

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. HASIL PENELITIAN

##### 1. Sampel Penelitian

Data Rumah Sakit yang digunakan sebagai sampel dalam penelitian ini tersaji dalam tabel di bawah ini;

**Tabel 4.1. Data FKRTL Kabupaten Bantul**

No	Nama Rumah Sakit	Pemilik RS	Tipe RS	Kelas RS
1.	RSUD Bantul	Daerah	Pemerintah B	B
2.	RS. Dr. Suhardi Hardjolukito	Pusat	Pemerintah B	B
3.	RSK Paru Respira	Pusat	Pemerintah C	C
4.	RS. PKU Muhammadiyah Bantul	Swasta	Swasta C	C
5.	RS. Nur Hidayah	Swasta	Swasta D	D
6.	RS. Rachma Husada	Swasta	Swasta D	D
7.	RS. Santa Elisabeth	Swasta	Swasta D	D

Sumber : Data BPJS Kesehatan Kantor Cabang Yogyakarta

Rumah Sakit tersebut dipilih karena mempunyai data yang lengkap terkait dengan jumlah kunjungan pasien RJTL dan RITL serta data tentang kepuasan peserta JKN di FKRTL sebelum dan sesudah kebijakan diberlakukan.

## 2. Analisis Data

### a) Kunjungan Pasien RJTL dan RITL

Data jumlah kunjungan ini pasien RJTL dan RITL peserta JKN FKRTL se-Kabupaten Bantul akan disajikan dalam tabel berikut;

**Tabel 4.2. Jumlah Kunjungan Pasien RJTL dan RITL Peserta JKN Tahun 2014 dan 2015**

No	Rumah Sakit	Pasien RJTL		Pasien RITL	
		2014	2015	2014	2015
1.	RSUD Bantul	116452	127895	12667	11761
2.	RS. Dr. Suhardi Hardjolukito	57503	79662	5030	7079
3.	RSK Paru Respira	926	2201	340	306
4.	RS. PKU Muhammadiyah Bantul	34351	52893	5245	5689
5.	RS. Nur Hidayah	15740	21443	3258	3130
6.	RS. Rachma Husada	6637	7959	2000	2378
7.	RS. Santa Elisabeth	2798	3838	915	987

Sumber : Data BPJS Kesehatan Kantor Cabang Yogyakarta

Dari tabel diatas terlihat jumlah kunjungan terbanyak di RSUD Bantul dan paling sedikit di RSK Paru Respira.

#### 1) Uji Normalitas Kunjungan RJTL

Kaidah rumus yang digunakan untuk dalam penelitian ini adalah uji normalitas *Shapiro-Wilk*. Hasil selengkapnya akan disajikan di halaman berikutnya;

**Tabel. 4. 3 Uji Normalitas *Shapiro-Wilk***

	Tahun	
	2014	2015
<i>Means</i>	3.35	4.23
<i>Standart deviation</i>	4.18	4.75
<i>Range</i>	1.16	1.26
Signifikansi	0.057	0.139

Dari tabel di atas dapat dijelaskan bahwa tahun 2014 sebelum kebijakan tersebut diberlakukan didapat rata-rata (*mean*) adalah 3.35, simpangan baku (*standart deviation*) adalah 4.18, *range* 1.16, dan signifikansi 0,057, sedangkan untuk tahun 2015 sesudah kebijakan diberlakukan, rata-rata (*mean*) adalah 4.23, simpangan baku (*standart deviation*) adalah 4.75, *range* 1.26, dan signifikansi 0.139.

Berdasarkan *output Test of Normality* di atas bahwa nilai signifikansi keduanya  $\square$  0.05, maka dapat disimpulkan bahwa data kunjungan RJTL berdistribusi dengan normal.

## 2) Uji Normalitas Kunjungan RITL

Kaidah rumus yang digunakan untuk dalam penelitian ini adalah uji normalitas *Shapiro-Wilk*. Hasil selengkapnya akan disajikan di bawah ini;

**Tabel. 4. 4 Uji Normalitas *Shapiro-Wilk***

	Tahun	
	2014	2015
<i>Means</i>	4.21	4.48
<i>Standart deviation</i>	4.18	4.02
<i>Range</i>	1.23	1.15
Signifikansi	0.113	0.469

Dari tabel di atas dapat dijelaskan bahwa untuk tahun 2014 sebelum kebijakan tersebut diberlakukan didapat rata-rata (*mean*) adalah 4.21, simpangan baku (*standart deviation*) adalah 4.18, *range* 1.23, dan signifikansi 0.113, sedangkan untuk tahun 2015 sesudah kebijakan diberlakukan, rata-rata (*mean*) adalah 4.47, simpangan baku (*standart deviation*) adalah 4.02, *range* 1.15, dan signifikansi 0.469.

Berdasarkan *output Test of Normality* di atas bahwa nilai signifikansi keduanya  $\square$  0.05, maka dapat

disimpulkan bahwa data kunjungan RJTL berdistribusi dengan normal.

**b) Prosentase Kepuasan Pasien RJTL dan RITL**

Data jumlah prosentase kepuasan pasien RJTL dan RITL peserta JKN FKRTL se-Kabupaten Bantul akan disajikan dalam tabel berikut;

**Tabel 4. 5. Prosentase Jumlah Kepuasan Pasien RJTL dan RITL Peserta JKN**

No	Nama Rumah Sakit	Kepuasan RJTL		Kepuasan RITL	
		2015	2016	2015	2016
1.	RSUD Bantul	73,41	73,00	74,49	79,85
2.	RS. Dr. Suhardi Hardjolukito	75,09	73,37	74,07	73,73
3.	RSK Paru Respira	74,72	74,20	73,17	72,00
4.	RS. PKU Muhammadiyah Bantul	75,42	78,07	84,20	87,00
5.	RS. Nur Hidayah	70,05	76,36	71,60	79,30
6.	RS. Rachma Husada	71,19	76,00	81,82	84,96
7.	RS. Santa Elisabeth	72,35	77,00	71,73	72,40

Sumber : Data BPJS Kesehatan Kantor Cabang Yogyakarta

Dari tabel diatas terlihat kepuasan di RS PKU Bantul mengalami kenaikan dan RS Dr Suhardi Hadjolukito mengalami penurunan. Nilai rata-rata kepuasan mengalami kenaikan dari tahun 2015 dan 2016.

### 1) Uji Normalitas Kepuasan RJTL

Kaidah rumus yang digunakan untuk dalam penelitian ini adalah uji normalitas *Shapiro-Wilk*. Hasil selengkapnya akan disajikan di bawah ini;

**Tabel. 4. 6 Uji Normalitas *Shapiro-Wilk***

	Tahun	
	2015	2016
<i>Means</i>	72.86	75.26
<i>Standart deviation</i>	1.95	1.98
<i>Range</i>	5.00	5.00
Signifikansi	0.549	0.376

Dari tabel di atas dapat dijelaskan bahwa tahun 2015 sebelum kebijakan tersebut diberlakukan didapat rata-rata (*mean*) adalah 72.86, simpangan baku (*standart deviation*) adalah 1.95, *range* 5.00, dan signifikansi 0.549, sedangkan untuk tahun 2016 sesudah kebijakan diberlakukan, rata-rata (*mean*) adalah 75.28, simpangan baku (*standart deviation*) adalah 1.98, *range* 5.00, dan nilai signifikansi 0.376.

