

# SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN

Oleh: Ade Heryana, S.St, M.KM

Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Esa Unggul

Email: heryana@esaunggul.ac.id

## TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Mahasiswa dapat menjelaskan sejarah timbulnya sistem rujukan berjenjang
2. Mahasiswa dapat menjelaskan pengertian sistem rujukan berjenjang
3. Mahasiswa dapat menjelaskan manfaat dari sistem rujukan berjenjang
4. Mahasiswa dapat faktor pendorong keberhasilan sistem rujukan berjenjang
5. Mahasiswa dapat regulasi tentang sistem rujukan berjenjang di Indonesia

## PENDAHULUAN

Penerapan sistem rujukan berjenjang secara online oleh BPJS Kesehatan ternyata belum disikapi secara positif oleh tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan. Salah satu media online memberitakan bagaimana instalasi UGD sebuah rumah sakit umum di kota Gresik mengalami kewalahan akibat membludaknya permintaan rujukan dari Puskesmas. Menurut kepala UGD rumah sakit tersebut, biasanya rata-rata jumlah pasien yang datang hanya 50 per hari, namun sejak Januari 2019 kunjungan mencapai 100-200 pasien per hari. Kondisi ini menurutnya disebabkan FKTP hanya merujuk saja tidak mengkonfirmasi kapasitas di rumah sakit (JPNN, 2019).

Namun demikian kondisi demikian sebenarnya disebabkan BPJS Kesehatan telah meluncurkan dan mengembangkan Sistem Rujukan Berbasis Online yang telah menjalani ujicoba sejak pertengahan Agustus 2018. Sistem ini adalah digitalisasi proses rujukan berjenjang yang bertujuan untuk memudahkan dan memberi kepastian peserta dalam memperoleh layanan di rumah sakit. Penentuan rujukan disesuaikan dengan kompetensi, jarak dan kapasitas rumah sakit tujuan rujukan pasien dan berdasarkan kebutuhan medis pasien (Iwa, 2018).

Penerapan sistem rujukan online oleh BPJS Kesehatan ternyata menuai berbagai keluhan baik oleh pasien maupun pelayanan kesehatan. Faktor penyebabnya adalah belum siapnya FKTP tingkat 2 (terutama rumah sakit kelas C) menerima lonjakan pasien rujukan, dan pasien belum terbiasa dengan kebijakan tersebut.

Pada dasarnya rujukan berjenjang (*referral system*) ditujukan untuk menghasilkan sistem pelayanan kesehatan yang efisien. Sistem rujukan berjenjang dapat mengurangi pemborosan biaya (yang dialami pasien dan faskes) karena penyakit pasien ditangani

oleh tenaga medis dan teknologi yang tepat. Dalam hal ini tidak terjadi pelayanan kesehatan yang irasional dan yang tidak cukup.

Dalam praktiknya para pelaku pelayanan kesehatan dan pasien itu sendiri belum sepenuhnya memahami hakikat dari rujukan berjenjang. Kondisi inilah yang menimbulkan banyaknya keluhan baik dari faskes dan pasien. Lalu seperti apakah sebenarnya sejarah sistem rujukan berjenjang itu? Bagaimana pengertiannya? Apakah manfaat yang didapat? Faktor apa saja yang mendorong keberhasilan pelaksanaan sistem berjenjang? Serta bagaimana regulasinya di Indonesia? Artikel ini akan membahas masalah tersebut.

## SEJARAH SISTEM RUJUKAN

Sistem rujukan berjenjang memiliki sejarah yang cukup panjang dimulai sejak sistem ini belum ada pada awal tahun 1800an hingga tahun 2005 dalam bentuk Gatekeeping<sup>1</sup>. Sejarah ini berbeda antara negara maju dengan negara berkembang.

