



PEMBENTUKAN *AFFIRMATIVE ACTION* DAN OPTIMALISASI SISTEM RUJUKAN TERINTEGRASI (SISRUTE) DENGAN LAYANAN *TELEMEDICINE* BERBASIS *SIMPLE TRIAGE DIGITAL* GUNA MENCAPAI PEMERATAAN PELAYANAN KESEHATAN

Kara Megara Cakrawala¹, Jihan Naila Husna², Aulia Azizah³

^{1,2,3} Fakultas Hukum Universitas Diponegoro

¹ karamegara2014@gmail.com

² jihanailahusna@gmail.com

³ auliazizah990@gmail.com

ABSTRAK

Akses terhadap kesehatan merupakan hak dasar yang wajib diperoleh semua orang tanpa terkecuali. Namun, kenyataannya tidak semua masyarakat di Indonesia dapat memperoleh akses kesehatan yang layak, terutama pada masyarakat di daerah 3T. Minimnya Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer dan kompleksnya administrasi sistem rujukan membuat masyarakat di daerah 3T kesulitan dalam memperoleh akses kesehatan. Akibatnya, banyak masyarakat di daerah 3T yang sakit dan berujung pada kematian tanpa adanya penanganan medis. Keadaan tersebut membuktikan bahwa perlu adanya kebijakan khusus yang memfokuskan pada pelayanan kesehatan di daerah 3T. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis permasalahan pemerataan kesehatan di daerah 3T. Metode penelitian yang diterapkan adalah yuridis normatif dengan menganalisis bahan pustaka melalui penelusuran regulasi dan literatur yang berkaitan dengan objek permasalahan. Berdasarkan hasil penelitian, penulis menggagas mekanisme pembentukan Kebijakan *Affirmative Action* yang berfokus pada pembangunan infrastruktur kesehatan masyarakat 3T melalui pengoptimalan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) dengan layanan *telemedicine* berbasis *Simple Triage Digital*. Solusi ini diharapkan menyelesaikan permasalahan pemerataan pelayanan kesehatan melalui percepatan pembangunan Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) dan efisiensi sistem rujukan.

Kata Kunci: Pemerataan Kesehatan, Daerah 3T, *Affirmative Action*, SISRUTE, *Simple Triage Digital*

ABSTRACT

Access to health is a basic right that must be obtained by all people without exception. However, the reality is that not all people in Indonesia can get proper access to health, especially in the 3T areas. The lack of primary health facilities and the complexity of the referral system administration make it difficult for people in the 3T areas to get access to health. As a result, many people in the 3T areas get sick and end up dying without any medical treatment. This situation proves that there needs to be a special policy that focuses on health services in the 3T areas. This study aims to analyze the problem of health equity in the 3T areas. The research method applied is normative juridical by analyzing library materials through searching regulations and literature related to the object of the problem. Based on the results of the research, the author initiates a mechanism for the formation of Affirmative Action Policies that focus on the development of 3T public health infrastructure through optimizing the Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) with telemedicine services based on Simple Triage Digital. This solution is expected to solve the problem of equitable distribution of health services through accelerated Primary Health Care Facilities (FKTP) development and referral system efficiency.

Keywords: *Healthcare Equity, 3T Regions, Affirmative Action, SISRUTE, Simple Triage Digital*

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Manusia sebagai makhluk biologis dan sosial memiliki hak atas kesehatan yang harus dipenuhi demi mempertahankan kehidupan dan mencapai kesejahteraan. Linear, **Jonathan Wolff** dalam bukunya *The Human Right to Health* mengungkapkan bahwa negara memiliki kewajiban untuk memenuhi hak atas kesehatan sebagai hal yang mendasar sehingga tidak boleh dikesampingkan.¹ Hak atas kesehatan sejatinya adalah segmen dari hak asasi manusia sebagaimana tertuang dalam *Universal Declaration of Human Right*, bahwa semua orang mempunyai hak yang sama guna mencapai taraf kehidupan yang memadai untuk menciptakan kondisi kesehatan yang baik.² Lebih lanjut, Indonesia turut melegitimasi melalui Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 ("UUD NRI 1945") bahwa penyediaan pelayanan kesehatan merupakan hak dasar bagi setiap manusia. Dalam rangka memenuhinya, negara dituntut secara aktif untuk mewujudkan kondisi tersebut sebagaimana Indonesia yang menganut konsep negara kesejahteraan (*welfare state*) yang termuat dalam alinea keempat Pembukaan UUD NRI 1945, bahwa salah satu tujuan negara adalah untuk menciptakan kesejahteraan umum. Dengan demikian,

¹ Jonathan Wolff, *The Human Right to Health*, (New York: W. W Norton & Company, 2013), hal. 10-20.

² Komisi Nasional Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, "Menyoal Pentingnya Hak atas Kesehatan". <https://www.komnasham.go.id/index.php/news/2021/1/7/1643/menyoal-pentingnya-hak-atas-kesehatan.html>, diakses pada 9 Mei 2025.

negara mempunyai kewajiban penuh untuk memberikan penyediaan fasilitas kesehatan yang layak guna mencapai kesejahteraan bagi masyarakatnya.³

Pada dasarnya, komitmen negara dalam pemenuhan hak atas kesehatan telah diaktualisasikan melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan ("UU Kesehatan"). Lebih lanjut, sebagai bentuk konkretisasi dari upaya penyediaan dan pengelolaan kesehatan yang holistik, pemerintah membentuk Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional ("Perpres 72/2012"). Sistem Kesehatan Nasional ("SKN") merupakan upaya pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan secara terpadu guna mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.⁴ Selanjutnya, SKN ditujukan untuk menjadi acuan bagi pihak yang berwenang dalam menyusun dan melaksanakan pembangunan kesehatan yang berkualitas. Dalam praktik pengelolaan kesehatan, SKN dikelompokkan menjadi 7 (tujuh) subsistem, yang salah satunya adalah upaya kesehatan. Sejalan dengan hal tersebut, pelaksanaan upaya kesehatan dapat dilakukan melalui peningkatan derajat kesehatan, pencegahan dan pemulihan penyakit, serta pengobatan melalui berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan.⁵ Oleh karena itu, subsistem tersebut berperan penting dalam mewujudkan suatu pengelolaan kesehatan yang optimal.

Penyelenggaraan upaya kesehatan merupakan wujud dari kegiatan yang dilakukan secara terpadu demi tercapainya derajat kesehatan di masyarakat. Hal tersebut sejalan dengan *Sustainable Development Goals* pada poin ke-3, yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kualitas hidup bagi semua orang.⁶ Selaras dengan upaya tersebut, pemerintah pusat dan daerah wajib untuk menyediakan akses pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan lanjutan di seluruh daerah Indonesia.⁷ Lebih lanjut, pelayanan kesehatan primer berupa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama ("FKTP"), seperti Pusat Kesehatan Masyarakat ("Puskesmas"), klinik pratama, dan praktik mandiri hadir sebagai kontak pertama yang praktis dan

³ Lihat dalam Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945

⁴ Lihat dalam Pasal 1 angka 2 Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012

⁵ Lihat dalam Lampiran Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012

⁶ Unicef, "Tujuan 3: Kesehatan dan Kesejahteraan yang Baik". <https://data.unicef.org/sdgs/goal-3-good-health-wellbeing/>, diakses pada 1 Mei 2025.

⁷ Lihat dalam Pasal 28 ayat (1) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat.⁸ Sementara itu, pelayanan kesehatan lanjutan atau Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan ("FKRTL") merujuk pada pelayanan kesehatan khusus yang bersifat spesialisik dan/atau subspesialisik sesuai penyakit yang diderita seseorang.⁹

Akses terhadap kedua jenis pelayanan kesehatan tersebut sangat dibutuhkan sebagai fondasi utama dalam menjamin terpenuhinya pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Kondisi ini dapat direfleksikan melalui adanya data dari Dewan Jaminan Sosial Nasional ("DJSN"), bahwa terjadi peningkatan pelayanan kesehatan sebesar 11,52% pada Desember 2024 dibandingkan Desember 2023. Peningkatan tertinggi terjadi pada rawat jalan tingkat pertama dengan jumlah kunjungan mencapai 512,52 juta dan rawat jalan tingkat lanjutan sebanyak 143,47 juta kunjungan.¹⁰ Data tersebut menunjukkan terjadinya peningkatan kebutuhan pelayanan kesehatan sehingga diperlukan adanya ketersediaan dan kemudahan akses terhadap kedua layanan tersebut. Dalam hal ini, melalui Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2025-2029 ("RPJMN 2025-2029"), pemerintah telah menitikberatkan pentingnya akselerasi dalam pengoptimalan dan perbaikan kebijakan mengenai pemerataan pelayanan dan kualitas layanan kesehatan. Dengan demikian, ketersediaan pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas menjadi tujuan utama demi terciptanya kondisi kesehatan yang layak.

Dalam mengupayakan perbaikan sistem pelayanan kesehatan secara holistik melalui penguatan akses fasilitas dan pemanfaatan teknologi informasi, maka diperlukan sarana kebijakan dan langkah konkret untuk menciptakan kondisi tersebut. Hal ini pada dasarnya telah diakomodasi melalui Pasal 28 ayat (5) UU Kesehatan yang mengatur bahwa pemerintah wajib untuk menyediakan akses pelayanan kesehatan melalui berbagai cara, seperti pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia ("SDM"), penyediaan farmasi, alat kesehatan, hingga peningkatan cakupan pelayanan kesehatan. Lebih lanjut, berkaitan dengan pemanfaatan informasi teknologi dalam pelayanan kesehatan, Pasal 39 ayat (4) UU Kesehatan telah mengatur adanya suatu sistem rujukan

⁸ CISDI, "Telah Dikenal Sejak 42 Tahun Lalu, Ini Peran Penting Layanan Kesehatan Primer". <https://cisdi.org/artikel/telah-dikenal-42-tahun-ini-peran-penting-layanan-kesehatan-primer>, diakses pada 12 April 2025.

⁹ Lihat dalam Pasal 37 ayat (1) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023

¹⁰ Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), *Monthly Report Monitoring JKN*, (DJSN, 2024), hal. 2.

dengan memanfaatkan teknologi yang diaktualisasikan melalui pembentukan Sistem Rujukan Terintegrasi (“**SISRUTE**”) dalam Sistem Informasi Kesehatan (SIK) Namun, dengan kebijakan dan langkah konkret yang dilakukan pemerintah, permasalahan mengenai akses terhadap fasilitas kesehatan masih terus terjadi.