Berdasarkan *output Test of Normality* di atas bahwa nilai signifikansi keduanya  $\square$  0.05, maka dapat

disimpulkan bahwa tingkat kepuasan kunjungan RJTL berdistribusi dengan normal.

## 2) Uji Normalitas Kepuasan RITL

Kaidah rumus yang digunakan untuk dalam penelitian ini adalah uji normalitas *Shapiro-Wilk*. Hasil selengkapnya akan disajikan di bawah ini;

**Tabel. 4. 7 Uji Normalitas *Shapiro-Wilk***

	Tahun	
	2015	2016
<i>Means</i>	75.43	78.00
<i>Standart deviation</i>	5.06	6.00
<i>Range</i>	13.00	15.00
Signifikansi	0.074	0.252

Dari tabel di atas dapat dijelaskan bahwa untuk tahun 2015 sebelum kebijakan tersebut diberlakukan didapat rata-rata *mean* adalah 75.43, *standart deviation* 5.06, range 13.00, dan signifikansi 0.074, sedangkan untuk tahun 2016 sesudah kebijakan diberlakukan, *mean* adalah 76.71, *standart deviation* 5.44, range 15.00 dan nilai signifikansi 0.252.

Berdasarkan *output Test of Normality* di atas bahwa nilai signifikansi keduanya  $\square$  0.05, maka dapat disimpulkan bahwa tingkat kepuasan kunjungan RJTL berdistribusi dengan normal.

### c) Perbedaan Jenis Rumah Sakit

Data jenis Rumah Sakit dan jumlah kunjungan pasien RJTL dan RITL sesudah kebijakan diberlakukan akan disajikan dalam tabel halaman selanjutnya;

**Tabel 4. 8. Jenis RS dan Jumlah Kunjungan Pasien RJTL dan RITL**

No	Nama Rumah Sakit	Jenis RS	Jumlah Kunjungan	
			RJTL	RITL
1.	RSUD Bantul	D	127895	11761
2.	RS. Dr. Suhardi Hardjolukito	P	79662	7079
3.	RSK Paru Respira	P	2201	306
4.	RS. PKU Muhammadiyah Bantul	S	52893	5689
5.	RS. Nur Hidayah	S	21443	3130
6.	RS. Rachma Husada	S	7959	2625
7.	RS. Santa Elisabeth	S	3838	987

Sumber : Data BPJS Kesehatan Kantor Cabang Yogyakarta

Dari tabel diatas terlihat jumlah kunjungan terbanyak di RSUD Bantul dan paling sedikit di RSK Paru Respira yang kesemuanya milik pemerintah.



### 1) *Analysis of Variances RJTL*

Setelah mendapatkan data tersebut, langkah selanjutnya adalah menganalisis data dengan *Analysis of Variances* (ANOVA). Hasilnya akan disajikan dalam tabel di bawah ini;

**Tabel 4. 9. Deskriptif *Analysis of Variances RJTL***

Descriptives			
	N	Mean	Std. Deviation
JENIS D	1	1.28	.
JENIS P	2	4.09	54773.2
JENIS S	4	2.15	22217.3

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa Rumah Sakit Jenis D *mean* adalah 1.28, dan standar deviasi adalah 0, Jenis P *mean* adalah 4.09, dan standar deviasinya adalah 54773.2, sedangkan jenis S *mean* adalah 2.15, dan standar deviasinya adalah 22217.3.

### 2) *Jenis RS dan Jumlah Kunjungan RITL*

Setelah mendapatkan data tersebut, langkah selanjutnya adalah menganalisis data dengan

*Analysis of Variances* (ANOVA). Hasilnya akan disajikan dalam tabel halaman selanjutnya;

**Tabel 4. 10. Deskriptif *Analysis of Variances* RITL**

Descriptives			
	N	Mean	Std. Deviation
JENIS D	1	1.176	.
JENIS P	2	3.692	4789.2
JENIS S	4	3.108	1948.8

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa Rumah Sakit Jenis D *mean* adalah 1.18, dan standar deviasinya adalah 0, Jenis P *mean* adalah 3.69, dan standar deviasinya adalah 4789.23, sedangkan jenis S *mean* adalah 3.11, dan standar deviasinya adalah 1948.84.

**d) Perbedaan Kelas Rumah Sakit**

Data kelas Rumah Sakit dan jumlah kunjungan pasien RJTL dan RITL sesudah kebijakan diberlakukan akan disajikan dalam tabel berikut:

**Tabel 4. 11. Kelas RS dan Jumlah Kunjungan Pasien RJTL dan RITL**

No	Nama Rumah Sakit	Kelas RS	Jumlah Kunjungan	
			RJTL	RITL
1.	RSUD Bantul	B	127895	11761
2.	RS. Dr. Suhardi Hardjolukito	B	79662	7079
3.	RSK Paru Respira	C	2201	306
4.	RS. PKU Muhammadiyah Bantul	C	52893	5689
5.	RS. Nur Hidayah	D	21443	3130
6.	RS. Rachma Husada	D	7959	2625
7.	RS. Santa Elisabeth	D	3838	987

Sumber : Data BPJS Kesehatan Kantor Cabang Yogyakarta

Dari tabel diatas terlihat Kelas RS yang mengalami kenaikan terbanyak adalah RSUD Bantul dan paling sedikit RSK Respira Paru.

### 1) Kelas RS dan Jumlah Kunjungan RJTL

Setelah mendapatkan data tersebut, langkah selanjutnya adalah menganalisis data dengan *Analysis of Variances* (ANOVA). Hasilnya akan disajikan dalam tabel di halaman selanjutnya;

**Tabel 4. 12. Deskriptif *Analysis of Variances* RJTL**

Descriptives			
	N	Mean	Std. Deviation
KELAS B	2	1.04	34105.9
KELAS C	2	2.76	35844.7
KELAS D	3	1.11	9208.1

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa Rumah Sakit kelas B *mean* adalah 1.04, dan standar deviasinya adalah 34105.9, kelas C *mean* adalah 2.76, dan standar deviasinya adalah 35844.7, sedangkan kelas D *mean* adalah 1.11, dan standar deviasinya adalah 9208.1.

## **2) Kelas RS dan Jumlah Kunjungan RITL**

Setelah mendapatkan data tersebut, langkah selanjutnya adalah menganalisis data dengan *Analysis of Variances* (ANOVA). Hasilnya akan disajikan dalam tabel di halaman selanjutnya;

**Tabel 4. 13. Deskriptif *Analysis of Variances* RITL**

Descriptives			
	N	Mean	Std. Deviation
KELAS B	2	9.42	3310.7
KELAS C	2	2.99	3806.4
KELAS D	3	2.25	1120.3

Hasilnya menunjukkan bahwa Rumah Sakit kelas B *mean* adalah 9.42, dan standar deviasinya adalah 3310.67, kelas C *mean* adalah 2.99, dan standar deviasinya adalah 3806.4, sedangkan kelas D *mean* adalah 2.25, dan standar deviasinya adalah 1120.3.

**e) Hasil Uji Hipotesis Penelitian**

**a) Pengujian Jumlah Kunjungan Sebelum dan Sesudah Kebijakan diberlakukan**

Pengujian hipotesis pertama menggunakan analisis Uji *paired samples t-test* yang diperoleh dengan memanfaatkan program SPSS Statistik 16.0.

