

Evaluasi Implementasi Kebijakan Penanganan 144 Penyakit Di FKTP Dan Dilema Kriteria Gadar BPJS Kesehatan : Studi Kasus Di Kabupaten Balangan

Dewi Purwati Nurtalia
Universitas Terbuka
Dewiazha5431@gmail.com

Informasi Artikel	Abstract
Vol: 1 No : 2 2026 Halaman : Keywords: Policy Implementation, National Health Insurance (JKN), First-Level Health Facilities (FKTP), Medical Emergencies, BPJS Kesehatan, Balangan Regency, Public Administration.	The National Health Insurance (Jaminan Kesehatan Nasional/JKN) policy mandates that 144 non-specialist diseases be managed comprehensively at First-Level Health Facilities (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/FKTP), including community health centers (Puskesmas). However, its implementation in Balangan Regency faces challenges due to the inadequate readiness of facilities, infrastructure, and emergency care units across eight subdistricts. These limitations contribute to patient overcrowding and direct referrals to hospital Emergency Departments (EDs). Furthermore, the community faces difficulties with claims under the National Health Insurance scheme administered by BPJS Kesehatan due to rigid medical emergency criteria, such as temperature thresholds for fever cases, which may not adequately reflect patients' actual clinical conditions, including febrile seizures in children. This qualitative case study aims to analyze the policy implementation gap and formulate a collaborative model between the Balangan Regency Government and BPJS Kesehatan. The findings indicate that technical discrepancies between central government regulations and the actual conditions of local health facilities require a planned and accountable discretionary response. This response should involve strengthening inter-organizational collaboration, allocating regional budget funds (APBD) and the Revenue Sharing Fund from Tobacco Excise (DBH-CHT) to improve Puskesmas facilities and infrastructure, and promoting flexibility in determining medical emergencies based on healthcare professionals' clinical judgment.

Abstrak

Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mengamanatkan agar 144 penyakit non-spesialis diselesaikan secara tuntas di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atau Puskesmas. Namun, pelaksanaan di Kabupaten Balangan menghadapi hambatan akibat ketidaksiapan sarana, prasarana, serta fasilitas Unit Gawat Darurat (UGD) di 8 kecamatan. Hal ini memicu penumpukan pasien dan pengalihan langsung ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit. Di sisi lain, masyarakat berhadapan dengan kendala klaim BPJS Kesehatan akibat kriteria kedaruratan medis yang kaku (seperti ambang batas suhu tubuh untuk demam), yang sering bertentangan dengan respons biologis pasien seperti kejang demam pada anak. Penelitian kualitatif studi kasus ini bertujuan menganalisis kesenjangan (policy gap) implementasi kebijakan serta merumuskan model sinergi antara Pemda Kabupaten Balangan dan BPJS Kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa diskrepan teknis antara regulasi pusat dan kondisi riil faskes daerah memerlukan respons diskresi terencana melalui penguatan sinergi inter-organisasional, pengalokasian dana APBD/DBH-CHT untuk pemenuhan sarpras Puskesmas, serta fleksibilitas kriteria kedaruratan berbasis clinical judgment tenaga medis.

Kata Kunci: Implementasi Kebijakan, JKN, FKTP, Kedaruratan Medis, BPJS Kesehatan, Kabupaten Balangan, Administrasi Publik. buatn abstrak bahasa inggris

