

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Tinjauan Pustaka**

#### **1. Sistem Rujukan**

##### **a. Definisi Sistem Rujukan**

Menurut Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta No. 59 Tahun 2012, rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas masalah kesehatan dan kasus-kasus penyakit yang dilakukan secara timbal balik vertikal maupun horisontal maupun struktural dan fungsional terhadap kasus penyakit, masalah penyakit, atau permasalahan kesehatan.

Sistem rujukan adalah sistem pengaturan pelayanan kesehatan tentang pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal dari unit yang kemampuannya kurang ke unit yang lebih mampu (BPJS Kesehatan, 2012). Hal tersebut juga termaktub dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 001 Tahun 2012.

Rujukan merupakan hal yang menyangkut pelimpahan tanggung jawab perawatan pasien secara sementara untuk tujuan tertentu, seperti pemeriksaan lanjutan, konsultasi ataupun penatalaksanaan pasien. Hal Ini memastikan bahwa pasien dapat mengakses layanan di tingkat primer (lebih rendah) dan dirujuk

segera untuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan jika diperlukan. Demikian juga, rujukan kembali ke fasilitas yang lebih rendah jika kasus atau penyakitnya telah tertangani (*Ministry of Health Ghana*, 2012).

b. Jenis Rujukan

Sistem Kesehatan Nasional membedakannya menjadi dua jenis rujukan yakni :

1) Rujukan Medis

Menurut Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta No. 59 Tahun 2012 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. Sistem Rujukan medis di Daerah Istimewa Yogyakarta mencakup tiga aspek pelayanan medis yaitu rujukan pasien, rujukan spesimen atau penunjang diagnostik lainnya dan rujukan pengetahuan.

2) Rujukan Kesehatan

Rujukan kesehatan adalah rujukan upaya kesehatan baik secara vertikal maupun horizontal terutama berkaitan dengan upaya peningkatan, pencegahan, serta upaya yang mendukungnya. Rujukan kesehatan dibedakan atas tiga macam yaitu rujukan

teknologi, sarana, dan operasional (Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta, 2012).

c. Tata Laksana Rujukan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN dalam sistem rujukan berjenjang, pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari 3 (tiga) tingkatan yaitu :

1) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawatjalan dan rawat inap. Rawat Jalan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkatpertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/ataupelayanan kesehatan lainnya.

Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yangbersifat non spesialisik dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkatpertama untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan,dan atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

dapat berupa puskesmas atau yang setara, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara, Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

## 2) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua

Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialisik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik.

## 3) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga

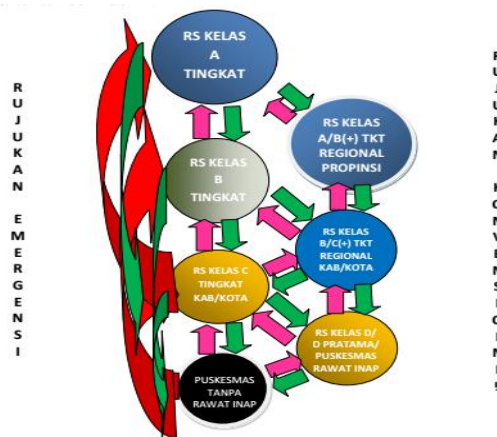
Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan sub spesialisik yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 001 Tahun 2012, rujukan dapat dilakukan secara vertikal maupun horizontal. Rujukan vertikal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan sedangkan rujukan horizontal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan. Selain itu, menurut (*Ministry of Health Ghana, 2012*) rujukan juga bisa dilakukan secara eksternal yaitu rujukan *pre-hospital emergency* dan rujukan interfasilitas, maupun rujukan internal yakni antar departemen.

