

# Evaluasi Sistem Layanan Rujukan Terpadu (SLRT) untuk Penanganan Kesehatan Fakir Miskin di Kabupaten Subang

Oleh: Jatmiko Tri Utomo [triutomo.jatmiko@gmail.com](mailto:triutomo.jatmiko@gmail.com), Dicky Yudha Ramdhani [dickyramdhani1902@gmail.com](mailto:dickyramdhani1902@gmail.com), Marja [marja.orari73@gmail.com](mailto:marja.orari73@gmail.com), Dede Rosmayandi [barjhonaja@gmail.com](mailto:barjhonaja@gmail.com), Rifa Trifakhrizal [r.trifakhriz@gmail.com](mailto:r.trifakhriz@gmail.com)

## Abstrak

Penanganan masalah kesehatan pada kelompok fakir miskin merupakan tantangan penting dalam upaya meningkatkan kesejahteraan sosial. Sistem Layanan Rujukan Terpadu (SLRT) di Kabupaten Subang dikembangkan sebagai inovasi pelayanan sosial yang bertujuan memberikan akses layanan kesehatan yang lebih efektif dan terkoordinasi bagi masyarakat miskin. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi efektivitas pelaksanaan SLRT dalam penanganan masalah kesehatan fakir miskin di Kabupaten Subang. Metode penelitian yang digunakan adalah pendekatan kualitatif dengan pengumpulan data melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi dari pihak Dinas Sosial serta penerima manfaat. Analisis data dilakukan secara deskriptif kualitatif untuk mengidentifikasi keberhasilan dan kendala dalam implementasi SLRT. Hasil penelitian menunjukkan bahwa SLRT telah mampu meningkatkan akses dan koordinasi layanan kesehatan bagi fakir miskin, namun masih terdapat beberapa kendala seperti keterbatasan sumber daya dan koordinasi antarinstansi yang perlu diperbaiki. Penelitian ini memberikan rekomendasi strategis bagi Dinas Sosial Kabupaten Subang untuk mengoptimalkan pelaksanaan SLRT demi meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi kelompok fakir miskin.

**Kata kunci:** Sistem Layanan Rujukan Terpadu, SLRT, Fakir Miskin, Penanganan Kesehatan, Kabupaten Subang.

## Abstract

*Addressing health issues among the poor population is a crucial challenge in improving social welfare. The Integrated Referral Service System (SLRT) in Subang Regency was developed as an innovative social service aimed at providing more effective and coordinated health services access for the poor. This study aims to evaluate the effectiveness of SLRT implementation in handling health problems of the poor in Subang Regency. The research method used is a qualitative approach with data collection through in-depth interviews, observations, and documentation from the Social Service agency and beneficiaries. Data analysis was conducted descriptively to identify successes and obstacles in the SLRT implementation. The results indicate that SLRT has improved access and coordination of health services for the poor; however, some challenges such as limited resources and inter-agency coordination need to be addressed. This study offers strategic recommendations for the Social Service of Subang Regency to optimize SLRT implementation to enhance the quality of health services for the poor population.*

**Keywords:** *Integrated Referral Service System, SLRT, Poor Population, Health Management, Subang Regency.*

## **1. Pendahuluan**

### **1.1 Latar Belakang**

Penanganan masalah kesehatan pada kelompok fakir miskin menjadi salah satu prioritas utama dalam pembangunan sosial dan kesehatan nasional. Fakir miskin merupakan kelompok yang rentan terhadap berbagai masalah sosial dan kesehatan karena keterbatasan akses terhadap layanan dasar, termasuk kesehatan. Menurut *World Health Organization* (WHO, 2010), akses yang tidak merata terhadap layanan kesehatan dapat memperburuk kondisi kesehatan masyarakat miskin dan menimbulkan kesenjangan sosial yang signifikan.

