

ANALISIS KEBIJAKAN REGIONALISASI RUJUKAN TERHADAP JUMLAH KUNJUNGAN DAN KEPUASAN PESERTA JKN DI FASKES RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN

Amirul Mustofa, Arlina Dewi
Universitas Muhamadiyah Yogyakarta
Email: amirulmustofa82@gmail.com

Abstract: This research type is quantitative research with Cross Sectional Study approach. This study used secondary data of JKN participants who came both in outpatient and inpatient at Bantul Regency Hospital. Data analysis using paired t-test paired test and Analysis of variance (Anova). Research data were taken in 7 hospitals. The number of visits before and after the policy came into effect indicates a statistically significant difference. Satisfaction after the policy was enacted showed no statistically significant difference between 2015 and 2016. The number of post-policy visits enacted showed no statistically significant difference between the types of FKRT. The number of visits after the policy came into effect revealed a statistically significant difference between the FKRTL classes.

Keywords: national health insurance, regionalization, polic

Abstrak: Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional Study*. Penelitian ini menggunakan data sekunder peserta JKN yang datang baik di poli rawat jalan dan rawat inap di Rumah Sakit (RS) Kabupaten Bantul. Analisa data menggunakan Uji *paired t-test* berpasangan dan Uji *Analisis of varian (Anova)*. Data penelitian diambil di 7 Rumah Sakit. Jumlah kunjungan sebelum dan sesudah kebijakan diberlakukan menunjukkan ada perbedaan bermakna secara statistik. Kepuasan sesudah kebijakan diberlakukan menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna secara statistik antara tahun 2015 dan 2016. Jumlah kunjungan sesudah kebijakan diberlakukan menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna secara statistik antar jenis FKRT . Jumlah kunjungan sesudah kebijakan tersebut diberlakukan menunjukkan ada perbedaan yang bermakna secara statistik antar kelas FKRTL.

Kata Kunci: jaminan kesehatan nasional, regionalisasi, kebijakan

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan di Indonesia saat ini memasuki era pembiayaan jaminan kesehatan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai penyelenggaranya. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah dilaksanakan sejak 1 Januari 2014 berdasarkan amanat Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) demi tercapainya jaminan kesehatan semesta. (DJSN, 2012).

Salah satu sasaran yang dicapai dalam pengembangan JKN adalah kepuasan pasien, dimana dalam peta jalan JKN disebutkan bahwa paling sedikit 75% pasien menyatakan puas diberikan pelayanan oleh faskes yang bekerjasama dengan BPJS pada tahun 2014 dan pada akhirnya mencapai kepuasan pasien sebesar 85% pada tahun 2019 (DJSN, 2012).

Berdasarkan data BPJS Kesehatan Divisi Regional VI tercatat jumlah peserta JKN per 30 Juni 2016 di Provinsi DIY sebanyak 2.664.906 orang dan jumlah peserta JKN Kabupaten Bantul sebanyak 727.077 (27,28%) dari total peserta JKN di Provinsi DIY, serta menjadi Kabupaten kedua terbanyak dalam jumlah peserta JKN setelah Kotamadya Yogyakarta. Hal ini tentu berdampak pada dibutuhkannya fasilitas kesehatan yang lebih banyak dari sebelumnya untuk melayani peserta JKN.

Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta mengeluarkan keputusan Nomor 441/7102/III tanggal 21 Juli 2014 tentang kebijakan regionalisasi dan sistem rujukan berjenjang untuk memenuhi aspek ketersediaan sarana