Pada era JKN, rujukan dilakukan dengan sistem berjenjang. Proses rujukan dalam sistem rujukan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat dua yaitu proses merujuk ke fasyankes tingkat dua ataupun menerima rujukan balik dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Dua. Dalam Buku Pedoman Sistem Rujukan Nasional Kementerian Kesehatan RI (2012) proses tata laksana sistem rujukan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sebagai berikut :

- 1) Rujukan dari Fasyankes Tingkat Pertama ke Tingkat Dua
- 2) Tindak lanjut atas rujukan balik dari Fasyankes tingkat dua

Sistem rujukan pada banyak Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai berikut :



**Bagan 1. Alur Sistem Rujukan Pada Banyak Fasyankes (Kementerian Kesehatan RI, 2012)**

Bagan 1 di atas menunjukkan bahwa sistem rujukan dapat berlangsung berjenjang begitu pula dengan rujukan balik.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat rujukan dapat menentukan apakah pasien dapat dirawat oleh fasyankes tersebut, dirujuk ke fasyankes yang lebih mampu, atau dirujuk balik ke fasyankes yang merujuk disertai dengan saransaran dan ataupun obat yang diperlukan untuk kasuskasus tertentu. Alur rujukan balik dapat langsung ke fasyankes yang pertama kali menerima pasien (*gatekeeper*) apabila fasyankes pada strata yang lebih tinggi menilai dan menyatakan pasien layak untuk dilayani ataupun dirawat disana (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

d. Penyakit yang tidak dirujuk

Berdasarkan Permenkes No. 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer terdapat 144 daftar penyakit dengan Standar Kompetensi 4A.

**Tabel 1. Daftar Penyakit dengan Standar Kompetensi 4A**

No.	Diagnosa Penyakit	No.	Diagnosa Penyakit
1.	Kejang Demam	73.	Aborsi spontan komplrit
2.	Tetanus	74.	Ruptur Perineum tingkat 1/ 2
3.	HIV / AIDS tanpa komplikasi	75.	Abses folikel rambut atau kelenjar sebacea
4.	Tension Headache	76.	Mastitis
5.	Migren	77.	Cracked nipple
6.	Bell's Palsy	78.	Inverted nipple
7.	Vertigo (Benign Paroxysmal Positional Vertigo)	79.	Diabetes melitus tipe 1
8.	Gangguan somatoform	80.	Diabetes melitus tipe 2
9.	Insomnia	81.	Hipoglikemia ringan
10.	Benda Asing di Konjungtiva	82.	Malnutrisi energi-protein
11.	Konjungtivitis	83.	Defisiensi vitamin

12.	Perdarahan subkonjungtiva	84.	Defisiensi mineral
13.	Mata kering	85.	Dislipidemia
14.	Blefaritis	86.	Hiperurisemia
15.	Hordeolum	87.	Obesitas
16.	Trikiasis	88.	Anemia defisiensi besi
17.	Episkleritis	89.	Limfadenitis
18.	Hipermetropia ringan	90.	Demam dengue, DHF
19.	Miopia ringan	91.	Malaria
20.	Astigmatism ringan	92.	Leptospirosis (tanpa komplikasi)
21.	Presbiopia	93.	Reaksi anafilaktik
22.	Buta Senja	94.	Ulkus pada tungkai
23.	Otitis EkstE	95.	Lipoma
24.	Otitis Media Akut	96.	Veruka vulgaris
25.	Serumen Prop	97.	Moluskum contagiosum
26.	Mabuk Perjalanan	98.	Herpes zoster tanpa komplikasi
27.	Furunkel pada hidung	99.	Morbili tanpa komplikasi
28.	Rhinitis akut	100.	Herpes simpleks tanpa komplikasi
29.	Rhinitis vasomotor	101.	Impetigo
30.	Rhinitis Alergika	102.	Impetigo ulseratif (ektima)
31.	Benda Asing	103.	Folikulitis superfisialis
32.	Epistaksis	104.	Furunkel, karbunkel
33.	Influenza	105.	Eristrasma
34.	Pertusis	106.	Erisipelas
35.	Faringitis	107.	Skrofuloderma
36.	Tonsilitis	108.	Lepra
37.	Laringitis	109.	Sifilis Stadium 1 dan 2
38.	Asma Bronkial	110.	Tinea kapitis
39.	Bronkitis Akut	111.	Tinea barbe
40.	Pneumonia, Bronkopneumonia	112.	Tinea fasialis
41.	Tuberkulosis Paru tanpa komplikasi	113.	Tinea manus
42.	Hipertensi essensial	114.	Tinea unguium
43.	Kandidiasis Mulut	115.	Tinea kruris
44.	Ulkus Mulut	116.	Tinea Pedis
45.	Parotitis	117.	Pitiriasis vesikolor
46.	Infeksi pada umbilikus	118.	Kandidosis mukokutan ringan
47.	Gastritis	119.	Cutaneus Larva Migran
48.	Gastroenteritis (termasuk kolera, giardiasis)	120.	Filariasis

