

ARTIKEL

STRATEGI OPTIMALISASI KINERJA RUJUKAN DI PUSKESMAS PURWAKARTA: ANALISIS KUALITATIF MENGUNAKAN MODEL DONABEDIAN

Oleh :
STEVEN ZERIN PUTRA KUSMAWAN
NPM. 248.020.032



PROGRAM MAGISTER MANAJEMEN
FAKULTAS PASCASARJANA
UNIVERSITAS PASUNDAN
BANDUNG
2026

ABSTRAK

Puskesmas Purwakarta sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama menjalankan fungsi penjaga gerbang (gatekeeper) dalam sistem rujukan berjenjang Jaminan Kesehatan Nasional. Penelitian ini bertujuan menganalisis implementasi sistem rujukan, menilai kinerja rujukan, mengidentifikasi hambatan optimalisasi, serta merumuskan strategi peningkatannya. Penelitian menggunakan desain studi kasus kualitatif yang didukung analisis deskriptif atas data sekunder. Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam terhadap delapan informan purposif dan observasi lapangan; data sekunder berupa 3.049 rujukan eksternal periode Januari–Juni 2025. Analisis menggunakan kerangka mutu Donabedian, diagram Fishbone, dan matriks SWOT; penghitungan rasio dan pembobotan IFAS–EFAS berkedudukan sebagai alat bantu analisis di dalam desain kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan besaran Rasio Rujukan Non-Spesialistik sangat bergantung pada definisi operasional: 2,62% dengan daftar 144 diagnosis baku, 0,43% setelah pengecualian kriteria TACC sehingga berada di zona aman, dan 9,58% dengan definisi kompetensi klinis layanan primer. Temuan pokoknya adalah kesenjangan di antara ketiganya: capaian indikator formal aman, namun 292 rujukan sesungguhnya masih dapat dituntaskan di FKTP dan sebagian besar berada di luar daftar baku sehingga luput dari pemantauan. Analisis Fishbone menempatkan keterbatasan kapasitas organisasi sebagai akar masalah, dengan rujukan defensif dan ketidakkonsistenan dokumentasi sebagai faktor antara. Skor IFAS 2,46 dan EFAS 2,57 menempatkan Puskesmas pada Sel V matriks Internal–Eksternal, dengan empat kelompok strategi SO, WO, ST, dan WT sebagai luaran penelitian.

Kata Kunci: Kinerja Rujukan, Rujukan Non-Spesialistik, Model Donabedian, Analisis SWOT, IFAS, EFAS

ABSTRACT

Puskesmas Purwakarta, as a first-level health facility (FKTP), performs the gatekeeper function within the tiered referral system of Indonesia's National Health Insurance (JKN). This study aims to analyse the implementation of the referral system, assess referral performance, identify barriers to optimisation, and formulate a strategy for improvement. A qualitative case-study design supported by descriptive analysis of secondary data was employed. Primary data were collected through in-depth interviews with eight purposively selected informants and field observation; secondary data comprised 3,049 external referrals for January–June 2025. Analysis used Donabedian's quality framework, a Fishbone diagram, and a SWOT matrix, with ratio computation and IFAS–EFAS weighting serving as analytical aids within the qualitative design. The findings show that the Non-Specialist Referral Ratio depends decisively on the operational definition applied: 2.62% using the standard list of 144 non-specialist diagnoses, 0.43% once TACC criteria are excluded—placing it within the safe zone—and 9.58% under a broader definition of primary-care clinical competence. The central finding is the gap between them: the formal indicator sits within the safe zone, yet 292 referrals could in fact have been completed at the primary level, most falling outside the standard list and therefore escaping indicator monitoring. The Fishbone analysis places limited organisational capacity as the root cause, defensive referral practice and inconsistent documentation as intermediate factors, and the leakage of primary-competence diagnoses as the symptom. Weighted IFAS and EFAS scores of 2.46 and 2.57 place the health centre in Cell V of the Internal–External matrix, yielding four strategy groups: SO, WO, ST, and WT.

Keywords: Referral Performance, Non-Specialist Referral, Donabedian Model, SWOT Analysis, IFAS, EFAS

RINGKESAN

Panalungtikan ieu museur kana masalah rujukan non-spesialistik di Puskesmas Purwakarta salaku Fasilitas Kaséhatan Tingkat Kahiji anu ngajalankeun pancén panjaga gerbang (gatekeeper) dina sistem rujukan berjenjang Jaminan Kaséhatan Nasional. Tujuanana pikeun nganalisis implementasi sistem rujukan, meunteun kinerja rujukan, ngaidéntifikasi halangan optimalisasi, sarta nyusun stratégi paningkatan kinerja rujukan. Panalungtikan ngagunakeun desain studi kasus kualitatif anu dirojong ku analisis déskriptif kana data sékundér. Data primér dikumpulkeun ngaliwatan wawancara jero ka dalapan informan purposif jeung observasi lapangan; data sékundér mangrupa 3.049 rujukan éksternal période Januari–Juni 2025. Analisis ngagunakeun kerangka mutu Donabedian, diagram Fishbone, jeung matriks SWOT, kalayan itungan rasio sarta pangbobot IFAS–EFAS ngan mangrupa pakakas bantu analisis dina desain kualitatif. Hasil panalungtikan nuduhkeun gedéna Rasio Rujukan Non-Spesialistik gumantung pisan kana définisi operasional: 2,62% mun ngagunakeun daptar 144 diagnosis baku, 0,43% sanggeus kritéria TACC dikaluarkeun ku kituna aya di zona aman, sarta 9,58% mun ngagunakeun définisi kompetensi klinis palayanan primér. Papanggihan utamana nyaéta kasenjangan antara katiluna: capaian indikator formal aman, tapi 292 rujukan sabenerna masih bisa dituntaskeun di FKTP sarta lolobana aya di luar daptar baku ku kituna teu kapantau ku indikator. Analisis Fishbone nempatkeun watesan kapasitas salaku akar masalah, rujukan défénsif jeung teu konsisténna dokuméntasi salaku faktor antara, sarta kabocoran diagnosis kompetensi FKTP salaku gejala. Skor IFAS 2,46 jeung EFAS 2,57 nempatkeun Puskesmas dina Sél V matriks Internal–Éksternal, kalayan opat kelompok stratégi SO, WO, ST, jeung WT salaku luaran panalungtikan.