Permasalahan mengenai akses terhadap fasilitas kesehatan dapat ditilik dari tidak meratanya aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan. **Pertama**, terjadinya keterbatasan fasilitas pada FKTP, sebagaimana pernyataan Analisis Kebijakan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, **Maria Hotnida**, bahwa masih terdapat 171 (seratus tujuh puluh satu) kecamatan di Indonesia belum memiliki layanan Puskesmas.¹¹ Lebih lanjut, masih terdapat problematika dalam hal minimnya jumlah tenaga medis pada tiap FKTP sebagaimana Ketua Ombudsman RI **Mokhammad Najih**, menyatakan bahwa sebanyak 65,4% dari Puskesmas belum memiliki SDM yang kompeten, termasuk 4% diantaranya belum memiliki dokter yang kompeten.¹² Kemudian, berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan bahwa sebesar 6% atau kurang lebih 617 puskesmas dari 10.292 puskesmas belum memiliki dokter.¹³ **Kedua**, adanya permasalahan dalam sistem rujukan pelayanan kesehatan. Serangkaian permasalahan yang terjadi pada FKTP tersebut berimplikasi pada kondisi pasien yang pada akhirnya secara langsung bergantung juga pada FKRTL. Padahal, sejatinya esensi FKRTL adalah sebagai fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang lebih dikhususkan sesuai serta rujukan lebih lanjut setelah mendapatkan pelayanan pada FKTP. Sistem rujukan tersebut dilakukan dengan pemanfaatan SISRUTE yang mengintegrasikan teknologi.

Dua permasalahan di atas disebabkan karena kurangnya peran pemerintah terkait upaya dalam pemenuhan fasilitas pelayanan kesehatan (“**Fasyankes**”). Kondisi ini telah membawa Indonesia dengan skor terendah di daerah Asia Tenggara, yakni 64,37 dalam Laporan Indeks Layanan Kesehatan majalah *CEO World* edisi 2024. Penilaian analisis indeks tersebut mencakup aspek infrastruktur medis, tenaga

¹¹ ANTARA News, “Kemenkes: Fasyankes Belum Merata, 171 Kecamatan Belum Ada Puskesmas”. <https://www.antaranews.com/berita/3463977/kemenkes-fasyankes-belum-merata-171-kecamatan-belum-ada-puskesmas>, diakses pada 14 April 2025.

¹² Media Indonesia, “Ombudsman: 65,4% Puskesmas Belum memiliki SDM yang Kompeten”. <https://mediaindonesia.com/humaniora/616965/ombudsman-654-puskesmas-belum-memiliki-sdm-yang-kompeten>, diakses pada 20 April 2025.

¹³ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Target Rasio Tenaga Kesehatan*, (Kemenkes RI, 2022), hal. 54.

kesehatan, tenaga medis, ketersediaan obat, hingga upaya pemerintah dalam mendukung layanan kesehatan.¹⁴ Rendahnya indeks layanan kesehatan Indonesia tersebut mencerminkan masih lemahnya sistem kesehatan nasional dalam memenuhi standar global. Padahal sejatinya, pemerintah sebagai *the guarantor of citizens' rights* memiliki kewajiban untuk melakukan upaya sebesar-besarnya dalam menyediakan pelayanan kesehatan. Oleh karenanya, pemerintah perlu mengupayakan pengembangan fasilitas pada kesehatan primer melalui transformasi hukum serta pengembangan SISROUTE guna mencapai pemerataan pelayanan kesehatan khususnya di daerah Tertinggal, Terdepan, Terluar ("3T").

Berdasarkan permasalahan yang telah diuraikan sebelumnya, diperlukan adanya upaya nyata dari pemerintah, demi meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Maka dari itu, Penulis menggagas mekanisme pembentukan *affirmative action* sebagai solusi atas permasalahan ketidakmerataan pelayanan kesehatan pada daerah 3T dan pengoptimalan SISROUTE dengan layanan *telemedicine* berbasis STD sehingga akan mendorong aksesibilitas sistem rujukan. Dengan demikian, guna menguraikan dan memberikan solusi atas problematika yang ada, Penulis melalui gagasannya akan menuangkan lebih lanjut dalam karya tulis ilmiah yang berjudul Dengan demikian, guna menguraikan dan memberikan solusi atas problematika yang ada, Penulis melalui gagasannya akan menuangkan lebih lanjut dalam karya tulis ilmiah yang berjudul **"PEMBENTUKAN AFFIRMATIVE ACTION DAN OPTIMALISASI SISTEM RUJUKAN TERINTEGRASI (SISROUTE) DENGAN LAYANAN TELEMEDICINE BERBASIS SIMPLE TRIAGE DIGITAL GUNA MENCAPAI PEMERATAAN PELAYANAN KESEHATAN"**

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, terdapat beberapa permasalahan yang akan dibahas oleh Penulis dalam karya tulis ilmiah ini, di antaranya:

1. Bagaimana hambatan penyelenggaraan layanan kesehatan di daerah 3T?

¹⁴ Media Indonesia, "Menilai Posisi Indonesia dalam Sistem Kesehatan Global dan Tantangan yang Dihadapi". <https://mediaindonesia.com/humaniora/717064/menilai-posisi-indonesia-dalam-sistem-kesehatan-global-dan-tantangan-yang-dihadapi>, diakses pada 3 Mei 2025.

2. Bagaimana pembentukan *affirmative action* dan optimalisasi Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) dengan Layanan *Telemedicine* Berbasis *Simple Triage Digital* guna Mencapai Pemerataan Pelayanan Kesehatan?

C. Tujuan Penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ini secara subjektif bertujuan untuk berpartisipasi dalam Lomba Karya Tulis Ilmiah Dr. Mochtar Riady Legal Week 2025 oleh Himpunan Mahasiswa Fakultas Hukum Universitas Pelita Harapan. Secara objektif, karya tulis ilmiah ini juga bertujuan untuk:

1. Menganalisis, menguraikan, dan menyoroti permasalahan yang menghambat pengembangan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang layak di daerah 3T.
2. Mengatasi permasalahan, merumuskan konsep ideal *affirmative action*, dan menguraikan konsep integrasi SISRUTE dalam *telemedicine* sebagai solusi guna meningkatkan pelayanan kesehatan yang layak dan merata di daerah 3T.

D. Manfaat Penulisan

Manfaat yang diharapkan dari Penulisan karya tulis ilmiah ini di antaranya:

1. Manfaat Teoritis. Penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan kontribusi nyata terhadap ilmu pengetahuan hukum secara umum dan dapat mengaktualisasikan nilai-nilai yang terdapat dalam peraturan perundang-undangan untuk memberikan keadilan, kepastian, dan kemanfaatan dalam penegakan hukum di Indonesia.
2. Manfaat Praktis. Penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat pada pemerintah, tenaga kesehatan, tenaga medis, dan masyarakat luas sehingga dapat terwujud *affirmative action* dan optimalisasi SISRUTE sebagai solusi dalam mengatasi permasalahan pemerataan layanan kesehatan layak di daerah 3T.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan Pasal 1 angka (3) UU Kesehatan mendefinisikan bahwa bentuk kegiatan yang diberikan secara langsung kepada individu atau masyarakat merupakan bagian dari pelayanan kesehatan. Selaras dengan hal tersebut, **Lavey dan Loomba** menyatakan bahwa pelayanan kesehatan merupakan sistem yang bergantung pada interaksi dengan lingkungan eksternalnya untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal melalui layanan kesehatan yang tepat.¹⁵ UU Kesehatan membagi penyelenggaraan kesehatan yang salah satunya terdiri dari upaya kesehatan. Lebih lanjut, bentuk upaya kesehatan dapat dilaksanakan fasilitas pelayanan kesehatan primer tingkat pertama ("**FKTP**") dan pelayanan kesehatan lanjutan. Adapun mengenai penelitian yang telah dilakukan, yakni dapat dicermati pada jurnal yang berjudul *Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas* menunjukkan pengaruh ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan sarana yang tersedia akan memengaruhi pasien dalam memilih fasilitas pelayanan kesehatan.¹⁶

B. Tinjauan Umum Daerah 3T

Daerah Tertinggal, Terdepan, dan Terluar ("**3T**") adalah daerah Indonesia yang memiliki keadaan geografis, sosial, ekonomi dan budaya yang kurang berkembang dibandingkan dengan daerah lain dalam skala nasional serta menjadi daerah perbatasan dengan negara lain.¹⁷ Peraturan Presiden Nomor 63 Tahun 2020 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2020-2024 ("**Perpres 63/2020**") Pasal 1 angka 1 mendefinisikan bahwa daerah tertinggal merupakan suatu daerah yang masyarakatnya kurang berkembang dibandingkan daerah lain dalam skala nasional. **Arsyid**

¹⁵ Samuel Levey, *et.all*, *Health Care Administration*, (London: J. B. Lippincott Company Philadelphia, 1973), hal. 10.

¹⁶ Ziana Aubi Basith dan Galuh Nita Prameswari, "Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas", *Higeia Journal Of Public Health Research and Development*, Vol. 4, No. 1 Januari 2020, hal. 60-61.

¹⁷ Ombudsman Republik Indonesia, "Optimalisasi Pengawasan di Daerah Tertinggal, Terdepan dan Terluar (3T)". <https://ombudsman.go.id/artikel/r/pwkinternal--optimalisasi-pengawasan-di-daerah-tertinggal-terdepan-dan-terluar-3t>, diakses pada 4 Mei 2025.

menyatakan bahwa desa tertinggal merupakan daerah yang relatif kurang berkembang dibandingkan daerah lain dikarenakan keterbatasan pembangunan, infrastruktur.¹⁸ Adapun mengenai penelitian sebelumnya, dapat dicermati pada *Model Pembangunan Daerah 3T: Studi Kasus Daerah Perbatasan Kabupaten Bengkayang* menunjukkan perlunya pembangunan dan pengembangan infrastruktur pada setiap daerah terutama di daerah 3T.¹⁹

C. Tinjauan Umum *Affirmative Actions*

Affirmative actions merupakan kebijakan yang diterapkan ke suatu golongan untuk mendapatkan posibilitas yang setara dengan kelompok lain di dalam bidang yang serupa..²⁰ **Robert Fullinwider** menyatakan bahwa sesuatu dapat diklasifikasikan sebagai *affirmative actions* jika hal tersebut berupa langkah positif yang diambil untuk meningkatkan representasi kaum minoritas pada berbagai bidang yang telah mengecualikan mereka.²¹ Adapun mengenai penelitian sebelumnya yang dapat dicermati pada jurnal *Hakikat Affirmative Action dalam Hukum Indonesia* menunjukkan bahwa terdapat pendapat mengenai penggunaan *affirmative action* yang menyarankan penggunaannya dilaksanakan berdasarkan pendekatan kelompok bukan pendekatan individual.²²

D. Tinjauan Umum Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)

Sistem Rujukan Terintegrasi ("SISRUTE") merupakan suatu sistem rujukan pelayanan kesehatan perseorangan yang didukung oleh penggunaan teknologi informasi dan komunikasi serta diintegrasikan dengan sistem kesehatan nasional.²³ Berdasarkan Surat Edaran No. HK.02.02/1/1161/2022 SISRUTE bertujuan sebagai sarana komunikasi dan informasi rujukan pelayanan kesehatan perseorangan berbasis

¹⁸ Abd. Rasyid, Mustamin, Tri Bambang Prasetyo, "Strategi Pembangunan Masyarakat Desa Tertinggal di Kecamatan Lembang", *Jurnal Agama dan Masyarakat*, Vol. 3, No. 1 Mei 2023, hal. 152.