49.	Refluks gastroesofagus	121.	Pedikulosis kapitis
50.	Demam tifoid	122.	Pedikulosis pubis
51.	Intoleransi makanan	123.	Skabies
52.	Alergi makanan	124.	Reaksi gigitan serangga
53.	Keracunan makanan	125.	Dermatitis kontak iritan
54.	Penyakit cacing tambang	126.	Dermatitis atopik (kecuali recalcitrant)
55.	Strongiloidiasis	127.	Dermatitis Numularis
56.	Askariasis	128.	Napkin eczema
57.	Skistosomiasis	129.	Dermatitis seboroik
58.	Taeniasis	130.	Pitiriasis rosea
59.	Hepatitis A	131.	Akne vulgaris ringan
60.	Disentri basiler, disentri amuba	132.	Hidradenitis supuratif
61.	Hemoroid grade ½	133.	Dermatitis perioral
62.	Infeksi saluran kemih	134.	Miliaria
63.	Gonore	135.	Urtikaria akut
64.	Pielonefritis tanpa komplikasi	136.	Exanthematous drug eruption, fixed drug eruption
65.	Sindrom duh (discharge) genital (gonore dan nongonore)	137.	Vulnus laseratum, punctu,
66.	Infeksi saluran kemih bagian bawah	138.	Luka bakar derajat 1 dan 2
67.	Vulvitis	139.	Kekerasan tumpul
68.	Vaginitis	140.	Kekerasan tajam
69.	Vaginosis bakterialis	141.	Anemia defisiensi besi pada kehamilan
70.	Salpingitis	142.	Fimosis
71.	Kehamilan normal	143.	Parafimosis
72.	Varisela tanpa komplikasi	144.	Tinea Korporis

## 2. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

### a. Definisi Puskesmas

Dalam Permenkes No. 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih



mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Menurut Departemen Kesehatan RI dalam (Wahidah, 2008) Puskesmas adalah suatu organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat sekaligus memberikan pelayanan yang holistik dan terpadu di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Ada tiga fungsi pokok puskesmas, yaitu :

- 1) Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah.
- 2) Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat.
- 3) Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan. Upaya kesehatan masyarakat esensial meliputi pelayanan promosi kesehatan, pelayanan kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana, pelayanan gizi, pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit. Upaya kesehatan masyarakat pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya

inovatif dan atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing puskesmas (Kemenkes RI, 2014).

b. Kategori Puskesmas

Berdasarkan kemampuan penyelenggaraannya, puskesmas dikategorikan menjadi :

- 1) Puskesmas non rawat inap
- 2) Puskesmas rawat inap

### **3. Dokter Layanan Primer (DLP)**

a. Definisi Dokter Layanan Primer

Dokter layanan primer (DLP) atau biasa disebut dokter keluarga merupakan ujung tombak dalam upaya pelayanan kesehatan dan mempunyai tuntutan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Dokter Layanan Primer (DLP) adalah dokter setara dokter spesialis di bidang generalis yang secara konsisten menerapkan prinsip-prinsip Ilmu Kedokteran Keluarga, ditunjang dengan Ilmu Kedokteran Komunitas dan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan mampu memimpin maupun menyelenggarakan pelayanan kesehatan primer (Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan, 2015). Hal tersebut juga tertulis pada Peraturan Pemerintah Nomor 52

tahun 2017 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 20 tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran. Program pendidikan DLP merupakan kelanjutan dari program profesi dokter dan program internsip yang setara dengan program spesialis dan juga merupakan salah satu pilihan karir bagi ulusan program profesi dokter.

Menurut WONCA (2005) dokter keluarga adalah dokter spesialis yang terlatih dalam menerapkan prinrip-prinsip keilmuannya. Dokter keluarga merupakan *personal doctor* yang bertanggung jawab atas penyediaan layanan keseshatan yang komprehensif dan berkesinambungan kepada setiap individu yang mencari pelayanan kesehatan terlepas dari usia, jenis kelamin, dan penyakit. Dalam memberika pelayanan kesehatan, dokter keluarga juga memperhatikan keluarga pasien, selalu menghormati otonomi pasien dan sadar bahwa dokter keluarga bertanggung jawab terhadap negosiasi rencana pengelolaan kesehatan pasien dengan mengintegrasikan faktor-faktor biologis, psikologis, sosial dan budaya.