## 1) Hipotesis RJTL

Pengujian hipotesis perbedaan tingkat kunjungan RJTL akan disajikan dalam bentuk tabel di bawah ini;

**Tabel 4. 14. Rangkuman Uji *Paired Samples Test* RJTL**

	Paired Differences	
	Mean	Sig
RJTL 2014 - RJTL 2015	8.783	.038

### *1.1 Paired Differences*

Tabel di atas menunjukkan mean 8.78, standar deviasinya 8781,69. Hasil uji tes  $t = 2.646$  dengan  $df = 6$  dan signifikansinya 0.038. karena nilai signifikansinya lebih kecil dari 0.05, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara jumlah kunjungan pasien RJTL sebelum dan sesudah kebijakan diberlakukan.

## 2) Hipotesis RITL

Pengujian hipotesis perbedaan tingkat kunjungan pasien RITL menggunakan *paired sample t-test* yang akan disajikan dalam bentuk tabel di bawah ini;

**Tabel 4. 15. Rangkuman Uji *Paired Samples Test* RITL**

	Paired Differences	
	Mean	Sig
RJTL 2014 - RJTL 2015	2.678	.462

### 2.1. *Paired Differences*

Tabel di atas menunjukkan mean 2.68, standar deviasinya 901.83. Hasil uji tes  $t = 0.786$  dengan  $df = 6$  dan signifikansinya 0.462. Karena nilai signifikansinya lebih besar dari 0.05, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kunjungan pasien RITL sebelum kebijakan diberlakukan dan kunjungan pasien RITL sesudah kebijakan diberlakukan.

### **b) Pengujian Kepuasan Setelah Kebijakan diberlakukan**

Pengujian hipotesis pertama menggunakan analisis Uji *paired samples t-test* yang diperoleh dengan memanfaatkan program SPSS Statistik 16.0.

## 1) Hipotesis RJTL

Pengujian hipotesis perbedaan tingkat kepuasan pasien RJTL akan disajikan dalam bentuk tabel di bawah ini;

**Tabel 4. 16. Rangkuman Uji *Paired Samples Test* RJTL**

	Paired Differences	
	Mean	Sig
RJTL 2014 - RJTL 2015	-2.428	.084

### 1.1. *Paired Differences*

Tabel di atas menunjukkan *mean* 2.43, standar deviasinya 3.10. Hasil uji tes  $t = 2.072$  dengan  $df = 6$  dan signifikansinya 0.084. Karena nilai signifikansinya lebih besar dari 0.05, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat kepuasan pasien RJTL sebelum dan sesudah kebijakan diberlakukan. Perbedaan *mean* menunjukkan jumlah kunjungan pasien RJTL sesudah kebijakan diberlakukan lebih banyak jika dibandingkan dengan jumlah kunjungan pasien RJTL sebelum kebijakan diberlakukan.



## 2) Hipotesis RITL

Pengujian hipotesis perbedaan tingkat kepuasan pasien RITL sebelum kebijakan diberlakukan dan sesudah kebijakan diberlakukan akan disajikan dalam bentuk tabel di bawah ini;

**Tabel 4. 17. Rangkuman Uji *Paired Samples Test* RITL**

	Paired Differences	
	Mean	Sig
RJTL 2014 - RJTL 2015	-2.57	.082

### 2.1. *Paired Differences*

Tabel di atas menunjukkan *mean* 2.57, standar deviasinya 3.26. Hasil uji tes  $t = 2.088$  dengan  $df = 6$  dan signifikansinya 0.082. karena nilai signifikansinya lebih besar dari 0.05, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat kepuasan pasien RITL sebelum dan sesudah kebijakan diberlakukan.

**c) Pengujian Jumlah kunjungan di Jenis FKRTL  
sesudah Kebijakan diberlakukan**

Pengujian hipotesis ketiga menggunakan analisis Uji *Analysis of Variances* (ANOVA) yang diperoleh dengan memanfaatkan program SPSS Statistik 16.0 *for windows*.

**1) Hipotesis RJTL**

Pengujian hipotesis perbedaan jenis FKRTL dengan jumlah kunjungan pasien sesudah kebijakan diberlakukan akan disajikan di bawah ini;

**Tabel 4. 18. Rangkuman Uji *Analysis of Variances* RJTL**

Test of Homogeneity of Variances		Anova	
Levene Statistic	Sig	F	Sig
5.70	.075	4.042	.110

*1.1 Homogeneity of Variances*

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa besarnya angka *levене statistic* adalah 5.70 sedangkan angka signifikansinya 0.075 yang berarti

lebih besar dari 0.05, dengan demikian  $H_0$  diterima, yang berarti asumsi bahwa ketiga varian populasi adalah identik (homogen) dapat diterima.

### *1.2 Analysis of Variances*

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa nilai signifikansinya adalah 0.110. Karena nilai signifikansinya lebih besar dari 0.05, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan rata-rata jumlah kunjungan pasien RJTL dengan perbedaan jenis Rumah Sakit. Jenis Rumah Sakit D, P dan S tidak berpengaruh terhadap jumlah kunjungan pasien RJTL peserta JKN.

### **2) Hipotesis RITL**

Pengujian hipotesis perbedaan jenis FKRTL dengan jumlah kunjungan pasien peserta JKN sesudah kebijakan diberlakukan akan disajikan pada tabel di halaman selanjutnya;

**Tabel 4. 19. Rangkuman Uji *Analysis of Variances* RITL**

Test of Homogeneity of Variances		Anova	
Levene Statistic	Sig	F	Sig
5.02	.089	3.599	.128

### 2.1. *Homogeneity of Variances*

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa besarnya angka *levene statistic* adalah 5.02 sedangkan angka signifikansinya 0.089 yang berarti lebih besar dari 0.05, dengan demikian  $H_0$  diterima, yang berarti asumsi bahwa ketiga varian populasi adalah identik (homogen) dapat diterima.

### 2.2. *Analysis of Variances*

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa nilai signifikansinya adalah 0.128 yang berarti lebih besar dari 0.05, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan rata-rata jumlah kunjungan pasien RITL dengan perbedaan jenis Rumah Sakit. Jenis

Rumah Sakit D, P dan S tidak berpengaruh terhadap jumlah kunjungan pasien RITL peserta JKN.

**d) Pengujian Jumlah Kunjungan di Kelas FKRTL sesudah Kebijakan diberlakukan**

Pengujian hipotesis keempat menggunakan analisis Uji *Analysis of Variances* (ANOVA) yang diperoleh dengan memanfaatkan program SPSS Statistik 16.0 *for windows*.

**1) Hipotesis RJTL**

Pengujian hipotesis perbedaan kelas FKRTL dengan jumlah kunjungan pasien sesudah kebijakan diberlakukan akan disajikan di bawah ini;

**Tabel 4. 20. Rangkuman Uji *Analysis of Variances* RJTL**

Test of Homogeneity of Variances	Anova	
	F	Sig
Sig		
.002	8.342	.037

### 1.1. Homogeneity of Variances

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa besarnya angka *levane statistic* adalah 41.383 sedangkan angka signifikansinya 0.002 yang berarti lebih kecil dari 0.05, dengan demikian  $H_0$  ditolak, yang berarti asumsi bahwa ketiga varian populasi adalah identik (homogen) ditolak. Karena  $H_0$  ditolak berarti dilakukan analisa selanjutnya yaitu dengan *Post Hoc Test*.