fasilitas kesehatan dan kepuasan peserta JKN. Berdasarkan hasil wawancara dengan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Yogyakarta didapatkan data mengenai keluhan peserta JKN di FKRTL Kabupaten Bantul meliputi pelayanan yang kurang ramah, kurang informatif, antrian panjang, penolakan peserta yang tidak terdaftar, penolakan pasien luar wilayah. FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan di Kabupaten Bantul sejak tahun 2014 mengalami peningkatan yang awalnya berjumlah 10, per 30 Juni 2016 sudah meningkat menjadi 13 ditambah 2 Klinik utama (haemodialisa dan bedah). Adanya FKRTL favorit peserta JKN di Kabupaten Bantul menyebabkan jumlah kunjungan menjadi menumpuk di beberapa FKRTL tertentu saja. Hal ini merupakan indikasi memunculkan permasalahan baru dalam pemerataan jumlah kunjungan dan kepuasan pasien JKN.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional Study*. Variabel independen penelitian ini yaitu kebijakan regionalisasi rujukan Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, sedangkan variabel dependennya yaitu jumlah kunjungan dan kepuasan rawat jalan tingkat lanjut (RJTL) dan rawat inap tingkat Lanjut (RITL).

Data sebelum kebijakan diberlakukan adalah data periode tahun 2014 dan data sesudah kebijakan diberlakukan adalah data periode tahun 2015 dan 2016. Analisa data dilakukan secara statistik untuk melihat perbedaan.

Tabel 1. Karakteristik Data Objek Penelitian

No	Nama RS	Jenis RS	Kelas RS	Jumlah Kunjungan				Kepuasan			
				RJTL		RITL		RJTL		RITL	
				2014	2015	2014	2015	2015	2016	2015	2016
1.	RSUD Bantul	Daerah	B	116452	127895	12667	11761	73,41	73	74,49	79,85
2.	RS. Dr. S.Hardjo lukito	Pusat	B	57503	79662	5030	7079	75,09	73,37	74,07	73,73
3.	RSK Paru Respira	Pusat	C	926	2201	340	306	72,35	77	73,73	72,40
4.	RS. PKU Muham madiyah	Swasta	C	34351	52893	5425	5689	74,72	74,20	73,17	72,00
5.	RS. Nur Hidayah	Swasta	D	15740	21443	3258	3130	75,42	78,07	94,20	87,00
6.	RS. Rachma Husada	Swasta	D	6637	7959	2404	2625	70,05	76,36	71,60	79,30
7.	RS. Santa Elisabeth	Swasta	D	2798	3838	915	987	71,19	76	83,82	75,96

Sumber : Data BPJS Kesehatan Kantor Cabang Yogyakarta

Tabel 2. Hasil Paired t-test

	Kunjungan RJTL		Kunjungan RITL		Kepuasan RJTL		Kepuasan RITL	
	Mean	P	Mean	P	Mean	P	Mean	P
sebelum	3.35		4.21					
sesudah	4.23	0.038	4.48	0.462	-2.428	0.084	-2.088	0.082

Ket: *P* = paired difference significant

HASIL DAN PEMBAHASAN

Data penelitian sebagai berikut tersaji dalam Tabel 1.

Data penelitian ini diambil di 7 FKRTL se-Kabupaten Bantul dengan jumlah 30 kuisioner uji kepuasan untuk masing-masing FKRTL. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan jumlah kunjungan dan tingkat kepuasan sebelum dan sesudah kebijakan regionalisasi rujukan diberlakukan. Berdasarkan Tabel 2 hasil uji jumlah kunjungan RJTL signifikan-sinya 0,038 lebih kecil dari 0.05, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara jumlah kunjungan pasien RJTL sebelum dan sesudah

kebijakan diberlakukan. Jumlah kunjungan RITL signifikansinya 0,462 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.

Hasil uji kepuasan RJTL signifikansinya 0.084, 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. Hasil uji kepuasan RITL signifikansinya 0.082, lebih besar dari 0.05, sehingga dapat

disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat kepuasan pasien RITL sesudah kebijakan diberlakukan.

Tabel 3. Hasil Uji *Analysis of Variances (Anova)*

	Jenis FKRTL		Kelas FKRTL	
	RJTL	RITL	RJTL	RITL
<i>significant</i>	0.110	0.128	0.037	0.085

Berdasarkan Tabel 3 hasil uji menunjukkan signifikansinya adalah 0.110, 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. Hasil uji menunjukkan signifikansinya adalah 0.128, 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.

Hasil uji menunjukkan signifikansinya 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. Hasil uji menunjukkan signifikansinya 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.

HASIL DAN PEMBAHASAN 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.