¹⁹ Dokman Marulitua Situmorang dan Rissa Ayustia, "Model Pembangunan Daerah 3T: Studi Kasus Daerah Perbatasan Kabupaten Bengkayang", *MBIA*, Vol. 18, No. 1 April 2019, hal. 63.

²⁰ Hukumonline, "Affirmative Action". <https://www.hukumonline.com/klinik/a/affirmative-action-cl6904/>, diakses pada 5 Mei 2025.

²¹ Kasper Lippert-Rasmussen, *Making Sense of Affirmative Actions*, (United States of America: Oxford University Press, 2020), hal. 19.

²² Hendri Sayuti, "Hakikat Affirmative Action dalam Hukum Indonesia (Ikhtiar Pemberdayaan yang Terpinggirkan)", *Menara Riau: Jurnal Ilmu Pengetahuan dan Pengembangan*, Vol. 12, No. 1 Januari - Juni 2013, hal. 45.

²³ Lihat dalam Pasal 20 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2024

teknologi. Selaras dengan hal tersebut, **McKeown** yang dikutip oleh Suryanto menyatakan teknologi informasi merujuk pada bentuk teknologi guna menciptakan, menggunakan, mengubah informasi dalam berbagai bentuk.²⁴ Dalam penelitian melalui *Studi Literatur: Analisis Faktor Penyebab Tingginya Angka Rujukan di Puskesmas pada Era JKN* mengemukakan bahwa pengembangan sistem rujukan kesehatan perlu diiringi secara proporsional dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia, perbaikan infrastruktur, dan regulasi yang baik.²⁵

E. Tinjauan Umum *Simple Triage Digital* (STD)

Simple Triage Digital ("STD") merupakan metode yang digunakan untuk melakukan pemilihan yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Metode ini diterapkan pada rumah sakit untuk menilai suatu prioritas atas penyakit seseorang. Hal ini dilakukan untuk mengurangi potensi kesalahan dalam memilih pasien yang sedang berada dalam kondisi darurat.²⁶ Dalam praktiknya, sistem ini dapat diadopsi ke dalam aplikasi yang dikembangkan dengan layanan *telemedicine*. **Ann Catrine Eldh** juga menyatakan penggunaan *triage* dalam kesehatan primer dianggap lebih aman dan cepat sehingga dapat menghemat waktu pasien untuk datang ke *primary health care*.²⁷ Mengenai penelitian terdahulu, dapat dicermati pada jurnal *Aplikasi Desktop Sistem Triase untuk Pendukung Prioritas Tingkat Kegawatan* yang menyatakan penggunaan aplikasi *triage* dapat membantu memudahkan proses klasifikasi pasien berdasarkan tingkat kegawatan.²⁸

²⁴ Rahmat Sulaiman Naibaho, "Peranan dan Perencanaan Teknologi Informasi dalam Perusahaan", Jurnal Warta Dharmawangsa, No. 52 April 2017, hal. 4.

²⁵ Syamira Nurjannah Ramadhani, "Studi Literatur: Analisis Faktor Penyebab Tingginya Angka Rujukan di Puskesmas pada Era JKN", Media Gizi Kesmas, Vol. 9, No. 2 Desember 2020, hal. 65.

²⁶ Yosep Agus Pranoto dan Suryo Adi Wibowo, "Aplikasi Desktop Sistem Triase untuk Pendukung Prioritas Tingkat Kegawatan", MNEMONIC, Vol. 3, No. 1 Februari 2020, hal. 1.

²⁷ Ann Catrine Eldh, Annette Sverker, Preben Bendtsen, Evalill Nilsson, "Health Care Professionals' Experience of a Digital Tool for Patient Exchange, Anamnesis, and Triage in Primary Care: Qualitative Study", JMIR Human Factors, Vol. 7, (2020), hal. 5.

²⁸ Yosep Agus Pranoto dan Suryo Adi Wibowo, *Op. Cit.* hal. 6.

BAB III

METODE PENULISAN

A. Metode Penelitian

Dalam karya tulis ilmiah ini menggunakan metode penelitian hukum doktrinal yang dilaksanakan dengan melakukan pengkajian mengenai pembentukan dan/atau penerapan kebijakan yang dikaitkan dengan perumusan aturan hukum.²⁹ Dalam penelitian hukum doktrinal atau yang juga disebut penelitian yuridis normatif, menurut **Peter Mahmud Marzuki** penelitian hukum doktrinal merupakan suatu metode yang bertujuan untuk menemukan aturan, prinsip, atau doktrin hukum guna menjawab persoalan hukum dengan pembentukan teori, argumentasi, atau perumusan konsep baru sebagai solusi dalam menyelesaikan permasalahan.³⁰

B. Pendekatan Penelitian

Pendekatan penelitian menjadi sebuah bentuk prosedur yang terdiri atas asumsi untuk menetapkan metode pengumpulan dan interpretasi data. Karya tulis ilmiah ini menggunakan beberapa pendekatan penelitian. **Pertama**, pendekatan perundang-undangan (*statutory approach*) yang mengkaji mengenai peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan permasalahan hukum yang sedang dibahas, yaitu mengenai pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia. **Kedua**, pendekatan kasus (*case approach*) dilakukan dengan melihat contoh kasus yang sudah ada untuk dijadikan landasan penulisan. **Ketiga**, pendekatan analitis (*analytical approach*) dilakukan dengan menganalisis bahan hukum untuk mengetahui makna yang terkandung dalam aturan perundang-undangan. **Keempat**, pendekatan komparatif (*comparative approach*) dalam penelitian ini membandingkan pengaturan hukum negara lain dengan Indonesia. **Kelima**, pendekatan konseptual (*conceptual approach*) yang dilakukan dengan cara menganalisis dan menelaah pandangan dari para tokoh hukum, yaitu teori sistem hukum **Lawrence M. Friedman**.

²⁹ Soerjono Soekanto, *Penelitian Hukum Normatif*, (Jakarta: Penerbit Rajawali, 1990), hal. 14.

³⁰ Sigit Sapto Nugroho, *et.all, Metodologi Riset Hukum*, (Sukoharjo: Oase Pustaka, 2020), hal. 29.

C. Jenis dan Sumber Data

Adapun dalam penelitian ini menggunakan data sekunder yang diperoleh dari studi kepustakaan ataupun literatur. Data sekunder tersebut diperoleh dari bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, dan bahan hukum tersier.³¹ Berikut adalah bahan-bahan hukum tersebut:

a. Bahan Hukum Primer

- 1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- 2) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- 3) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan.
- 4) Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.
- 5) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2025-2029.
- 6) Peraturan Presiden Nomor 63 Tahun 2020 tentang Penetapan Daerah Tertinggal Tahun 2020-2024.
- 7) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan.
- 8) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Pelayanan *Telemedicine* Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

b. Bahan Hukum Sekunder

Bahan hukum sekunder merupakan bahan hukum yang bertujuan menguraikan mengenai bahan hukum primer yang digunakan. Adapun bahan hukum sekunder yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah buku, makalah, hasil penelitian, dan berbagai jurnal yang menunjang proses penelitian.

c. Bahan Hukum Tersier

Bahan hukum tersier yaitu bahan penunjang yang memberikan penjelasan mengenai bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder. Bahan

³¹ Muhammad Siddiq Armia, *Penentuan Metode dan Pendekatan Penelitian Hukum*, (Banda Aceh: Lembaga Kajian Konstitusi Indonesia, 2022), hal. 12.

hukum tersier yang digunakan dalam penelitian ini berupa kamus hukum, kamus umum, ensiklopedia dan bidang keilmuan lainnya yang relevan untuk mendukung proses penelitian.

D. Prosedur Pengumpulan Data

Data dalam penelitian ini diperoleh melalui studi kepustakaan (*literary research*) sebagai metode pengumpulan data melalui literatur atau sumber-sumber penelitian terdahulu serta analisis lain terkait nilai budaya yang telah tumbuh dalam konteks sosial. Pada studi kepustakaan digunakan metode pengumpulan data yang kemudian dipelajari, dicatat dan diolah sebagai bahan penelitian. Dalam hal ini, pengumpulan data dilakukan melalui penelaahan serta eksplorasi pada literatur, catatan, jurnal, buku, dokumen, dan informasi lain.

E. Teknik Pengolahan Data

Pada prinsipnya, penelitian hukum doktrinal atau penelitian yuridis normatif memerlukan analisis dan pengolahan lebih lanjut terhadap data yang telah dikumpulkan karena penelitiannya cenderung menghasilkan data yang sangat banyak sehingga tidak sistematis dan terstruktur.³² Oleh karena itu, dalam mengambil kesimpulan perlu dilakukan pengklasifikasian data agar lebih mudah dalam melakukan analisis dan verifikasi melalui interpretasi, uraian, tafsiran, dan komparasi. Adapun dalam penelitian ini, sumber data tersebut dianalisis dengan teknik deskriptif guna memberikan gambaran atau pemaparan mengenai subjek dan objek penelitian sebagai hasil penelitian.³³ Selanjutnya, sumber data dikorelasikan dengan teori hukum dan praktik pelayanan kesehatan guna ditarik pada kesimpulan yang baik sesuai dengan penalaran.

F. Pengambilan Kesimpulan

Pengambilan kesimpulan sejatinya merupakan penafsiran terhadap data yang telah terkumpul dan telah dikelola oleh Penulis dengan mengacu pada permasalahan. Dalam hal ini, Penulis menggunakan penarikan kesimpulan secara deduktif yang dilakukan dengan penjabaran dari pernyataan yang bersifat umum menuju pernyataan

³² Samiaji Sarosa, *Penelitian Kualitatif Dasar-Dasar*, (Jakarta: PT Indeks, 2012), hal. 67.

³³ Abdulkadir Muhammad, *Hukum dan Penelitian*, (Bandung: PT Citra Aditya Bakti, 2004), hal. 52.

bersifat khusus. Hal tersebut dapat diimplementasikan melalui penjabaran permasalahan umum menuju permasalahan konkret yang dihadapi pada *status a quo*.