Tak hanya Kanada dan Amerika, banyak negara telah menerapkan kedokteran layanan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga. Jaminan Kesehatan Nasional mengedepankan

sistem pelayanan primer dengan menjadikan dokter layanan primer sebagai garda terdepan untuk melayani masyarakat (Kurniawan, 2015).

b. Peran dan Fungsi Dokter Layanan Primer

Menurut Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan (2015) Dokter layanan primer mempunyai kompetensi untuk menjalankan beberapa fungsi yaitu :

1) Fungsi *Gatekeeper*

Dokter berfungsi sebagai orang pertama yang kontak dengan pasien dan tempat pasien mencari pertolongan. Selain itu, dokter layanan primer juga berfungsi sebagai penapis pasien yang akan dirujuk.

2) Fungsi Koordinasi

Dokter layanan primer sebagai orang yang mengatur kemana pasien akan dirujuk dan menerima rujukan balik.

3) Layanan Komprehensif yaitu dokter layanan primer melakukan upaya pencegahan, deteksi dini, pengobatan sampai rehabilitasi.

4) Layanan jangka panjang, yaitu mengikuti kesehatan dalam jangka panjang.

5) Berorientasi keluarga dan masyarakat, selalu melihat konteks yang luas, bukan hanya mengobati pasien sebagai individu.

c. Pendidikan dan Pelatihan DLP Masa Transisi

Menurut Hilman dalam kuliah umum pada Pelatihan CPL DLP yang disampaikan di Universitas Gadjah Mada pada tahun 2017 Pelatihan Masa Transisi merupakan pendidikan Masa Transisi saat menunggu mandat turun. Masa transisi dalam pendidikan DLP adalah masa persiapan pendirian Program Studi Pendidikan DLP dan penyesuaian pada Program Pendidikan DLP bagi dokter yg telah berpraktik > 5 tahun di layanan primer, dengan tujuan membuat percepatan program pendidikan DLP sesuai kebutuhan nasional di era JKN.

Pelatihan ini diselenggarakan oleh Balai Pelatihan Kesehatan (Bapelkes) dan dilaksanakan di Fakultas Kedokteran (FK) yang sudah terakreditasi “A” yaitu termasuk Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Pelatihan ini dilakukan dengan durasi 3 bulan (2,5 bulan) kemudian 3 bulan berikutnya dilanjutkan di Program Studi Dokter Layanan Primer.

Pendidikan Masa Transisi merupakan pendidikan bagi dokter yang telah melakukan praktik kedokteran lebih dari lima tahun. Pendidikan masa transisi dilaksanakan dengan durasi enam bulan dengan menyelesaikan lima modul pembelajaran dan ditujukan untuk “*paradigm shifting*” terutama dengan metode ‘*work-place based*’ di wahana pendidikan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Oleh karena Program Studi DLP belum siap, sedangkan pendanaan untuk pendidikan DLP sudah disediakan oleh Kementerian Kesehatan maka, pendidikan DLP dilakukan dalam bentuk pelatihan bagi calon pembimbing lapangan DLP. Pelatihan tersebut diselenggarakan oleh Bapelkes Semarang dan Makassar bekerja sama dengan dua belas Fakultas Kedokteran terakreditasi “A” di Indonesia. Dua belas FK tersebut meliputi: FK Universitas Indonesia, FK Universitas Gajah Mada, FK Universitas Padjajaran, FK Universitas Diponegoro, FK Universitas Sriwijaya, FK Universitas Andalas, FK Universitas Lampung, FK Universitas Atmajaya, FK Universitas Tarumanegara, FK Universitas Islam Indonesia, dan FK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Pelatihan ini merupakan pelatihan bagi 300 orang dokter Pegawai Negeri Sipil puskesmas di 10 provinsi yang diadakan tanggal 26 September 2016 sampai dengan 30 November 2016 (Pokjanas DLP, 2016).

