

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen adalah rumah sakit milik pemerintah daerah kabupaten kebumen, dengan kelas rumah sakit C yang berlokasi di bagian selatan kota Kebumen, yaitu di jalan lingkaran selatan muktisari kebumen. RSUD dr Soedirman kebumen merupakan sarana kesehatan sebagai rumah sakit rujukan masyarakat kebumen dan sekitarnya, karena memiliki cukup lengkap pelayanan spesialistik. Untuk pelayanan pasien stroke RSUD dr. Soedirman kebumen didukung 3 dokter spesialis saraf, 1 dokter rehab medis, ruang perawatan di ruang cempaka, dahlia, kenanga dan arumbinang. Sedangkan untuk pasien stroke yang memerlukan perawatan *intensive* dilakukan perawatan di *High Care Unit* (HCU) dan bila membutuhkan ventilator dimasukkan ke *Intensive Care Unit* (ICU).

Kapasitas tempat tidur total RSUD dr. Soedirman Kebumen pada tahun 2019 sebanyak 295 tempat tidur, untuk perawatan berbagai kasus penyakit (profil RSUD dr. Soedirman 2019). Kasus – kasus yang kompleks dilakukan asuhan oleh *case manager*. Untuk mendapatkan asuhan *case manager* dapat melalui 2 cara, yaitu melalui skrining oleh perawat bersamaan dengan asesmen awal keperawatan dilakukan penilaian apakah pasien memerlukan asuhan *case manager* atau tidak. Kemudian bila pada saat diskriining tidak memerlukan Case manager, namun diperjalan perawatan memerlukan case manager maka dikonsulkan oleh professional pemberi asuhan (PPA) ke *case manager* (pedoman MPP RSUD dr. Soedirman, 2019).

1. Gambaran Subjek dan Obyek Penelitian

Penelitian ini dilakukan dari bulan Oktober 2019 sampai dengan November 2019 di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen. Dilakukan terhadap 44 pasien stroke yang

menjalani rawat inap, bersedia mengikuti penelitian dan memenuhi kriteria inklusi. Sebanyak 44 pasien tersebut terdiri dari 2 kelompok yaitu kelompok kontrol 24 pasien dan kelompok yang mendapat asuhan *case manager* (intervensi) sebanyak 20 pasien. Pasien yang mendapat perlakuan (dikelola oleh *case manager*) dalam rekam medisnya terdapat form A dan form B sebagai bukti asuhan *case manager*.

a. Karakteristik Sampel Penelitian

Karakteristik sampel kedua kelompok berupa umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan.

Tabel 4.1 Karakteristik Responden

No	Karakteristik responden	Kelompok Kontrol		Kelompok Intervensi	
		n	%	n	%
1	Jenis Kelamin	24		20	
	Laki -laki	11	46	9	45
	Perempuan	13	54	11	55
2	Umur (tahun)	24		20	
	< 50	1	4	2	10
	51-60	6	25	7	35
	61-70	12	50	6	30
	71-80	4	17	5	25

	> 80	1	4	0	0
3	Hari rawat	24		20	
	< 7	13	54,2	8	40
	7 hari	3	12,5	4	20
	>7	8	33,3	8	40
4	Kelas Ruang rawat	24		20	
	VIP	0	0	0	0
	1	5	20,8	4	20
	2	7	29,2	3	15
	3	12	50,0	11	55

Karakteristik jenis kelamin perempuan lebih banyak dari pada laki – laki (54% responden pada kelompok kontrol dan 55% pada kelompok intervensi). Berdasarkan kelompok umur, terbesar pada kelompok kontrol adalah umur antara 61-70 tahun (50%), sedangkan pada kelompok intervensi terbesar adalah pada umur antara 51-60 tahun (35%). Karakteristik lama dirawat pada kelompok kontrol terbesar adalah kurang dari 7 hari (54,2%) dan pada kelompok intervensi terbesar pada hari rawat > 7 hari (40%) dan < 7 hari 40%. Karakteristik pasien berdasarkan kelas perawatan pada 2 kelompok terbesar ada pada kelas 3 (50%

pada kelompok kontrol dan 55% pada kelompok intervensi).