**Tabel 4.21. Rangkuman Analisis *Post Hoc Test* dan *Homogeneous***

Post Hoc Test			Homogeneous		
(I) Kelas	(J) Kelas	Mean Difference (I-J)	N	Subset for alpha = 0.05	
				1	2
Kelas B	Kelas C	76231.5	3	1.108	
	Kelas D	92698.5			
Kelas C	Kelas B	76231.5	2	2.755	2.755
	Kelas D	16467			
Kelas D	Kelas B	92698.5	2		1.038
	Kelas C	16467			
Sig.				.785	.072

Dari tabel hasil analisa *Post Hoc Test* di halaman sebelumnya dapat diketahui bahwa;

- Bentuk kelas yang paling banyak dalam peningkatan kunjungan adalah kelas D. Hal ini dapat dilihat dari jumlah rata-rata tertinggi pada kelas  $X_D$ , sedangkan kelas yang paling sedikit dalam peningkatan jumlah kunjungan pasien adalah kelas C.
- Ada perbedaan jumlah kunjungan pasien pada masing-masing kelas, yaitu kelas B, kelas C, dan kelas D.
- Ada pengaruh yang signifikan antara bentuk kelas B, kelas C, dan kelas D terhadap tingkat kunjungan pasien.

## 1.2. *Analysis of Variances*

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa nilai signifikansi adalah 0.037 yang berarti lebih kecil dari 0.05, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan rata-rata jumlah kunjungan pasien RJTL

dengan perbedaan kelas Rumah Sakit. Kelas Rumah Sakit B, C dan D mempunyai pengaruh terhadap jumlah kunjungan pasien RJTL peserta JKN.

## 2) Hipotesis RITL

Pengujian hipotesis perbedaan kelas FKRTL dengan jumlah kunjungan pasien terhadap kelas rumah sakit sesudah kebijakan diberlakukan akan disajikan di halaman berikut:

**Tabel 4.22. Rangkuman Uji *Analysis of Variances* RITL**

Test of Homogeneity of Variances		Anova	
Levene Statistic	Sig	F	Sig
25.18	.005	4.875	.085

### 2.1. *Homogeneity of Variances*

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa besarnya angka *levене statistic* adalah 25.18 sedangkan angka signifikansinya 0.005 yang berarti lebih kecil dari 0.05, dengan demikian  $H_0$  ditolak, yang berarti asumsi bahwa ketiga varian populasi



adalah identik (homogen) ditolak. Karena  $H_0$  ditolak berarti dilakukan analisa selanjutnya yaitu dengan *Post Hoc Test*.

**Tabel 4.23. Rangkuman Analisis *Post Hoc Test* dan *Homogeneous***

Post Hoc Test			Homogenuos	
(I) Kelas	(J) Kelas	Mean Difference (I-J)	N	Subset for alpha = 0.05
				1
Kelas B	Kelas C	6422.5	3	2247.3
	Kelas D	7172.7		
Kelas C	Kelas B	6422.5	2	2997.5
	Kelas D	750.2		
Kelas D	Kelas B	7172.7	2	9420
	Kelas C	750.2		
Sig.				.094

Dari tabel hasil analisa *Post Hoc Test* di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa;

- Bentuk kelas yang paling banyak dalam peningkatan kunjungan adalah kelas D. Hal ini dapat dilihat dari jumlah rata-rata tertinggi pada kelas D, sedangkan kelas yang paling sedikit dalam peningkatan jumlah kunjungan pasien adalah kelas B.

- Ada perbedaan jumlah kunjungan pasien pada masing-masing kelas, yaitu kelas B, kelas C, dan kelas D.
- Ada pengaruh yang signifikan antara bentuk kelas B, kelas C, dan kelas D terhadap tingkat kunjungan pasien.

## *2.2. Analysis of Variances*

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa nilai signifikansi adalah 0.085 yang berarti lebih besar dari 0.05, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan rata-rata jumlah kunjungan pasien RITL dengan perbedaan kelas Rumah Sakit. Kelas Rumah Sakit B, C dan D tidak mempunyai pengaruh terhadap jumlah kunjungan pasien RITL peserta JKN.

## **B. PEMBAHASAN**

1. Kunjungan pasien RJTL dan RITL sebelum dan sesudah kebijakan diberlakukan

Hasil analisa untuk jumlah kunjungan pasien RJTL menunjukkan terdapat perbedaan antara jumlah kunjungan peserta JKN sebelum dan sesudah kebijakan tersebut diberlakukan. Menurut Widiastuti, N (2014) jumlah kunjungan pasien rawat jalan tingkat lanjut yang tinggi dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor ketersediaan dokter di Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP), ketersediaan obat-obatan, fasilitas pelayanan kesehatan, dan tentunya masih banyak lagi. Sekarang ini fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di FKTP sudah cukup sangat memadai untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat. Namun, masih terdapat fasilitas pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh dokter untuk mendiagnosa pasien belum begitu lengkap. Fasilitas pelayanan kesehatan yang baik akan sangat membantu dokter dalam mendiagnosa pasien, sehingga dokter tidak harus merujuk

pasien untuk ke rumah sakit. Faktor pelayanan kesehatan masyarakat ditingkat dasar sangat mempengaruhi terhadap jumlah kunjungan pasien rawat jalan tingkat lanjut di rumah sakit.

Dari data yang ada kunjungan paling banyak di FKRTL RSUD Panembahan Senopati Bantul dan paling sedikit di RSK Paru Respira yang kesemuanya milik pemerintah. Terjadinya lonjakan kunjungan di RSUD Bantul banyak dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya fasilitas dan jam pelayanan yang lebih fleksibel. Sesuai hasil observasi dan wawancara yang dilakukan, RSUD Panembahan Senopati Bantul menunjukkan adanya poli pagi dan sore mengakibatkan banyak peserta JKN memanfaatkan layanan ini, dibandingkan dengan RS swasta lain yang membuka poli yang sama. Sebagai salah satu contohnya poli kandungan di RSUD Panembahan Senopati Bantul buka setiap hari kerja pagi dan sore hari, sedangkan di RS swasta contohnya RSU Rachma Husada poli kandungan buka 3 hari kerja saja

dengan jam praktek malam hari. RSK Paru Respira mengalami jumlah kunjungan paling sedikit karena keterbatasan layanan karena rumah sakit khusus yang hanya spesialis tertentu saja, tetapi saat ini sudah memiliki spesialis tambahan sehingga jumlah kunjungan mulai bertambah.

Instalasi Rawat Jalan merupakan salah satu instalasi pelayanan kesehatan langsung pada pasien meliputi kegiatan registrasi pasien, kasir rawat jalan, serta poliklinik dimana informasi medis hasil anamnesa, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, laboratorium, *rontgen*, diagnosa, terapi, perjalanan penyakit dan tindakan poliklinik mulai diperoleh. Pada sebuah rumah sakit, pelayanan rawat jalan adalah unit yang cukup strategis karena dikaitkan dengan fungsi pelayanannya sebagai salah satu pintu masuk para pengguna jasa layanan yang ada di rumah sakit tersebut baik kondisi gawat darurat maupun non gawat darurat. Sebagian besar pasien ke unit rawat jalan memerlukan pelayanan lain seperti apotik dan rawat inap sehingga tidak

berlebihan jika dikatakan unit rawat jalan merupakan etalase dari mutu pelayanan rumah sakit secara keseluruhan (Karleane, 2015).

