

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Pengertian Kebijakan Kesehatan**

Kebijakan publik bersifat *multidisipliner* termasuk dalam bidang kesehatan sehingga kebijakan kesehatan merupakan bagian dari kebijakan publik. Dari penjelasan tersebut maka diuraikanlah tentang pengertian kebijakan kesehatan yaitu konsep dan garis besar rencana suatu pemerintah untuk mengatur atau mengawasi pelaksanaan pembangunan kesehatan dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang optimal pada seluruh rakyatnya (Islamy, 2001).

Kebijakan kesehatan merupakan pedoman yang menjadi acuan bagi semua pelaku pembangunan kesehatan, baik pemerintah, swasta, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan memperhatikan kerangka desentralisasi dan otonomi daerah (Widiastuti, 2014).

Sejalan dengan adanya desentralisasi di bidang kesehatan maka peran negara telah bergeser dari sebelumnya adalah sebagai pelaksana pelayanan kesehatan menjadi sebagai *regulator* yang membuat sebuah kebijakan kesehatan. Tujuan kebijakan bidang kesehatan adalah mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun, dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas nasional (Karleane,2015).

Kebijakan kesehatan pada pelaksanaannya tidak hanya terbatas terhadap kepentingan individu per individu, akan tetapi cakupannya sangat luas untuk kepentingan umum, tujuan umum dan warga negara pada umumnya. Kebijakan kesehatan seyogyanya mampu memberdayakan dan meningkatkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Dengan demikian maka, kebijakan kesehatan harus mengupayakan ketersediaan pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata tanpa

membedakan antara golongan masyarakat yang satu dengan yang lainnya. Termasuk dalam menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bagi kelompok masyarakat miskin/kurang mampu serta masyarakat yang rentan miskin. Secara umum, implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang dinamis, dimana pelaksana kebijakan melakukan suatu aktifitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri (Agustino, 2012:139).

Sementara Nugroho (2012:674) menjelaskan bahwa implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Pada dasarnya implementasi kebijakan merupakan sebuah tindakan atau program yang nyata yang dilaksanakan berdasarkan rumusan kebijakan yang telah disusun sebelumnya untuk mencapai tujuan tertentu. Nugroho (2012:675) menambahkan bahwa rangkaian implementasi kebijakan, yaitu mulai dari program, ke proyek, dan ke kegiatan. Lain

halnya dengan Nugroho, Suharno (2013:169) berpendapat bahwa implementasi kebijakan yang telah melalui tahap rekomendasi merupakan prosedur yang relative kompleks, sehingga tidak selalu ada jaminan bahwa kebijakan tersebut akan berhasil dalam penerapannya.

Sementara itu Agustino (2012:140) berpendapat bahwa implementasi kebijakan merupakan tahapan yang sangat penting dalam keseluruhan struktur kebijakan, karena melalui prosedur ini proses kebijakan secara keseluruhan dapat dipengaruhi oleh tingkat keberhasilan atau tidaknya pencapaian tujuan. Hal ini dipertegas oleh Chief J. O. Udoji (1981) dalam Agustino (2012: 140) bahwa “Pelaksanaan kebijakan adalah suatu yang penting bahkan jauh lebih penting daripada pembuatan kebijakan. Kebijakan-kebijakan hanya akan sekedar berupa impian atau rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak diimplementasikan”. Menurut Daniel Mazmanian dan Paul Sabatier (1983:61) sebagaimana dikutip dalam Agustino (2012:139) bahwa “Implementasi kebijakan

adalah pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar, biasanya dalam bentuk undang undang, namun dapat pula berbentuk perintah perintah atau keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan lazimnya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya”.