Pada negara maju, sejarah sistem rujukan diawali oleh organisasi informasi medis, kemudian diikuti kesepakatan antar profesi medis yang akhirnya memberikan rekomendasi untuk menciptakan spesifikasi praktisi medis yang lebih umum atau *General Practitioner* (GP). Sejarah sistem rujukan di negara diakhiri dengan penerapan Gate-keeping dan perhitungan biaya pelayanan kesehatan. Sementara pada negara berkembang, sejarah sistem rujukan diawali dengan tidak adanya akses sebagian besar penduduk terhadap pelayanan rumah sakit, dan direkomendasikan untuk membentuk faskes primer dengan biaya murah dan kualitas pada bidang tertentu. Menurut pandangan teknokrat, sistem rujukan di negara berkembang akan efektif jika:

1. Faskes primer dan rumah sakit berfungsi dengan baik
2. Terdapat instruksi klinik yang jelas berkaitan dengan rujukan pasien

Tabel 1 berikut meringkas sejarah panjang sistem rujukan pasien pada Negara maju (Bossyns, 2006).

**Tabel 1. Sejarah Sistem Rujukan Pasien di Negara Maju**

Tahun	Keterangan
1789	Revolusi Perancis mempengaruhi perubahan dalam pelayanan kesehatan
1820	Profesi medis mulai memperlihatkan perbedaan dengan profesi lain (differentiation) dan pertama kali istilah "General Practitioner" atau "GP" dipakai. Saat itu ada tiga praktisi medis yaitu <i>Physician</i> , <i>Surgeon</i> dan <i>General Practitioner</i>
1886	<i>Association of General Practitioner</i> menyetujui untuk merujuk hanya semata-

<sup>1</sup> Gatekeeping: upaya skrining pasien oleh dokter di faskes pertama untuk memastikan penanganan kasus minor tetap tidak langsung ditangani oleh dokter di faskes lanjutan

Tahun	Keterangan
	mata kepada Konsultan yang pembagiannya bukan berdasarkan perbedaan pengetahuan yang dimiliki, melainkan berdasarkan penguasaan ilmu pengetahuan. Para konsultan yang berada di kelas atas menganggap dirinya "Men of Science", sedangkan GP menganggap dirinya "praktisi". Pada masa ini terjadi kompetisi secara ekonomis antar kedua profesi.
1890	Diterbitkan kebijakan yang bertujuan mendorong keterlibatan negara dalam pencapaian akses pelayanan kesehatan secara universal
1918	Terdapat perbedaan prioritas pembiayaan kesehatan antara Inggris dan Amerika. Di Inggris, prioritas pembiayaan pada perawatan oleh GP yang berteknologi rendah, sedangkan di Amerika fokus pembiayaan pada perawatan di rumah sakit
1920	Rumah sakit menempati peran penting dalam pelayanan kesehatan. Tindakan pembedahan semakin banyak, investigasi terus berkembang, teknologi medis makin penting, dan biaya staff makin mahal. Perawatan emergensi semakin maju dengan berkembangnya layanan ambulans. Pada tahun ini mulai berkembang Dokter Spesialis yang selain lebih tinggi dalam pemahaman pengetahuan juga dalam konten ilmu medisnya. Kondisi ini menyebabkan GP lebih focus pada bidang yang "sulit" dilakukan oleh spesialis seperti layanan TB, penyakit kelamin, gangguan mental
1945	Di seluruh negara Eropa, <i>universal access</i> terhadap pelayanan kesehatan menjadi isu politik utama
1950	Berkembang ilmu biomedik yang menyebabkan GP tidak lagi menangani masalah-masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat seperti TB dan penyakit kelamin. Michael Balint (seorang psikolog klinis) melakukan studi tentang fungsi psikososial pada GP. Ia menyatakan GP memiliki kemampuan untuk memperbaiki pemisahan antara tubuh (body) dengan pikiran (mind) pada pasien. Ia juga menjelaskan kompleksitas rujukan yang merupakan keterlibatan 3 pihak yaitu GP, Spesialis dan Pasien.
1960	Pemikiran Michael Balint mendorong timbulnya spesialisasi pelayanan kesehatan primer: dokter keluarga
1978	Diterbitkan piagam Alma Alta: gerakan mendukung keberadaan pelayanan kesehatan primer
1980	Mulai diperhitungkan konten biaya dalam pelayanan kesehatan melalui Cost-benefit analysis
2005	Sistem rujukan secara aktual mulai nampak dalam bentuk <i>Gatekeeping</i>