Kecap Konci: Kinerja Rujukan, Rujukan Non-Spesialistik, Modél Donabedian, Analisis SWOT, IFAS, EFAS

I. PENDAHULUAN

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menempatkan pelayanan kesehatan primer sebagai tulang punggung sistem kesehatan nasional. Dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) menjalankan fungsi penjaga gerbang (*gatekeeper*), yaitu menuntaskan kasus yang berada dalam kompetensinya dan merujuk hanya kasus yang benar-benar memerlukan penanganan spesialistik. Fungsi ini menentukan efisiensi pembiayaan sekaligus mutu layanan: rujukan yang berlebihan menumpuk beban di fasilitas rujukan, memperpanjang antrian pasien, dan menandakan kapasitas layanan primer yang belum termanfaatkan.

Salah satu indikator kinerja rujukan adalah Rasio Rujukan Non-Spesialistik (RRNS), yaitu proporsi rujukan untuk diagnosis yang sebenarnya masih termasuk kompetensi dokter umum. Dalam skema Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK), RRNS diharapkan tidak melebihi 2% (BPJS Kesehatan, 2014). Analisis pendahuluan terhadap seluruh 3.049 rujukan eksternal Puskesmas Purwakarta periode Januari–Juni 2025 memperlihatkan bahwa besaran RRNS sangat ditentukan oleh definisi operasional yang dipakai. Dihitung secara ketat dengan daftar 144 diagnosis non-spesialistik baku, RRNS sebesar 2,62%; apabila kriteria Time, Age, Complication, dan Comorbidity (TACC) turut dikecualikan sebagaimana cara BPJS Kesehatan menilai indikator, angkanya turun menjadi 0,43% dan berada di zona aman; sebaliknya dengan definisi kompetensi klinis layanan primer yang lebih luas, proporsinya mencapai 9,58%.

Justru selisih itulah yang menjadi persoalan manajerial. Capaian indikator formal dapat berada di zona aman sementara hampir satu dari sepuluh rujukan sesungguhnya masih dapat dituntaskan di layanan primer. Kebocoran tersebut terkonsentrasi pada nyeri punggung bawah (M54.5) sebanyak 42 rujukan, demam (R50) 34 rujukan, penyakit jaringan pulpa dan periapikal (K04) 30 rujukan, dermatitis (L30) 29 rujukan, impaksi gigi (K01) 19 rujukan, serta nyeri perut (R10) 19 rujukan. Hampir seluruh diagnosis tersebut berada di luar daftar 144 diagnosis yang dipakai BPJS Kesehatan untuk menghitung RRNS, sehingga kebocoran ini tidak terbaca oleh indikator resmi.

Kondisi struktural Puskesmas Purwakarta memperkuat indikasi tersebut. Laporan ketenagaan mencatat 71 pegawai terhadap kebutuhan Analisis Beban Kerja sebanyak 161 orang, dengan ketersediaan dokter enam dari kebutuhan sepuluh, di tengah beban 41.616 kunjungan dalam 241 hari kerja atau sekitar 172 pasien per hari. Rekapitulasi ketersediaan obat memperlihatkan 148 dari 280 zat aktif berstatus stok nol, dengan kekosongan yang

terkonsentrasi pada obat pendukung tindakan untuk diagnosis yang justru paling banyak dirujuk. Alat penunjang pun terbatas: laboratorium sederhana, USG yang difokuskan untuk pelayanan kebidanan, serta ketiadaan radiologi dan radiografi periapikal.

Kajian terdahulu umumnya berhenti pada pengukuran besaran indikator tanpa menjelaskan mekanisme di baliknya. Penelitian mengenai mutu pelayanan Puskesmas dengan model Donabedian (Ayubi, 2004) menempatkan struktur, proses, dan luaran sebagai satu rangkaian, tetapi belum dikaitkan dengan perumusan strategi. Sebaliknya, kajian manajemen strategis pada fasilitas kesehatan umumnya berangkat dari analisis SWOT tanpa menelusuri akar persoalan secara sistematis. Kesenjangan inilah yang hendak dijumpai penelitian ini, yaitu dengan memadukan evaluasi mutu model Donabedian, penelusuran akar masalah melalui diagram Fishbone, dan perumusan strategi melalui matriks SWOT dalam satu alur analisis yang dapat ditelusuri.

1.2. Fokus Penelitian

Penelitian ini difokuskan pada optimalisasi kinerja rujukan di Puskesmas Purwakarta dari perspektif manajemen pelayanan kesehatan, dengan batasan operasional sebagai berikut:

1. Fokus penelitian menitikberatkan pada implementasi sistem rujukan, kinerja rujukan, hambatan optimalisasi, serta perumusan strategi peningkatan kinerja rujukan.
2. Fokus penelitian dilaksanakan pada UPTD Puskesmas Purwakarta, Kabupaten Purwakarta.
3. Pendekatan penelitian ini merupakan studi kasus kualitatif yang didukung analisis deskriptif atas data sekunder.
4. Penelitian tidak menelaah aspek klinis penatalaksanaan penyakit secara rinci dan tidak menilai mutu pengobatan per pasien, melainkan menempatkan keputusan rujukan sebagai keluaran dari sistem manajemen.

Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang ada di Puskesmas Purwakarta, maka penulis menetapkan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana implementasi sistem rujukan di Puskesmas Purwakarta saat ini?
2. Bagaimana kinerja rujukan di Puskesmas Purwakarta saat ini?
3. Apa saja hambatan dalam optimalisasi kinerja rujukan di Puskesmas Purwakarta?
4. Bagaimana strategi peningkatan kualitas dan optimalisasi kinerja rujukan di Puskesmas Purwakarta ke depan?

Tujuan Penelitian

Sejalan dengan rumusan masalah di atas, penelitian ini bertujuan untuk mengkaji dan mengetahui:

1. Implementasi sistem rujukan di Puskesmas Purwakarta.
2. Kinerja rujukan di Puskesmas Purwakarta.
3. Hambatan dalam optimalisasi kinerja rujukan di Puskesmas Purwakarta.
4. Strategi peningkatan kualitas dan optimalisasi kinerja rujukan di Puskesmas Purwakarta.

Manfaat Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi yang signifikan, baik dalam tataran pengembangan ilmu pengetahuan maupun penerapan praktis di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Kegunaan Teoritis

1. Bagi Institusi Universitas Pasundan
Memperkaya kajian manajemen administrasi rumah sakit melalui integrasi model mutu Donabedian dengan instrumen manajemen strategis (Fishbone dan SWOT) dalam menganalisis kinerja rujukan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Selama ini model Donabedian umumnya dipakai untuk evaluasi mutu, sementara Fishbone dan SWOT dipakai dalam kajian strategis secara terpisah.
2. Bagi peneliti selanjutnya
Memberikan kontribusi konseptual mengenai rujukan non-spesialistik sebagai indikator yang berdimensi manajerial, sekaligus menunjukkan bahwa besaran indikator berubah mengikuti definisi operasional yang dipakai, sehingga angka indikator perlu dibaca bersama definisinya.

Kegunaan Praktis

1. Bagi Manajemen Puskesmas Purwakarta: hasil penelitian menjadi dasar evaluasi internal berbasis bukti untuk menata sumber daya, memperbaiki kepatuhan standar prosedur, dan menyusun strategi penurunan rujukan non-spesialistik. Peta akar masalah dan matriks strategi yang dihasilkan dapat digunakan sebagai argumen formal dalam pengajuan kebutuhan tenaga, alat, dan obat.

2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Purwakarta: hasil penelitian menyediakan peta jalan perbaikan mutu layanan primer, khususnya sebagai masukan bagi kebijakan pembinaan, distribusi tenaga, dan pemenuhan logistik medis di tingkat kabupaten.
3. Bagi BPJS Kesehatan: hasil penelitian menjadi masukan kebijakan pembinaan FKTP, termasuk pertimbangan untuk meninjau cakupan daftar diagnosis non-spesialistik yang menjadi dasar penghitungan indikator.
4. Bagi peneliti selanjutnya: penelitian ini menjadi acuan pengembangan kajian sejenis pada fasilitas kesehatan lain, baik melalui replikasi pada konteks berbeda maupun pengembangan menjadi penelitian campuran.

II. KERANGKA PEMIKIRAN DAN PROPOSISI

Kerangka Pemikiran

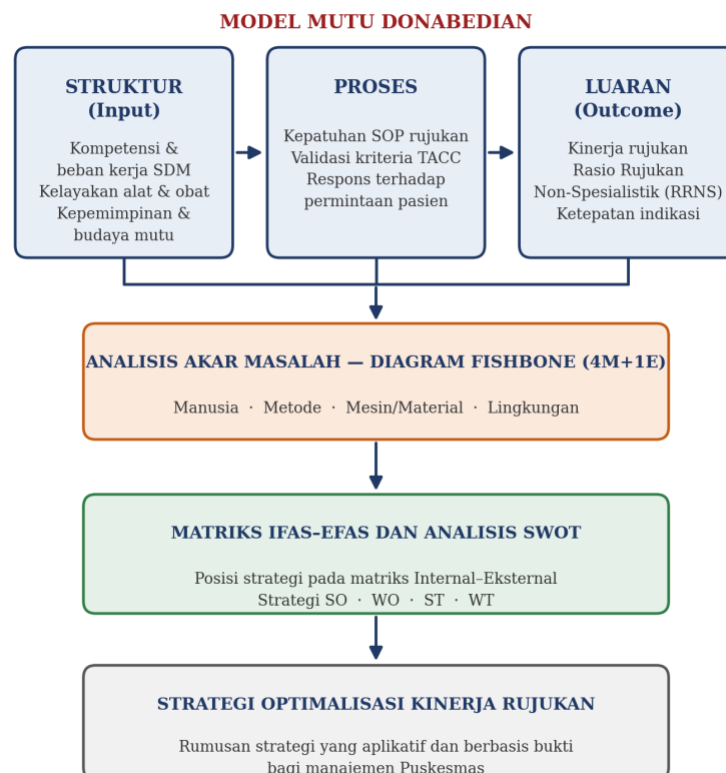
Model mutu Donabedian (1988) membagi penilaian mutu pelayanan kesehatan ke dalam tiga dimensi yang saling terkait, yaitu struktur, proses, dan luaran. Struktur mencakup kesiapan sumber daya, yaitu ketenagaan dan beban kerja, kelayakan sarana penunjang, ketersediaan obat, keberadaan standar prosedur, serta kepemimpinan dan budaya mutu. Proses mencakup jalannya pelayanan, yaitu alur penapisan, validasi kriteria TACC, kualitas dokumentasi, dan respons terhadap permintaan pasien. Luaran mencakup hasil pelayanan yang terukur, dalam penelitian ini berupa besaran dan pola rujukan. Logika sebab-akibat model ini menempatkan luaran sebagai konsekuensi dari proses, dan proses sebagai konsekuensi dari struktur.