Sedangkan menurut Van Meter dan Van Horn (1975) masih dalam Agustino (2012:139) mendefinisikan implementasi kebijakan, sebagai “Tindakan tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijaksanaan”. Kebijakan bidang kesehatan tidak lepas dari sifat kebijakan publik itu sendiri sehingga George C. Edward III (1980:1) dalam Nugroho (2012:693) menyarankan untuk memerhatikan empat isu pokok agar implementasi kebijakan menjadi

efektif, yaitu *communication, resource, disposition or attitudes*, dan *bureaucratic structures*. Lebih lanjut lagi dijelaskan lebih detil oleh Nugroho (2012:693) bahwa:

1. Komunikasi berkenaan dengan bagaimana kebijakan dikomunikasikan pada organisasi dan atau publik dan sikap serta tanggapan dari para pihak yang terlibat.
2. *Resources* berkenaan dengan ketersediaan sumber daya pendukung, khususnya sumber daya manusia. Hal ini berkenaan dengan kecakapan pelaksana kebijakan publik untuk *carryout* kebijakan secara efektif.
3. *Disposition* berkenaan dengan *kesediaan* dari para implementor untuk *carry out* kebijakan publik tersebut. Kecakapan saja tidak mencukupi, tanpa kesediaan dan komitmen untuk melaksanakan kebijakan;

Struktur Birokrasi berkenaan dengan kesesuaian organisasi birokrasi yang menjadi penyelenggara implementasi. Berbeda dengan apa yang dikemukakan oleh George C. Edward III (1980) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan

Merilee S. Grindle (1980). Dikemukakan oleh Wibawa (1994: 22) dalam Nugroho (2012:690) menyatakan model Grindle ditentukan oleh isi kebijakan dan konteks implementasinya. Selanjutnya ditambahkan lagi bahwa ide dasarnya adalah bahwa setelah kebijakan ditransformasikan, barulah implementasi kebijakan dilakukan. Adapaun isi dari kebijakan tersebut mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a) Kepentingan yang terpengaruhi oleh kebijakan
- b) Jenis manfaat yang akan dihasilkan
- c) Derajat perubahan yang diinginkan
- d) Kedudukan pembuat kebijakan
- e) (Siapa) pelaksana program
- f) Sumber daya yang dikerahkan.

Sementara itu, konteks implementasinya adalah:

- a) Kekuasaan, kepentingan, dan strategi aktor yang terlibat
- b) Karakteristik lembaga dan penguasa
- c) Kepatuhan dan daya tanggap (Nugroho, 2012:690-691).

Implementasi kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada proses pelaksanaannya memiliki beberapa unsur yang saling berkaitan dan ada jenjang hirarki kebijakan yang saling berkaitan. Di dalam pelayanan BPJS Kesehatan ada fasilitas kesehatan yang mencakup, 1) fasilitas kesehatan tingkat pertama; 2) fasilitas kesehatan tingkat lanjutan; dan 3) fasilitas kesehatan penunjang. Sedangkan teori yang dikemukakan oleh Merilee S. Grindle (1980) digunakan sebagai faktor yang mempengaruhi implementasi dengan alasan bahwa kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan setelah diimplementasikan perlu kiranya untuk mengetahui mestinya kebijakan tersebut sesuai dengan apa yang diharapkan oleh pelaksana kebijakan begitu pula apa kebijakan tersebut sudah sesuai sasarannya (Kesmawan, 2015).

## **2. Jaminan Kesehatan Nasional**

Berdasarkan Undang-undang no 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-



undang no 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang mengelola program JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial dengan tujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Asuransi Sosial (*Social Insurance*) adalah program jaminan sosial yang bersifat wajib menurut UU bagi setiap pemberi kerja dan pekerja mandiri professional untuk tujuan penanggulangan hilangnya sebagian pendapatan sebagai konsekuensi adanya hubungan kerja yang kemungkinan menimbulkan industrial hazards.

Pengertian jaminan sosial begitu beragam akan tetapi memiliki kesamaan. Sementara Situmorang (2013) mendefinisikan sistem jaminan sosial sebagai “Upaya mewujudkan kesejahteraan, memberikan rasa aman

sepanjang hidup manusia, melalui pendekatan sistem, yaitu harus beraturan, sistematis, terukur”.