b. Karakteristik Sampel Berdasarkan Diagnosa

Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Diagnosa

Diagnosa	Kontrol		Intervensi	
	n	%	n	%
Jenis stroke				
Perdarahan	6	25	6	30
Infark	18	75	14	70
Diagnosa penyerta				
1 diagnosa penyerta	6	25	2	10
2 diagnosa penyerta	10	41,7	7	35
3 atau lebih diagnosa penyerta	8	33,3	11	55

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa karakteristik responden berdasarkan jenis stroke, responden dengan diagnosa stroke infark lebih banyak dari pada stroke perdarahan dengan angka diatas 70 %. Sedangkan berdasarkan diagnosa penyerta, pada kelompok kontrol paling tinggi responden dengan 2 diagnosa penyerta (41,7) sedangkan pada kelompok intervensi responden terbanyak pada diagnosa penyerta 3 atau lebih (55%).

c. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Kepuasan Pasien

1). Uji Validitas

Uji validitas dilakukan terhadap 20 questioner yang digunakan untuk mengukur kepuasan pasien yang berisi 21 pertanyaan. Hasil uji validitas pada nilai r hitung semuanya diatas 0,5 maka r hitung $>$ r tabel sebesar 0,444 sehingga dapat diambil kesimpulan semua item pertanyaan valid.

2). Reliabilitas

Setelah item pertanyaan dinyatakan valid, selanjutnya dilakukan uji reliabilitas. Dari 21 pertanyaan hasil “Alpha Cronbach” kuesioner kepuasan pasien adalah diatas 0,960 lebih besar dari 0,5 yang berarti seluruh instrumen dinyatakan reliabel atau memenuhi persyaratan.

2. Kepuasan Pasien Stroke Rawat Inap

Kategori kepuasan total pasien dilakukan dengan menganalisa 21 item pertanyaan pada kelompok control diperoleh median 83,3 sedangkan pada kelompok intervensi diperoleh median 87,7, sehingga kategori kepuasan dihitung sebagai berikut:

$$(1). \text{ Puas, } X \geq 83,3$$

(2). Tidak puas, $X < 83,3$

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden merasa puas terhadap pelayanan rumah sakit umum daerah dr. Soedirman kebumen.

Tabel 4.3 Kepuasan Pasien Stroke Terhadap Pelayanan Rumah sakit

Kepuasan pasien	Kontrol		Intervensi	
	n	%	n	%
Puas	13	54,2	17	85
Tidak Puas	11	45,8	3	15
Total	24	100	20	100

Secara umum kepuasan pasien stroke mengalami peningkatan setelah optimalisasi case manager, yaitu kepuasan meningkat menjadi 85%.

3. Kepuasan Responden Berdasarkan Aspek Kepuasan

Tabel 4.4 Kepuasan Responden Berdasarkan Aspek Kepuasan

Aspek Kepuasan	Kontrol (%)	Intervensi (%)
Aspek tangibles	68,5	69,5
Aspek reliability	77,3	78,6
Aspek ketanggapan	82,2	89,3
Aspek jaminan	89,1	91,5
Aspek empathy	88,3	95

Kepuasan pasien dilihat dari aspek – aspek kepuasan menunjukkan bahwa aspek empati dan jaminan pada kelompok intervensi lebih dari 90% dengan proporsi mirip pada kelompok kontrol.

4. Analisis Kepuasan Pasien

Sebelum dilakukan uji analisis menggunakan Independent Samples Test, dilakukan uji normalitas data menggunakan kolmogorov – Smirnov.

Tabel 4.5. Uji Normalitas Kepuasan Pasien Stroke Rawat Inap RSUD dr. Soedirman Kebumen Oktober-November 2019

Test of Normality			
Kelompok	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
Kelompok Kontrol	.118	24	.200*
Kelompok Intervensi	.145	20	.200*

Nilai signifikansi (p) pada uji kolmogorov-smirnov adalah 0.2 ($p > 0.05$), sehingga berdasarkan uji normalitas kolomogorov-smirnov data berdistribusi normal. Kemudian data dianalisis menggunakan Uji

Independent Samples Test dengan hasil sesuai pada tabel 4.6 berikut.