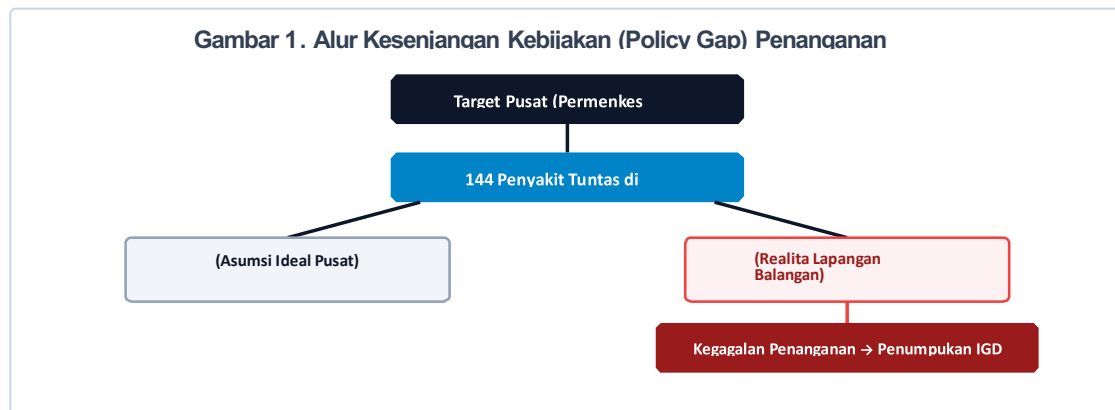
PENDAHULUAN

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, yang dilandasi oleh Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), merupakan tonggak sejarah besar dalam mewujudkan hak konstitusional atas pelayanan kesehatan. Kebijakan nasional ini dirancang untuk memberikan perlindungan finansial dan jaminan akses kesehatan komprehensif yang adil dan merata bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam konteks operasional pelayanan primer, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Kesehatan Pelayanan Primer. Regulasi tersebut menetapkan daftar 144 komorbid atau diagnosis penyakit non-spesialis yang wajib ditangani dan diselesaikan secara tuntas di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), seperti Puskesmas dan klinik pratama, tanpa perlu dirujuk ke rumah sakit rujukan sekunder.

Secara teoritis-konseptual, penetapan FKTP sebagai sistem pelapis pertama (*gatekeeper system*) memiliki implikasi strategis dalam manajemen pelayanan publik. Konsep ini bertujuan untuk mengendalikan efisiensi biaya kesehatan (*cost containment*), meminimalkan risiko penumpukan pasien pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL), serta mengoptimalkan peran promotif dan preventif Puskesmas di tingkat lokal. Namun, pada tataran empiris dan aplikasi operasional di daerah, implementasi kebijakan *gatekeeper* mendapati hambatan sistemik (*policy bottleneck*). Terjadi kesenjangan lebar antara asumsi rasionalistis pembuat kebijakan di tingkat pusat dengan kapasitas adaptif administrasi daerah dalam merespons dinamika kebutuhan masyarakat yang beragam.

Di Kabupaten Balangan, Provinsi Kalimantan Selatan, permasalahan ini mengemuka dalam wujud diskrepansi fungsional. Wilayah administratif yang mencakup 8 kecamatan ini memiliki karakteristik geografis, demografis, dan aksesibilitas instrumen kesehatan yang beragam. Puskesmas yang tersebar di 8 kecamatan tersebut dibebani amanat untuk menjadi pertahanan utama penanganan 144 penyakit. Kendati demikian, kenyataan di lapangan menunjukkan keterbatasan kapasitas struktural yang mendasar: fasilitas Unit Gawat Darurat (UGD) Puskesmas belum ditunjang oleh sarana dan prasarana (sarpras) medis yang memadai, ketersediaan reagen laboratorium esensial sangat terbatas, obat-obatan emergensi sering mengalami kekosongan pasokan, serta rasio ketersediaan dokter umum dan perawat tersertifikasi kegawatdaruratan belum proporsional.

Dampak langsung dari tidak optimalnya kinerja FKTP ini berantai pada persepsi dan perilaku pencarian pertolongan kesehatan (*illness behavior*) oleh masyarakat. Ketika anggota keluarga mengalami kondisi kritis akut—seperti demam tinggi pada balita—secara psikologis masyarakat mengategorikannya sebagai situasi gawat darurat yang mengancam jiwa. Akibat keraguan atas kesiapan alat diagnosis dan keterbatasan jam operasional UGD Puskesmas di wilayahnya, warga cenderung memintas prosedur rujukan berjenjang dan memilih untuk membawa pasien langsung ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Balangan. Alur dinamika kemacetan kebijakan ini digambarkan dalam struktur alur kerja berikut:



Persoalan menjadi kian rumit ketika tindakan pencarian keselamatan medis tersebut berbenturan dengan sistem verifikasi klaim BPJS Kesehatan. Berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 dan Permenkes Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan, kriteria gawat darurat yang ditanggung oleh JKN didefinisikan secara kuantitatif-pasti. Misalnya, indikator demam (febris) baru dinyatakan sebagai kondisi gawat darurat apabila suhu tubuh pasien terukur mencapai $\geq 39^{\circ}\text{C}$.