Sumber roadmap program JKN 2012-2019, DJSN 2012

Gambar 2.1. Peta jalan JKN menuju Cakupan Semesta 2019

### 3. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

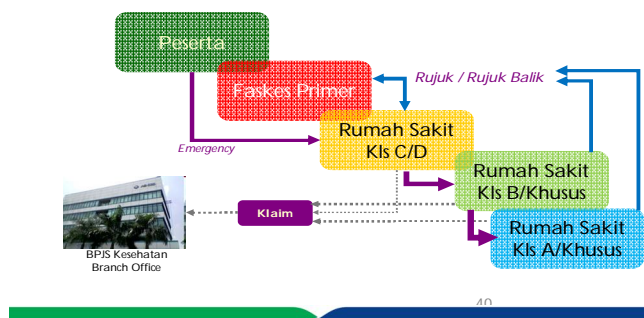
#### Program JKN

Fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk melaksanakan upaya pelayanan kesehatan perorangan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah atau masyarakat. Fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi pengguna JKN terdiri atas FKTP dan FKRTL. Fasilitas Kesehatan

Rujukan Tingkat Lanjutan adalah faskes yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan individu yang bersifat spesialisik dan sub spesialisik untuk keperluan pengamatan, promotif, preventif, mendiagnosis, perawatan atau pelayanan kesehatan lainnya (Widiastuti, 2014).

Prosedur layanan kesehatan dalam JKN yaitu pelayanan bagi pasien dilaksanakan secara berjenjang yang dimulai dari FKTP yang diselenggarakan oleh FKTP tempat peserta terdaftar. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut peserta JKN terdiri dari Rumah Sakit tipe A, B, C, D dan khusus yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan ( Fauziah, 2014).

### Alur Pelayanan Kesehatan

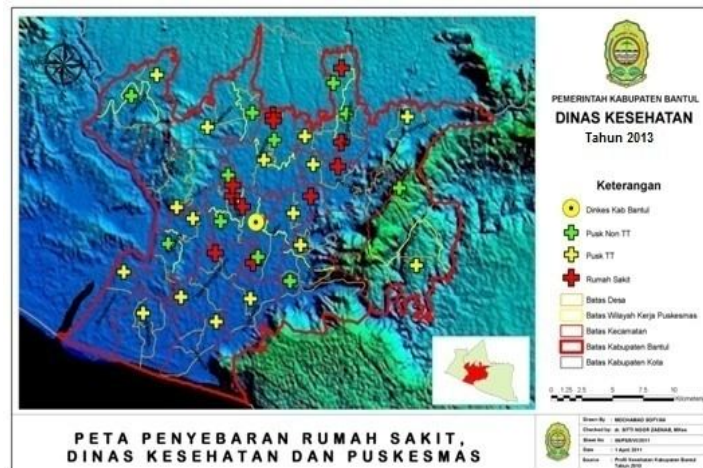


Sumber skema alur pelayanan kesehatan peserta JKN, DJSN 2012

Gambar 2.2. Skema alur pelayanan peserta JKN

BPJS Kesehatan dalam menetapkan pilihan fasilitas kesehatan melakukan seleksi, kredensialing dan rekredensialing dengan kriteria teknis yang meliputi sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan serta komitmen pelayanan. Kriteria teknis digunakan untuk penetapan kerjasama dengan BPJS Kesehatan dan besaran tarif INA CBG”S (Widiastuti, 2014).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul jumlah FKRTL ada 14 dengan penyebaran lokasi FKRTL belum sepenuhnya merata dengan baik. Lokasi FKRTL banyak terdapat di bagian tengah, utara dan timur Kabupaten Bantul, sedangkan wilayah barat belum terdapat FKRTL.