Jawa Pos (2014) mengemukakan bahwa lonjakan jumlah kunjungan kebanyakan di rumah sakit dewasa ini lebih menguntungkan upaya perawatan pasien pada unit rawat jalan disebabkan kemajuan teknologi kedokteran, tuntutan pasien, segi keamanan, komplikasi penyakit, manfaat efisiensi, biaya pihak ketiga (asuransi) kesesuaiannya akan berdampak pada efisiensi pelayanan rawat jalan dan peningkatan jumlah kunjungan pasien rawat jalan.

Sebelum adanya program JKN, tidak semua kasus yang akan dirujuk dikonfirmasi terlebih dahulu ke RSUD, namun pada era JKN dengan semakin ketatnya aturan JKN tentang ketentuan indikasi rujukan, rumah sakit rujukan semakin selektif dalam menerima pasien rujukan, sehingga komunikasi sebelum merujuk pasien pun terus menerus diintensifkan. Hal ini menunjukkan bahwa

keberadaan JKN membawa pengaruh yang baik terhadap sistem komunikasi yang dilakukan sebelum merujuk pasien, yakni menjaga kesinambungan pelayanan sesuai dengan yang diharapkan dalam JKN ( Karleane, 2015 ).

Van der Hoeven, et al (2012) mengemukakan perbedaan antara masyarakat kota dan pedesaan dalam mengakses layanan kesehatan. Ada 2 perbedaan utama dalam dua masyarakat tersebut yaitu masalah status kesehatan dan banyaknya masyarakat yang mengakses layanan kesehatan. Anggapan pasien mengenai obat yang lebih baik dari rumah sakit dan keinginan untuk diobati langsung oleh dokter spesialis menyebabkan kasus rujukan RJTL menjadi tinggi. Dalam hal ini, ketegasan dokter FKTP dalam mengambil keputusan merujuk atau tidak menjadi sangat penting. Apakah dokter FKTP akan tetap menjalankan prosedur pemberian rujukan sesuai dengan ketentuan, atau merujuk hanya berdasarkan permintaan pasien tanpa indikasi medis. Dokter memang berusaha memberikan penjelasan untuk meyakinkan pasien bahwa

penyakitnya masih bisa ditangani di FKTP, namun pada akhirnya mereka menuruti permintaan pasien dan merujuk pasien ke rumah sakit. Apabila dokter mampu bertindak tegas dengan tidak memberikan rujukan atau minimal menulis keterangan APS (Atas Permintaan Sendiri) pada surat rujukan, tentunya tingginya kasus rujukan RJTP dapat ditekan atau dikurangi. Ketidaktegasan ini menunjukkan bahwa pemahaman dokter FKTP akan perannya sebagai *gatekeeper* dan komitmen untuk menjalankan perannya tersebut masih sangat kurang sehingga mereka hanya merujuk pasien tanpa memikirkan dampak rasio rujukan RJTP yang tinggi bagi biaya pelayanan kesehatan (Nuryatin, 2012).

Dari data yang ada kunjungan peserta JKN paling meningkat di FKRTL tipe B. Hal ini sejalan dengan tujuan diberlakukannya regionalisasi rujukan yaitu untuk kasus penyakit yang masih bisa ditangani di FKRTL daerah tidak bisa langsung dirujuk ke FKRTL tipe A. Menurut data kunjungan (tabel 5.1) di RS Sardjito yang merupakan satu-



satunya FKRTL tipe A ada kecenderungan jumlah kunjungan rawat jalan mengalami sedikit kenaikan dan rawat inap mengalami penurunan. Hal ini menunjukkan banyak kasus penyakit peserta JKN yang bisa tertangani di FKRTL tipe B, C dan D di daerah Bantul.

Tabel 5.1. Jumlah Kunjungan peserta JKN RS Sardjito

Jenis Pelayanan	Jumlah Kunjungan tahun 2014	Jumlah Kunjungan tahun 2015
RJTL	151130	155880
RITL	19368	15357

Sumber : Data BPJS Kesehatan KC Yogyakarta

Priyono (2009) upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat selama ini dilakukan dengan pendekatan administratif. Model pendekatan pelayanan seperti ini lebih menekankan pada aspek pemerataan dan bukan berdasarkan kebutuhan masyarakat di wilayah kerjanya. Pendekatan yang digunakan tidak hanya berprinsip pemerataan administratif, tetapi juga banyak sedikitnya kebutuhan pelayanan kesehatan. Dengan prinsip ini suatu wilayah kecamatan yang relatif kecil namun mempunyai jumlah penduduk tinggi, maka jumlah sarana kesehatan perlu penambahan. Penambahan jumlah fasilitas

kesehatan menyebabkan kapasitas pelayanan menjadi lebih optimal.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang menitikberatkan pada aspek pemerataan dan tingkat kebutuhan masyarakat memerlukan strategi yang baik agar kebutuhan pelayanan kesehatan terpenuhi. Strategi pemenuhan kebutuhan pelayanan ini dapat dilakukan dengan menambah jumlah FKTP, membentuk unit-unit penunjang puskesmas, meningkatkan status puskesmas menjadi puskesmas perawatan, namun pada prinsipnya adalah meningkatkan akses masyarakat. Menurut Priyono (2009) dalam penelitiannya selain dari sisi sarana prasarana FKRTL yang ada juga menyangkut masalah jaringan transportasi. Jaringan transportasi primer dihubungkan dengan transportasi sekunder berupa jalan-jalan kabupaten, yang terhubung ke kawasan pertumbuhan di kecamatan-kecamatan, dan selanjutnya jalan-jalan desa, sebagai jaringan tersier, yang menghubungkan desa-desa dan permukiman penduduk. Dampak langsung perbaikan sistem

dan kualitas transportasi adalah aksesibilitas wilayah ke pusat layanan kesehatan. Peningkatan kualitas jalan dapat mempercepat waktu tempuh sekaligus memudahkan mobilitas masyarakat (pasien) ke berbagai pusat layanan kesehatan.

Hasil analisa untuk jumlah kunjungan pasien rawat inap tindak lanjut menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan antara jumlah kunjungan pasien rawat inap tindak lanjut sebelum dan sesudah kebijakan diberlakukan. RSUD Bantul menempati tempat pertama dalam jumlah kunjungan rawat inap peserta JKN, sedangkan RSK Paru Respira jumlah kunjungan rawat inap paling sedikit. Walaupun ada beberapa FKRTL yang mengalami kenaikan jumlah kunjungan juga ada beberapa FKRTL mengalami jumlah penurunan kunjungan. Hal ini banyak dipengaruhi oleh sebagian besar masyarakat belum mempunyai pengetahuan yang cukup mengenai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), seperti definisi, tujuan, maupun alur pelayanan JKN. Sehingga masih banyak terdapat peserta

JKN ketika sakit tidak dalam kondisi gawat darurat berobat ke IGD FKRTL, yang seharusnya melakukan pemeriksaan dan pengobatan di FKTP sesuai peserta tersebut terdaftar. Jika FKTP tidak menangani barulah peserta JKN tersebut akan dirujuk ke FKRTL sesuai regionalisasi wilayah fasilitas kesehatan peserta JKN terdaftar. Sosialisasi kebijakan sudah dilakukan dengan berbagai cara baik melalui media cetak dan media elektronik. Tetapi hambatan dalam penyelenggaraan kebijakan JKN selalu ada.