Sumber: (Bossyns, 2006)

## DEFINISI SISTEM RUJUKAN

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

- a. Sistem rujukan dilakukan oleh faskes yang memiliki sumberdaya terbatas (obat, alat, kemampuan) ke faskes yang setingkat atau di atasnya
- b. Dalam sistem rujukan, faskes yang dirujuk berhak mengambil alih penanganan kasus pada pasien

Definisi yang tercantum dalam UU No.44 tahun 2014 tentang Rumah Sakit menyatakan “Sistem rujukan merupakan penyelenggaraan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal, maupun struktural dan fungsional terhadap kasus penyakit atau masalah penyakit atau permasalahan kesehatan”. Dari definisi yang dinyatakan dalam UU Rumah Sakit ini, dapat disimpulkan:

1. Sistem rujukan di rumah sakit merupakan pelimpahan tugas dan tanggung jawab. Artinya rujukan pelayanan kesehatan menjamin proses penanganan pasien yang sesuai dengan kompetensi rumah sakit atau petugas medis
2. Sistem rujukan dilakukan secara timbal balik antar rumah sakit, baik vertikal atau horizontal, maupun structural dan fungsional. Artinya dalam sistem rujukan berjenjang akan terjadi timbal balik baik dalam bentuk ilmu pengetahuan dan teknologi oleh rumah sakit level tinggi ke level rendah. Disamping itu rumah sakit dengan level yang lebih tinggi akan lebih memfokuskan pelayanan pada keunggulan yang dimilikinya. Sementara itu rujukan juga dapat berlangsung antara fungsional dengan structural. Permasalahan-permasalahan manajerial rumah sakit yang tidak dapat ditangani oleh unit structural sebaiknya dilimpahkan ke unit fungsional dan sebaliknya.
3. Subyek sistem rujukan di rumah sakit adalah kasus/masalah penyakit atau permasalahan kesehatan.

Sementara menurut BPJS Kesehatan, Sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan social, dan seluruh fasilitas kesehatan (BPJS Kesehatan, n.d.). Dari definisi sistem rujukan pelayanan kesehatan dapat diambil kesimpulan bahwa:

1. Sistem rujukan pelkes merupakan pelimpahan tugas dan tanggung jawab. Artinya rujukan pelayanan kesehatan menjamin proses penanganan pasien yang sesuai dengan kompetensi faskes atau petugas medis.
2. Sistem rujukan pelkes dilakukan secara timbal balik antar faskes, baik vertikal atau horizontal. Artinya dalam sistem rujukan berjenjang akan terjadi timbal balik baik dalam bentuk ilmu pengetahuan dan teknologi oleh faskes level tinggi ke level rendah. Disamping itu faskes dengan level yang lebih tinggi akan lebih memfokuskan pelayanan pada keunggulan yang dimilikinya.
3. Sistem rujukan pelkes wajib dijalankan oleh peserta jaminan kesehatan dan seluruh faskes. Pada negara yang sudah menerapkan jaminan kesehatan dalam bentuk asuransi kesehatan sosial, maka sistem ini merupakan kewajiban yang harus dijalankan oleh peserta. Hal ini dalam rangka menjamin efisiensi dan kualitas pelayanan.

Dalam Permenkes No.01 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan disebutkan bahwa sistem rujukan vertikal dilakukan bila (1) pasien membutuhkan pelayanan spesialistik dan subspesialistik; dan (2) perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan. Sedangkan rujukan horisontal dilakukan bila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan, dan ketenagaan baik yang sifatnya sementara atau menetap.