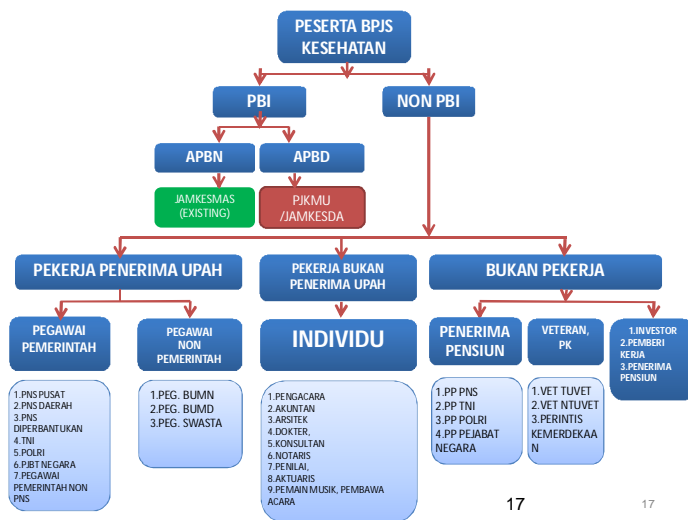
Sumber : Dinas Kesehatan Bantul

Gambar 2.3. Peta Penyebaran Faskes Kabupaten Bantul

#### 4. Status Kepesertaan dalam JKN

Peserta program JKN merupakan setiap orang termasuk orang asing yang bekerja minimal selama enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Peserta program JKN terdiri dari atas dua kelompok yaitu: Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan peserta bukan PBI jaminan kesehatan. Peserta PBI jaminan kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu. Peserta bukan PBI jaminan kesehatan adalah pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota

keluarganya serta bukan pekerja dan anggota keluarganya. Iuran Jaminan kesehatan untuk peserta pekerja penerima upah dibayarkan oleh pemberi kerja dan pekerja sendiri sedangkan iuran peserta mandiri (pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja) dibayarkan oleh peserta sendiri kepada BPJS Kesehatan sesuai kelas perawatannya (Widiastuti, 2014).



Sumber kepesertaan JKN, DJSN 2012

Gambar 2.4. Jenis kepesertaan dalam program JKN

## 5. Kebijakan sistem rujukan berjenjang

Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan memiliki tiga tingkatan, yaitu: primer, sekunder,

dan tersier. Ketiga tingkatan pelayanan tersebut tidak berdiri sendiri, melainkan menjadi satu kesatuan dalam suatu sistem layanan kesehatan. Apabila pelayanan kesehatan primer tidak dapat melakukan tindakan medis tingkat primer, maka tanggung jawab pelayanan diberikan ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi, yakni sekunder. Demikian pula, apabila pelayanan kesehatan sekunder tidak dapat melakukan tindakan medis tingkat sekunder, maka tanggung jawab pelayanan diberikan ke tingkat pelayanan tersier. Bentuk penyerahan tanggung jawab tersebut dikenal sebagai rujukan. Rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik, baik secara vertikal dalam arti dari satu strata sarana pelayanan kesehatan ke strata sarana pelayanan kesehatan lainnya, maupun secara horizontal dalam arti antar strata sarana pelayanan kesehatan yang sama.

Berikut adalah tiga jenjang dalam sistem pelayanan kesehatan. Pertama, pelayanan kesehatan jenjang primer

(*primary health care*). Layanan kesehatan ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Bentuk pelayanan ini adalah puskesmas, puskesmas pembantu, dan puskesmas keliling. Kedua, pelayanan kesehatan jenjang kedua (*secondary health services*). Layanan kesehatan ini diperlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan rawat inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Bentuk pelayanan ini misalnya rumah sakit tipe C dan D serta memerlukan tersedianya tenaga spesialis. Ketiga, pelayanan kesehatan jenjang ketiga (*tertiary health services*), diperlukan oleh kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh layanan kesehatan sekunder. Pelayanan sudah kompleks dan memerlukan tenaga-tenaga super spesialis, contohnya adalah rumah sakit tipe A dan tipe B.





Gambar 2. 5. Sistem pelayanan rujukan berjenjan (Notoatmojo, 2007)

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 para peserta JKN. Dengan terpenuhinya akses layanan kesehatan, maka selanjutnya masyarakat pengguna Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai memperhatikan mutu layanan yang ditunjukkan dengan jumlah kunjungan dan kepuasan mereka dalam menerima pelayanan dari faskes BPJS Kesehatan.

## 6. Kepuasan Pasien

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). Perpres No. 19 Tahun 2016 menyebutkan bahwa dalam jangka waktu paling sedikit tiga bulan peserta JKN berhak memilih FKTP yang diinginkan. Adanya mutasi peserta JKN tentu akan berdampak bagi FKTP terkait besaran kapitasi dan jumlah peserta yang bisa dilayani. Parasuraman dan Beryy dalam Muninjaya (2011) dalam Widiastuti (2014) telah melaksanakan penelitian dan mengidentifikasi lima dimensi dalam menilai mutu pelayanan. Kelima dimensi karakteristik mutu pelayanan.