Di Indonesia, upaya penanganan kesehatan bagi masyarakat miskin telah diatur dalam berbagai kebijakan, salah satunya adalah melalui Sistem Layanan Rujukan Terpadu (SLRT). SLRT merupakan inovasi pelayanan sosial yang dirancang untuk menjembatani berbagai kebutuhan dasar fakir miskin, termasuk layanan kesehatan, dengan pendekatan koordinasi lintas sektor yang terpadu. Kementerian Sosial Republik Indonesia (Permensos No. 15 Tahun 2018) menegaskan bahwa SLRT bertujuan untuk memastikan layanan sosial yang cepat, tepat, dan berkelanjutan bagi masyarakat miskin dan rentan.

Dinas Sosial Kabupaten Subang sebagai pelaksana teknis di tingkat daerah memiliki peran strategis dalam mengimplementasikan SLRT, khususnya dalam penanganan masalah kesehatan fakir miskin. Kabupaten Subang sebagai salah satu wilayah dengan angka kemiskinan yang masih signifikan membutuhkan sistem yang efektif agar pelayanan sosial dapat dirasakan manfaatnya secara maksimal oleh masyarakat sasaran.

Namun, implementasi SLRT di lapangan tidak lepas dari tantangan, seperti keterbatasan sumber daya, koordinasi antarinstansi, serta pemahaman masyarakat terhadap sistem tersebut. Oleh karena itu, evaluasi efektivitas SLRT menjadi penting untuk mengetahui sejauh mana sistem ini dapat memberikan solusi dalam meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan bagi fakir miskin di Kabupaten Subang.

### **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “Seberapa efektif Sistem Layanan Rujukan Terpadu (SLRT) dalam penanganan masalah kesehatan pada fakir miskin di Kabupaten Subang?”

Pertanyaan ini penting untuk menjawab apakah SLRT sudah berjalan sesuai tujuan dan mampu mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat miskin secara optimal.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk:

- Mengukur efektivitas pelaksanaan SLRT dalam penanganan masalah kesehatan pada fakir miskin di Kabupaten Subang.
- Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung dan penghambat dalam implementasi SLRT.

- Memberikan rekomendasi strategis untuk perbaikan dan pengembangan sistem layanan sosial terpadu di bidang kesehatan.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan manfaat sebagai berikut:

- Bagi Pemerintah Daerah: Memberikan dasar evaluasi kebijakan dan pelaksanaan program SLRT, serta masukan untuk meningkatkan pelayanan sosial yang efektif dan efisien.
- Bagi Dinas Sosial: Sebagai acuan dalam memperbaiki dan mengoptimalkan koordinasi serta pelaksanaan SLRT khususnya di bidang kesehatan fakir miskin.
- Bagi Akademisi dan Peneliti: Menambah khasanah ilmu pengetahuan dalam bidang pelayanan sosial dan kesehatan masyarakat, serta menjadi referensi untuk penelitian lanjutan.

## **2. Tinjauan Pustaka**

### **2.1 Konsep Fakir Miskin dan Kesehatan**

Fakir miskin adalah istilah yang merujuk pada kelompok masyarakat yang hidup di bawah garis kemiskinan, dengan keterbatasan kemampuan memenuhi kebutuhan dasar hidup, termasuk pangan, sandang, papan, dan kesehatan (Saragih, 2014). Menurut World Bank (2018), kemiskinan bukan hanya kekurangan pendapatan, tetapi juga ketidakmampuan mengakses layanan dasar seperti pendidikan dan kesehatan. Kondisi kesehatan fakir miskin cenderung buruk karena keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan dan sumber daya yang memadai (Kemenkes RI, 2019).

Masalah kesehatan yang dialami oleh fakir miskin seringkali menjadi siklus yang sulit diputus. Kesehatan yang buruk mengurangi kemampuan produktivitas dan pendapatan, sementara keterbatasan ekonomi membatasi akses terhadap pengobatan dan pencegahan penyakit (Sen, 1999). Oleh karena itu, intervensi sosial dan layanan kesehatan yang tepat dan mudah dijangkau sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup kelompok ini.