## **MANFAAT SISTEM RUJUKAN BERJENJANG**

Beberapa pihak (termasuk tenaga kesehatan) belum banyak mengetahui manfaat yang didapatkan bila sistem rujukan berjenjang dilaksanakan secara efektif. Manfaat tersebut antara lain (Michael, 2018):

1. Memastikan hubungan yang erat antar pelaku sistem kesehatan di segala tingkatan. Sistem rujukan berjenjang yang efektif secara tidak langsung akan mendorong seluruh faskes dan tenaga kesehatan untuk saling berkoordinasi dalam penanganan medis pasien. Hubungan profesi antar tenaga kesehatan dapat diperkuat dengan sistem rujukan tersebut.
2. Memastikan pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal. Pasien yang mendapat rujukan ke faskes dengan sumberdaya manusia, peralatan dan kemampuan yang lebih tinggi tentu akan mendapatkan pelayanan yang lebih baik. Jika sistem rujukan tidak berjalan, maka pasien “dipaksa” menerima pelayanan yang tidak memadai. Kondisi sebaliknya bisa terjadi, pasien dengan kondisi kesehatan ringan mendapat pelayanan yang lebih mahal. Kondisi ini dalam bidang asuransi kesehatan disebut dengan *adverse selection*.
3. Menjamin perawatan pasien yang kontinyu. Sistem rujukan berjenjang menjamin kontinuitas pelayanan kesehatan terhadap pasien, karena faskes akan mengalihkan peran dan tanggung jawab penanganan kondisi medis ke faskes yang lebih tinggi kemampuannya. Hal ini akan mencegah terjadinya pasien yang putus pengobatan akibat kurangnya kemampuan faskes dalam melayani.
4. Menjamin seluruh faskes di berbagai tingkat mendapatkan peralatan medis yang memadai. Sistem rujukan berjenjang mendorong pemerintah setempat dan pemodal untuk melengkapi peralatan medis yang dimiliki faskes, atau melengkapi dengan jenis pelayanan medis lainnya. Rumah sakit dengan tipe tertentu akan berusaha memenuhi persyaratan alat dan teknologi yang dimilikinya.

## **FAKTOR PENDUKUNG SISTEM RUJUKAN BERJENJANG**

Secara umum berdasarkan penelitian di berbagai negara, proses rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat rendah ke tinggi masih rendah. Studi tentang sistem rujukan di

Etiopia menunjukkan hanya 14% pasien dari rumah sakit yang dirujuk, sementara dari pusat kesehatan masyarakat hanya 6%. Demikian pula yang terjadi di Uganda. Rendahnya rujukan disebabkan kurang mencukupinya infrastruktur, sistem komunikasi yang buruk, serta obat-obat dan alkes emergensi yang tidak cukup seperti untuk transfusi darah (Michael, 2018). Studi di Indonesia sendiri terhadap pasien-pasien 21 klinik pratama di kota Depok menunjukkan hanya 11% yang dirujuk ke faskes tingkat kedua (Supriadi, 2017).

Berbagai faktor turut berperan dalam menjamin kesuksesan penerapan sistem rujukan berjenjang. Studi di beberapa negara berkembang menunjukkan beberapa faktor penyebab sistem rujukan berjenjang berjalan kurang efektif.

Penelitian di Kiambu County (Kenya) menunjukkan beberapa factor yang harus dipersiapkan untuk menjamin kelancaran sistem rujukan berjenjang. Faktor-faktor tersebut adalah infrastruktur yang meliputi fasilitas kesehatan dan penunjangnya, sistem informasi kesehatan, kapasitas/kemampuan petugas kesehatan, dan sumberdaya finansial (Kamau, Onyango-osuga, & Njuguna, 2017).