Dalam penelitian ini ditambahkan dimensi lingkungan sebagai konteks, karena determinan sosial dan tekanan medikolegal muncul kuat di lapangan dan turut membentuk keputusan rujukan. Penambahan ini dinyatakan secara terbuka sebagai perluasan kontekstual, bukan bagian dari model asli.

Kerangka evaluasi tersebut selanjutnya dihubungkan dengan perumusan strategi. Hambatan yang ditemukan pada dimensi struktur dan proses tidak dibiarkan sebagai temuan lepas, melainkan diolah melalui diagram Fishbone (Ishikawa) untuk mengisolasi akar penyebab berdasarkan kategori Manusia, Metode, Mesin/Material, dan Lingkungan (Kusnadi, 2011). Akar penyebab tersebut kemudian diterjemahkan menjadi faktor internal dan eksternal yang dinilai bobot dan peringkatnya dalam Internal Factor Analysis Summary (IFAS) dan External Factor Analysis Summary (EFAS), lalu dipertemukan pada matriks SWOT untuk menghasilkan strategi SO, WO, ST, dan WT (Rangkuti, 2006; David, 2011). Integrasi Donabedian–Fishbone–SWOT inilah yang memungkinkan

penelitian bergerak dari evaluasi mutu menuju rumusan strategi yang dapat ditelusuri ke bukti lapangan.

Dengan demikian, kerangka pemikiran penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1
Kerangka Pemikiran Penelitian

Proposisi Penelitian

Sesuai dengan pendekatan kualitatif, penelitian ini tidak menguji hipotesis statistik, melainkan menggunakan proposisi sebagai panduan konseptual (Creswell & Plano Clark, 2018; Sugiyono, 2006). Proposisi penelitian dirumuskan sebagai berikut:

1. Kinerja rujukan yang belum optimal di Puskesmas Purwakarta—yaitu masih terjadinya rujukan untuk kondisi yang sesungguhnya dapat dituntaskan di layanan primer—merupakan wujud dari persoalan pada dimensi struktur dan proses dalam kerangka Donabedian.
2. Optimalisasi kinerja rujukan dapat dicapai melalui strategi yang dirumuskan dari hasil analisis akar masalah (Fishbone) dan pemetaan SWOT.

III. METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus kualitatif yang didukung analisis deskriptif atas data sekunder. Desain studi kasus dipilih karena fenomena rujukan non-

spesialistik terikat pada konteks spesifik Puskesmas Purwakarta. Penegasan mengenai kedudukan angka diperlukan agar desain tidak disalahartikan sebagai metode campuran: penghitungan Rasio Rujukan Non-Spesialistik atas 3.049 rujukan dan pembobotan IFAS–EFAS merupakan alat bantu analisis di dalam satu desain kualitatif, tidak dipakai untuk menguji hipotesis, tidak melibatkan uji statistik inferensial, dan tidak menghasilkan kesimpulan yang berdiri sendiri di luar penafsiran kualitatif. Penelitian dilaksanakan di UPTD Puskesmas Purwakarta, Jl. Siliwangi No. 3, Kabupaten Purwakarta, Jawa Barat.

Sumber data terdiri atas data primer dan sekunder. Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam terhadap delapan informan yang dipilih secara purposif melalui pemetaan pemangku kepentingan, yaitu Kepala Puskesmas (KP-1), dokter umum senior dan junior (DU-1, DU-2), dokter gigi (DG-1), apoteker/penanggung jawab farmasi (AP-1), penanggung jawab mutu (MT-1), penanggung jawab sistem informasi/P-Care (SI-1), serta kader selaku perwakilan pasien (KD-1); dilengkapi observasi lapangan non-partisipatif. Data sekunder berupa laporan rujukan eksternal P-Care dan SIMPUS periode Januari–Juni 2025 sebanyak 3.049 baris, laporan ketersediaan obat, dokumen ketenagaan dan Analisis Beban Kerja, serta laporan tahunan.

Penghentian pengumpulan data didasarkan pada prinsip kecukupan informasi, yaitu ketika seluruh parameter penelitian telah memperoleh sumber keterangan dan keterangan pada parameter yang digali dari lebih dari satu informan tidak lagi memunculkan kategori baru. Istilah ini digunakan secara sadar dan bukan kejenuhan tematik penuh, karena komposisi informan disusun menurut peran sehingga sebagian informan memang direkrut untuk domain yang tidak dimiliki informan lain.

Teknik analisis data mengikuti model interaktif Miles, Huberman, dan Saldaña (2014) yang mencakup kondensasi data, penyajian data, serta penarikan dan verifikasi kesimpulan. Satuan makna dari delapan transkrip diberi kode terbuka sebanyak 28 kode, dikelompokkan menjadi 18 kategori, lalu dihimpun menjadi empat tema yang dipetakan ke dimensi Donabedian. Analisis data sekunder mencakup pembersihan data, klasifikasi diagnosis berbasis kode ICD-10, dan penghitungan RRNS menurut empat definisi operasional. Bobot dan rating IFAS–EFAS ditetapkan peneliti berdasarkan bukti temuan, kemudian dikonfirmasi kepada Kepala Puskesmas selaku penilai kedua; kedua penilai memberikan penilaian yang sama pada seluruh faktor. Keabsahan data dijaga melalui empat kriteria Lincoln dan Guba (1985), yaitu kredibilitas melalui triangulasi sumber dan teknik, transferabilitas melalui uraian konteks, dependabilitas melalui jejak audit, serta konfirmabilitas melalui penelusuran setiap kesimpulan ke kode dan kutipan informan.