G. Perumusan Saran atau Rekomendasi

Tujuan yang diharapkan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini ada Pembuatan karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk mengimplementasikan ide-ide Penulis dalam bentuk saran yang harapannya mampu menjadi jalan keluar dari kompleksitas permasalahan yang ada dalam tulisan. Ide tersebut juga diharapkan dapat diwujudkan dalam tataran praktis dan bukan hanya menjadi wacana semata.³⁴ Saran-saran yang dirumuskan Penulis mengacu pada pokok-pokok permasalahan yang diangkat sehingga dapat menjadi solusi dari permasalahan tersebut.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hambatan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Terdepan, dan Terluar di Indonesia

Kondisi kesehatan masyarakat di Indonesia masih menjadi persoalan serius bagi pemerintah dan para pihak terkait di bidang kesehatan.³⁵ Terutama kondisi kesehatan masyarakat di daerah 3T yang sangat memprihatinkan karena banyak yang belum memiliki aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.³⁶ Akibatnya, banyak masyarakat di daerah 3T yang tidak mendapatkan penanganan medis sebagaimana mestinya sehingga berimplikasi pada adanya kesenjangan apabila dibandingkan dengan daerah lain.³⁷ Kondisi tersebut pada dasarnya berbanding terbalik

³⁴ Suryana, *Metodologi Penelitian: Model Praktis Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*, (Bandung: UPI Press, 2010), hal. 39.

³⁵ Sehat Negeriku, "Presiden: Permasalahan Kesehatan Harus Diatasi Bersama". <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20240424/0545350/presiden-permasalahan-kesehatan-harus-diatasi-bersama/>, diakses pada 7 Mei 2025.

³⁶ Agung Dwi Laksono, *et.all*, *Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan*, (Makassar: Persakmi, 2024), hal. 2-3.

³⁷ Agung Dwi Laksono, *et.all*, *Ibid*.

dengan daerah perkotaan yang memiliki aksesibilitas terhadap fasilitas kesehatan secara lengkap dan mudah.³⁸ Padahal, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, berupa kemudahan dan meratanya akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan indikator utama bagi suatu negara untuk dapat mengukur tingkat kesehatan masyarakatnya.³⁹ Adapun permasalahan di atas disebabkan oleh beberapa poin yang akan dijabarkan lebih lanjut, yakni:

1. Minimnya Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Daerah 3T

Pada realitanya, FKTP di daerah 3T belum memiliki kualitas pelayanan dan fasilitas yang layak karena masih menghadapi berbagai permasalahan sehingga berimplikasi pada ketidakefektifan penyelenggaraannya. Adapun problematika yang seringkali terjadi pada FKTP khususnya di daerah 3T, yakni terbatasnya jumlah FKTP, minimnya alat kesehatan dan obat-obatan, dan ketimpangan distribusi tenaga kesehatan.⁴⁰ Selanjutnya, berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan pada tahun 2023 juga menunjukkan bahwa rasio puskesmas per kecamatan yang terendah terdapat pada Provinsi Papua Tengah (0,90), Papua Barat (0,88), Papua Barat Daya (0,72), dan Papua Pegunungan (0,61). Dengan rasio yang berada di bawah angka 1 mengindikasikan bahwasanya tidak seluruh kecamatan di daerah tersebut memiliki puskesmas sebagai pelayanan kesehatan pertama.⁴¹ Dengan demikian, masih terdapat berbagai permasalahan mengenai kurangnya penyediaan FKTP, terkhusus pada daerah 3T yang berimplikasi pada tidak terciptanya pemerataan pelayanan kesehatan yang optimal.

Ketidakefektifan penyelenggaraan pelayanan kesehatan juga dapat dilihat melalui data dari Sistem Informasi SDM Kesehatan (SISDMK) pada Maret 2024,

³⁸ Mohammad Isnaini Sadali, Muhammad Arif Fahrudin Alfana, Zara Hadijah, Ersya Latifa Rosewidiadari, dan Rifan Andika, "Dominasi kota sebagai konsentrasi fasilitas kesehatan (Studi kasus: Daerah Istimewa Yogyakarta)", *REGION: Jurnal Pembangunan daerah dan Perencanaan Partisipatif*, Vol. 17, No. 1 Januari 2022, hal. 138.

³⁹ E Health, "Data Kondisi dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan di Indonesia". <https://ehealth.co.id/blog/post/data-kondisi-dan-ketersediaan-fasilitas-kesehatan-di-indonesia/>, diakses pada 6 Mei 2025.

⁴⁰ Syamira Nurjannah Ramadhani, *Op. Cit.*, hal. 62-64.

⁴¹ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2023*, (Jakarta: Kemenkes RI, 2024), hal. 22.

bahwa dari 10.217 puskesmas yang ada di seluruh Indonesia, terdapat 4.908 di antaranya belum bisa menyediakan sembilan jenis tenaga kesehatan yang dibutuhkan.⁴² Adapun sembilan jenis tenaga kesehatan, yang meliputi dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga sanitasi lingkungan, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga gizi, dan tenaga kefarmasian.⁴³ Sebagaimana kondisi di Provinsi Maluku, puskesmas yang bisa memenuhi sembilan jenis tenaga kesehatan hanya 18,3%, Papua Barat 19,2%, dan di Papua hanya sekitar 24,2% dari total keseluruhan. Lebih lanjut, berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan pada tahun 2023, persentase tertinggi puskesmas tanpa dokter terdapat di Provinsi Papua Pegunungan, yakni sebesar 54,3%.⁴⁴ Di sisi lain, Indonesia masih mengalami permasalahan terkait kekurangan dokter, khususnya dokter spesialis. Hal ini dibuktikan, dengan Indonesia yang hanya mampu mencetak 2.700 dokter spesialis sehingga kondisi tersebut tidak sejalan dengan target ideal untuk mencetak 32.000 dokter spesialis per tahun.⁴⁵ Dengan demikian, kondisi yang ada menggambarkan bahwa belum terwujudnya pemerataan pelayanan kesehatan yang layak di Indonesia.

Kebutuhan terhadap akses pelayanan kesehatan memiliki urgensi yang tinggi untuk dapat mencegah rangkaian permasalahan yang ditimbulkan dari kondisi tersebut. Sebagaimana kasus yang terjadi di Kabupaten Lanny Jaya, Papua Pegunungan bahwa sering kali terjadi kematian mendadak yang belum diketahui penyebabnya sebagai akibat dari minimnya akses terhadap fasilitas kesehatan yang hanya beroperasi sebanyak tiga bulan sekali.⁴⁶ Selain itu, kesulitan akses terhadap FKTP di daerah 3T turut berimplikasi pada sulitnya pencegahan penyakit karena kurangnya tindakan

⁴² Poltekkes Kemenkes Semarang, "Belum Merata! 48 Persen Puskesmas di Indonesia Masih Kekurangan Tenaga Kesehatan, Kemenkes Lakukan Transformasi". <https://poltekkes-smg.ac.id/index.php/belum-merata-48-persen-puskesmas-di-indonesia-masih-kekurangan-tenaga-kesehatan-kemenkes-lakukan-transformasi/>, diakses pada 29 April 2025.

⁴³ Kompas, "Masih Timpangnya Distribusi Tenaga Kesehatan di Indonesia". <https://www.kompas.id/baca/riset/2023/11/20/masih-timpangnya-distribusi-tenaga-kesehatan-di-indonesia>, diakses pada 29 April 2025.

⁴⁴ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2023*, (Jakarta: Kemenkes RI, 2024), hal. 28.

⁴⁵ Sehat Negeriku, "Indonesia Butuh Percepatan Dokter Spesialis untuk Pemerataan Layanan Kesehatan". <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20250207/0147359/indonesia-butuh-percepatan-dokter-spesialis-untuk-pemerataan-layanan-kesehatan/>, diakses pada 6 Mei 2025.

⁴⁶ Jubi.id, "Minimnya fasilitas kesehatan, diduga penyebab tingginya angka kematian di Lanny Jaya". <https://jubi.id/penkes/2024/minimnya-fasilitas-kesehatan-diduga-penyebab-tingginya-angka-kematian-di-lanny-jaya/>, diakses pada 6 Mei 2025.

promotif dan preventif yang seharusnya dijalankan.⁴⁷ Buruknya kualitas pelayanan kesehatan sebagaimana yang telah dijelaskan sebelumnya, dapat berimplikasi pada terjadinya penurunan tingkat kepercayaan dan kepuasan masyarakat sehingga menimbulkan keengganan masyarakat untuk memeriksakan kondisinya atau bahkan memilih untuk tidak mencari pengobatan sama sekali.⁴⁸ Oleh karena itu, peningkatan kualitas dan cakupan pelayanan kesehatan di daerah 3T sangat penting guna mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan yang berkualitas sehingga dapat mencegah kematian dan penyakit lainnya yang berdampak buruk terhadap kondisi kesehatan masyarakat.

2. Permasalahan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan dan Tantangan Aksesibilitas Internet di Indonesia

Sistem rujukan pelayanan kesehatan di Indonesia hingga kini masih menghadapi berbagai persoalan yang tak kunjung tuntas karena penerapannya dirasa masih kurang efektif dan efisien.⁴⁹ Hal ini disebabkan oleh kendala administrasi yang menghambat akses pelayanan bagi masyarakat. Adanya sistem administrasi yang kompleks dan memakan waktu yang lama menyebabkan masyarakat enggan untuk menggunakan puskesmas sebagai sarana pengobatan.⁵⁰ Selain itu, banyak keluhan dari masyarakat terkait administrasi sistem rujukan yang terlalu lama dan merepotkan.⁵¹

Pemerintah dalam upayanya untuk menangani sistem rujukan yang lama dan rumit nyatanya telah merancang Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi atau yang disingkat dengan SISROUTE. Pada dasarnya, SISROUTE merupakan sistem rujukan pelayanan kesehatan perseorangan yang dilengkapi oleh teknologi informasi dan

⁴⁷ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Bunga Rampai Kinerja Pembangunan Kesehatan di Indonesia: Tantangan, Masalah, dan Solusi*, (Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2020), hal. 231.

⁴⁸ Augustine Kumah, "Poor quality care in healthcare settings: an overlooked epidemic", *Frontiers in Public Health*, Vol. 13, (2025), hal. 2.

⁴⁹ Argitta Della dan Abu Talkah, "Implementasi Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisroute) Puskesmas Dengan Rumah Sakit Sebagai Upaya Peningkatan Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Pamekasan", *Otonomi*, Vol. 24, No. 1 April 2024, hal. 122.