Tabel 4.6 Uji Independent Samples Test Kepuasan Pasien Stroke Rawat Inap RSUD dr. Soedirman Kebumen Oktober-November 2019

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Kepuasan Pasien	Equal variances assumed	6.96	.012	-2.36	42	.023
	Equal variances not assumed			-2.47	37.47	.018

Berdasarkan tabel *output independent samples test* pada bagian *equal variances assumed* diketahui nilai sig. (2-tailed) sebesar $0,023 < 0,05$ maka sebagaimana dasar pengambilan keputusan dalam uji *independent samples Test* dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang *signifikan* (nyata) antara kepuasan pasien sebelum optimalisasi *case manager* dengan sesudah optimalisasi *case manager*.

5. Biaya Perawatan Pasien

Tabel 4.7. Uji Normalitas SPSS Biaya Perawatan Pasien Stroke Rawat Inap RSUD dr. Soedirman Kebumen Oktober-November 2019

Kelompok	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
Kelompok Kontrol	.222	24	.003
Kelompok Intervensi	.272	20	.000

Nilai signifikansi (p) pada uji kolmogorov-smirnov adalah 0.003 ($p < 0.05$), sehingga berdasarkan uji normalitas kolmogorov-smirnov data tidak berdistribusi normal. Sehingga untuk uji statistiknya menggunakan uji *mann whitney*.

Tabel 4.8. Uji *Mann Whitney* Biaya Perawatan Pasien Stroke Rawat Inap RSUD dr. Soedirman Kebumen Oktober-November 2019

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Biaya Perawatan Pasien	Kelompok Kontrol	24	23.71	569.00
	Kelompok Intervensi	20	21.05	421.00
	Total	44		

Test Statistics^a

Mann-Whitney U	211.000
Z	-.684
Asymp. Sig. (2-tailed)	.494

Berdasarkan tabel output uji *mann whitney* pada bagian Asym. Sig (2-tailed) sebesar 0,494 sehingga $> 0,05$ maka sebagaimana dasar pengambilan keputusan dalam uji *mann whitney* disimpulkan bahwa H_0 diterima dan H_a ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan (nyata) antara biaya perawatan pasien stroke rawat inap sebelum optimalisasi *case manager* dengan sesudah.

b. Pembahasan

1. Kepuasan pasien

Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 44 responden, terdiri dari 24 responden kontrol dan 20 responden perlakuan. Hal ini berbeda dengan rencana awal sebanyak 30 responden, namun pada bulan Oktober sampai November 2019 responden yang memenuhi syarat sebanyak 44 responden. Dari uji *Independent Samples Test* disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan (nyata) antara

kepuasan pasien sebelum optimalisasi *case manager* dengan sesudah optimalisasi *case manager*. Hasil ini sesuai dengan salah satu manfaat praktik *case manager* yaitu dapat meningkatkan kepuasan pasien, menurut standart praktik *Case Management Society of America's* (CMSA) (“CMSA-Standards-2016).

Pada bagian lain dijelaskan juga bahwa praktik *case manager* bermanfaat untuk meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga, melalui peningkatan keterlibatan dan pemberdayaan pasien serta keluarga dalam asuhan pasien, akan menghasilkan hasil asuhan yang lebih baik, sesuai dengan Panduan Praktik Manajer Pelayanan Pasien – MPP di Rumah Sakit (*Case Manager*).

Penelitian sebelumnya di Surabaya tahun 2018, disimpulkan bahwa kepuasan pasien yang diberikan *case manager* berbasis spiritual islam memiliki tingkat kepuasan 83% sangat puas, sedangkan

kepuasan pasien yang tidak diberikan *case manager* berbasis spiritual islam memiliki tingkat kepuasan 100% puas (Hakim, 2018).