Studi sistem rujukan di India menunjukkan ada empat masalah yang menyebabkan sistem rujukan tidak berjalan efektif yaitu (Singh & Devi, 2015):

- a. Tidak tersedianya tenaga kesehatan yang cukup terlatih, infrastruktur (laboratorium, rumah obat, alkes, furniture dsb) di faskes tingkat pertama
- b. Kurangnya regulasi sistem rujukan yang ketat
- c. Rendahnya regulasi yang mengatur agar kasus minor tidak langsung dirujuk ke rumah sakit tingkat kedua atau ketiga
- d. Skrining pasien di faskes tingkat pertama kurang berjalan

Di Indonesia sendiri, pada studi sistem rujukan berjenjang di rumah sakit umum kabupaten Lebak menunjukkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berpengaruh positif terhadap penerapan kebijakan sistem rujukan berjenjang di rumah sakit. Namun JKN tidak menunjukkan perubahan positif pada aspek alur rujukan, sarana prasarana faskes, pencatatan & pelaporan, serta monitoring & evaluasi. Kendala teknis dan strategis yang dihadapi antara lain (Primasari, 2015):

1. Koordinasi yang lemah antar instansi dan unit terkait
2. Perencanaan pengadaan obat dan alkes yang lemah
3. Belum ada *mapping* alur rujukan
4. Ketidaksesuaian antara klasifikasi rumah sakit dengan pelayanan yang diberikan
5. Ketidakdisiplinan pelaporan dan pencatatan
6. Tidak berjalannya evaluasi sistem rujukan

Sementara dalam teknisnya implementasi rujukan berjenjang selalu menghadapi masalah antara dokter yang menerima rujukan dengan dokter yang mengirim rujukan pasien yang dapat menyebabkan sistem rujukan berjenjang tidak efektif. Masalah tersebut antara lain:

1. Kurangnya pemberian informasi oleh dokter umum mengenai pasien yang akan dirujuk kepada spesialis.  
Dalam jurnal *General Internal Medicine* disebutkan lebih dari 68% atau dua per tiga dokter spesialis tidak mendapatkan informasi mengenai kondisi pasien dari dokter umum sebelum dilakukan rujukan (Schneider, 2018).
2. Kurangnya rujuk balik dari spesialis ke dokter umum  
Dalam *Archive of Internal Medicine* disebutkan lebih dari 40% dokter umum tidak menerima laporan konsul kembali (rujuk balik) dari dokter spesialis (Schneider, 2018).

Menurut PMK No.01 tahun 2012, rujuk balik atau rujukan vertical dari pelayanan yang lebih tinggi ke yang lebih rendah dilakukan bila:

- 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
- d. Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan.

## **REGULASI SISTEM RUJUKAN BERJENJANG DI INDONESIA**

Sistem rujukan berjenjang merupakan amanat yang harus dijalankan pemerintah sesuai dengan pasal 17 UU No.36 tahun 2009 tentang kesehatan. Pada pasal tersebut dinyatakan: “pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya”. Pada pasal tersebut jelas mengarahkan pemerintah untuk memberikan akses pelayanan kesehatan yang salah satunya dilakukan dengan penerapan sistem rujukan (Republik Indonesia, 2009a).

Dalam UU No.20 tahun 2013 pasal 7 dan 8 tentang Praktik Kedokteran diatur pula tentang pendidikan profesi dokter layanan primer yang dijalankan oleh perguruan tinggi kedokteran yang terakreditasi. Pada penjelasannya dinyatakan sebagai berikut (Republik Indonesia, 2013):

“Program dokter layanan primer ditujukan untuk memenuhi kualifikasi sebagai pelaku awal pada layanan kesehatan tingkat pertama,

melakukan penapisan rujukan tingkat pertama ke tingkat kedua, dan melakukan kendali mutu serta kendali biaya sesuai dengan standar kompetensi dokter dalam sistem jaminan kesehatan nasional”.