Penetapan indikator berbasis ambang batas tunggal ini mengabaikan heterogenitas fisiologis dan batas toleransi tubuh manusia. Bagi anak-anak atau balita dengan riwayat kejang demam (*febrile seizures*), peningkatan suhu tubuh pada kisaran $37,5^{\circ}\text{C}$ hingga 38°C sudah cukup untuk mencetuskan bangkitan kejang hebat yang mengancam keselamatan sistem saraf pusat dan jiwa pasien. Ketika pasien balita dengan kondisi kejang pada suhu 38°C dilarikan ke IGD Rumah Sakit, klaim pembiayaannya sering kali ditolak (*unclaimed status*) oleh verifikasi BPJS karena dianggap tidak memenuhi syarat administratif kedaruratan. Fenomena ini menciptakan keputusan sosial dan beban keuangan tak terduga bagi masyarakat miskin.

Oleh karena itu, artikel ilmiah ini berupaya mengevaluasi kesenjangan kebijakan (*policy gap*) implementasi penanganan 144 penyakit di FKTP serta menganalisis dilema kriteria kedaruratan medis BPJS Kesehatan di Kabupaten Balangan. Penelitian ini ditujukan untuk merumuskan model sinergi inter-organisasional antara Pemerintah Daerah Kabupaten Balangan, Dinas Kesehatan, dan BPJS Kesehatan guna menjamin ketersediaan pelayanan publik yang inklusif, adil, dan humanis.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus deskriptif-analitis (Creswell & Poth, 2018). Pemilihan pendekatan ini didasarkan pada kebutuhan untuk mengeksplorasi secara mendalam fenomena kompleks mengenai implementasi kebijakan publik dan dinamika kelembagaan di tingkat lokal. Lokasi penelitian berfokus di Kabupaten Balangan, Provinsi Kalimantan Selatan, yang meliputi Dinas Kesehatan Kabupaten Balangan, BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten Balangan, RSUD Balangan, serta sampel Puskesmas yang mewakili 8 kecamatan (Puskesmas Paringin, Baturandi, Awayan, Juai, Lampihong, Halong, Tebing Tinggi, dan Paringin Selatan).

Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) terstruktur dengan pemangku kepentingan kunci (*key informants*), yang terdiri dari: Pejabat Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, Dokter Jaga UGD, Verifikator Klaim BPJS Kesehatan, serta pasien/keluarga pasien peserta JKN. Data sekunder dikumpulkan melalui studi dokumentasi terhadap regulasi

nasional, Laporan Kinerja Puskesmas, data rujukan medis, serta rekapitulasi klaim gawat darurat. Teknik analisis data mengadopsi model interaktif Miles, Huberman, dan Saldana (2014), yang meliputi tiga jalur kegiatan secara bersamaan: kondensasi data, penyajian data (*data display*), serta penarikan kesimpulan atau verifikasi. Kerangka analisis diintegrasikan dengan Teori Implementasi Kebijakan George C. Edward III (1984), Konsep *Collaborative Governance* Ansell dan Gash (2007), serta Prinsip Keadilan Pelayanan Publik (*Public Service Equity*) Nigro dan Nigro (1989).

HASIL DAN PEMBAHASAN

1 ANALISIS KESENJANGAN (POLICY GAP) PENANGANAN 144 PENYAKIT DI PUSKESMAS

Mandat Permenkes Nomor 5 Tahun 2014 menetapkan bahwa 144 komorbiditas penyakit non-spesialis harus diselesaikan secara tuntas pada level FKTP. Regulasi ini disusun di tingkat makro berasumsi bahwa seluruh Puskesmas di Indonesia berada dalam kondisi ideal, memiliki kesiapan instrumen medis seragam, sarana laboratorium memadai, serta ketersediaan tenaga medis yang mencukupi. Namun, evaluasi empiris pada 8 kecamatan di Kabupaten Balangan menunjukkan ketimpangan struktural yang tajam.