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada dimensi struktur dan proses, prasyarat normatif sistem rujukan telah tersedia di Puskesmas Purwakarta, yaitu standar prosedur rujukan berjenjang, alur penapisan berbasis kriteria TACC, forum evaluasi rujukan yang berjalan, kepemimpinan yang menempatkan rujukan sebagai keputusan klinis, serta budaya kerja yang tidak mencari kesalahan. Namun prasyarat kapasitas belum terpenuhi: ketenagaan 71 dari kebutuhan 161 orang, dokter enam dari kebutuhan sepuluh, beban sekitar 172 pasien per hari, laboratorium terbatas, USG yang difokuskan untuk pelayanan kebidanan, serta ketiadaan radiologi dan radiografi periapikal. Rekapitulasi obat memperlihatkan 148 dari 280 zat aktif berstatus stok nol, dengan kekosongan terkonsentrasi pada obat pendukung tindakan untuk diagnosis yang paling banyak dirujuk.

Pada dimensi luaran, penghitungan ulang seluruh 3.049 rujukan menghasilkan empat besaran RRNS yang berbeda menurut definisi operasional yang dipakai, sebagaimana disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1
Rasio Rujukan Non-Spesialistik menurut Empat Definisi Operasional

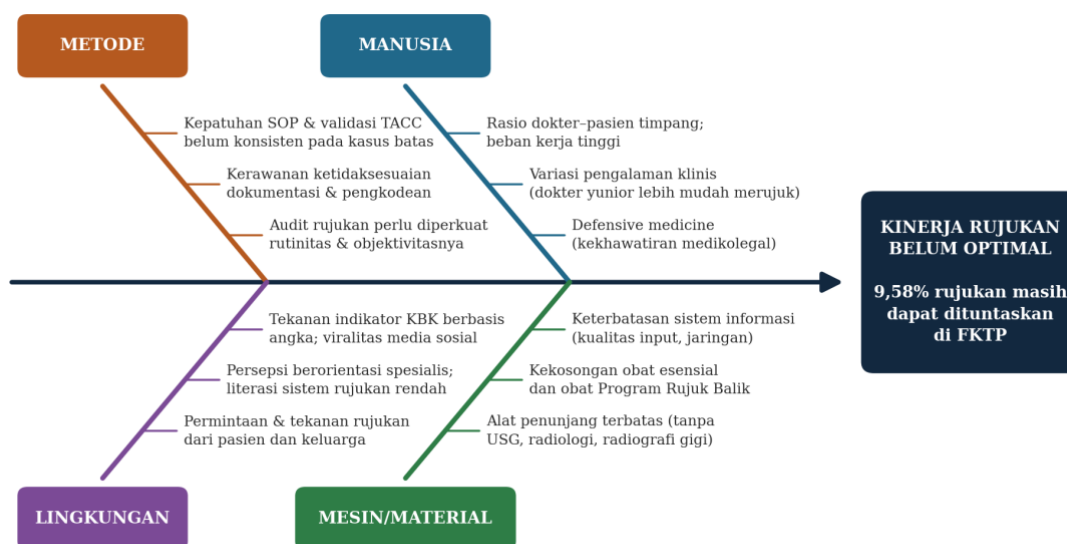
Definisi Operasional	Pembilang	RRNS	Posisi terhadap Ambang 2%
D1 — daftar 144 diagnosis baku, diagnosis utama	80 rujukan	2,62%	Di atas ambang
D2 — D1 setelah pengecualian kriteria TACC	13 rujukan	0,43%	Zona aman (rating 4)
D3 — seluruh kondisi berkompetensi 4A	292 rujukan	9,58%	Angka analitis
D4 — seluruh posisi diagnosis	590 rujukan	19,35%	Batas atas

Sumber: Olah Data Peneliti, 2026

Definisi D2 merupakan angka yang paling mendekati cara BPJS Kesehatan menilai indikator, dan hasilnya berada di dalam zona aman. Temuan pokok penelitian justru terletak pada kesenjangan antarketiganya: secara indikator resmi kinerja rujukan aman, namun secara klinis terdapat 292 rujukan yang sesungguhnya masih dapat dituntaskan di layanan primer, dan sebagian besar berada di luar daftar diagnosis baku sehingga luput dari pemantauan. Selisih ini adalah selisih definisi, bukan kesalahan penghitungan: indikator formal bekerja dengan daftar tertutup berisi 144 diagnosis dan kemudian mengeluarkan kasus ber-TACC, sedangkan penilaian klinis bekerja dengan tingkat kemampuan 4A yang cakupannya jauh lebih luas.

Pemaknaan ini menuntut kehati-hatian dalam menempatkan kode diagnosis sebagai dasar penilaian klinis. Kode diagnosis merupakan hasil pencatatan, bukan gambaran klinis yang utuh; kedudukan diagnosis sebagai diagnosis utama atau penyerta mengubah hasil penghitungan secara tajam, dari 80 rujukan pada D1 menjadi 590 rujukan pada D4; dan kriteria Time tidak dapat ditelusuri dari data sekunder. Karena itu angka 0,43% dilaporkan sebagai capaian dan 9,58% dibaca sebagai potensi penuntasan, bukan sebagai penilaian bahwa 292 rujukan tersebut keliru secara klinis.