Jelaslah pada penjelasan pasal 8 tersebut, pemerintah mendorong terjadinya prosedur rujukan dari tingkat pertama tingkat kedua melalui program dokter layanan primer dalam rangka kendali mutu dan kendali biaya.

Penerapan sistem rujukan berjenjang diperkuat pula dengan pengklasifikasian rumah sakit umum dan khusus sebagaimana dinyatakan dalam UU No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 24 (Republik Indonesia, 2009b). Pada pasal tersebut dinyatakan: “Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit”<sup>2</sup>. Kemudian pada pasal 29 undang-undang tersebut dinyatakan bahwa rumah sakit mempunyai kewajiban melaksanakan sistem rujukan. Rujukan tersebut memerlukan pelayanan di luar kemampuan pelayanan rumah sakit (pasal 42).

Sistem rujukan antar rumah sakit di Indonesia dijalankan melalui pembentukan jejaring antara pemerintah dengan asosiasi rumah sakit yang dijelaskan pada pasal 41 UU tentang Rumah Sakit. Hal ini dipertegas dalam pasal 14 Permenkes No.4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien yang menyatakan “Dalam melaksanakan sistem rujukan, rumah sakit wajib menjadi bagian dari sistem rujukan yang dibentuk oleh Pemerintah Daerah”. Disamping itu upaya rujukan harus dilaksanakan secara aktif dan selalu berkoordinasi dengan pasien/keluarga (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Lalu bagaimana bentuk rujukan pasien yang dilakukan oleh rumah sakit? Pasal 14 ayat (4) PMK tentang Kewajiban RS dan Kewajiban Pasien menyatakan upaya rujukan pasien rumah sakit paling sedikit terdiri dari tiga upaya berikut:

1. Melakukan pertolongan pertama dan/atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan
2. Melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan bahwa penerima dapat menerima pasien dalam hal keadaan gawat darurat
3. Membuat Surat Rujukan untuk disampaikan kepada penerima rujukan

Pada kasus gizi berat sesuai dengan amanat PMK No.4 tahun 2018, rumah sakit wajib menerima rujukan dari fasilitas kesehatan lainnya.

Di tingkat Puskesmas, telah diterbitkan regulasi tentang rujukan pasien, antara lain:

---

<sup>2</sup> Pada pasal 24 UU No.44 tahun 2009, rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi kelas A, B, C, dan D. Sedangkan rumah sakit khusus diklasifikasikan menjadi kelas A, B, dan C.



- a. Dalam PMK No.75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2014):
  - Pasal 7 ayat (j) menyatakan: Puskesmas memiliki kewenangan untuk melaksanakan penapisan<sup>3</sup> rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan
  - Pasal 41 menyatakan: Puskesmas dalam menyelenggarakan upaya kesehatan dapat melaksanakan rujukan yang dilaksanakan sesuai sistem rujukan.
- b. Dalam PMK No.67 tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat pasal 4 ayat (4): “Dalam hal pasien Geriatri membutuhkan pelayanan lebih lanjut, dokter harus melakukan rujukan pasien Geriatri ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut” (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

### **MEKANISME SISTEM RUJUKAN BERJENJANG DI INDONESIA**

Mekanisme teknis pelaksanaan sistem rujukan secara komprehensi diatur dalam PMK No.01 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. Sistem rujukan di wajib dijalankan oleh pasien yang merupakan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan pemberi pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2012).

Aturan umum dalam mekanisme rujukan berjenjang adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang, sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama.
2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama.
3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama.
4. Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama.
5. Ketentuan di atas tidak berlaku pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, dan pertimbangan geografis

Rujukan pasien dilakukan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat yang memiliki kemampuan pelayanan sesuai kebutuhan pasien yang bertujuan untuk meningkatkan aksesibilitas, pemerataan dan peningkatan efektifitas pelayanan kesehatan.