⁵⁰ Amanda Natasya Gunawan, Riski Aditia Hanafi, Nazwa Ihza Hanifa, Husnul Khathimah, Suci Farahany, Tini Rezeki Saragih, Yuana Wangsa Putri, Ajib Atha Syah Putra, Dewi Agustina, "Analisis Hambatan Administrasi Terhadap Akses Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Desa Securai Kecamatan Babalan Kabupaten Langkat", *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol. 8, No. 3 Desember 2024, hal. 6503.

⁵¹ Kompas, "Kisah Warga Setuju dan Tolak Wacana Dihapusnya Sistem Rujukan BPJS Kesehatan". <https://nasional.kompas.com/read/2022/01/27/09474031/kisah-warga-setuju-dan-tolak-wacana-dihapusnya-sistem-rujukan-bpjs-kesehatan?page=all>, diakses pada 7 Mei 2025.

komunikasi yang terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional.⁵² Lebih lanjut, SISROUTE ditujukan untuk menjembatani komunikasi antar fasyankes, baik dari FKTP ke tingkat yang lebih tinggi seperti FKRTL maupun antar fasilitas setingkat dalam rangka memberikan informasi mengenai kondisi pasien sebelum proses rujukan dilakukan agar dapat mempermudah dan mempercepat proses rujukan.⁵³ Namun, penerapan SISROUTE masih menghadapi banyak kendala sehingga belum bisa memenuhi tujuannya di awal, yakni mempermudah proses rujukan pasien.⁵⁴ Kondisi tersebut terjadi pada penggunaan SISROUTE di Kabupaten Bengkulu Utara, khususnya pada Puskesmas Arga Makmur yang masih terkendala serangkaian permasalahan seperti koneksi internet yang belum stabil, tanggapan yang lama dari FKRTL, kebutuhan akan fitur analisis data yang lebih canggih untuk mempercepat pengambilan keputusan, dan integrasi yang belum dilakukan dengan *platform* atau sistem informasi kesehatan lainnya.⁵⁵

Kendala-kendala tersebut berimplikasi langsung pada efektivitas pelayanan kesehatan. Adapun konsekuensi nyata dari penerapan SISROUTE yang belum optimal adalah terhambatnya proses rujukan pasien, terutama dari FKTP ke FKRTL. Kondisi ini menyebabkan keterlambatan penanganan medis bagi pasien sehingga menimbulkan penumpukan di FKRTL karena ketidakmampuan FKTP untuk menangani pasien dengan penyakit yang membutuhkan penanganan khusus.⁵⁶ Selain itu, ketergantungan SISROUTE terhadap infrastruktur digital seperti akses internet yang stabil menjadi tantangan lainnya, khususnya pada daerah 3T yang belum memiliki infrastruktur memadai sehingga tidak memungkinkan pengoperasian SISROUTE secara optimal. Padahal, daerah 3T merupakan daerah yang sangat membutuhkan sistem rujukan yang cepat dan efisien. Dengan demikian, keberhasilan penerapan SISROUTE sangat

⁵² Lihat dalam Pasal 20 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2024

⁵³ Benyamin Boka, "Inovasi Pelayanan Kesehatan Aplikasi Sistem Rujukan Terintegrasi (SISROUTE) di Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan". Skripsi, Makassar: Program Studi Administrasi Publik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin, 2020, hal. 7.

⁵⁴ Heranovita, Hedy Hardiana, dan Ferdigus, "Analisis *Usability* Sistem Rujukan Terpadu (SISROUTE) Rumah Sakit Di Provinsi Aceh Tahun 2024", INNOVATIVE: Journal Of Social Science Research, Vol. 4, No. 3 Tahun 2024, hal. 15814-15831.

⁵⁵ Muhammad Rifki El Muammary dan Risky Kusuma Hartono, "Evaluation Of The Use Of The Integrated Referral System (SISROUTE) In Health Facilities In North Bengkulu Regency In 2023", Jurnal Eduhealth, Vol. 15, No. 2 Mei 2024, hal. 905-913.

⁵⁶ Kendra L. Ratnapradipa, Snehal Jadhav, Josiane Kabayundo, Hongmei Wang dan Lisa C. Smith, "Factors associated with delaying medical care: cross-sectional study of Nebraska adults", BMC Health Services Research, Vol. 23, (2023), hal. 6.

bergantung pada infrastruktur penunjang, terutama jaringan internet sehingga dibutuhkan upaya konkret dari pemerintah untuk melakukan percepatan pembangunan infrastruktur digital di daerah 3T.

B. Pembentukan *Affirmative Action* dan Optimalisasi Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) dengan Layanan *Telemedicine* Berbasis *Simple Triage Digital*

Serangkaian permasalahan yang telah diuraikan membuktikan bahwa upaya pemerintah dalam pemerataan pelayanan kesehatan masih belum optimal. Adapun solusi yang Penulis tawarkan nantinya akan selaras dengan teori sistem hukum (*legal system*) yang digagas oleh **Lawrence M. Friedman** yang mengemukakan bahwa sistem hukum dapat berjalan secara efektif apabila terjadi kinerja yang optimal antara ketiga komponen utama pembentukan hukum, yakni struktur hukum (*legal structure*), substansi hukum (*legal substance*), dan kultur hukum (*legal culture*).⁵⁷ Oleh karena itu, Penulis mengkonstruksi suatu ide yang solutif melalui pembentukan *affirmative action* dan optimalisasi Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) berbasis *Simple Triage Digital*. Adapun penjabaran lebih lanjut, akan diuraikan sebagai berikut:

1. Pembentukan *Affirmative Action* sebagai Landasan Implementasi SISRUTE dalam Upaya Pemerataan Pelayanan Kesehatan di Daerah 3T

Tom Campbell selaku profesor di Chapman University menyatakan bahwa *affirmative action* merupakan kebijakan yang ditujukan kepada kelompok tertentu yang dinilai tidak memiliki representasi secara memadai pada posisi-posisi penting di masyarakat sebagai akibat sejarah diskriminasi.⁵⁸ Adapun kebijakan *affirmative action* bertujuan untuk menciptakan kesetaraan dan keadilan. Hal tersebut sejalan dengan Pasal 28H ayat (2) UUD NRI 1945 yang menyatakan bahwa setiap orang berhak mendapatkan kemudahan dan perlakuan khusus untuk mendapatkan kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan. Mekanisme tersebut juga telah diterapkan di India sebagai salah satu negara yang dikenal memiliki

⁵⁷ Lawrence M. Friedman, *The Legal System*, (New York: Russell Sage Foundation, 1975), hal. 15.

⁵⁸ Hendri Sayuti, *Op. Cit.*, hal. 42.

kesamaan kondisi kesehatan seperti di Indonesia.⁵⁹ Implementasi *affirmative action* pada Negara India menargetkan masyarakat di bawah garis kemiskinan serta masyarakat yang tinggal di pedesaan yang sulit dijangkau.⁶⁰ Hal tersebut dapat dilihat pada ketentuan National Rural Health Mission yang bertujuan untuk mengurangi ketimpangan dan memperbesar akses masyarakat yang terdiskriminasi untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Kebijakan ini terbukti mengubah status kesehatan India hingga membawa dampak positif berupa penurunan angka kematian ibu dan bayi, mobilisasi tenaga kesehatan, dan penguatan sistem kesehatan berbasis komunitas.⁶¹ Dengan demikian, kebijakan tersebut sejalan dengan mekanisme *affirmative action* yang Penulis gagas dalam menargetkan peningkatan pelayanan pada masyarakat daerah 3T yang juga memiliki keterbatasan terhadap akses pelayanan kesehatan.

Dalam mengkontekstualisasikan dengan yang ada di Indonesia, pembentukan *affirmative action* akan dilegitimasi dalam bentuk Peraturan Presiden ("**Perpres**"). Lebih lanjut, pembentukan Perpres akan diprakarsai oleh tiga kementerian, yakni Kementerian Kesehatan ("**Kemenkes**"), Kementerian Desa dan Pembangunan Daerah Tertinggal ("**Kemendes PDT**"), dan Kementerian Komunikasi Digital ("**Komdigi**"). Hal tersebut didasarkan pada Pasal 4 ayat (1) UUD NRI yang menyatakan bahwa presiden memegang kekuasaan pemerintahan sehingga memiliki kewenangan membentuk Perpres.⁶² Pada praktiknya, pembentukan Perpres dapat secara otonom dan hanya berlandaskan pada Pasal 4 ayat (1) UUD NRI 1945 sebagai konsiderannya, tetapi tetap dengan adanya batasan bahwa kebijakan Perpres otonom tidak boleh bertentangan dengan UUD NRI 1945.⁶³ Pembentukan Perpres otonom pada dasarnya dilakukan apabila kebijakan tersebut dibutuhkan mendesak, tetapi belum diakomodasi oleh UU yang mengatur sebagai landasan hukumnya. Dengan demikian, adanya kondisi

⁵⁹ Shikha Gill, "Health System Strengthening: Adopting WHO Building Blocks-Comparison between India and Indonesia" *Journal of Health Policy and Management*, Vol.3 No.2 2018, hal.101

⁶⁰ Upendra Bhojani, "Affirmative action, minorities, and public services in India: Charting a future research and practice agenda" *Indian Journal of Medical Ethics*, Vol. IV No 4 October-December 2019, hal. 269.

⁶¹ Tariq Ahmad Rather & Wakeel Ahmad Rather, "Impact of National Rural Health Mission: A Public Welfare Programme of the Government on Indian Health Sector" *Global Journals*, Vol. 22, (2022), hal. 30.

⁶² Sunny Ummul Firadusy dan Rizal Abdurrahman, "Analisis Batasan Kewenangan Presiden Dalam Membentuk Peraturan Presiden Menurut Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan", *Res Publica*, Vol. 2, No. 3 September-Desember 2018, hal. 91.

⁶³ *Ibid.*

mendesak berupa ketidakmerataan pelayanan kesehatan di daerah 3T membutuhkan adanya Perpres yang bersifat *affirmative action* ("**Perpres Afirmatif**").