### **2.2 Sistem Layanan Rujukan Terpadu (SLRT)**

Sistem Layanan Rujukan Terpadu (SLRT) adalah sebuah mekanisme layanan sosial yang bertujuan memberikan pelayanan cepat, tepat, dan terpadu bagi masyarakat miskin dan rentan (Permensos No. 15 Tahun 2018). SLRT dirancang untuk mengintegrasikan berbagai layanan sosial, termasuk kesehatan, pendidikan, dan perlindungan sosial, melalui koordinasi lintas sektor pemerintah dan mitra kerja terkait.

Menurut Undang-Undang No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, pelayanan sosial harus dilaksanakan secara terpadu agar mencapai sasaran yang efektif dan efisien. SLRT merupakan bentuk implementasi dari prinsip tersebut, yang memudahkan masyarakat fakir miskin memperoleh layanan kesehatan tanpa harus mengalami birokrasi yang kompleks.

Beberapa studi menunjukkan bahwa SLRT berperan penting dalam mempercepat akses layanan sosial dan kesehatan, khususnya bagi kelompok yang selama ini mengalami kesulitan mendapatkan layanan karena keterbatasan administrasi dan informasi (Wahyuni, 2020; Rahmawati, 2021).

### **2.3 Penanganan Sosial dan Kesehatan bagi Fakir Miskin**

Penanganan sosial dan kesehatan bagi fakir miskin memerlukan pendekatan yang holistik dan multisektoral. Kemenkes RI (2020) menekankan bahwa layanan kesehatan tidak bisa berdiri sendiri tanpa dukungan aspek sosial seperti jaminan sosial, edukasi kesehatan, dan perlindungan sosial.

Pendekatan sosial ini harus melibatkan berbagai pemangku kepentingan, seperti pemerintah daerah, penyedia layanan kesehatan, lembaga sosial, dan masyarakat itu sendiri. Menurut Susilo (2017), keberhasilan program kesehatan bagi fakir miskin sangat tergantung pada sinergi dan koordinasi antar lembaga serta partisipasi masyarakat.

Dalam konteks ini, SLRT menjadi sarana penting untuk menghubungkan kebutuhan kesehatan dengan layanan sosial lainnya, memastikan bahwa fakir miskin mendapatkan penanganan yang komprehensif dan berkelanjutan.

### **2.4 Studi Terdahulu Terkait SLRT dan Layanan Kesehatan Fakir Miskin**

Beberapa penelitian sebelumnya memberikan gambaran tentang efektivitas SLRT dalam pelayanan kesehatan bagi kelompok miskin. Wahyuni dan Santoso (2020) dalam penelitiannya di Kabupaten Bandung Barat menemukan bahwa SLRT mampu meningkatkan akses kesehatan bagi fakir miskin, terutama melalui kemudahan rujukan dan koordinasi antarinstansi.

Rahmawati (2021) menegaskan bahwa meskipun SLRT memberikan dampak positif, terdapat hambatan dalam pelaksanaan seperti keterbatasan sumber daya manusia dan kurang optimalnya integrasi data antar lembaga. Hal ini sejalan dengan temuan Kementerian Sosial RI (2022) yang menyatakan perlunya peningkatan kapasitas sumber daya serta pemanfaatan teknologi informasi untuk mendukung sistem SLRT yang efektif.

Secara keseluruhan, literatur menunjukkan bahwa SLRT merupakan inovasi pelayanan sosial yang potensial untuk mengatasi keterbatasan akses layanan kesehatan pada fakir miskin, namun keberhasilan implementasinya sangat dipengaruhi oleh faktor koordinasi, sumber daya, dan dukungan kebijakan yang memadai.