Rujukan juga harus mendapat persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya yang disertai dengan penjelasan oleh tenaga kesehatan mengenai:

- a. Diagnosis dan terapi dan/atau tindakan medis yang diperlukan
- b. Alasan dan tujuan dilakukan rujukan

---

<sup>3</sup> Penapisan = skrining/pemilihan

- c. Risiko yang dapat timbul apabila rujukan tidak dilakukan
- d. Transportasi rujukan
- e. Risiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan

## KESIMPULAN

Sejarah sistem rujukan berjenjang dimulai sejak timbulnya Revolusi Perancis tahun 1789. Secara nyata sistem rujukan berjenjang diakui tahun 2015 bersamaan dengan penerapan Gatekeeping serta analisis biaya dalam pelayanan kesehatan.

Sistem rujukan berjenjang merupakan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab oleh perujuk yang dapat dilakukan secara vertikal-horizontal atau structural-fungsional. Sistem ini wajib dijalankan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial.

Sistem rujukan memberi manfaat baik pada pasien, tenaga kesehatan maupun fasilitas kesehatan. Namun pada kenyataannya implementasi di negara berkembang belum efektif karena keterbatasan infrastruktur, SDM, pendanaan serta dukungan pemerintah.

Mekanisme sistem rujukan di Indonesia diatur dalam Permenkes tentang sistem rujukan dan peraturan perundangan lainnya.

## KEPUSTAKAAN

- Bossyns, P. (2006). *The Referral System: A Neglected Element in The Health District Concept*. Vrije University.
- BPJS Kesehatan. (n.d.). *Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Iwa, I. (2018). BPJS Kesehatan Luncurkan Sistem Rujukan Berbasis Online. Retrieved March 9, 2019, from <https://tvberita.co.id/news/regional/bpjs-kesehatan-luncurkan-sistem-rujukan-berbasis-online/>
- JPNN. (2019, February 19). RSUD Kewalahan, Pasien Rujukan Menumpuk di IGD. *Jpnn.Com*. Retrieved from <https://www.jpnn.com/news/rsud-kewalahan-pasien-rujukan-menumpuk-di-igd?page=1>
- Kamau, K. J., Onyango-osuga, B., & Njuguna, S. (2017). Challenges Facing Implementation of Referral System for Quality Health Care Services in Kiambu County, Kenya. *IMedPub Journals*, 4(1), 48.
- Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, Pub. L. No. 1 (2012).
- Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Kesehatan Masyarakat (2014).
- Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat, Pub. L. No. 67 (2015).

- Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, Pub. L. No. 4 (2018).
- Michael, M. (2018). Reviving the Functionality of the Referral System in Uganda. Retrieved March 9, 2019, from <https://www.udn.or.ug/udn-media/news/147-reviving-the-functionality-of-the-referral-system-in-uganda.html>
- Primasari, K. L. (2015). Analisis Sistem Rujukan Jaminan Kesehatan Nasional RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak. *ARSI*, 1(2), 79–87.
- Republik Indonesia. Undang-undang No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan, Pub. L. No. 36 (2009). Indonesia.
- Republik Indonesia. Undang-undang No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Pub. L. No. 44 (2009).
- Republik Indonesia. Undang-undang No.20 tahun 2013 tentang Praktik Kedokteran, Pub. L. No. 20 (2013).
- Schneider, M. (2018). 5 Steps to Improve Your Patient Referral Processes. Retrieved March 9, 2019, from <https://www.beckershospitalreview.com/patient-engagement/5-steps-to-improve-your-patient-referral-processes.html>
- Singh, M. M., & Devi, R. (2015). Operationalizing an Effective Referral System in India. *British Medical Journal*, 351, 5489.
- Supriadi, S. (2017). Review of JKN Patient Referral by Pratama Clinic at Depok District. In *The 2nd International Conference on Vocational Higher Education (ICVHE) 2017* (pp. 1336–1341).