Hermawan, B (2014) dalam penelitiannya bahwa kesenjangan yang terjadi dari lonjakan pasien rawat inap yaitu terdapat prosedur admisi yang berfungsi sebagai seleksi persyaratan/kriteria pasien yang akan dirawat inap, namun hal tersebut tidak sesuai dengan kenyataan yang ada, dari data kunjungan pasien rawat inap peserta jaminan kesehatan nasional terus meningkat setiap bulannya, artinya masalah belum dapat terselesaikan. Hasil observasi di lapangan menunjukkan peran petugas admisi sangat penting sebagai ujung tombak pelayanan pasien rawat inap yang

berfungsi sebagai koordinator untuk penerimaan pasien. Kompetensi, komunikasi, dan manajemen admisi pelayanan yang baik dapat meningkatkan citra rumah sakit. Selain itu, unit admisi juga bertanggung jawab terhadap pembentukan pola hubungan rumah sakit, petugas kesehatan, dengan pasien/keluarganya. Dalam menjalankan tugas, petugas admisi harus mempunyai prosedur kerja yang jelas berupa Protap/SPO yang berfungsi sebagai pedoman seleksi (*filter*) pasien JKN yang layak di rujuk rawat inap di FKRTL (Ratnawati, 2014).

Beberapa penelitian sudah dilakukan terkait kebijakan rujukan, ada beberapa pengaruh yang dirasakan ketika program JKN ini diberlakukan. Banyak FKTP dan FKRTL yang merasa terbantu dengan adanya kebijakan JKN ini. Mulai dari peningkatan jumlah kunjungan pasien sampai peningkatan jumlah keuntungan pendapatan. Walaupun ada beberapa FKRTL yang memutuskan layanan kerjasama dengan BPJS Kesehatan tetap saja tidak mempengaruhi animo masyarakat untuk menggunakan

program JKN ini. Meskipun demikian, responden tetap menggunakan kartu BPJS dibantu oleh keluarga dengan alasan karena dengan adanya program JKN responden merasa dibantu dalam keringanan biaya pengobatan di rumah sakit.

## 2. Kepuasan pasien RJTL dan RITL sesudah kebijakan diberlakukan

Hasil analisa untuk tingkat kepuasan pasien peserta JKN menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan antara tingkat tingkat kepuasan pasien peserta JKN sebelum dan sesudah kebijakan tersebut diberlakukan. Hal ini menunjukkan bahwa belum maksimalnya pelayanan yang diberikan kepada pasien peserta JKN di FKRTL baik untuk pasien rawat jalan tingkat lanjut maupun terhadap pasien rawat inap tingkat lanjut. Sesuai data yang ada, kepuasan tertinggi ada di RS PKU Muhammadiyah Bantul dan terendah di RS Santa Elisabeth. Ada beberapa FKRTL yang mengalami kenaikan dalam kepuasan peserta baik RJTL

maupun RITL, namun ada juga yang mengalami penurunan kepuasan dalam periode tersebut.

Salah satu indikator atau ukuran tentang kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah pemenuhan terhadap harapan atau keinginan yang dikehendaki oleh pasien dan keluarga, sehingga mereka mendapatkan kepuasan (Baequny, 2009). Persepsi baik terhadap prosedur pelayanan (pendaftaran) di instalasi rawat jalan akan menimbulkan rasa kepuasan, kepercayaan, dan harapan pada pasien, kemudian menentukan sikap dan perilaku selanjutnya terhadap pelayanan rumah sakit. Kepuasan pasien rawat jalan tindak lanjut maupun pasien rawat inap tindak lanjut peserta JKN rumah sakit yang terakumulasi secara terus-menerus akan menimbulkan sikap positif.

Pada saat seseorang memasuki rumah sakit, maka pelayanan yang pertama kali diperoleh adalah prosedur pelayanan (pendaftaran). Pada proses prosedur pelayanan (pendaftaran) pasien yang merasa diperhatikan dengan adanya petugas yang mampu memberikan informasi

maupun mengarahkan pasien dengan tepat akan memberikan persepsi pertama dalam diri pasien. Perhatian yang baik dari petugas di pendaftaran menjadikan pasien peserta JKN bahwa mereka merasa dihargai sebagai pasien. Perkataan yang sopan dan ramah dari petugas di pendaftaran dapat menjadikan pasien semakin merasa bahwa mereka tidak rugi secara psikologis pada saat mereka memutuskan melakukan pemeriksaan kesehatan di rumah sakit ini ( Lestari, 2010 ).

Pendapat dari Nasir Ayat dan Mahmood Khalidi (2008) dalam Widiastuti, N ( 2014 ) menyatakan tidak adanya hubungan yang signifikan antara status kepesertaan dengan kepuasan, dimana tertanggung lebih puas dan ini dikarenakan mereka hanya menerima pelayanan yang diberikan kepada mereka. Menurut Yildiz (2004) masih dalam Widiastuti (2014) mengemukakan bahwa dimana penanggung merasa tidak puas daripada tertanggung dan ini dikarenakan penanggung mempunyai kewajiban untuk



membayar dan cenderung untuk menuntut pelayanan yang lebih baik.

Menurut Widiastuti, N (2014) dalam penelitiannya menjelaskan ketidakpuasan peserta meliputi kurangnya ketersediaan waktu untuk komunikasi dengan pasien dan kurangnya perhatian dokter terhadap keluhan pasien. Ketidakpuasan pasien pada dimensi perhatian (*empathy*) di FKRTL kemungkinan karena tingginya kunjungan pasien sehingga perhatian petugas tidak maksimal ke pasien. Hasil penelitian Resnani (2002) menyatakan ada pengaruh positif antara komunikasi dokter terhadap kepuasan pasien rawat jalan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Arab bahwa kepuasan pasien terhadap mutu layanan kesehatan berhubungan dengan kualitas interaksi berupa komunikasi dan empati. Terbinanya hubungan dokter pasien merupakan kewajiban etik dimana dokter diharapkan bersedia memberikan perhatian kepada pasien, mendengarkan keluhan pasien dan memberikan penjelasan tentang segala hal yang ingin diketahui pasien. Hubungan

yang baik akan menimbulkan kepercayaan dengan cara saling menghargai, responsif, memberi perhatian (Pohan, 2006). Hasil yang sama didapatkan pada penelitian (Wati et al., 2012) bahwa ada hubungan antara kenyamanan, informasi, akses dan kompetensi teknis petugas dengan kepuasan pasien.

Dapat disimpulkan hubungan antar manusia dalam layanan kesehatan merupakan interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien, secara psikologis tentunya dengan perhatian petugas dalam mendengarkan keluhan serta memberi kesempatan pasien untuk bertanya maka pasien akan merasa dihargai. Peranan petugas kesehatan akan menentukan mutu pelayanan kesehatan karena mereka secara langsung dapat memenuhi kepuasan pasien. Selain itu juga bahwa kepuasan pasien dipengaruhi oleh *reliability, assurance, humanitas, responsiveness, tangible*, aksesibilitas, empati, sumber biaya, diagnostik dan karakteristik pasien (Budijanto & Suharmiati, 2007).