d. *Paradigm shifting*

Adapun beberapa *Paradigm shifting* dalam pendidikan rancangan Rekognisi Pembelajaran Lampau yang disampaikan oleh Hilman dalam kuliah umum pada Pelatihan CPL DLP yang disampaikan di Universitas Gajah Mada pada tahun 2017, yaitu:

- 1) Paradigma sakit (kuratif) menjadi Paradigma sehat (preventif)

- 2) *Disease oriented* menjadi *illness oriented*
- 3) *Organ-body centered* menjadi *Person centered care*
- 4) Sekedar penyuluhan atau edukasi singkat menjadi pemberdayaan pasien-keluarga-masyarakat
- 5) *Doctor centered* menjadi *Partnership*

#### **4. Persepsi**

##### **a. Definisi Persepsi**

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, persepsi adalah tanggapan langsung dari sesuatu ataupun proses seseorang mengetahui beberapa hal melalui panca indranya. Menurut Slameto (2010), definisi persepsi adalah proses yang berkaitan dengan masuknya informasi ke dalam otak manusia dan melalui persepsi tersebut manusia terus menerus mengadakan hubungan melalui panca inderanya dengan lingkungannya.

Persepsi memiliki dua pengertian yaitu dalam arti yang sempit maupun dalam artian yang luas. Persepsi dalam arti sempit memiliki makna yaitu penglihatan. Penglihatan yang dimaksud yaitu bagaimana seseorang melihat sesuatu, sedangkan persepsi dalam arti luas memiliki makna pandangan atau pengertian. Pandangan atau pengertian yang dimaksud yaitu bagaimana seseorang memandang atau mengartikan, menginterpretasikan sesuatu (Faradina, 2007).

b. Proses terjadinya Persepsi

Proses pembentukan persepsi dimulai melalui penerimaan rangsangan dari berbagai sumber melalui panca indera yang dimiliki, kemudian diberikan respon sesuai dengan penilaian dan pemberian arti pada rangsang lain. Setelah rangsangan diterima kemudian rangsangan atau data tersebut diseleksi untuk diproses pada tahapan yang lebih lanjut. Kemudian, setelah rangsangan diseleksi, rangsangan akan diorganisasikan berdasarkan bentuk sesuai dengan rangsangan yang telah diterima. Setelah itu, individu akan menafsirkan data yang diterima dengan berbagai cara. Persepsi terjadi jika data atau rangsangan yang diterima tadi berhasil ditafsirkan (Ben Fauzi Ramadhan, 2009).

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pembentukan Persepsi

Persepsi seseorang muncul melalui proses dan faktor yang mempengaruhinya, dan karena hal tersebut setiap orang memiliki interpretasi berbeda, meskipun hal yang dilihat sama. Menurut Ben Fauzi Ramadhan (2009) terdapat dua hal yang mempengaruhi persepsi yaitu :

- 1) *Frame of Reference* yaitu kerangka pengetahuan yang dimiliki seorang individu yang dipengaruhi oleh pendidikan, penelitian, dan bahan-bahan bacaan.



2) *Frame of Experience*, yaitu kerangka berdasarkan pengalaman yang telah dialami oleh seorang individu dan tidak terlepas dari keadaan lingkungan sekitar.

Pendapat lain mengatakan bahwa terdapat tiga hal yang mempengaruhi persepsi seseorang, yaitu pelaku persepsi (*perceiver*), sasaran dari persepsi dan situasi. Pemersepsi dalam menginterpretasikan sesuatu dipengaruhi oleh karakteristik dirinya seperti sikap, motif, kepentingan, minat, pengalaman, pengetahuan, dan harapannya. Sasaran dari persepsi dapat berupa benda, orang, maupun peristiwa. Sedangkan situasi yang dimaksud adalah persepsi seharusnya dilihat dengan konteks situasi dimana persepsi tersebut timbul dan harus mendapat perhatian (Stephen P. Robins, 2001).