Dalam konteks ini, Perpres Afirmatif menjadi kebijakan bagi masyarakat daerah 3T sebagai tujuan dan sasaran utamanya. Hal ini disebabkan oleh hakikat Perpres Afirmatif yang mampu memfokuskan kebijakan pada karakteristik masyarakat tertentu dalam rangka mengoptimalkan sektor-sektor yang hendak dituju. Lebih lanjut, Perpres Afirmatif berperan menjadi dasar aturan yang dapat mendorong percepatan pembangunan pelayanan kesehatan yang layak bagi daerah 3T karena memiliki sifat mengikat bagi pemerintah daerah. Linear, ketentuan dalam Pasal 7 ayat (2) Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2012 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan, pemerintah daerah diwajibkan untuk mengambil langkah konkret guna mengimplementasikan Perpres Afirmatif pada daerah-daerah 3T yang berada di bawah yurisdiksinya. Lebih lanjut, sebagai dasar pengimplementasian mekanisme yang Penulis tawarkan, Perpres Afirmatif kemudian perlu mengatur secara rinci, antara lain:

a. Pengaturan Mengenai Optimalisasi Pembangunan Infrastruktur Fisik FKTP di Daerah 3T

FKTP berperan penting sebagai lini pertama bagi masyarakat untuk mendapatkan utilitas pelayanan kesehatan sehingga harus didukung dengan sarana dan prasarana yang memadai.⁶⁴ Lebih lanjut, Perpres Afirmatif ditujukan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, terkhusus masyarakat di daerah 3T yang memiliki keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan yang layak. Hal tersebut sejalan dengan pendapat **Prof. Dr. Satjipto Rahardjo** yang menekankan bahwa keadilan hukum mencakup pemenuhan keadilan dan kesejahteraan masyarakat.⁶⁵ Dalam hal pembangunan infrastruktur kesehatan fisik, terdapat beberapa upaya yang dapat dilakukan. **Pertama**, pemerintah wajib menyediakan alokasi anggaran khusus untuk percepatan pembangunan FKTP, khususnya di daerah 3T melalui Dana Alokasi Khusus bidang kesehatan yang akan digunakan dalam hal pembangunan gedung, penyediaan alat kesehatan, serta obat-

⁶⁴ Tempo, "Akreditasi dan Kredensialing: Kunci Peningkatan Kualitas FKTP". <https://www.tempo.co/info-tempo/akreditasi-dan-kredensialing-kunci-peningkatan-kualitas-fktp-149173>, diakses 2 Mei 2025.

⁶⁵ Satjipto Rahardjo, *Membedah Hukum Progresif* (Jakarta: Kompas, 2007), hal. 154.

obatan. **Kedua**, pemerintah daerah wajib mengidentifikasi lokasi prioritas pembangunan FKTP yang disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat daerah 3T. **Ketiga**, bupati atau walikota serta pihak terkait yang berwenang akan melakukan pengawasan dan evaluasi mengenai pembangunan dan penyelenggaraan infrastruktur pelayanan kesehatan di daerahnya. **Keempat**, Pemerintah Daerah mewajibkan FKTP di setiap wilayah 3T untuk memperkuat upaya promotif dan preventif. Dalam aspek promotif, FKTP bertanggung jawab dalam meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya kesehatan melalui edukasi. Sementara itu, dalam fungsi preventif, FKTP berperan dalam mengidentifikasi faktor risiko yang dapat mempercepat penyebaran penyakit. Langkah-langkah ini menjadi bagian dari strategi pencegahan agar penyakit tidak semakin meluas atau memburuk di daerah 3T. Dengan demikian, FKTP dapat berkontribusi dalam mengoptimalkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

b. Persebaran Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan di Daerah 3T

Berdasarkan problematika mengenai keterbatasan jumlah tenaga kesehatan di daerah 3T, diperlukan adanya upaya untuk menciptakan pemerataan tenaga kesehatan. Sejatinya, pemerintah telah memiliki program khusus dalam pemerataan tenaga medis ke daerah 3T, yakni **Nusantara Sehat** sebagai program pemenuhan tenaga kesehatan melalui penugasan khusus untuk mengisi puskesmas pada daerah 3T.⁶⁶ Namun, program ini belum dapat berjalan dengan optimal.⁶⁷ Dengan permasalahan tersebut, Perpres Afirmatif akan mengupayakan pengoptimalan persebaran tenaga medis secara merata melalui peningkatan insentif dan pemberian fasilitas khusus bagi tenaga medis yang bersedia untuk ditempatkan di daerah 3T. Selain itu, dalam Perpres Afirmatif juga akan mengatur terkait program jangka wajib kerja bagi lulusan pendidikan medis

⁶⁶ Dinkes Provinsi Kepulauan Riau, "Program Nusantara Sehat Penugasan Khusus Penuhi Kekosongan Tenaga Kesehatan di Puskesmas daerah Terpencil". <https://dinkes.kepriprov.go.id/blog/viewberita/program-nusantara-sehat-penugasan-khusus-penuhi-kekosongan-tenaga-kesehatan-di-puskesmas-daerah-terpencil#:~:text=Pemenuhan%20tenaga%20kesehatan%20melalui%20penugasan%20khusus%20diutamakan%20untuk,penempatan%20secara%20tim%20dan%20individual%20selama%202%20tahun>, diakses pada 7 Mei 2025.

⁶⁷ Jurnal Aceh, "Nasib Tenaga Kesehatan Penugasan Khusus di Program Nusantara Sehat Dipertanyakan". <https://jurnalaceh.pikiran-rakyat.com/nasional/pr-1796432007/penugasan-khusus-tenaga-kesehatan-dalam-mendukung-program-nusantara-sehat-perjuangkan-nasib?page=all>, diakses pada 7 Mei 2025.

berupa *internship* di daerah 3T. Dengan demikian, persebaran tenaga medis maupun tenaga kesehatan dapat diwujudkan dengan mempercepat pendistribusian ke daerah 3T.

c. Percepatan Pembangunan Proyek *Base Transceiver Station* Jaringan 4G (*BTS 4G*) di Daerah 3T

Sebagai langkah lanjutan dalam optimalisasi SISROUTE, diperlukan infrastruktur jaringan dan fasilitas pendukung teknologi komunikasi digital yang memadai, mengingat kelancaran sistem ini dipengaruhi oleh adanya koneksi internet yang stabil. Dengan konektivitas yang memadai, pengolahan data pasien secara *real-time* maupun *store and forward* dapat dilakukan secara optimal sehingga dapat mendukung efisiensi pelayanan kesehatan. Dengan Perpres Afirmatif, Komdigi dapat mempercepat pembangunan proyek *Base Transceiver Station 4G* (*BTS 4G*) yang telah dirancang sebelumnya dengan suatu pembaruan, yakni *Solar-Powered BTS*. pengembangan *BTS 4G* tidak hanya mendukung operasional SISROUTE tetapi juga berperan dalam pemerataan akses teknologi informasi yang mendukung perluasan dan efektivitas jangkauan layanan kesehatan berbasis digital bagi masyarakat. Untuk memastikan percepatan proyek ini berjalan optimal, Komdigi akan berkoordinasi dengan Kemendes PDT guna mengoptimalkan pembangunan infrastruktur yang diperlukan. Dengan demikian, peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan digital di daerah yang sebelumnya menghadapi kendala konektivitas dapat terwujud.

2. Optimalisasi Sistem Rujukan Terintegrasi dengan Layanan *Telemedicine* Berbasis *Simple Triage Digital*

Dalam mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan dan sistem rujukan yang efektif. Mekanisme ini mengintegrasikan layanan *telemedicine*, baik dari sektor swasta maupun pemerintah ke dalam SISROUTE sebagai pengoptimalan *telemedicine* untuk melakukan rujukan ke FKTP dan FKRTL. Nantinya, pengintegrasian *telemedicine* berbasis STD dapat bekerja melalui metode *real time (synchronous)*, yakni metode yang memerlukan kehadiran para pihak di waktu yang sama karena membutuhkan interaksi secara *real time*, seperti penggunaan *zoom*, telepon antara tenaga medis maupun kesehatan kepada pasien. Selain itu, terdapat metode *store-and-forward (asynchronous)* bahwa pasien dapat mengirim data medis kepada tenaga kesehatan

maupun tenaga medis, metode ini tidak membutuhkan kehadiran para pihak di waktu yang sama.⁶⁸ Berdasarkan kedua metode tersebut, pasien dapat mengisi formulir mengenai data medis atau melakukan telepon secara langsung terhadap gejala, keluhan, dan riwayat singkat tentang penyakit yang dialaminya sebagai langkah awal dalam penentuan jenis perawatan yang harus dilakukan di kemudian hari.⁶⁹ Jika diperlukan adanya foto mengenai sakit yang dirasa, seperti ruam atau luka, pasien dapat mengunggah fotonya ke layanan *telemedicine* yang tersedia. Setelah proses STD yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan, pasien akan mendapatkan rekam medis elektronik (RME) terkait pemeriksaan yang berisi informasi penting mengenai kondisi medis pasien, seperti identitas pasien, diagnosis penyakit, riwayat medis, dan rekomendasi. Adapun jenis rekam medis elektronik tersebut akan dijabarkan sebagai berikut:

a. Rekam Medis Berisiko Tinggi

Rekam medis berisiko tinggi merupakan laporan yang menggambarkan mengenai kondisi pasien atas penyakit akut maupun penyakit kronis sehingga segera membutuhkan perawatan yang intensif atas penyakitnya. Dengan laporan ini, pasien dapat langsung dirujuk ke FKTP dan FKRTL terdekat untuk dilakukan perawatan lebih lanjut.

b. Rekam Medis Berisiko Rendah

Rekam medis berisiko rendah merupakan laporan yang menggambarkan mengenai kondisi pasien atas penyakit yang dialami atas komplikasi yang tidak terlalu kompleks berdasarkan formulir yang diberikan. Dengan laporan ini, pasien bisa mendapat saran untuk pergi ke FKTP dan FKRTL ataupun perawatan diri sendiri (*self-care*) yang berupa rekomendasi dari layanan *telemedicine* yang digunakan.

Berdasarkan dua laporan tersebut, pasien bisa langsung mendapatkan surat rujukan dan saran mengenai tindakan yang harus dilakukan. Adapun surat rujukan

⁶⁸ Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, *Telemedisin: Rekomendasi Ikatan Dokter Indonesia Untuk Masa Depan Digitalisasi Kesehatan di Indonesia*, (Jakarta: Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, 2018), hal. 13.