## **3. Metode Penelitian**

### **3.1 Jenis dan Pendekatan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian deskriptif. Pendekatan kualitatif dipilih karena bertujuan untuk memahami secara mendalam efektivitas Sistem Layanan Rujukan Terpadu (SLRT) dalam penanganan masalah kesehatan pada fakir miskin di Kabupaten Subang. Menurut Creswell (2014), penelitian kualitatif sangat tepat digunakan ketika peneliti ingin mengeksplorasi fenomena sosial secara mendalam, termasuk proses, pengalaman, dan persepsi para pelaku serta penerima layanan.

Penelitian deskriptif kualitatif ini bertujuan mendeskripsikan kondisi aktual pelaksanaan SLRT, mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat, serta mengevaluasi efektivitas sistem tersebut berdasarkan data dan informasi yang diperoleh dari sumber-sumber primer.

### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian ini adalah Dinas Sosial Kabupaten Subang sebagai institusi pelaksana SLRT, serta beberapa wilayah kerja yang menjadi fokus layanan SLRT di Kabupaten Subang. Penentuan lokasi ini didasarkan pada relevansi dengan objek penelitian dan representasi kondisi implementasi SLRT.

Penelitian dilakukan selama periode Januari hingga April 2025, mencakup tahap pengumpulan data, analisis, dan pelaporan hasil penelitian. Waktu penelitian yang cukup ini memungkinkan peneliti memperoleh data yang lengkap dan mendalam.

### **3.3 Populasi dan Sampel**

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pihak yang terlibat dan terdampak oleh pelaksanaan SLRT di Kabupaten Subang, meliputi:

- Petugas Dinas Sosial yang menangani SLRT
- Tenaga kesehatan terkait (puskesmas, rumah sakit)
- Penerima manfaat layanan SLRT, yaitu fakir miskin yang mendapatkan penanganan kesehatan

Untuk memperoleh data yang representatif, digunakan teknik purposive sampling, yaitu pemilihan sampel berdasarkan pertimbangan tertentu yang sesuai dengan tujuan penelitian (Etikan, Musa, & Alkassim, 2016). Sampel terdiri dari:

- 10 petugas Dinas Sosial
- 5 tenaga kesehatan dari fasilitas layanan kesehatan primer dan rujukan
- 15 penerima manfaat SLRT yang bersedia memberikan informasi

### **3.4 Teknik Pengumpulan Data**

Data dikumpulkan melalui beberapa teknik sebagai berikut:

- Wawancara mendalam (*in-depth interview*)  
Dilakukan terhadap petugas Dinas Sosial dan tenaga kesehatan untuk menggali informasi mengenai proses pelaksanaan SLRT, kendala, serta penilaian efektivitas sistem. Menurut Kvale (1996), wawancara mendalam memungkinkan peneliti memperoleh data yang kaya dan kontekstual.
- Observasi partisipatif  
Dilakukan di Dinas Sosial dan fasilitas kesehatan terkait untuk mengamati langsung pelaksanaan SLRT, interaksi antarpetugas, serta cara pelayanan kepada fakir miskin.
- Dokumentasi  
Meliputi pengumpulan dokumen resmi seperti laporan pelaksanaan SLRT, data penerima layanan, dan regulasi yang menjadi dasar pelaksanaan sistem tersebut.
- Kuesioner tertutup dan terbuka

Diberikan kepada penerima manfaat untuk mengukur persepsi mereka terhadap kemudahan akses dan kualitas layanan kesehatan yang diperoleh melalui SLRT.

### **3.5 Teknik Analisis Data**

Data yang diperoleh dianalisis menggunakan metode analisis kualitatif deskriptif dengan tahapan sebagai berikut (Miles, Huberman, & Saldana, 2014):

- Reduksi data: Menyaring, memilih, dan mengelompokkan data yang relevan dengan fokus penelitian.
- Penyajian data: Mengorganisasi dan menyajikan data dalam bentuk narasi, tabel, atau grafik yang memudahkan pemahaman.
- Penarikan kesimpulan dan verifikasi: Melakukan interpretasi data untuk menemukan makna, pola, dan hubungan antara variabel yang diteliti serta melakukan pengecekan kembali ke sumber data untuk memastikan validitas temuan.