Mengacu pada teori implementasi kebijakan George C. Edward III (1984), keberhasilan penyerapan suatu regulasi ditentukan oleh empat variabel mendasar: Komunikasi, Sumber Daya, Disposisi, dan Struktur Birokrasi. Dalam konteks Kabupaten Balangan, kendala utama bersumber dari variabel Keterbatasan Sumber Daya (*Resources Inadequacy*) dan ketidaksesuaian antara Policy Capacity pusat dengan Local Reality di daerah. Pemetaan ketersediaan sarana dan prasarana medis pada UGD Puskesmas di 8 kecamatan Kabupaten Balangan disajikan dalam Tabel 1 berikut:

Tabel 1 . Pemetaan Kesiapan Sarpras UGD dan Laboratorium Puskesmas di 8 Kecamatan Kabupaten Balangan

Kecamatan	Ketersediaan Dokter Umum	Fasilitas Lab & Reagen Hematologi	Peralatan UGD (EKG, Oksigen, Kit Gadar)	Status Penanganan 144 Penyakit
Paringin	Tersedia (3 Dokter)	Lengkap (Hematology Analyzer)	Memadai	Tuntas Sebagian (75%)
Paringin Selatan	Tersedia (2 Dokter)	Terbatas (Cek Darah Sederhana)	Kurang Memadai	Belum Tuntas (55%)
Batumandi	Tersedia (2 Dokter)	Terbatas (Reagen Sering Kosong)	Kurang Memadai	Belum Tuntas (50%)
Awayan	Tersedia (1 Dokter)	Sangat Terbatas (Manual)	Sangat Minima	Belum Tuntas (40%)
Juai	Tersedia (1 Dokter)	Terbatas	Kurang Memadai	Belum Tuntas (45%)
Lampihong	Tersedia (2 Dokter)	Terbatas	Kurang Memadai	Belum Tuntas (50%)

Halong	Tersedia (1 Dokter)	Sangat Terbatas (Geografis Sulit)	Sangat Minimal	Belum Tuntas (35%)
Tebing Tinggi	Tersedia (1 Dokter)	Sangat Terbatas (Manual)	Sangat Minimal	Belum Tuntas (30%)

Berdasarkan data pada Tabel 1, tampak jelas bahwa dari 8 kecamatan, hanya Puskesmas Paringin yang memiliki persentase ketuntasan di atas 70%. Sementara itu, wilayah pedalaman seperti Halong, Tebing Tinggi, dan Awayan mengalami defisit sarana diagnosis yang sangat serius. Keterbatasan reagen pemeriksaan darah lengkap, ketidaktersediaan instrumen Elektrokardiogram (EKG) untuk deteksi kegawatdaruratan kardiovaskular, serta minimnya persediaan obat-obatan emergensi menyebabkan para dokter umum di Puskesmas enggan mengambil risiko medis (*medical risk*).

Dalam perspektif hukum kesehatan, penanganan pasien tanpa instrumen diagnosis yang standar berisiko memicu kelalaian medis (*malpractice*). Akibatnya, dokter di Puskesmas secara rasional memilih untuk merujuk pasien ke RSUD Balangan meskipun diagnosis penyakit pasien secara formal masuk dalam daftar 144 komorbid non-spesialis. Hal ini membuktikan bahwa kebijakan yang dirancang secara homogen dari pusat tanpa memperhitungkan variasi kapasitas fiskal dan infrastruktur daerah melahirkan kegagalan penyerapan (*implementation deficit*).

2 DILEMA ADMINISTRASI KEDARURATAN MEDIS: REGULASI KAKU BPJS VS REALITA BIOLOGIS PASIEN

Persoalan krusial kedua yang ditemukan di Kabupaten Balangan adalah benturan paradigma antara aturan administrasi pembiayaan kesehatan dengan prinsip keselamatan medis pasien. Penentuan kriteria gawat darurat oleh BPJS Kesehatan, yang berpatokan pada Permenkes No. 47 Tahun 2018 dan Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014, secara teknis menggunakan kriteria indikator kuantitatifkaku.

Dilema mendasar terjadi pada kasus kegawatdaruratan pediatrik, khususnya kasus demam tinggi). Sistem verifikasi klaim BPJS menetapkan bahwa kondisi demam baru dapat diklaim sebagai kasus gawat darurat yang ditanggung JKN jika suhu tubuh pasien saat tiba di IGD terukur $\geq 39^{\circ}\text{C}$. Kriteria yang terlampaui statistik dan mekanistik ini berhadapan langsung dengan komplikasi fenomena biologis manusia di lapangan. Penjelasannya dapat dipetakan melalui perbandingan berikut:

- Aturan Baku Administrasi BPJS: Mensyaratkan angka parameter spesifik mutlak (suhu $\geq 39^{\circ}\text{C}$). Apabila suhu tubuh pasien terukur $38,2^{\circ}\text{C}$, secara otomatis sistem verifikasi menolak klaim pelayanan IGD dan mengategorikannya sebagai kasus non-emergency.
- Realita Biologis & Fisiologis Pasien: Ambang batas kejang (*seizure threshold*) setiap anak sangat individual. Pada balita dengan riwayat kejang demam kompleks, peningkatan suhu pada ambang $37,8^{\circ}\text{C}$ hingga $38,5^{\circ}\text{C}$ sudah mampu memicu bangkitan kejang klonik, hipoksia jaringan otak, hingga risiko kecacatan permanen atau kematian.
- Dilema Administrasi Rumah Sakit: Ketika pasien balita yang sedang mengalami kejang pada suhu $38,2^{\circ}\text{C}$ dibawa oleh orang tuanya langsung ke IGD RSUD Balangan, pihak RS berada pada posisi serba salah. Jika RS memberikan pertolongan medis penuh, klaim pembiayaannya terancam menjadi *unclaimable bill* (ditolak BPJS). Sebaliknya, jika RS menolak atau menunda pertolongan, hal itu melanggar etika kedokteran dan Undang-Undang Kesehatan.

"Penggunaan kriteria numerik kaku dalam mendefinisikan kegawatdaruratan medis memicu fenomena *Displacement of Means for Ends*. Instrumen aturan yang semula diciptakan sebagai alat kendali mutu dan pembiayaan justru menggeser tujuan utama pelayanan publik, yaitu penyelamatan jiwa manusia."

Sosiolog Robert K. Merton (1957) mengintroduksi konsep *Displacement of Means for Ends*, di mana instrumen atau aturan yang diciptakan untuk mencapai tujuan organisasi berubah menjadi tujuan itu sendiri (*bureaucratic ritualism*). Dalam kasus klaim BPJS Kesehatan di Balangan, verifikasi klaim berfokus pada pemenuhan angka kaku ketimbang kondisi klinis objektif yang dihadapi dokter. Dampak sosial dari ketaatan kaku terhadap aturan ini adalah munculnya beban biaya mandiri (*out-of-pocket expenditure*) secara mendadak bagi keluarga pasien miskin, serta potensi konflik verbal dan fisik antara pihak keluarga pasien dengan petugas rumah sakit.

3 SOLUSI KEBIJAKAN DAN MODEL SINERGI INTER-ORGANISASIONAL

Mengurai kompleksitas ketidaksesuaian kebijakan ini memerlukan perubahan paradigma tata kelola dari pola sektoral yang kaku menuju pendekatan **Collaborative Governance** (Ansell & Gash, 2007). Pemerintah Daerah Kabupaten Balangan, Dinas Kesehatan, RSUD Balangan, dan BPJS Kesehatan Cabang Barabai/Balangan harus duduk bersama merumuskan konsensus lokal yang menjembatani aturan nasional dengan realitas geografis dan biologis di daerah.

Model kerangka kerja kolaboratif dan perumusan diskresi terencana antara Pemerintah Daerah Kabupaten Balangan dan BPJS Kesehatan dapat dipetakan sebagaimana disajikan pada Gambar 2:



Rekomendasi pemecahan masalah dirumuskan ke dalam tiga tingkatan operasional yang saling melengkapi:

a. Solusi Jangka Pendek (Diskresi Kebijakan dan MoU Kedaruratan Lokal):

Pemerintah Daerah Kabupaten Balangan bersama BPJS Kesehatan perlu menandatangani Memorandum of Understanding (MoU) khusus mengenai penanganan kegawatdaruratan lokal. MoU ini memuat *Clinical Judgment Clause*, yang memberikan kewenangan otoratif penuh kepada dokter jaga IGD rumah sakit untuk menentukan status kedaruratan berdasarkan pertimbangan medis profesional (bukan sekadar angka suhu). Selain itu, Pemda Balangan dapat mengalokasikan dana pendampingan (*Bridging Fund*) melalui APBD untuk menanggung biaya pengobatan pasien kritis yang klaimnya tertolak oleh sistem verifikasi BPJS akibat kriteria teknis.

b. Solusi Jangka Menengah (Standardisasi Sarpras UGD dan Laboratorium Puskesmas):