## B. Penelitian Terdahulu

N o.	Peneliti	Judul	Metode	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Purwati, 2015	Pengambilan Keputusan dalam Pelaksanaan Rujukan Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama	1. Penelitian deskriptif 2. Pengumpulan data menggunakan wawancara mengenai pelaksanaan rujukan dan pengambilan keputusan di Puskesmas Kabupaten Jember dan studi	29 puskesmas (100%) di Kabupaten Jember dalam tahun 2015 teridentifikasi mengalami masalah rujukan yang tidak sesuai.	1. Penelitian ini meneliti tentang pelaksanaan rujukan puskesmas. 2. Teknik pengumpulan data menggunakan studi dokumentasi dan wawancara.	1. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti merupakan penelitian kualitatif dengan desain penelitian studi fenomenologi. 2. Output penelitian ini adalah

			dokumentasi untuk melihat data jumlah penyakit yang dirujuk di puskesmas Kabupaten Jember.			untuk mengetahui perbandingan dokter yang telah mengikuti Pelatihan Calon Pembimbing Lapangan Dokter Layanan Primer dengan dokter yang belum mengikuti pelatihan dalam persepsi merujuk pasien ke rumah sakit.
		3.	Instrumen penelitian yaitu lembar kuesioner tertutup, ceklist dan alat tulis			
2.	Fauziah et al., 2015	Analisis Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Siko dan Puskesmas Kalumata Kota Tahun 2014	1. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. 2. Pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam dengan daftarpanduan wawancara kepada Kepala Puskesmas Kota, dokter poliklinik Puskesmas Kota, Kepala Puskesmas Kalumata,	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemahaman petugas tentang kebijakan sistem rujukan masih tergolong kurang baik, ketersediaan fasilitas dan alat kesehatan medis fasilitas pelayanan kesehatan masih minim dan pemahaman petugas tentang	1. Penelitian ini meneliti tentang pelaksanaan rujukan puskesmas. 2. Teknik pengumpulan data menggunakan studi dokumentasi dan wawancara.	1. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti merupakan penelitian kualitatif dengan desain penelitian studi fenomenologi 2. Output penelitian ini adalah untuk mengetahui perbandingan dokter yang telah mengikuti Pelatihan Calon Pembimbing LapanganDok

		Dokter poliklinik Puskesmas Kalumata, staf Puskesmas Kalumata, Staf BPJS, dan Staf Pengelola JKN Dinas Kota.	fungsi puskesmas sebagai penapis rujukan cukup baik meskipun dalam prakteknya sering tidak mengikuti aturan yang ditetapkan.		ter Layanan Primer dengan dokter yang belum mengikuti pelatihan Dokter Layanan Primer dalam persepsi merujuk pasien ke rumah sakit.
3. (Jatura patporn, 2006)	<i>Specialists' perception of referrals from general doctors and family physicians working as primary care doctors in Thailand</i>	1. Peneliti an ini merupakan penelitian cross-sectional . 2. Peneliti an ini menggunakan metode telaah 3300 surat rujukan "two-way referral form". Dalam blanko surat rujukan pada penelitian ini 16 <i>Family Physicians</i> dan 16 <i>General Doctor</i> mengisi pada bagian atas surat dan dokter spesialis yang menerima rujukan mengisi pada bagian bawah surat. Penelitian ini melihat ketidaksesuaian	Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 16.500 pasien yang berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, ditemukan bahwa tingkat rujukan <i>Family Physicians</i> ke RS sebesar 14,02% dan tingkat rujukan <i>General Doctor</i> sebesar 24,30%. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa rujukan dari group	Penelitian ini meneliti tentang rujukan yang dilakukan oleh <i>Family Physician</i> dan <i>General Doctor</i> . Penelitian ini merupakan penelitian <i>cross-sectional</i> .	1. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti merupakan penelitian kualitatif dengan desain penelitian studi fenomenologi 2. Output penelitian ini adalah untuk mengetahui perbandingan dokter yang telah mengikuti Pelatihan Calon Pembimbing Lapangan Dokter Layanan Primer dengan dokter yang belum mengikuti pelatihan dalam