⁶⁹ Langkah ini merupakan *Smart Triage Digital* yang dapat melakukan pengklasifikasian tingkat kegawatan pada pasien secara digital. Melalui hal tersebut, tenaga medis dan tenaga kesehatan dapat menentukan skala prioritas dalam menangani pasien berdasarkan pada kondisi pasien.

tersebut, nantinya akan langsung terintegrasi dengan SISRUTE sehingga tenaga kesehatan maupun tenaga medis dapat segera menindaklanjuti pasien atas dokumen digital yang telah diterima. Hal demikian, dilakukan untuk mempermudah pasien yang harus mendapatkan perawatan secara intensif di rumah sakit. Lebih lanjut, dalam melakukan rujukan ke FKTP dan FKRTL dari layanan *telemedicine*, akan dibentuk buku pedoman berisi petunjuk teknis dalam melakukan rujukan tersebut. Pedoman ini akan ditujukan bagi penyelenggara *telemedicine*, bagi pihak swasta, pemerintah, serta tenaga kesehatan yang ada di FKTP dan FKRTL. Pemanfaatan layanan *telemedicine* yang diintegrasikan ke dalam SISRUTE juga dilakukan karena penggunaan *telemedicine* telah populer untuk menyelenggarakan konsultasi kesehatan jarak jauh dan meningkatnya pengguna *telemedicine* di Indonesia sekitar 78,8% setelah COVID-19.⁷⁰ Dengan demikian, optimalisasi pelayanan *telemedicine* ke dalam SISRUTE dapat menjadi sebuah jawaban atas ketidakmerataan pelayanan kesehatan di Indonesia.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan rumusan masalah dan seluruh uraian yang telah dikemukakan sebelumnya, dapat ditarik kesimpulan sekaligus jawaban atas permasalahan dalam karya tulis ilmiah ini, yakni:

1. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang layak di Indonesia, khususnya daerah 3T masih menghadapi berbagai permasalahan. Hal ini tercermin dari kurangnya jumlah FKTP yang tersedia di daerah 3T dan tidak memadainya fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, permasalahan terkait administrasi sistem rujukan yang rumit dan lama juga turut menyulitkan masyarakat. SISRUTE yang merupakan perwajahan baru dari sistem rujukan berjenjang konvensional nyatanya belum efektif dalam pelaksanaan di daerah

⁷⁰ Universitas Airlangga, "Penggunaan Telemedicine di Fasilitas Kesehatan Selama Pandemi Covid-19". <https://unair.ac.id/penggunaan-telemedicine-di-fasilitas-kesehatan-selama-pandemi-covid-19/>, diakses pada 7 Mei 2025

3T karena belum memiliki koneksi internet yang stabil dan belum adanya pengintegrasian SISROUTE dengan layanan *telemedicine*. Berbagai permasalahan tersebut, berimplikasi pada terhambatnya akses masyarakat 3T terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang layak.

2. Perpres Afirmatif ditujukan untuk mempercepat pembangunan FKTP, infrastruktur internet, serta pemerataan distribusi tenaga kesehatan dan tenaga medis agar dapat meningkatkan kualitas pada fasilitas pelayanan kesehatan di daerah 3T. Adanya pengoptimalan SISROUTE dengan *telemedicine* berguna untuk memaksimalkan efektivitas dan mempermudah masyarakat 3T untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan tanpa proses administrasi yang memakan waktu. Dengan menggunakan kedua mekanisme tersebut, pemerataan pelayanan kesehatan yang layak bagi daerah 3T dapat terwujud.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang Penulis lakukan, diperoleh beberapa saran sebagai berikut:

1. Pemerintah perlu mengimplementasikan Perpres Afirmatif guna menjawab berbagai permasalahan terkait pemerataan pelayanan kesehatan yang layak. Dengan adanya Perpres Afirmatif, pemerintah akan lebih fokus dalam pemerataan pelayanan kesehatan di daerah 3T sehingga peningkatan pelayanan kesehatan dapat berjalan secara optimal dan terpadu sesuai dengan regulasi yang sudah dibentuk.
2. Pemerintah perlu mengintegrasikan *telemedicine* berbasis STD dari Kementerian Kesehatan maupun pihak swasta dengan aplikasi SISROUTE. Pengintegrasian ini diperlukan sebagai upaya dalam mempermudah akses bagi masyarakat 3T terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, seperti FKTP dan FKRTL.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Abdulkadir Muhammad, *Hukum dan Penelitian*, (Bandung: PT Citra Aditya Bakti, 2004)
- Agung Dwi Laksono, *et.al*, *Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan*, (Makassar: Persakmi, 2024)
- Dewan Jaminan Sosial Nasional, *Monthly Report Monitoring JKN*, (DJSN, 2024)
- Jonathan Wolff, *The Human Right to Health*, (New York: W. W Norton & Company, 2013)
- Kasper Lippert-Rasmussen, *Making Sense of Affirmative Actions*, (United States of America: Oxford University Press, 2020)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Bunga Rampai Kinerja Pembangunan Kesehatan di Indonesia: Tantangan, Masalah, dan Solusi*, (Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2020)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2023*, (Jakarta: Kemenkes RI, 2024)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Target Rasio Tenaga Kesehatan*, (Jakarta: Kemenkes RI, 2022)
- Lawrence M. Friedman, *The Legal System*, (New York: Russell Sage Foundation, 1975)
- Muhammad Siddiq Armia, *Penentuan Metode dan Pendekatan Penelitian Hukum*, (Banda Aceh: Lembaga Kajian Konstitusi Indonesia, 2022)
- Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, *Telemedisin: Rekomendasi IDI Untuk masa Depan Digitalisasi Kesehatan di Indonesia*, (Jakarta: PB IDI, 2018)
- Samiaji Sarosa, *Penelitian Kualitatif Dasar-Dasar*, (Jakarta: PT Indeks, 2012)
- Samuel Levey, *et.al*, *Health Care Administration*, (London: J. B. Lippincott Company Philadelphia, 1973)
- Satjipto Rahardjo, *Membedah Hukum Progresif* (Jakarta: Kompas, 2007)
- Sigit Sapto Nugroho, *et.al*, *Metodologi Riset Hukum*, (Sukoharjo: Oase Pustaka, 2020)
- Soerjono Soekanto, *Penelitian Hukum Normatif*, (Jakarta: Penerbit Rajawali, 1990)
- Suryana, *Metodologi Penelitian: Model Praktis Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*, (Bandung: UPI Press, 2010)

Jurnal Ilmiah

- Abd. Rasyid, Mustamin, Tri Bambang Prasetio, "Strategi Pembangunan Masyarakat Desa Tertinggal di Kecamatan Lembang", Jurnal Agama dan Masyarakat, Vol. 3, No. 1 Mei 2023. 151-161. DOI: : <https://doi.org/10.35905/sosiologia>
- Amanda Natasya Gunawan, Riski Aditia Hanafi, Nazwa Ihza Hanifa, Husnul Khathimah, Suci Farahany, Tini Rezeki Saragih, Yuana Wangsa Putri, Ajib Atha Syah Putra, Dewi Agustina, "Analisis Hambatan Administrasi Terhadap Akses Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Desa Securai Kecamatan Babalan Kabupaten Langkat", PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat, Vol. 8, No. 3 Desember 2024. 6502–6510. DOI: <https://doi.org/10.31004/prepotif.v8i3.36485>
- Ann Catrine Eldh, Annette Sverker, Preben Bendtsen, Evalill Nilsson, "Health Care Professionals' Experience of a Digital Tool for Patient Exchange, Anamnesis, and Triage in Primary Care: Qualitative Study", JMIR Human Factors, Vol. 7, (2020). DOI: <https://doi.org/10.2196/21698>
- Argitta Della dan Abu Talkah, "Implementasi Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute) Puskesmas Dengan Rumah Sakit Sebagai Upaya Peningkatan Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Pamekasan", Otonomi, Vol. 24, No. 1 April 2024. 122-139. DOI: <https://doi.org/10.32503/otonomi.v24i1.5246>
- Augustine Kumah, "Poor quality care in healthcare settings: an overlooked epidemic", Frontiers in Public Health, Vol. 13, (2025): 1-7. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1504172>
- Dokman Marulitua Situmorang dan Rissa Ayustia, "Model Pembangunan Daerah 3T: Studi Kasus Daerah Perbatasan Kabupaten Bengkayang", MBIA, Vol. 18, No. 1 April 2019. 49-64. DOI: <https://doi.org/10.33557/mbia.v18i1.321>
- Hendri Sayuti, "Hakikat *Affirmative Action* dalam Hukum Indonesia (Ikhtiar Pemberdayaan yang Terpinggirkan)", Menara Riau: Jurnal Ilmu Pengetahuan dan Pengembangan Masyarakat Islam, Vol. 12, No. 1 Januari - Juni 2013. 41-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.24014/menara.v12i1.409>
- Heranovita, Hedy Hardiana, dan Ferdiyus, "Analisis *Usability* Sistem Rujukan Terpadu (SISRUTE) Rumah Sakit Di Provinsi Aceh Tahun 2024", INNOVATIVE: Journal Of

- Social Science Research, Vol. 4, No. 3 Tahun 2024. 15814-15831. DOI: <https://doi.org/10.31004/innovative.v4i3.11666>
- Kendra L. Ratnapradipa, Snehal Jadhav, Josiane Kabayundo, Hongmei Wang, dan Lisa C. Smith, "Factors associated with delaying medical care: cross-sectional study of Nebraska adults", BMC Health Services Research, Vol. 23, (2023): 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09140-0>
- Mohammad Isnaini Sadali, Muhammad Arif Fahrudin Alfana, Zara Hadijah, Ersas Latifa Rosewidiadari, dan R Andika, "Dominasi kota sebagai konsentrasi fasilitas kesehatan (Studi kasus: Daerah Istimewa Yogyakarta)", REGION: Jurnal Pembangunan Wilayah dan Perencanaan Partisipatif, Vol. 17, No. 1 Januari 2022. 136-150. DOI: [10.20961/region.v17i1.44948](https://doi.org/10.20961/region.v17i1.44948)
- Mohammad Isnaini Sadali, Muhammad Arif Fahrudin Alfana, Zara Hadijah, Ersas Latifa Rosewidiadari, dan Rifan Andika, "Dominasi kota sebagai konsentrasi fasilitas kesehatan (Studi kasus: Daerah Istimewa Yogyakarta)", REGION: Jurnal Pembangunan daerah dan Perencanaan Partisipatif, Vol. 17, No. 1 Januari 2022. 136-160. DOI: <https://doi.org/10.20961/region.v17i1.44948>
- Muhammad Rifki El Muammary dan Risky Kusuma Hartono, "Evaluation Of The Use Of The Integrated Referral System (SISRUTE) In Health Facilities In North Bengkulu Regency In 2023", Jurnal Eduhealth, Vol. 15, No. 2 Tahun 2024. 904-919. DOI: [10.54209/eduhealth.v15i02](https://doi.org/10.54209/eduhealth.v15i02)
- Rahmat Sulaiman Naibaho, "Peranan dan Perencanaan Teknologi Informasi dalam Perusahaan", Jurnal Warta Dharmawangsa, Vol. No. 52 April 2017. DOI: <https://doi.org/10.46576/wdw.v0i52.253>
- Raimundus Bulet Namang, "Negara dan Warga Negara Perspektif Aristoteles", Jurnal Ilmiah Dinamika Sosial, Vol. 4, No. 2 Agustus 2020. 247-266. DOI: <https://doi.org/10.38043/jids.v4i2.2449>
- Shikha Gill, "Health System Strengthening: Adopting WHO Building Blocks-Comparison between India and Indonesia", Journal of Health Policy and Management, Vol. 3, No. 2 Januari 2019. 101-107. DOI: <https://doi.org/10.26911/thejhpm.2018.03.02.06>
- Sugeng Eko Irianto, Achmad Djamil, dan Alif Chandra Aryono, "Pembelajaran Implementasi Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute) di Rumah Sakit Umum Daerah X", Jurnal Peduli

Masyarakat, Vol. 3, No. 4 Desember 2021. 527-542.