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. 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 (Karleanne, 2015).

Hermawan (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. 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 (Karleanne, 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. 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).

Menurut data kunjungan (tabel 6) 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 4. 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

Menurut Priyono (2009) dalam penelitiannya selain dari sisi sarana prasarana FKRTL yang ada juga menyangkut masalah jaringan transportasi. 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.

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. 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).

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.

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. 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).

Ketidakpuasan pasien pada dimensi perhatian (*empathy*) di FKRTL kemungkinan karena tingginya kunjungan pasien sehingga perhatian petugas tidak maksimal ke pasien. Hasil penelitian Resnani (2002) dalam Widiastuti (2014) menyatakan ada pengaruh positif antara komunikasi dokter terhadap kepuasan pasien rawat jalan.

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 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). 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 (Bleicher et 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.

Jumlah Kunjungan di Jenis FKRTL Sesudah Kebijakan Diberlakukan

Hasil analisa perbedaan 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.

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. 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 interpersonal, 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).

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 jumlah kunjungannya banyak sedangkan FKRTL milik swasta masih relatif sedikit. Walaupun secara kelengkapan sarana dan prasarannya 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.

Jumlah Kunjungan di Kelas FKRTL Sesudah Kebijakan Diberlakukan

Hasil analisa menunjukkan bahwa ada perbedaan rata-rata jumlah kunjungan dengan kelas Rumah Sakit. Rumah Sakit kelas B, C dan 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 (Karleanne, 2015).

Berdasarkan hasil analisis data jumlah kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap terhadap kelas rumah sakit, rumah sakit kelas D mengalami

peningkatan yang paling banyak dibandingkan dengan rumah sakit kelas B dan rumah sakit kelas C.. Hasil observasi menunjukkan banyak FKRTL di Kabupaten Bantul bertipe D dan penyebarannya juga belum merata dengan baik terutama wilayah barat dan selatan Kabupaten Bantul. 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.

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.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Jumlah kunjungan peserta JKN di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) sebelum dan sesudah kebijakan diberlakukan menunjukkan hasil ada perbedaan bermakna secara statistik. Kepuasan peserta JKN di FKRTL sesudah

kebijakan diberlakukan antara tahun 2015 dan 2016 menunjukkan hasil tidak ada perbedaan yang bermakna secara statistik antara tahun 2015 dan 2016. Jumlah kunjungan pasien peserta JKN sesudah kebijakan diberlakukan menunjukkan hasil tidak ada perbedaan yang bermakna secara statistik antar jenis FKRTL. Jumlah kunjungan pasien peserta JKN sesudah kebijakan tersebut diberlakukan menunjukkan hasil ada perbedaan yang bermakna secara statistik antar kelas FKRTL.

Saran

Belum semua Rumah Sakit yang ada di FKRTL Kabupaten Bantul digunakan sebagai sampel dalam penelitian ini. Oleh karena itu perlu adanya penelitian lebih lanjut terkait dengan hubungan kebijakan sistem regionalisasi rujukan pengaruhnya terhadap jumlah kunjungan peserta dan kepuasan peserta JKN di FKRTL se- Kabupaten Bantul. Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan dan pertimbangan dalam peningkatan mutu layanan kesehatan bagi FKRTL dan BPJS Kesehatan selaku pengelola JKN.