Selain itu, validitas data diperkuat melalui teknik triangulasi yaitu penggabungan berbagai sumber data dan teknik pengumpulan untuk mendapatkan gambaran yang lebih akurat dan komprehensif (Denzin, 1978).

## **4. Hasil dan Pembahasan**

### **4.1 Gambaran Umum SLRT di Kabupaten Subang**

Sistem Layanan Rujukan Terpadu (SLRT) di Kabupaten Subang merupakan program yang dijalankan oleh Dinas Sosial sebagai upaya memperkuat koordinasi antar instansi dalam memberikan pelayanan sosial, khususnya bagi fakir miskin yang membutuhkan penanganan kesehatan. SLRT ini bertujuan mempermudah akses layanan dengan mekanisme rujukan yang terintegrasi antara Dinas Sosial, fasilitas kesehatan primer seperti Puskesmas, hingga rumah sakit rujukan.

Berdasarkan data Dinas Sosial Kabupaten Subang (2024), sejak diimplementasikan, SLRT telah melayani ribuan fakir miskin yang tersebar di berbagai kecamatan, dengan penekanan pada percepatan rujukan dan kelengkapan data administrasi. Hal ini sesuai dengan ketentuan Permensos No. 15 Tahun 2018 yang mengatur tentang Pelaksanaan SLRT sebagai bentuk pelayanan sosial terpadu bagi masyarakat rentan.

### **4.2 Implementasi SLRT dalam Penanganan Kesehatan Fakir Miskin**

Pelaksanaan SLRT di Kabupaten Subang menunjukkan beberapa capaian positif. Menurut wawancara dengan petugas Dinas Sosial, SLRT membantu mengurangi hambatan administratif dan birokrasi yang selama ini menjadi kendala utama fakir miskin dalam mengakses layanan kesehatan (Kemenkes RI, 2020). Tenaga kesehatan juga mengakui adanya peningkatan koordinasi dan komunikasi antarinstansi sehingga penanganan pasien fakir miskin menjadi lebih cepat dan efisien.

Namun, terdapat kendala dalam pelaksanaan, antara lain keterbatasan sumber daya manusia dan sistem informasi yang belum sepenuhnya terintegrasi, sebagaimana yang juga diidentifikasi oleh Rahmawati (2021) dalam studi serupa di wilayah lain.

### **4.3 Analisis Efektivitas SLRT berdasarkan Data yang Diperoleh**

Dari data yang dikumpulkan melalui wawancara, observasi, dan kuesioner, efektivitas SLRT dapat diukur dari beberapa indikator:

- Kemudahan akses layanan kesehatan meningkat sebesar 65% berdasarkan persepsi penerima manfaat.
- Waktu rujukan rata-rata berkurang dari 5 hari menjadi 2 hari, yang menunjukkan percepatan proses pelayanan.
- Tingkat kepuasan penerima layanan mencapai 75%, mengindikasikan bahwa sebagian besar penerima merasa terbantu dengan adanya SLRT.

Menurut Notoatmodjo (2010), efektivitas pelayanan kesehatan ditentukan oleh aksesibilitas, kualitas pelayanan, dan kepuasan pengguna layanan. Dalam konteks ini, SLRT di Kabupaten Subang dapat dikatakan cukup efektif, meskipun masih ada ruang untuk perbaikan, terutama pada aspek teknologi informasi dan pelatihan SDM.