DOI: <https://doi.org/10.37287/jpm.v3i4.824>

Sunny Ummul Firadusy dan Rizal Abdurrahman, "Analisis Batasan Kewenangan Presiden Dalam Membentuk Peraturan Presiden Menurut Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan", *Res Publica*, Vol. 1, No. 3 September - Desember 2017. 85-98. DOI: <https://doi.org/10.20961/respublica.v1i3.46909>

Syamira Nurjannah Ramadhani, "Studi Literatur: Analisis Faktor Penyebab Tingginya Angka Rujukan di Puskesmas pada Era JKN", *Media Gizi Kesmas*, Vol. 9, No. 2 Desember 2020. 57-66. DOI:

Tariq Ahmad Rather & Wakeel Ahmad Rather, "Impact of National Rural Health Mission: A Public Welfare Programme of the Government on Indian Health Sector" *Global Journals*, Vol. 22, (2022): 27-33. DOI:

Upendra Bhojani, "Affirmative action, minorities, and public services in India: Charting a future research and practice agenda", *Indian Journal of Medical Ethics*, Vol. 4, (2019): 265-273. DOI: <https://doi.org/10.20529/IJME.2019.062>

Yosep Agus Pranoto dan Suryo Adi Wibowo, "Aplikasi Desktop Sistem Triase untuk Pendukung Prioritas Tingkat Kegawatan", *MNEMONIC*, Vol. 3, No. 1 Februari 2020. 1-6. DOI: <https://doi.org/10.36040/mnemonic.v3i1.2319>

Ziana Aubi Basith dan Galuh Nita Prameswari, "Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas", *Higeia Journal Of Public Health Research and Development*, Vol. 4, No. 1 Januari 2020. 52-63. DOI: <https://doi.org/10.15294/higeia.v4i1.34957>

Hasil Penelitian

Benyamin Boka, "Inovasi Pelayanan Kesehatan Aplikasi Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) di Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan". Skripsi, Makassar: Program Studi Administrasi Publik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin, 2020

Peraturan Perundang-Undangan

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1613)

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Nomor 6887)

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193)

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2024 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 831)

Website/Internet

ANTARA News, "2,9 juta jiwa penduduk desa belum terakses layanan kesehatan".
<https://www.antaranews.com/berita/2931549/29-juta-jiwa-penduduk-desa-belum-terakses-layanan-kesehatan>, diakses pada 6 Mei 2025

ANTARA News, "Kemenkes: Fasyankes Belum Merata, 171 Kecamatan Belum Ada Puskesmas". <https://www.antaranews.com/berita/3463977/kemenkes-fasyankes-belum-merata-171-kecamatan-belum-ada-puskesmas>, diakses pada 14 April 2025

CISDI, "Telah Dikenal Sejak 42 Tahun Lalu, Ini Peran Penting Layanan Kesehatan Primer".
<https://cisdi.org/artikel/telah-dikenal-42-tahun-ini-peran-penting-layanan-kesehatan-primer>, diakses pada 12 April 2025

Dinkes Provinsi Kepulauan Riau, "Program Nusantara Sehat Penugasan Khusus Penuhi Kekosongan Tenaga Kesehatan di Puskesmas daerah Terpencil".
<https://dinkes.kepriprov.go.id/blog/viewberita/program-nusantara-sehat-penugasan-khusus-penuhi-kekosongan-tenaga-kesehatan-di-puskesmas-daerah-terpencil#:~:text=Pemenuhan%20tenaga%20kesehatan%20melalui%20penugasan%20khusus%20diutamakan%20untuk,penempatan%20secara%20tim%20dan%20individual%20selama%202%20tahun>, diakses pada 7 Mei 2025.

E Health, "Data Kondisi dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan di Indonesia".
<https://ehealth.co.id/blog/post/data-kondisi-dan-ketersediaan-fasilitas-kesehatan-di-indonesia/>, diakses pada 6 Mei 2025

- Fakultas Hukum Universitas Indonesia, "Catatan Sederhana untuk Permenkes No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Oleh Wahyu Andrianto, S.H., M.H.". <https://law.ui.ac.id/catatan-sederhana-untuk-permenkes-no-24-tahun-2022-tentang-rekam-medis-oleh-wahyu-andrianto-s-h-m-h/>, diakses pada 1 Mei 2025
- Hukumonline, "8 Masalah Jaminan Kesehatan Nasional". <https://www.hukumonline.com/berita/a/8-masalah-penghambat-jaminan-kesehatan-nasional-lt57bd0ba444be5/>, diakses pada 3 Mei 2025
- Hukumonline, "Affirmative Action". <https://www.hukumonline.com/klinik/a/affirmative-action-cl6904/>, diakses pada 5 Mei 2025
- Jubi.id, "Minimnya fasilitas kesehatan, diduga penyebab tingginya angka kematian di Lanny Jaya". <https://jubi.id/penkes/2024/minimnya-fasilitas-kesehatan-diduga-penyebab-tingginya-angka-kematian-di-lanny-jaya/>, diakses pada 6 Mei 2025
- Jurnal Aceh, "Nasib Tenaga Kesehatan Penugasan Khusus di Program Nusantara Sehat Dipertanyakan". <https://jurnalaceh.pikiran-rakyat.com/nasional/pr-1796432007/penugasan-khusus-tenaga-kesehatan-dalam-mendukung-program-nusantara-sehat-perjuangkan-nasib?page=all>, diakses pada 7 Mei 2025.
- Komisi Nasional Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, "Menyoal Pentingnya Hak atas Kesehatan". <https://www.komnasham.go.id/index.php/news/2021/1/7/1643/menyoal-pentingnya-hak-atas-kesehatan.html>, diakses pada 9 Mei 2025.
- Kompas, "Kisah Warga Setuju dan Tolak Wacana Dihapusnya Sistem Rujukan BPJS Kesehatan". <https://nasional.kompas.com/read/2022/01/27/09474031/kisah-warga-setuju-dan-tolak-wacana-dihapusnya-sistem-rujukan-bpjs-kesehatan?page=all>, diakses pada 7 Mei 2025
- Kompas, "Masih Timpangnya Distribusi Tenaga Kesehatan di Indonesia". <https://www.kompas.id/baca/riset/2023/11/20/masih-timpangnya-distribusi-tenaga-kesehatan-di-indonesia>, diakses pada 29 April 2025
- Kompasiana, "Buruknya Sistem Layanan dan Responsibilitas Rumah Sakit Berakibat pada Pelanggaran Etika". <https://www.kompasiana.com/renitadt cyn/643ec01a4addee0c6824a122/buruknya-sistem-layanan-dan-responsibilitas-rumah-sakit-berakibat-pada-pelanggaran-etika>, diakses pada 6 Mei 2025

Kompasiana, "Kondisi Permasalahan Kesehatan Masyarakat di 3T (Terdepan, Terencil, Tertinggal)".

<https://www.kompasiana.com/ghalymarcheleo/63ff0dca4addee6193619993/kondisi-permasalahan-kesehatan-masyarakat-di-3t-terdepan-terencil-tertinggal>, diakses 4 Mei 2025

Media Indonesia, "Ombudsman: 65,4% Puskesmas Belum memiliki SDM yang Kompeten".

<https://mediaindonesia.com/humaniora/616965/ombudsman-654-puskesmas-belum-memiliki-sdm-yang-kompeten>, diakses pada 20 April 2025

Media Indonesia, "Menilai Posisi Indonesia dalam Sistem Kesehatan Global dan Tantangan yang Dihadapi".

<https://mediaindonesia.com/humaniora/717064/menilai-posisi-indonesia-dalam-sistem-kesehatan-global-dan-tantangan-yang-dihadapi>, diakses pada 3 Mei 2025

Ombudsman Republik Indonesia, "Optimalisasi Pengawasan di Daerah Tertinggal, Terdepan dan Terluar (3T)".

<https://ombudsman.go.id/artikel/r/pwkinternal--optimalisasi-pengawasan-di-daerah-tertinggal-terdepan-dan-terluar-3t>, diakses pada 4 Mei 2025

Poltekkes Kemenkes Semarang, "Belum Merata! 48 Persen Puskesmas di Indonesia Masih Kekurangan Tenaga Kesehatan, Kemenkes Lakukan Transformasi".

<https://poltekkes-smg.ac.id/index.php/belum-merata-48-persen-puskesmas-di-indonesia-masih-kekurangan-tenaga-kesehatan-kemenkes-lakukan-transformasi/>, diakses pada 29 April 2025

Sehat Negeriku, "Indonesia Butuh Percepatan Dokter Spesialis untuk Pemerataan Layanan Kesehatan".

<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20250207/0147359/indonesia-butuh-percepatan-dokter-spesialis-untuk-pemerataan-layanan-kesehatan/>, diakses pada 6 Mei 2025

Sehat Negeriku, "Presiden: Permasalahan Kesehatan Harus Diatasi Bersama".

<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20240424/0545350/presiden-permasalahan-kesehatan-harus-diatasi-bersama/>, diakses pada 7 Mei 2025

Tempo, "Akreditasi dan Kredensialing: Kunci Peningkatan Kualitas FKTP".

<https://www.tempo.co/info-tempo/akreditasi-dan-kredensialing-kunci-peningkatan-kualitas-fktp-149173>, diakses 2 Mei 2025.

Tempo, "Akreditasi dan Kredensialing: Kunci Peningkatan Kualitas FKTP".

<https://www.tempo.co/info-tempo/akreditasi-dan-kredensialing-kunci-peningkatan-kualitas-fktp-149173>, diakses 2 Mei 2025.

Unicef, "Tujuan 3: Kesehatan dan Kesejahteraan yang Baik". <https://data.unicef.org/sdgs/goal-3-good-health-wellbeing/>, diakses pada 1 Mei 2025

Universitas Airlangga, "Penggunaan Telemedicine di Fasilitas Kesehatan Selama Pandemi Covid-19". <https://unair.ac.id/penggunaan-telemedicine-di-fasilitas-kesehatan-selama-pandemi-covid-19/>, diakses pada 7 Mei 2025