- a) Bukti langsung (*tangibles*) bahwa mutu pelayanan kesehatan dapat dirasakan oleh para penggunanya secara langsung dengan menggunakan inderanya (mata, telinga

dan rasa) untuk menilai mutu layanan kesehatan yang diterima meliputi ketersediaan sarana dan prasarana, kebersihan dan kenyamanan ruang penerimaan pasien, ketersediaan sarana

- b) Kehandalan (*reliability*) meliputi kemampuan memberikan pelayanan dengan segera, terpercaya, akurat, sesuai dengan yang telah dijanjikan dan bersikap simpati kepada pelanggan.
- c) Daya tanggap (*responsiveness*) yaitu keinginan dan kemampuan dalam memberikan pelayanan yang tanggap, cepat, tepat waktu dan tidak lama kepada pelanggannya.
- d) Jaminan (*assurance*) yaitu kriteria yang berkaitan dengan pengetahuan, kesopanan dan kepercayaan pelanggan kepada petugas. Dimensi ini meliputi keramahan, kompetensi teknis dan keamanan.
- e) Empati (*empathy*) yaitu kriteria yang berkaitan dengan kepedulian dan perhatian kepada setiap pelanggan,

memahami kebutuhan mereka dan bisa dihubungi pelanggan yang membutuhkan bantuan.

Pelaksanaan JKN membuat paradigma pelayanan kesehatan bergeser kearah mutu pelayanan. Masyarakat yang dapat mengakses layanan kesehatan baik primer maupun sekunder mulai memperhitungkan mutu layanan yang diterimanya. BPJS sebagai badan penyelenggara di era JKN melakukan berbagai upaya dalam mengoptimalisasi mutu layanan primer dan menegaskan fungsi *gatekeeper* dari FKTP (Widiastuti, 2014).

## B. Penelitian Pendahuluan

**Tabel 2.1 Tabel penelitian terdahulu**

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1	Juniawan Priyono	Pemodelan Spasial dalam Perencanaan Sistem Layanan Kesehatan Berjenjang Pasca Bencana di Aceh dan Nias	Desain penelitian merupakan deskriptif analitik dengan menggunakan desain cross sectional. Tujuan penelitian dan desain penelitiannya hampir sama yaitu untuk melihattingkat kepuasan pasien terhadap metode spasial perencanaan rujukan berjenjang	Variabel independen: pemodelan spasial perencanaan rujukan berjenjang. Variabel dependen: Faktor keruangan dengan mempertimbangkan pentingnya faktor penghambat geografis antara konsumen dan penyedia jasa, yaitu: lokasi, jarak antara keduanya, dan lama waktu yang ditempuh untuk memperoleh layanan tersebut. Lokasi penelitian di

				Aceh dan Nias
2	Andri Putra Kesmawan	Implementasi Kebijakan BPJS Kesehatan di Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta”	Tujuan penelitian dan desain penelitiannya hampir sama yaitu untuk melihat tingkat kepuasan pasien terhadap implementasi kebijakan BPJS Kesehatan dengan responden adalah peserta PBI dan Non PBI	Desain penelitian merupakan deskriptif analitik kualitatif. Variabel independen: pengaruh implementasi kebijakan. Variabel dependen: peserta PBI dan Non PBI. Lokasi berada di RSUD Panembahan Senopati saja dan dilakukan secara diskriptif analitik kualitatif
3	Nuryatin Phaksy	Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Non Kuota ( Jamkesda dan SPM )	Tujuan penelitian dan desain penelitiannya hampir sama yaitu untuk melihat tingkat keberhasilan implementasi kebijakan pelayanan	Desain penelitian merupakan kualitatif dengan pendekatan diskriptif. Variabel independen: implementasi kebijakan. Variabel