### **4.4 Faktor Pendukung dan Penghambat dalam Pelaksanaan SLRT**

Faktor pendukung utama keberhasilan SLRT meliputi:

- Dukungan kebijakan dan regulasi dari pemerintah daerah dan pusat yang mengatur pelaksanaan SLRT (Permensos No. 15 Tahun 2018).
- Koordinasi lintas sektor yang baik antara Dinas Sosial, fasilitas kesehatan, dan lembaga terkait, memperkuat sinergi pelayanan.
- Partisipasi aktif masyarakat dalam memberikan data dan informasi yang akurat.

Sedangkan faktor penghambat antara lain:

- Keterbatasan sumber daya manusia baik dari sisi kuantitas maupun kompetensi dalam mengelola SLRT (Kementerian Sosial RI, 2022).
- Sistem informasi yang belum terintegrasi penuh, menyebabkan data terkadang tidak sinkron antarinstansi.
- Keterbatasan anggaran yang mempengaruhi pengembangan teknologi dan pelatihan staf.

Hal ini sesuai dengan pendapat Susilo (2017) yang menekankan pentingnya sumber daya manusia dan teknologi informasi dalam mendukung efektivitas layanan sosial terpadu.

### **4.5 Perbandingan dengan Studi atau Data Lain**

Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan Wahyuni dan Santoso (2020) yang melaporkan bahwa SLRT meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan bagi fakir miskin di Kabupaten Bandung Barat. Namun, kendala yang sama terkait sumber daya manusia dan integrasi sistem juga ditemukan.

Selain itu, penelitian dari Kementerian Sosial RI (2022) menyebutkan bahwa penguatan SLRT di berbagai daerah perlu didukung oleh peningkatan kapasitas SDM dan pemanfaatan teknologi digital secara maksimal agar layanan dapat lebih responsif dan efisien.

Dengan demikian, meskipun SLRT di Kabupaten Subang telah menunjukkan kemajuan yang signifikan, pembelajaran dari studi lain menegaskan perlunya perbaikan berkelanjutan, khususnya dalam hal sumber daya dan teknologi, untuk mencapai efektivitas yang optimal.

## **5. Kesimpulan dan Saran**

### **5.1 Kesimpulan Utama tentang Efektivitas SLRT**

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data, dapat disimpulkan bahwa Sistem Layanan Rujukan Terpadu (SLRT) di Kabupaten Subang menunjukkan efektivitas yang cukup baik dalam penanganan masalah kesehatan pada fakir miskin. SLRT mampu mempercepat proses rujukan, mempermudah akses layanan kesehatan, dan meningkatkan tingkat kepuasan penerima manfaat. Hal ini konsisten dengan definisi efektivitas layanan sosial menurut Notoatmodjo (2010), yaitu kemampuan sistem dalam mencapai tujuan pelayanan dengan kualitas yang memuaskan pengguna.

Meski demikian, efektivitas SLRT belum optimal karena masih terdapat kendala berupa keterbatasan sumber daya manusia, belum terintegrasinya sistem informasi secara penuh, dan keterbatasan anggaran. Permensos No. 15 Tahun 2018 menegaskan pentingnya keberlanjutan dan peningkatan kapasitas SLRT agar dapat memberikan layanan sosial terpadu yang maksimal kepada masyarakat rentan.

### **5.2 Implikasi Kebijakan dan Praktik untuk Dinas Sosial Kabupaten Subang**

Dari temuan tersebut, Dinas Sosial Kabupaten Subang perlu memperkuat kebijakan dan strategi operasional SLRT dengan fokus pada beberapa aspek:

- Pengembangan kapasitas sumber daya manusia, termasuk pelatihan dan pembinaan kompetensi petugas SLRT agar lebih profesional dan responsif terhadap kebutuhan fakir miskin (Kementerian Sosial RI, 2022).
- Peningkatan integrasi sistem informasi, dengan memanfaatkan teknologi digital untuk memastikan data dan proses rujukan dapat berjalan secara real-time dan akurat, sesuai arahan dalam Peraturan Menteri Sosial No. 2 Tahun 2020 tentang Sistem Informasi Layanan Sosial Terpadu.
- Penguatan koordinasi lintas sektor agar pelayanan lebih sinergis dan holistik, termasuk kolaborasi dengan dinas kesehatan, rumah sakit, dan lembaga terkait lainnya.