Menurut hasil penelitian yang sejalan dengan penelitian ini, bahwa secara umum kepuasan peserta ASKES pada fasilitas kesehatan di Kota Denpasar sama-sama tergolong sangat puas Witriasih (2012). Terdapat pula penelitian yang sejalan pada penelitian di 21 negara di Eropa dimana didapatkan tingkat kepuasan pasien pada pelayanan faskes swasta lebih rendah daripada pelayanan oleh faskes pemerintah karena pasien yang menerima layanan dari *provider* swasta cenderung mengharapkan layanan yang lebih memuaskan (Bleichet al., 2009). Penelitian analisis Survei Aspek Kehidupan Rumah Tangga Indonesia menyatakan bahwa peserta asuransi cenderung memilih provider swasta dibandingkan milik pemerintah karena tidak memberikan kepuasan konsumen (Hidayat, 2010).

Sesuai *roadmap* DJSN dalam pencapaian kepuasan peserta JKN diharapkan mencapai angka 75% pada tahun 2014 dan mencapai 85% pada tahun 2019. Sedangkan dari nilai rata-rata setiap FKRTL didapatkan adanya variasi rata-

rata kepuasan, ada yang sudah mencapai target dan juga ada yang belum mencapai target. Menurut peneliti pelayanan yang maksimal yang diberikan kepada pasien akan membuat pasien merasa dihargai dan tentunya akan berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien di rumah sakit tersebut, begitu sebaliknya pelayanan yang hanya sekedar jalan akan membuat pasien merasa dirugikan karena pasien sudah merasa membayar.

Pada dasarnya pelayanan kesehatan melibatkan *provider* dan pasien, hal ini didukung hasil penelitian di India yang menunjukkan kepuasan pasien diantaranya ditentukan oleh kualitas layanan yang diberikan oleh provider, sikap, perilaku tenaga kesehatan dan biaya yang dikeluarkan (Naidu, 2009). Keterlibatan *provider* dalam pelayanan kesehatan sering dikaitkan atau berujung pada kepuasan pasien. Ketidakpuasan pasien terhadap mutu layanan kesehatan disebabkan oleh perbedaan harapan pasien terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh *provider*. Baik buruknya kualitas pelayanan *provider*

tergantung bagaimana kemampuan *provider* dalam menyediakan layanan kesehatan memenuhi keinginan pasien secara konsisten dan berkesinambungan.

3. Jumlah kunjungan di Jenis FKRTL sesudah kebijakan diberlakukan

Hasil analisa pengaruh jenis FKRTL terhadap jumlah kunjungan pasien menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan antara jenis FKRTL dengan jumlah kunjungan pasien peserta JKN sebelum dan sesudah kebijakan tersebut diberlakukan. Rumah sakit jenis P mempunyai *mean* tertinggi dengan angka 4.09 untuk RJTL dan 3.69 untuk RITL.

Berdasarkan data kunjungan pasien ke rumah sakit, Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul yang dimiliki pemerintah merupakan rumah sakit yang menerima kunjungan pasien JKN terbanyak. Kesmawan, A (2015) Rumah Sakit ini juga merupakan FKRTL favorit di wilayah Bantul dan sekitarnya dikarenakan terletak dipusat kota dengan fasilitas yang memadai. Sejak ada Badan

Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, pasien peserta JKN yang berobat lebih banyak, bahkan ada pasien yang harus dirujuk ke rumah sakit lain untuk memerlukan penanganan lebih lanjut. Observasi di beberapa FKRTL, peningkatan pasien yang berobat pasca diberlakukan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan ini menunjukkan bahwa warga yang dulunya menunda untuk periksakan ke dokter, saat ini mulai berbondong-bondong untuk berobat. Hal ini terjadi bukan karena warga yang sakit bertambah banyak, namun lebih karena warga yang dulunya sakit yang menunda berobat, tapi sekarang merasa lebih tenang karena biaya sudah ditanggung. Disamping itu juga persepsi peserta JKN yang mengetahui layanan JKN hanya di fasilitas kesehatan milik pemerintah saja sedikit banyak juga berpengaruh pemilihan peserta JKN. Dewi, A (2014) mengemukakan bahwa hambatan terbesar dalam pelaksanaan JKN adalah masalah keuangan, akses dalam pelayanan kesehatan, kualitas

pelayanan dan rasa diskriminasi saat peserta mengakses pelayanan.

Secara umum kualitas di rumah sakit baik pemerintah dan swasta dipengaruhi oleh 3 hal yaitu aspek struktur yang dilihat dari sarana, fisik, tenaga kesehatan dan non kesehatan, serta pasien. Kedua, proses yang meliputi kondisi manajemen in-terpersonal, teknis dan pelayanan keperawatan rumah sakit yang tercermin pada tindakan medis dan non medis kepada pasien. Ketiga outcome, yang terlihat dari penampilan keprofesian (aspek klinis), efisiensi dan efektifitas, keselamatan dan kepuasan pasien (selaku konsumen) (Lestari, 2010).

Kesnawan, A (2015) mengemukakan program JKN merupakan program baru dari Pemerintah dan menjadi *trend* karena masih awal-awal, sehingga banyak masyarakat yang ingin mencoba menggunakan JKN. Masyarakat yang sakit berobat ke FKTP terdaftar dan meminta rujukan ke rumah sakit yang pada akhirnya berbondong-bondong untuk berobat ke rumah sakit. Terkait dengan ada

penolakan pasien dan dirujuk ke rumah sakit lain yang umumnya menimpa pasien BPJS tidak dipungkiri karena pemberlakuan program dari pemerintah pusat ini masih awal, sehingga terkesan ada pasien yang terlantar.

Observasi di lapangan memang tidak bisa dipungkiri jumlah FKRTL di masing-masing daerah belum merata dengan baik. Perspektif peserta JKN hanya fasilitas kesehatan milik pemerintah saja yang melayani program ini juga sangat mempengaruhi. Sehingga FKRTL milik pemerintah yang jumlah kunjungannya banyak sedangkan FKRTL milik swasta masih relative sedikit. Walaupun secara kelengkapan sarana dan prasarananya FKRTL swasta juga tidak kalah lengkap dengan FKRTL milik pemerintah. Dengan sosialisasi dari pihak BPJS Kesehatan dan bertambahnya FKRTL swasta yang bekerjasama menunjukkan angka kunjungan sudah mulai merata walaupun dirasa belum maksimal. Ketersediaan sarana dan prasarana di FKTP yang belum begitu lengkap juga menjadi salah satu faktor penyebab banyak masyarakat



meminta rujukan ke rumah sakit. Hal ini sejalan juga dengan paradigma banyak masyarakat yang beranggapan bahwa sarana dan prasana di rumah sakit lebih lengkap. Ketersediaan dokter di puskesmas juga menjadi salah satu faktor banyak masyarakat berkunjung ke rumah sakit. Diagnosa yang dilakukan dokter di puskesmas belum bisa memuaskan pasien, sehingga banyak pasien meminta dirujuk ke rumah sakit, terlebih ketersediaan obat-obatan di puskesmas juga belum begitu lengkap yang mengharuskan masyarakat membeli obat di apotik.