Pada dimensi hambatan, pemetaan Fishbone memperlihatkan bahwa akar masalah tersusun berlapis. Akar persoalan terletak pada keterbatasan kapasitas organisasi, yaitu rasio ketenagaan jauh di bawah kebutuhan serta ketidakstabilan pasokan obat dan keterbatasan alat penunjang. Faktor antara lahir dari akar tersebut dan saling menguatkan: beban kerja tinggi memperpendek waktu konsultasi, waktu yang pendek memperbesar ketidakpastian klinis, ketidakpastian mendorong rujukan yang bersifat berjaga-jaga di tengah kekhawatiran medikolegal, sementara keterbatasan waktu yang sama menekan kualitas dokumentasi dan konsistensi validasi TACC pada kasus batas. Gejala adalah lapisan yang paling mudah terlihat, yaitu 292 rujukan berkompetensi layanan primer dan ketidaksesuaian catatan yang ditemukan pada audit.



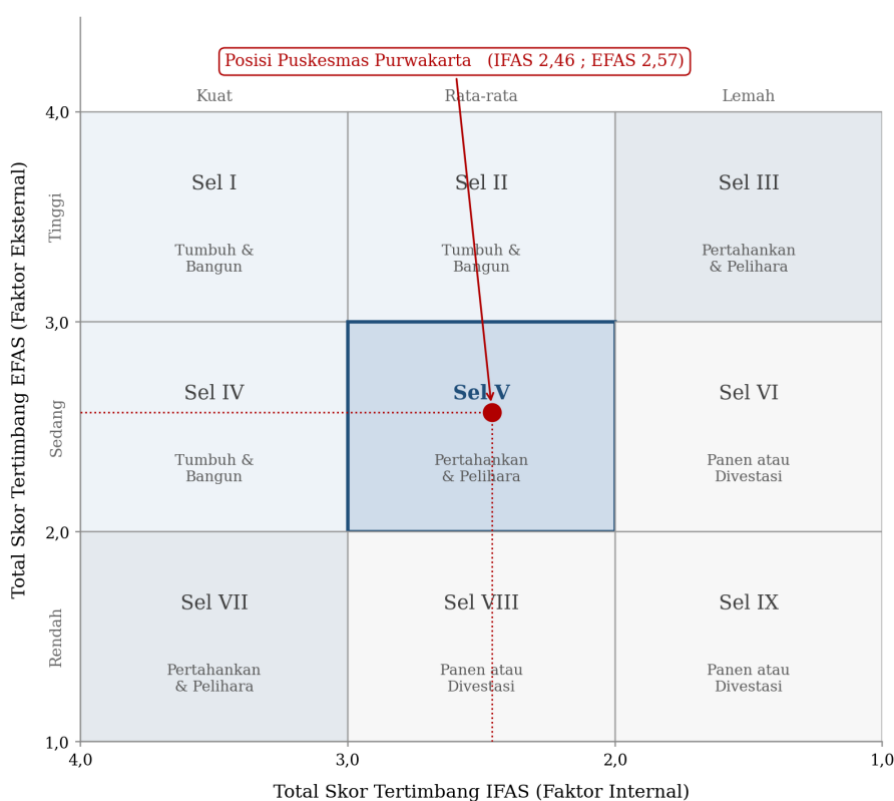
Gambar 2
Diagram Fishbone (Ishikawa) Akar Masalah Kinerja Rujukan

Sumber: Olah Data Peneliti, 2026

Hasil identifikasi lingkungan internal menunjukkan kekuatan utama berupa kepemimpinan yang menekankan keputusan klinis dan budaya tanpa menyalahkan, forum evaluasi rujukan dan audit mutu yang berjalan, kompetensi tenaga medis untuk diagnosis

4A, serta sistem pencatatan P-Care. Kelemahan meliputi beban kerja tinggi, keterbatasan alat penunjang, ketidakstabilan pasokan obat esensial dan obat Program Rujuk Balik, serta kepatuhan standar prosedur dan validasi TACC yang belum konsisten pada kasus batas. Dari lingkungan eksternal, peluang meliputi regulasi penguatan layanan primer, Program Rujuk Balik, digitalisasi dan potensi telemedicine, serta peran kader; sedangkan ancaman meliputi paradigma masyarakat berorientasi spesialis, tekanan medikolegal, tekanan indikator berbasis angka, dan ketergantungan pada rantai pasok.

Total skor tertimbang IFAS sebesar 2,46 dan EFAS sebesar 2,57 menempatkan Puskesmas Purwakarta pada Sel V matriks Internal–Eksternal, yaitu pertahankan dan pelihara, sebagaimana disajikan pada Gambar 3.



Gambar 3
Matriks Internal–Eksternal (IE) Posisi Strategi Puskesmas Purwakarta

Sumber: Olah Data Peneliti, 2026

Posisi Sel V menunjukkan bahwa Puskesmas tidak berada dalam keadaan kritis maupun dalam posisi untuk melakukan perluasan layanan, sehingga arah yang sesuai adalah pembenahan kapasitas dan penguatan mutu proses. Urutan pelaksanaannya mengikuti susunan akar masalah, yaitu mendahulukan pembenahan kapasitas sebelum penataan dokumentasi dan edukasi masyarakat, sebagaimana dirangkum pada Tabel 2.