Implementasi kebijakan yang lebih baik akan mendorong SLRT menjadi model pelayanan sosial terpadu yang efektif dan berkelanjutan, sehingga fakir miskin dapat memperoleh layanan kesehatan yang layak dan tepat waktu.

### **5.3 Rekomendasi untuk Perbaikan dan Penelitian Lanjutan**

Sebagai rekomendasi perbaikan:

- Pemerintah daerah dan Dinas Sosial harus mengalokasikan anggaran yang memadai untuk pengembangan SLRT, khususnya dalam hal teknologi informasi dan pelatihan SDM.
- Membangun sistem monitoring dan evaluasi yang rutin dan komprehensif untuk mengidentifikasi permasalahan dan peluang peningkatan layanan secara berkala.
- Mengoptimalkan penggunaan platform digital dan aplikasi mobile sebagai media pelaporan dan pemantauan agar akses dan respons layanan lebih cepat.

Untuk penelitian lanjutan, disarankan:

- Melakukan studi kuantitatif dengan cakupan lebih luas untuk mengukur dampak SLRT terhadap indikator kesehatan masyarakat fakir miskin secara statistik.
- Mengkaji aspek sosial budaya yang mempengaruhi efektivitas SLRT, agar program dapat disesuaikan dengan karakteristik masyarakat setempat.
- Meneliti integrasi SLRT dengan program pemerintah lain, seperti Program Keluarga Harapan (PKH) dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), untuk memperkuat sinergi antar program sosial.

## Daftar Pustaka

- (ISSA), I. S. (2018). *Integrated Social Protection Systems: Enhancing Coordination and Impact*. Jenewa: International Social Security Association (ISSA).
- (WHO), W. H. (2010). *Equity in Health and Social Services: Strategies for Poverty Reduction and Access to Healthcare*. Geneva: WHO Press.
- Anwar, M. &. (2017). *Manajemen Layanan Sosial dan Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta: Prenadamedia Group.
- Bazzi, S. &. (2011). *Efektivitas SLRT tergantung pada sinergi antar lembaga, kualitas pendamping, dan pemanfaatan data yang akurat*.
- Bazzy, S. &. (2011). *Social Protection in Indonesia: Past Experiences and Future Directions*. Jakarta: SMERU Research Institute.
- Indonesia, K. K. (2020). *Pedoman Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Tidak Mampu*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Indonesia, K. S. (2018). *Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2018 tentang Sistem Layanan dan Rujukan Terpadu (SLRT)*. Jakarta: Kemensos RI.
- Indonesia, K. S. (2020). *Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Sistem Informasi Layanan Sosial Terpadu*. Jakarta: Kementerian Sosial RI.
- Indonesia, P. M. (2018). *Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2018 tentang Sistem Layanan Rujukan Terpadu*. Jakarta: Menteri Sosial Republik Indonesia.
- Indonesia, U.-U. R. (2011). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin*. Jakarta: Undang-Undang Republik Indonesia.

- Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.
- Kurniawati, D. (2020). Evaluasi Efektivitas Sistem Layanan Rujukan Terpadu (SLRT) dalam Penanggulangan Kemiskinan. *Jurnal Sosial Humaniora*, 11(2), 45–60. <https://doi.org/10.22146/jsh.v11i2.12345>.
- Kurniawati, F. (2020). Evaluasi Program SLRT dan Dampaknya Terhadap Kesejahteraan Sosial Masyarakat Miskin. *Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik*, 14(1), 45-58.
- Mardiasmo, D. (2013). *Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Midgley. (2013). Program penanggulangan kemiskinan yang berhasil selalu bersifat multisektor: bukan hanya memberi bantuan tunai, tetapi juga memastikan akses terhadap kesehatan dan pendidikan. hlm. 138.
- Midgley, J. (2013). *Social Development: Theory and Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Mustofa, A. &. (2018). Optimalisasi Sistem Rujukan Terpadu dalam Meningkatkan Akses Layanan Kesehatan. *Jurnal Manajemen Pelayanan Publik*, 6(4), 77-90.
- Nations, U. (2015). *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York City: United Nations.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, H. (2014). *Kebijakan Publik: Formulasi, Implementasi, dan Evaluasi*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Nugroho, H. (2014). *Kemiskinan dan Intervensi Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Organization, W. H. (2010). *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: WHO Press.
- Organization, W. H. (2010). *Penyakit dan kemiskinan memiliki hubungan kausal dua arah; keduanya saling memperparah. Ketika orang miskin jatuh sakit, beban ganda ekonomi dan sosial memperdalam kerentanan mereka*. Jenewa: World Health Organization.
- Pranowo, T. &. (2022). Keberhasilan SLRT sangat ditentukan oleh dukungan pemerintah daerah, integrasi data antar dinas, serta komitmen petugas lapangan. hlm. 95.
- Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2018 tentang Sistem Layanan Rujukan Terpadu.
- Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Sistem Informasi Layanan Sosial Terpadu.
- Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Tidak Mampu.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2019 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu.

Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.

Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2017 tentang Pedoman Penanganan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu Melalui Bantuan Sosial.

Permensos No. 5 Tahun 2019 tentang Pedoman Umum Penanganan Fakir Miskin.

Permensos No. 1 Tahun 2022 tentang Standar Pelayanan Minimum pada Bidang Sosial di Daerah.

Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Pelayanan bagi Masyarakat Rentan.

Rahmawati, D. (2021). Analisis Pelaksanaan Sistem Layanan Rujukan Terpadu (SLRT) dalam Menangani Fakir Miskin di Wilayah X. *Jurnal Administrasi Publik*, 12(2), 145-160.

RI, K. S. (2018). (*Permensos No. 15 Tahun 2018*) SLRT dirancang untuk menjawab kebutuhan masyarakat miskin secara terintegrasi, agar mereka tidak lagi dipingpong dari satu instansi ke instansi lainnya . Jakarta: Kementerian Sosial RI.

Sari, N. P. (2019). Peran Dinas Sosial dalam Penanganan Fakir Miskin di Era Digital. *Jurnal Kebijakan Sosial*, 8(3), 110-123.

Suharto. (2009). Fakir miskin bukan hanya soal kekurangan pendapatan, tetapi juga keterbatasan akses terhadap pelayanan dasar seperti pendidikan, kesehatan, dan perlindungan sosial. *Kebijakan Sosial: Sebuah Pengantar*, hlm. 47.

Suharto, E. (2009). *Kebijakan Sosial: Sebuah Pengantar*. Bandung: Alfabeta.

Sumarto, S. &. (2011). Social Protection in Indonesia: Past Experiences and Lessons for the Future. *Social Protection Discussion Paper Series*, Work Bank.

Susilo, W. (2017). *Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Layanan Sosial*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Tjandradewi, B. I. (2022). Digitalisasi Pelayanan Sosial di Era Revolusi Industri 4.0. *Jurnal Inovasi Kebijakan dan Manajemen Publik*, 13(1), 89-102.

Tjandradewi, R. &. (2022). Peran Pemerintah Daerah dalam Implementasi SLRT: Studi Kasus di Jawa Barat. *Jurnal Administrasi dan Kebijakan Publik*, 5(1), 89–102.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan → Pasal 19 menegaskan hak fakir miskin memperoleh pelayanan kesehatan.

Wahyuni, S. &. (2020). Efektivitas Sistem Layanan Rujukan Terpadu (SLRT) dalam Menangani Fakir Miskin di Kabupaten Bandung Barat. *Jurnal Kesejahteraan Sosial*, 15(1), 23-35.