Kepuasan pasien merupakan hal yang penting karena merupakan salah satu indikator mutu pelayanan (Al-Abri *et al* 2014) sehingga menjadi tolak ukur keberhasilan layanan dan mengingat semakin ketatnya persaingan antar rumah sakit maupun menyikapi regulasi penjamin (BPJS) yang semakin ketat. Pasien akan memilih penyedia layanan kesehatan terbaik dengan mengevaluasi kualitas pelayanan, efektivitas biaya, dan hasil klinis positif. Pasien merasa puas akan menjadi pelanggan setia, akan terus memilih perawatan dari rumah sakit tersebut dan juga akan merekomendasikan rumah sakit kepada orang lain (Juhana *et al.*, 2015).

Sedangkan hasil penelitian terhadap kepuasan secara umum menunjukkan bahwa setelah intervensi 85% responden menyatakan puas terhadap

pelayanan rumah sakit. Selanjutnya hasil pengukuran kepuasan pasien ditinjau dari aspek-aspek kepuasan setelah intervensi dalam penelitian ini berturut-turut sebagai berikut; aspek empati 95%, aspek jaminan 91,5%, aspek ketanggapan 89,3 %, aspek reliability 78,6% serta aspek tangibles 69,5%.

Penelitian sebelumnya (Wibawa, *et. al*, 2017) menunjukkan hasil yang sama dimana kepuasan pasien stroke dilihat dari aspek kepuasan paling tinggi adalah aspek empati (89,5%).

2. Biaya Perawatan

Berdasarkan tabel output uji mann *whitney*, *Asym. Sig (2-tailed)* sebesar 0,494 sehingga $> 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang *signifikan* (nyata) antara biaya perawatan pasien stroke rawat inap pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi optimalisasi *case manager*. Rata rata biaya perawatan pada kelompok

kontrol sebesar Rp. 2.978.625,- sedangkan pada kelompok intervensi sebesar Rp. 2.991.462,-.

Penurunan biaya perawatan menjadi sesuatu yang menarik bagi para *case manager* bahkan Pimpinan rumah sakit. Namun tidak mudah untuk melaksanakannya. Hal ini sesuai penelitian (Swansn *at al.* 2018). Hasil ini juga selaras dengan hasil penelitian (Auladi *et al.* 2019) yang belum meyakini bahwa adanya peranan *case manager* membantu upaya pengendalian biaya di pelayanan rawat inap intensif peserta program jaminan kesehatan nasional (JKN) RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung.

Hal yang berbeda terdapat pada sumber lain sesuai panduan praktik *case manager* dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) 2016 salah satu keuntungan adanya *case manager* di rumah sakit adalah biaya pelayanan yang efektif .

Berdasarkan karakteristik responden, pada kelompok intervensi prosentase stroke perdarahan lebih banyak yakni 30% dibanding kelompok kontrol 25%, sehingga secara pembiayaan pasien stroke perdarahan lebih tinggi. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian (Feladita, 2014) dimana Rata-rata biaya riil terapi stroke hemoragik lebih tinggi dibandingkan tarif INA-CBGs era JKN 2014, dengan perbedaan yang signifikan. Hal ini juga sesuai dengan penelitian di Eropa (Xu *et al.* 2018) bahwa biaya perawatan pasien stroke meningkat seiring bertambahnya usia, meningkatkan keparahan stroke dan stroke perdarahan intraserebral. Lebih jauh dijelaskan bahwa terdapat kecenderungan rata-rata biaya total perawatan stroke paling besar adalah biaya perawatan stroke hemoragik kortikal dengan penyulit (Mariam *et al.* 2010).