Tabel 2
Prioritas Strategi Optimalisasi Kinerja Rujukan Puskesmas Purwakarta

Prioritas dan Kelompok Strategi	Pelaksana Utama	Indikator Keberhasilan
1. Strategi WO — pembenahan kapasitas penunjang dan rantai pasok obat	Penanggung jawab farmasi bersama Kepala Puskesmas; Dinas Kesehatan	Proporsi zat aktif berstatus stok nol menurun; kekosongan obat Program Rujuk Balik nihil; rujukan K04 dan dermatitis menurun
2. Strategi WT — standardisasi TACC, pelatihan pengkodean, dan edukasi masyarakat	Penanggung jawab mutu dan sistem informasi; kader kesehatan	Ketidaksesuaian catatan pada audit menurun; rujukan atas permintaan sendiri tanpa indikasi menurun
3. Strategi SO — penguatan penuntasan diagnosis 4A dan pemanfaatan Program Rujuk Balik	Kepala Puskesmas bersama tim mutu	Kasus berkompetensi 4A yang tuntas di FKTP meningkat; cakupan Program Rujuk Balik meningkat
4. Strategi ST — dukungan manajemen menghadapi tekanan medikolegal dan tekanan indikator	Kepala Puskesmas	Keluhan bermuatan medikolegal tertangani melalui mekanisme internal; audit tetap bersifat membina

Sumber: Olah Data Peneliti, 2026

Kedua proposisi penelitian terkonfirmasi. Proposisi pertama terkonfirmasi dengan satu revisi penting: dugaan awal bahwa persoalan akan tampak sebagai RRNS yang melampaui ambang tidak didukung temuan, karena persoalan justru muncul dalam bentuk kesenjangan antara capaian indikator formal dan proporsi rujukan yang secara klinis masih dapat dituntaskan di FKTP. Proposisi kedua terkonfirmasi sepenuhnya: rangkaian analisis menghasilkan strategi SO, WO, ST, dan WT yang setiap butirnya dapat ditelusuri kembali ke akar masalah dan dimensi mutu tertentu.

V. SIMPULAN DAN REKOMENDASI

Simpulan

1. Puskesmas Purwakarta telah menjalankan sistem rujukan berjenjang dengan standar prosedur, alur penapisan berbasis TACC, forum evaluasi rujukan, dan kepemimpinan yang berorientasi mutu. Namun pelaksanaannya menghadapi kendala struktural berupa beban kerja tinggi, keterbatasan alat penunjang, dan ketidakstabilan pasokan obat, serta kendala proses berupa kepatuhan standar prosedur dan validasi TACC yang belum konsisten pada kasus batas.
2. Selama Januari–Juni 2025 tercatat 3.049 rujukan eksternal. Besaran Rasio Rujukan Non-Spesialistik sangat bergantung pada definisi operasional, yaitu 2,62% dengan daftar 144 diagnosis baku, 0,43% setelah pengecualian TACC sehingga berada di zona aman, dan 9,58% dengan definisi kompetensi klinis layanan primer. Indikator formal yang aman tidak identik dengan sistem rujukan yang optimal, karena 292

rujukan yang sesungguhnya dapat dituntaskan di FKTP sebagian besar berada di luar daftar baku sehingga luput dari pemantauan.

3. Analisis Fishbone mengidentifikasi akar penyebab berlapis: keterbatasan kapasitas organisasi sebagai akar, rujukan defensif dan ketidakkonsistenan dokumentasi sebagai faktor antara, serta kebocoran diagnosis berkompetensi FKTP sebagai gejala.
4. Total skor IFAS 2,46 dan EFAS 2,57 menempatkan Puskesmas pada Sel V matriks Internal–Eksternal, sehingga arah strategi yang sesuai adalah pembenahan kapasitas dan penguatan mutu proses. Melalui analisis SWOT dirumuskan empat kelompok strategi dengan prioritas WO, WT, SO, dan ST.

Rekomendasi

1. Bagi manajemen Puskesmas: menata beban kerja dan distribusi jadwal dokter, memperkuat pemenuhan alat penunjang dan kestabilan pasokan obat esensial serta obat Program Rujuk Balik, menyelenggarakan audit rujukan rutin yang membina disertai pelatihan pengkodean dan penyeragaman pemahaman kriteria TACC, serta memfokuskan intervensi pada kelompok diagnosis 4A penyumbang terbesar.
2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Purwakarta: menjadikan temuan pola hambatan struktural sebagai masukan bagi kebijakan distribusi tenaga, pemenuhan alat penunjang, dan logistik medis, serta mendukung penguatan jejaring rujukan agar kasus yang memang harus dirujuk terlayani tanpa antrean panjang.
3. Bagi BPJS Kesehatan: meninjau kembali cakupan daftar diagnosis non-spesialistik yang menjadi dasar penghitungan indikator, mengingat kelompok diagnosis yang paling banyak dirujuk namun dapat dituntaskan di layanan primer justru berada di luar daftar tersebut; serta menyertakan penguatan kapasitas dalam pembinaan, bukan sekadar penekanan angka.
4. Bagi peneliti selanjutnya: melengkapi kajian dengan wawancara terhadap pemangku kepentingan eksternal, khususnya Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan pakar manajemen pelayanan kesehatan, agar faktor eksternal pada matriks EFAS memperoleh validasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfarizi, M., Noer, L. R., & Arifian, R. (2024). Referral healthcare services and efficiency of Indonesian health insurance on patient satisfaction and life quality. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 4(2), 160–175. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v4i2.278>
- Anderson, R. T., Camacho, F. T., & Balkrishnan, R. (2007). Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Services Research*, 7, 31. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-31>
- Anwar, H., Al Harthi, T., Al Shuraiqi, N., Fathiya, Afifi, N., Al Abri, K., Al Rujaibi, S., & Al Ghafri, T. (2024). Appropriateness of the emergency referrals made by primary care clinicians: A cross-sectional review of referral notes. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 24(1), 28–36. <https://doi.org/10.18295/squmj.9.2023.049>
- Ayubi, D. (2004). Penilaian kualitas pelayanan Puskesmas dengan model Donabedian: Studi kasus Puskesmas di Kota Depok. *Jurnal Kesmas Nasional*.
- BPJS Kesehatan. (2014). Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2014). Panduan praktis pelayanan kesehatan: Daftar 144 diagnosis non-spesialistik yang harus dituntaskan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Cao, W., Wan, Y., Tu, H., Shang, F., Liu, D., Tan, Z., Sun, C., Ye, Q., & Xu, Y. (2011). A web-based appointment system to reduce waiting for outpatients: A retrospective study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 11, 49. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-11-49>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). Designing and conducting mixed methods research (3rd ed.). SAGE Publications.
- David, F. R. (2011). Strategic management: Concepts and cases (13th ed.). Prentice Hall.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
- Hasyim, et al. (2025). A qualitative study of rujuk balik programme implementation in Palembang health centres for chronic disease. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 5(2). <https://doi.org/10.53756/jjkn.v5i2.388>
- Ilyas, Y. (2013). Perencanaan sumber daya manusia rumah sakit: Teori, metode, dan formula. Depok: FKM Universitas Indonesia.
- Indika, A. G., et al. (2025). Faktor-faktor yang berhubungan dengan tindakan rujukan pasien Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Padang Pasir. *Appicare Journal*, 3(1).
- Irianto, T. D., Samino, & Adelia, M. B. (2025). Analisis angka rujukan rawat jalan tingkat pertama yang di atas standar pada peserta BPJS tingkat pertama di Puskesmas Kotadalam. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(3), 10686–10699.
- Juwita, N. E., & Santoso, D. (2025). Analysis of factors affecting referral rates in community health centers: A scoping review. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 5(1), 35–48. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v5i1.300>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat.