Dinas Kesehatan Kabupaten Balangan harus merealokasi anggaran APBD, Dana Alokasi Khusus (DAK) Kesehatan, serta Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH-CHT) untuk melengkapi peralatan diagnosis di 8 Puskesmas kecamatan. Target utamanya adalah penyediaan alat Hematology Analyzer, EKG portabel, pasokan oksigen yang terjamin, serta ketersediaan reagen laboratorium secara berkesinambungan. Sejalan dengan perbaikan sarpras, peningkatan kapasitas dokter dan perawat melalui pelatihan *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) dan *Pediatric Advanced Life Support* (PALS) harus dijadwalkan secara berkala.

c. Solusi Jangka Panjang (Sistem Rujukan Terintegrasi dan Telemedicine):

Penguatan sistem Sistem Rujukan Terpadu (SISRUTE) yang terintegrasi dengan layanan Public Safety Center (PSC) 119 Kabupaten Balangan. Melalui pemanfaatan teknologi *telemedicine*, dokter umum di Puskesmas kecamatan dapat melakukan konsultasi langsung secara real-time dengan dokter spesialis anak atau spesialis penyakit dalam di RSUD Balangan sebelum memutuskan rujukan.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan, dapat disimpulkan bahwa implementasi kebijakan penanganan 144 penyakit di FKTP Kabupaten Balangan belum berjalan secara optimal. Hal ini disebabkan oleh timbulnya kesenjangan kebijakan (*policy gap*) antara regulasi ideal yang ditetapkan pemerintah pusat dengan kapasitas sumber daya sarana, prasarana, serta fasilitas UGD Puskesmas di 8 kecamatan. Di samping itu, penentuan kriteria kedaruratan medis oleh BPJS Kesehatan yang mengandalkan parameter kuantitatif kaku (seperti batas suhu $\geq 39^{\circ}\text{C}$ untuk febris) terbukti menimbulkan dilema administrasi dan kegagalan perlindungan bagi masyarakat, khususnya pasien balita yang rentan mengalami kejang demam pada suhu tubuh yang lebih rendah.

Sebagai implikasi praktis dan rekomendasi kebijakan, langkah-langkah strategis berikut perlu segera direalisasikan:

1. Pemerintah Daerah Kabupaten Balangan: Memprioritaskan pengalokasian dana APBD dan DBH-CHT untuk standardisasi peralatan medis UGD serta reagen laboratorium Puskesmas di 8 kecamatan, serta memformulasi Peraturan Bupati tentang Dana Pendampingan Kedaruratan Kesehatan.
2. BPJS Kesehatan: Melakukan evaluasi kebijakan teknis (*policy review*) bersama Ikatan Dokter Indonesia (IDI) guna mentransformasi kriteria gawat darurat agar berbasis pada pertimbangan klinis medis (*clinical judgment*) yang humanis dan adil.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Balangan: Menyusun SOP Rujukan Terpadu berbasis SISRUTE, memperkuat operasional PSC 119, serta menyelenggarakan pelatihan kegawatdaruratan medis secara berkesinambungan bagi tenaga kesehatan di FKTP.

REFERENCES

- Ansell, C., & Gash, A. (2018). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 28(4), 543-571.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2021). *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: BPJS

Kesehatan.

- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (4th ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Dwianto, A., & Rahmasari, N. (2020). Evaluasi fungsi gatekeeper Puskesmas dalam era Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 9(2), 88-96.
- Edward III, G. C. (2020). *Implementing Public Policy: Issues, Models, and Challenges*. Washington, D.C.: Congressional Quarterly Press.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2022 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Kesehatan Pelayanan Primer*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2019). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (4th ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Nigro, F. A., & Nigro, L. G. (2017). *Modern Public Administration: Public Equity and Governance*. New York: Harper & Row.
- Pratiwi, E., & Kurniawan, B. (2021). Dilema kriteria gawat darurat medis BPJS Kesehatan di instalasi gawat darurat rumah sakit daerah. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 9(1), 45-58.
- Purwanto, E. A., & Sulistastuti, D. R. (2017). *Implementasi Kebijakan Publik: Konsep dan Aplikasinya di Indonesia*. Yogyakarta: Gava Media.
- Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105. Jakarta.
- Suryadi, T., & Herman, M. (2019). Diskrepsi dokter dan tanggung jawab hukum dalam kondisi gawat darurat medis. *Jurnal Etika dan Hukum Kedokteran Indonesia*, 15(3), 112-125.
- World Health Organization. (2021). *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2021 Monitoring Report*. Geneva: World Health Organization.