Disamping itu berdasarkan diagnosa penyerta, kelompok intervensi sebanyak 55 % pasien stroke

dengan 3 atau lebih diagnosa penyerta. Kondisi ini berbeda dengan kelompok control yaitu 33 % untuk pasien stroke dengan 3 atau lebih diagnose penyerta. Semakin banyak diagnosa penyerta tentu semakin banyak memanfaatkan utilitas rumah sakit. Mulai dari pemeriksaan ahli, tindakan diagnostik maupun penggunaan obat – obatan. Hal ini didukung dengan hasil penelitian di RSCM oleh Mariam, 2010 bahwa Terdapat kecenderungan rata-rata biaya total perawatan stroke lebih tinggi pada pasien dengan *concomittant illness* (penyakit penyerta) lebih dari 4 jenis.

Meskipun biaya menjadi sesuatu yang penting terkait kelangsungan sebuah institusi, akan tetapi mutu dan keselamatan pasien tetap diutamakan. Konsep *cost containment* (sadar biaya) perlu diimplementasikan dengan regulasi yang menjadi acuan seperti *clinical pathway*. Implementasinya dibutuhkan peran *case manager* untuk mengkawal.

Kasus stroke dengan diagnosa penyerta lebih banyak, sebenarnya akan meningkatkan *severity level* diagnosis, sehingga bisa mendapatkan klaim paket INA-CBGs yang lebih besar, namun secara unit cost biaya yang dikeluarkan rumah sakit juga lebih besar. Sehingga apabila pelayanan efektif dan efisien dengan tetap menjaga mutu dan keselamatan pasien, maka rumah sakit bisa mendapatkan keuntungan yang lebih besar.

3. Pelaksanaan Optimalisasi *Case Manager*.

Penelitian ini berusaha membuktikan keberadaan case manager dapat berpengaruh positif terhadap kepuasan pasien dan biaya perawatan pasien, sehingga pasien dapat merasakan pengalaman yang baik dan memuaskan selama dirawat di rumah sakit dengan biaya yang efektif dan mutu yang baik (“CMSA-Standards-2016.Pdf,” n.d.).

Dalam melaksanakan tugasnya, *case manager* berpedoman pada Panduan Manajer Pelayanan Pasien Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen. Jumlah *case manager* ada 3 orang dan wilayah kerjanya dibagi dalam 3 zona dengan pembagian meliputi :

- a. Zona 1 (Ruang Bougenvile, Ruang Dahlia, Ruang Kenanga)
- b. Zona 2 (Ruang Arumbinang, Ruang peristi, Ruang Melati).
- c. Zona 3 (Ruang Cempaka, Ruang teratai, Instalasi Rawat Intensive).

Pasien masuk ruang rawat inap diskrening dan asesmen awal keperawatan oleh perawat jaga atau Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA), termasuk skrining kebutuhan asuhan *case manager*. Kemudian *case manager* melakukan asesmen untuk manajemen pelayanan pasien, identifikasi masalah dan kesempatan dan perencanaan manajemen

pelayanan pasien yang dokumentasinya dituangkan dalam form A MPP. Selanjutnya untuk fasilitasi yang meliputi koordinasi, komunikasi, kolaborasi kemudian advokasi serta hasil pelayanan didokumentasikan dalam form B MPP (“Panduan MPP-2019.Pdf,” n.d.). Selain dari hasil skrining PPJA *case manager* juga mendapatkan pasien dari konsulan PPA, untuk pasien yang lolos dalam skrining awal, namun selama perawatan membutuhkan *case manager*.

Peran fasilitasi dalam penelitian ini paling menonjol sehingga sesuai dengan hasil kuesioner kepuasan pasien dimana dilihat dari aspek kepuasan, paling tinggi adalah aspek empathy sebesar 95%.

Beberapa hambatan dalam implementasi MPP antara lain berkaitan dengan kurangnya kejelasan tentang ruang lingkup dan batas-batas intervensi hal ini terkait *case manager* yang ada, meskipun sudah dipilih professional yang sesuai kualifikasi, namun

karena begitu luas cakupan pelayanannya maka aspek *quality* dan *safety* jadi kurang mendapat perhatian. Disamping itu kurangnya sumber daya, keterampilan dan pelatihan untuk memberikan manajemen kasus juga menjadi hambatan implementasi *case manager* (de Stampa *et al.* 2014).