- Kusnadi, E. (2011). Fishbone diagram dan langkah-langkah pembuatannya. <https://eriskusnadi.com/2011/12/24/fishbone-diagram-dan-langkah-langkah-pembuatannya/>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pemerintah Kabupaten Purwakarta. (2023). *Peraturan Bupati Purwakarta Nomor 70 Tahun 2023 tentang Rencana Strategis Perangkat Daerah Kabupaten Purwakarta Tahun 2024–2026*. Purwakarta: Pemerintah Kabupaten Purwakarta.
- Permata, E. D., Parinduri, S. K., & Fatimah, R. (2022). Faktor-faktor yang memengaruhi besarnya angka rujukan pasien peserta BPJS di Puskesmas Sindang Barang Kota Bogor tahun 2020. *PROMOTOR Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 5(1).
- Purba, R., et al. (2025). Analisis pelaksanaan rujukan pasien JKN di Puskesmas Bahorok. *Health Information: Jurnal Penelitian*, 17(2), 162–175. <https://doi.org/10.36990/hijp.v17i2.1708>
- Rahman, et al. (2025). Association of primary care physicians' practice models to referral rates. *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322175>
- Rahmawati, et al. (2024). Literature study: Implementation of BPJS Kesehatan patient referral system in health centers. *JMIS*, 9(1). <https://doi.org/10.51851/jmis.v9i1.503>
- Ramadhani, S. N. (2020). Analisis faktor penyebab tingginya angka rujukan di Puskesmas pada era JKN: A literature review. *Media Gizi Kesmas*.
- Rangkuti, F. (2006). *Analisis SWOT teknik membedah kasus bisnis*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Ridwan, R., & Ramadhan, S. (2025). Influencing factors in patient referrals: A doctor's perspective on primary health care facilities (FKTP). *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 5(1), 89–100. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v5i1.255>
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2018). *Management* (14th ed.). Pearson.
- Safitri, R. A., Chotimah, I., & Pujiati, S. (2021). Faktor-faktor tingginya angka rujukan di Puskesmas Sukatani Kota Depok tahun 2018. *PROMOTOR Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 4(4), 369–379. <https://doi.org/10.32832/pro.v4i4.5604>
- Seyed-Nezhad, M., Ahmadi, B., & Akbari-Sari, A. (2021). Factors affecting the successful implementation of the referral system: A scoping review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(12), 4364–4375.
- Spencer, L. M., & Spencer, S. M. (1993). *Competence at work: Models for superior performance*. John Wiley & Sons.
- Sripa, P., Hayhoe, B., Garg, P., Majeed, A., & Greenfield, G. (2019). Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 69(682), e294–e303.
- Sugiyono. (2006). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suhadi, S., et al. (2019). Efektivitas penanganan keluhan pasien pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Bahteramas Sulawesi Tenggara. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15(4), 400.

- Sunge, A., Nggilu, R., & Van Gobel, L. (2025). Analysis of the implementation of the horizontal referral system among health facilities in serving BPJS patients at UPTD Puskesmas Sumalata. *Abdurrauf Social Science*, 2(2), 249–260. <https://doi.org/10.70742/arsos.v2i2.400>
- Tara, et al. (2025). Strategi model rujukan menggunakan Sisrute di Puskesmas Pangkoh. *El-Mujtama: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 5(1). <https://doi.org/10.47467/elmujtama.v5i1.5932>
- Umami, et al. (2017). Analisis pelaksanaan rujukan rawat jalan tingkat pertama peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 6(2).
- UPTD Puskesmas Purwakarta. (2024). Laporan Tahunan UPTD Puskesmas Purwakarta Tahun 2024. Purwakarta: UPTD Puskesmas Purwakarta.
- Wakhyuni, I., Wulandari, P., Purnama, D., & Adam, E. (2021). Pelaksanaan audit medis rujukan non spesialis (RNS) dengan Time, Age, Comorbid, Complication (TACC) pada FKTP di wilayah Kota Administrasi Jakarta Utara. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 1(2), 107–122.
- Yanthi, B., Hendrartini, J., & Sulisty, D. H. (2023). Determinan rujukan non spesialis dengan kriteria TACC di FKTP Kabupaten Batang Hari tahun 2022. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 3(1). <https://doi.org/10.53756/jjkn.v3i1.63>
- Yukl, G. (2013). *Leadership in organizations* (8th ed.). Pearson.