4. Jumlah kunjungan di Kelas FKRTL sesudah kebijakan diberlakukan

Hasilnya menunjukkan bahwa nilai signifikansinya adalah .037 lebih besar dari 0.05. Dengan demikian hipotesa yang menyatakan ada perbedaan kelas FKRTL dengan jumlah kunjungan peserta JKN sesudah kebijakan tersebut diberlakukan dinyatakan diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan rata-rata jumlah kunjungan dengan kelas Rumah Sakit. Rumah Sakit kelas

B, Rumah Sakit kelas C, dan Rumah Sakit kelas D mempunyai pengaruh terhadap jumlah kunjungan peserta JKN sesudah kebijakan tersebut diberlakukan.

Dari data yang ada diketahui bahwa sistem JKN menjadikan alur rujukan peserta asuransi sosial dari PPK I ke PPK II menjadi lebih baik, namun rujukan untuk pasien keluar, terbanyak langsung ditujukan ke RS Pusat, sementara telah ada RS rujukan tingkat provinsi. Penyebabnya adalah ketidakpastian pelayanan yang dapat diberikan oleh RS yang ada di Kabupaten Bantul kepada masyarakat. Belum adanya mapping alur rujukan membuat rujukan keluar RSUD tidak melalui RS yang ada di wilayah Bantul dahulu, namun langsung menuju ke RS Pusat di Yogyakarta ( Karleane, 2015 ).

Berdasarkan hasil analisis data jumlah kunjungan pasien rawat jalan tingkat lanjut dan rawat inap tingkat lanjut terhadap kelas rumah sakit, rumah sakit kelas D mengalami peningkatan yang paling banyak dibandingkan dengan rumah sakit kelas B dan rumah sakit kelas C.

Rumah sakit kelas D adalah rumah sakit yang bersifat transisi karena pada suatu saat akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C. Pada saat ini kemampuan rumah sakit tipe D baru sebatas memberikan pelayanan spesialisik dasar, kedokteran umum dan kedokteran gigi. Rumah sakit ini menampung rujukan yang berasal dari FKTP. Rumah sakit type ini adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar. Hasil observasi menunjukkan banyak FKRTL di Kabupaten Bantul masih mempunyai type D dan penyebarannya juga belum merata dengan baik terutama wilayah barat dan selatan Kabupaten Bantul, sedangkan tuntutan layanan saat ini untuk FKRTL sudah sangat tinggi untuk menyediakan layanan spesialisik dasar yang lengkap. Abdullah Ali (2014) mengemukakan banyak peserta JKN tidak merasa ketika saat dirujuk ke FKRTL type ini sekedar hanya untuk mendapatkan rujukan ke type FKRTL yang lebih tinggi. Harapan peserta JKN ketika dirujuk ke FKRTL cukup di type ini saja proses pengobatannya sudah selesai.

Menurut Idris, F (2013) dalam artikel penelitiannya, dalam praktiknya, BPJS Kesehatan telah berulang kali menyampaikan pentingnya sistem regionalisasi rujukan dipatuhi untuk menghindari penumpukan pasien di rumah sakit. Dalam setiap kesempatan sosialisasi atau evaluasi dengan pihak-pihak terkait seperti dinas kesehatan serta fasilitas kesehatan, pentingnya konsep *gate keeper* FKTP selalu tercatat dalam notulen atau materi pertemuan. Kenyataan bahwa FKTP tidak memiliki persepsi yang sama bahwa peningkatan kunjungan peserta JKN ke FKTP merupakan andil BPJS Kesehatan menjadi masukan untuk mengevaluasi metode sosialisasinya kepada fasilitas kesehatan.

Sistem rujukan diwajibkan bagi pasien yang merupakan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan pemberi pelayanan kesehatan, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan pada Pasal 5 ayat (1).

Pelayanan Kesehatan tingkat pertama diberikan oleh Puskesmas/ Klinik / Dokter Keluarga yang dipilih peserta saat pendaftaran. Apabila di fasilitas kesehatan pertama tersebut tidak bisa ditangani akan diberikan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Pelayanan Kesehatan tingkat kedua (setelah dokter/klinik/ puskesmas) yaitu pelayanan yang diberikan oleh dokter spesialis di RS Kelas D dan C. Sementara pelayanan kesehatan tingkat ketiga yaitu pelayanan yang diberikan oleh dokter spesialis dan subspesialis (RS Kelas B dan A).

Menurut Wang (2005) didalam penelitiannya mengemukakan penataan pola rujukan pelayanan kesehatan yang belum baik nampak dalam tiga hal, yaitu: belum meratanya layanan kesehatan yang berkualitas hingga daerah terpencil, masih banyak masyarakat yang belum mampu menjangkau layanan kesehatan, dan sebagian besar pasien yang masuk ke rumah sakit pusat rujukan tidak seharusnya diterima karena bisa ditangani puskesmas dan atau rumah sakit daerah. Selama ini setiap daerah selalu

merujuk pasiennya langsung ke RSUD Panembahan Senopati Bantul yang mempunyai type B. Padahal kemampuan RS untuk menampung pasien tidaklah mencukupi, hingga banyak ditemui pasien yang tidak bisa terlayani akibatnya banyak yang dirujuk kembali ke FKRTL type bawahnya . Di sisi lain dengan hanya RSUD Bantul yang menjadi pusat favorit rujukan, maka sangat tidak efektif bagi kesembuhan pasien sebab jarak yang terlalu jauh dari beberapa wilayah dan biaya yang ditanggung oleh pasien menjadi lebih besar.

Berdasarkan beberapa masalah tersebut maka diperlukan sebuah sistem rujukan yang dikembangkan berdasarkan topografi dan geografi wilayah agar sarana pelayanan kesehatan dapat terjangkau masyarakat. Rumah sakit di Bantul dapat dibagi ke dalam beberapa wilayah, sehingga masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan rujukan tidak perlu langsung ke RSUD Bantul. Perlu ditumbuhkan dan dikembangkan beberapa rumah sakit di kabupaten/kota yang memiliki letak strategis dan

kemampuan sumberdaya yang baik, agar dapat menjadi rumah sakit rujukan bagi daerah di sekitarnya. Konsep sistem regionalisasi rujukan juga sudah mulai dilakukan di Provinsi Nangroe Aceh Darussalam dan Nias setelah bencana alam tsunami. Dengan konsep pemerataan fasilitas kesehatan jumlah kunjungan peserta JKN tidak menumpuk di satu RS saja namun bisa merata sesuai dengan regional wilayah peserta tersebut. Hal ini dikemukakan oleh Cohen (1985) dalam teorinya dengan Sistem Informasi Geografi Kesehatan yang terintegrasi.

Notoatmojo (2007) mengemukakan sistem regionalisasi rumah sakit rujukan juga memiliki keunggulan, antara lain: (i) pengembangan rumah sakit di daerah dapat dilakukan secara sistematis, efektif, dan efisien; (ii) aksesibilitas masyarakat dapat lebih meningkat karena jarak yang semakin dekat; (iii) menjadi dasar pembentukan sistem pembiayaan kesehatan (sistem asuransi); (iv) menjadi pusat pendidikan dan penelitian

kesehatan; dan (v) pasien tidak menumpuk di RSUD

Bantul.