DAFTAR RUJUKAN

- Abdullah Ali, F. 2014 Analisis Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Siko Dan Puskesmas Kalumata Kota Ternate Tahun 2014. Pasca Sarjana Universitas Sam Ratulangi Manado. *Jurnal PIKMU*, Vol 5.
- Baequny, A. 2009. Analisis Tingkat Kepuasan Peserta Askes Sosial PT. Askes Terhadap Pelayanan Dokter Keluarga di Kota Pekalongan Tahun 2009, Universitas Diponegoro. *Jurnal Tesis*.
- BPJS Kesehatan Divisi Regional VI. 2014. *Data Kepesertaan JKN Provinsi DIY Tahun 2016*, Yogyakarta.
- BPJS Kesehatan Kantor Cabang Yogyakarta. 2016. *Data FKRTL dan Kunjungan Pasien JKN di FKRTL BPJS Kesehatan Yogyakarta Tahun 2016*, Yogyakarta.
- Bleich, S., Ozaltin, E. & Murray, J.C. 2009. How Does Satisfaction with The Health-Care System Relate to Patient Experience?. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), pp.271–278. Available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-050401.pdf> [Accessed February 4, 2017].
- Budijanto, D. dan Suharmiati. 2007. Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kepuasan Responden Pengguna Rawat Jalan Rumah Sakit Pemerintah di Indonesia. *Jurnal Penelitian Sistem Kesehatan*. Vol(no):10(2), pp.123–130.
- Dewi, A, Ali Gufron Mukti & Bisma Mukti. 2014. Differences In Attitude of Urban and Rural Residents In Accepting National Health Insurance, *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*.
- DJSN, K. 2012. *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019*. Jakarta.
- Hermawan, B. 2014. “Rujukan tak Jalan, Pasien RSUD Dr Soetomo Meningkatkan”, RRI

- News, 9 Oktober dalam http://www.rri.co.id/post/berita/109780/ruang_publik/rujukan_tak_jalan_pasien_rsud_dr_so_etomo_meningkat.htm.jurnal(di akses 12 Oktober 2016).
- Hidayat, B. 2010. Bukti Empiris Kebijakan Asuransi Kesehatan Sosial, Analisis Survei Aspek Kehidupan Rumah Tangga Indonesia (Sakerti). *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 13(03).
- Ratnawati, I. 2016. Kinerja dan Sikap Paramedis di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Rachma Husada. *Jurnal Tesis*. Yogyakarta.
- Idris, F. 2013. Optimalisasi Sistem Pelayanan Kesehatan Berjenjang pada Program Kartu Jakarta Sehat. Universitas Sriwijaya Palembang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. Vol 9.
- Karleanne Lony Primasari. 2015. Analysis of National Health Insurance Referral System in Public Hospital dr.Adjidarmo Lebak. *Jurnal ARSI Jakarta*.
- Keputusan Dinas Kesehatan Propinsi DIY No 441/7102/III tanggal 21 Juli 2014 tentang Kebijakan Regionalisasi dan Sistem Rujukan Berjenjang.
- Kesmawan, A. 2015. Implementasi Kebijakan BPJS Kesehatan di Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. *Jurnal APPPTM*.
- Lestari, T.R.P. 2010. Pelayanan Rumah Sakit bagi Masyarakat Miskin (Studi kasus di Enam Wilayah Indonesia), Pusat Pengkajian Pengolah Data dan Informasi Sekretariat Jenderal Dewan Perwakilan Rakyat, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol 5.
- Priyono, J. 2009. *Pemodelan Spasial dalam Perencanaan Sistem Layanan Kesehatan Berjenjang Pasca Bencana di Aceh dan Nias*, Jurnal Pusat Studi Bencana UGM, Yogyakarta.
- Nuryatin, Phaksy dkk. 2012. Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda dan SPM), Jurusan Ilmu Administrasi, Universitas Brawijaya, Malang. *Jurnal Administrasi Publik*. Vol 1.
- Resnani. 2002. Pengaruh Komunikasi Dokter Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan (Studi Tentang Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. M.Yunus Kota Bengkulu). *Jurnal Penelitian UNIB*. VIII(2), pp.105–110.
- Van der Hoeven, M., Kruger, A. & Greeff, M. 2012. Different in health care seeking behavior between rural and urban communities in South Africa. *International Journal for Equity in Health*. 11.
- Wati, H.S., Hamzah, A. & Amir, Y. 2012. Hubungan Mutu Pelayanan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daya Makasar Tahun 2012. Universitas Hasanudin. *Jurnal Tesis*.
- Widiastuti, N. 2015. *Hubungan Jenis Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Status Kepesertaan dan Karakteristik Sosio-demografi dengan Tingkat Kepuasan Pasien Jaminan*

*Kesehatan Nasional Kota
Denpasar. Universitas
Udayana, Denpasar. Jurnal
Tesis.*