			kesehatan	dependen: peserta masyarakat miskin non kuota yaitu Jamkesda dan SPM. Lokasi penelitian di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar
4	Ni Made Widiastuti	Hubungan Jenis Faskes Tingkat Pertama, Status Kepesertaan dan Karakteristik Sosio-demografis dengan Tingkat Kepuasan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Kota Denpasar	Tujuan penelitian dan desain penelitiannya hampir sama yaitu untuk melihat hubungan status kepesertaan dan jenis faskes terhadap tingkat kepuasan peserta JKN dengan menggunakan kuisioner.	Desain penelitian observasional dengan menggunakan <i>cross sectional</i> analitik. Variabel independen: jenis faskes tingkat pertama, status kepesertaan dan karakteristik sosio-demografis. Variabel dependen: kepuasan peserta JKN. Lokasi di Kota Denpasar

5	Karleanne Lony Primasari	<i>Analysis of National Health Insurance Referral System in Public Hospital dr.Adjidarmo Lebak,</i>	Tujuan penelitian dan desain penelitiannya hampir sama yaitu untuk melihat tingkat keberhasilan system rujukan terhadap layanan peserta di FKRTL.	Desain penelitian merupakan observasional yang bersifat diskriptif analitik dengan rancangan <i>Cross Sectional Study</i> . Variabel independen: system rujukan berjenjang Variabel dependen: peserta JKN dan Non JKN. Lokasi terbatas di RS Ajidarmo Lebak.
---	--------------------------	---	---	---



### **C. Landasan Teori**

Kebijakan publik bersifat *multidisipliner* termasuk dalam bidang kesehatan sehingga kebijakan kesehatan merupakan bagian dari kebijakan publik. Dari penjelasan tersebut maka diuraikanlah tentang pengertian kebijakan kesehatan yaitu konsep dan garis besar rencana suatu pemerintah untuk mengatur atau mengawasi pelaksanaan pembangunan kesehatan dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang optimal pada seluruh rakyatnya (Karleane, 2015).

Kebijakan kesehatan merupakan pedoman yang menjadi acuan bagi semua pelaku pembangunan kesehatan, baik pemerintah, swasta, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan memperhatikan kerangka desentralisasi dan otonomi daerah (Kesmawan, 2015).

Pelaksanaan program JKN membuat paradigma pelayanan kesehatan bergeser ke arah mutu pelayanan. Masyarakat yang dapat mengakses layanan kesehatan baik

primer maupun sekunder mulai memperhitungkan mutu layanan yang diterimanya. BPJS sebagai badan penyelenggara di era JKN melakukan berbagai upaya dalam mengoptimisasi mutu layanan primer dan menegaskan fungsi *gatekeeper* dari FKTP. Jenis FKRTL yang berasal dari sistem asuransi yang beragam meskipun sudah melalui sistem kredensialing terutama di masa peralihan tentu berisiko menyebabkan perbedaan mutu layanan yang dikaitkan dengan jumlah kunjungan dan kepuasan pasien. Mutu pelayanan khususnya pelayanan kesehatan primer dan lanjutan sering dikaitkan dengan jumlah kunjungan dan kepuasan pasien. Kepuasan pasien merupakan salah satu sasaran utama yang dicapai dalam pengembangan JKN. Kepuasan pasien merupakan tanggapan pasien terhadap kesesuaian kebutuhan (ekspektasi) pasien sebelum dan sesudah menerima pelayanan, maka pasien yang merasakan kepuasan terhadap layanan kesehatan memiliki kecenderungan untuk patuh, taat terhadap kegiatan pengobatan dan menjadi pelanggan setia. Lima dimensi

untuk mengevaluasi mutu layanan kesehatan meliputi bukti fisik, daya tanggap, kehandalan, empati dan jaminan. Kepuasan pasien dipengaruhi oleh banyak faktor (konsep multi dimensi) meliputi faktor jenis tempat layanan, status kepesertaan dan karakteristik sosiodemografis pasien (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan). Perbedaan mutu layanan kesehatan pada jenis fasilitas kesehatan karena kompetensi pemberi layanan, sistem peresepan obat, sistem rujukan, kemudahan akses ke layanan kesehatan dan ketersediaan fasilitas (Widiastuti, 2014).