---

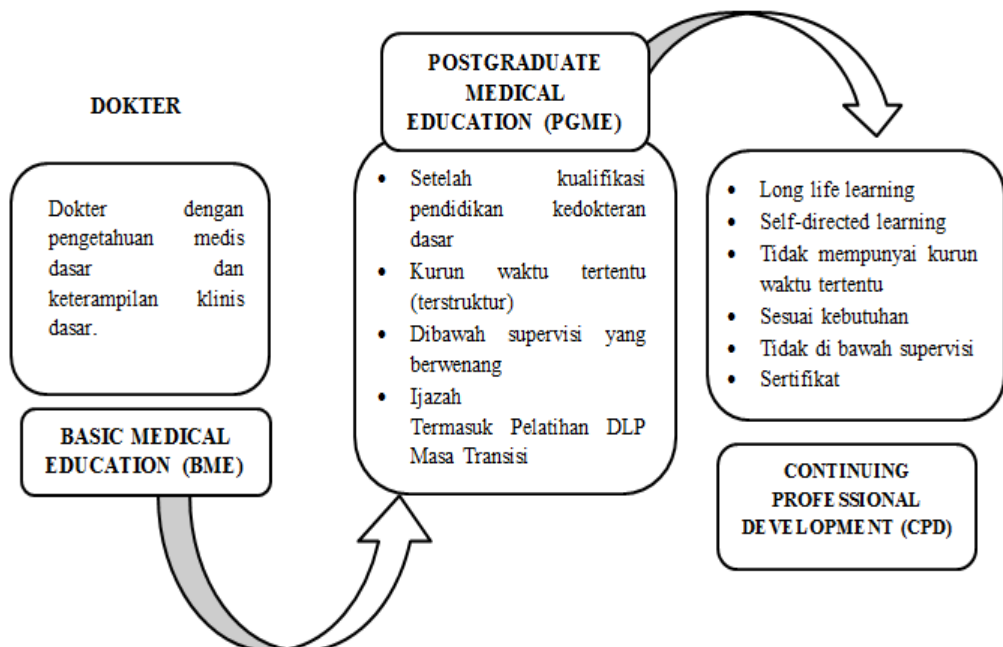
*General Doctor* dinilai lebih tidak sesuai, diagnosis dinilai kurang tepat dan alasan merujuk kurang jelas bila dibandingkan dengan *Family Physician*.

persepsi merujuk pasien ke rumah sakit

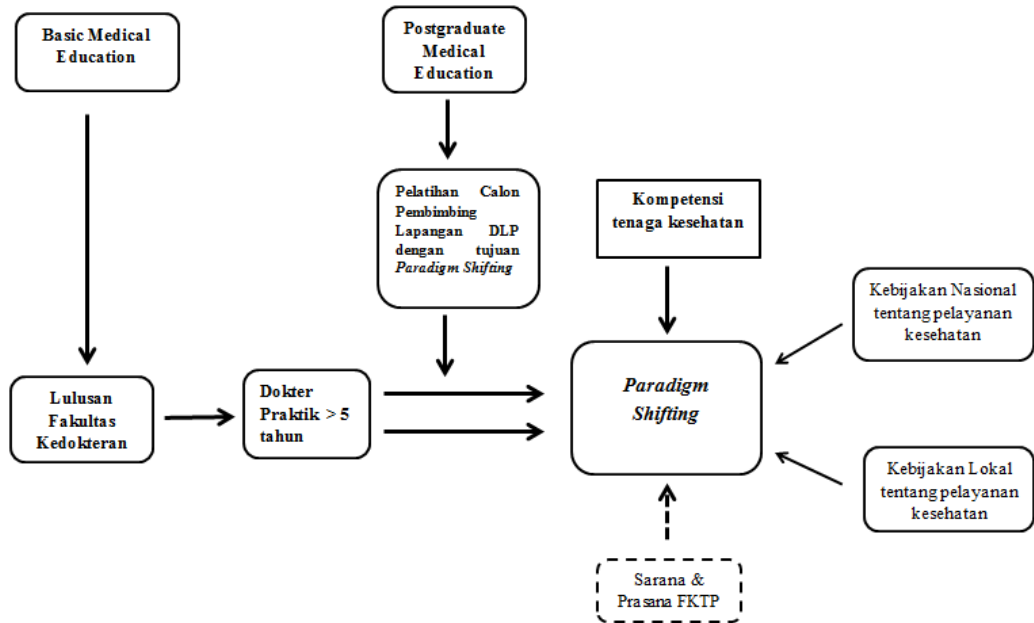
---

### C. Kerangka Teori

***CONTINUUM OF LEARNING IN MEDICAL EDUCATION  
TRILOGY WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION  
GLOBAL STANDARDS (WFME, 1997)***



## D. Kerangka Konsep



Keterangan:

\_\_\_\_\_ : Variabel yang diteliti

----- : Variabel yang tidak diteliti