RSUD Dr. Adjidarmo. 2013. *Profil RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak*. Rangkasbitung, Lebak.
 19. *World Health Organization (WHO)*. *Strategic Paper on Health Care Referral System in Nepal. Dalam WHO, Decentralization of Health System and its Management - Version 1 (Hal. 1-4)*. Nepal: WHO Country Office.
 20. Rumita. 2013. *Analisis Kelayakan Rujukan Oleh bidan Puskesmas PONED di RSUD Pirngadi Kota Medan tahun 2012*. Depok: FKM UI.
 21. Kathora H, Strauss E. 2012. *Follow Up Report of The Auditor General on Performance Audit Study on The Ministry of Health and Social Services - Referral System for The Financial Years 2008, 2009, 2010*. Republic of Namibia.
 22. Kementerian Kesehatan RI. 2013. Peraturan Menteri Kesehatan No.71 tahun 2013 tentang *Pelayanan Kesehatan pada JKN*. Jakarta.