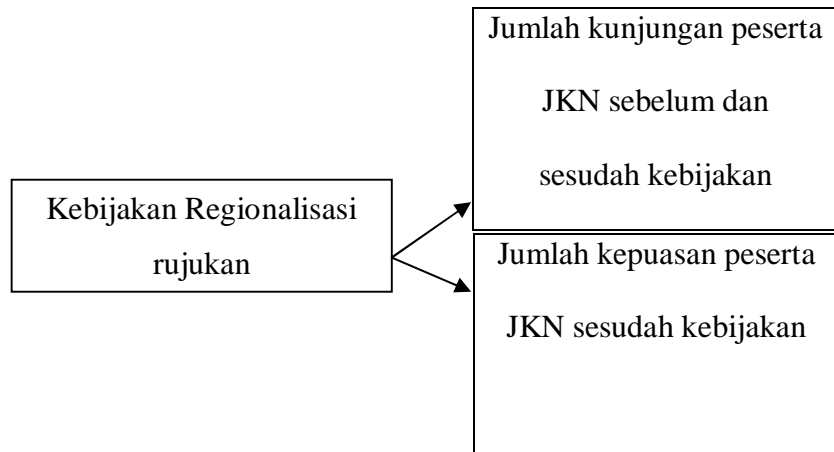
Salah satu sasaran yang dicapai dalam pengembangan JKN adalah kepuasan pasien, dimana dalam peta jalan JKN disebutkan bahwa paling sedikit 75% pasien menyatakan puas diberikan pelayanan oleh faskes yang bekerjasama dengan BPJS pada tahun 2014 dan pada akhirnya mencapai kepuasan pasien sebesar 85% pada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

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. 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 jumlah masyarakat yang mengakses layanan kesehatan.

Oleh sebab itu, 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. Terpenuhi akses layanan kesehatan, maka selanjutnya masyarakat pengguna JKN mulai memperhatikan mutu layanan yang ditunjukkan dengan jumlah kunjungan dan kepuasan mereka menerima pelayanan dari faskes BPJS Kesehatan.

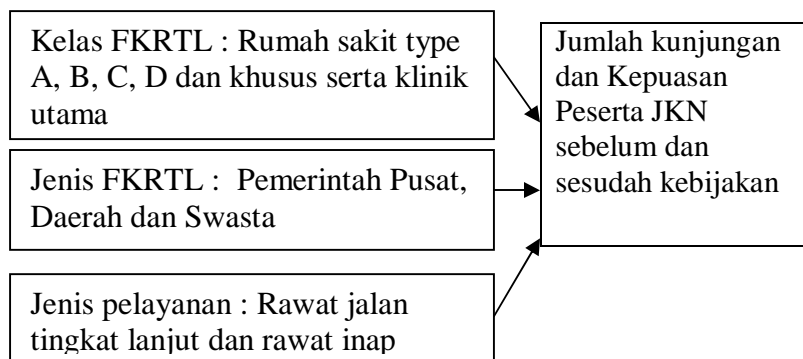
Dari uraian tersebut dapat dibuat kerangka teori penelitian sebagai berikut :



Gambar 2.5 Kerangka teori penelitian modifikasi dari Karleane (2015)

#### D. Kerangka Konsep

Berdasarkan penelusuran teori, maka dapat disusun bagan pemikiran hubungan antar variabel penelitian :



Gambar 2.6 Kerangka konsep penelitian

## **E. Hipotesis Penelitian**

Hipotesis pada penelitian ini tentang pengaruh kebijakan sistem regionalisasi rujukan berjenjang terhadap jumlah kunjungan dan kepuasan peserta JKN di FKRTL Kabupaten Bantul.

1. H1 yaitu ada perbedaan antara jumlah kunjungan peserta JKN sebelum dan sesudah kebijakan tersebut diberlakukan.
2. H2 yaitu ada perbedaan antara kepuasan peserta JKN sesudah kebijakan tersebut diberlakukan.
3. H3 yaitu ada perbedaan jenis FKRTL dengan jumlah kunjungan peserta JKN sesudah kebijakan tersebut diberlakukan.
4. H4 yaitu ada perbedaan kelas FKRTL dengan jumlah kunjungan peserta JKN sesudah kebijakan tersebut diberlakukan.