

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI RUJUKAN RAWAT JALAN TINGKAT PERTAMA PESERTA WAJIB PT. ASKES DI KABUPATEN BANYUMAS

FACTORS AFFECTING FIRST-LEVEL OUTPATIENT REFERRAL FOR MEMBERS OF PT. ASKES IN BANYUMAS REGENCY

Zulkarnain¹, Ali Ghufroon Mukti², Julita Hendrartini²

¹Dinas Kesehatan Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam

²MMKP dan Askes/JPKM, UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Claim ratio of membership of PT. Askes is always above 80%. This causes difficulties for the company and therefore, it needs service and cost control by the provider. The ratio of first-level outpatient referral in Banyumas (18.01%) is so high, i.e. above the referral ratio for Central Java and Yogyakarta (11.14%). The implementation of alternative-1 total capital model is that the Community Health Centers should function as gatekeepers capable of controlling the first-level outpatient service as optimum as possible. This study was aimed at finding out the factors affecting physicians in the community health centers as gatekeepers referencing the outpatients to the hospital and to find out the strength of the relationship among those factors.

Methods: This was an observational, non-experimental study using a cross-sectional approach. The location was in the area covered by PT. Askes of Banyumas regency. The total samplings were 40 community health centers. The instruments were questionnaires and the statistical analysis used step-wise multi-regression test.

Results: The step-wise regression analysis showed on capitation understanding ($p=0.03$), financial risk perception ($p=0.047$), medical needs perception ($p=0.00$) and the distance from the community health center to the nearest referral ($p=0.187$). The variable of medical needs perception was the most dominant factor affecting the referral ratio (32.5%), the second variable was capital understanding (18.3%), the third was variable of financial risk perception affecting referral ratio 5.5%, and 43.7% was affected by other variables.

Conclusions: There was significant relationship between on capitation understanding, medical needs perception, financial risk perception and referral ratio. There was no relationship between the distance of community health center and outpatient referral ratio.

Keywords: referral system, health insurance, managed care, gatekeeper, capitation

PENGANTAR

Evaluasi yang dilakukan oleh PT. Askes menunjukkan *claim ratio* kepesertaan wajib PT. Askes selama 3 tahun berturut-turut (1998-2000) selalu berada di atas 80% yang berakibat pada kondisi keuangan perusahaan.¹ Untuk itu, perlu dilakukan pengendalian pelayanan dan pengendalian biaya oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), terutama upaya yang

dilakukan dokter Puskesmas untuk menekan rasio rujukan rawat jalan tingkat pertama.

PT. Askes KPC 11-04 Banyumas adalah salah satu KPC dari 8 KPC yang ada di Kantor Cabang Jawa Tengah (Jateng) dan Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Wilayah kerja PT. Askes KPC 11-04 Banyumas meliputi; Kabupaten Banyumas, Kabupaten Cilacap, Kabupaten Purbalingga, dan Kabupaten

Banjarnegara. Berdasarkan laporan PT. Askes Kantor Cabang Banyumas tahun 2000, rasio rujukan rawat jalan tingkat pertama di Kabupaten Banyumas (18,01%) sangat tinggi yaitu diatas rata-rata rasio rujukan Jateng-DIY (11,14%).

Penerapan model Kapitasi Total Alternatif I di Kabupaten Banyumas seharusnya dapat menekan rasio rujukan rawat jalan tingkat pertama di daerah tersebut. Tetapi kenyataannya rasio rujukan di Kabupaten Banyumas lebih tinggi (18,01%) daripada kabupaten yang menerapkan model kapitasi total alternatif II yaitu di Kabupaten Cilacap (9,19%) dan Kabupaten Purbalingga (17,33%).

Tingginya rasio rujukan menyebabkan PT. Askes tidak dapat memberikan insentif kepada PPK, karena adanya pembagian risiko antara PT. Askes dengan PPK berdasarkan implementasi dari kapitasi total alternatif I yang PPK dapat menanggung risiko keuangan bila tidak melakukan pelayanan secara tepat. Tidak adanya insentif membuat dokter Puskesmas merasa tidak mendapatkan apa-apa dari melayani pasien wajib PT. Askes. Hal tersebut dapat mempengaruhi perilaku dokter sehingga kinerja dokter menjadi rendah.

PT. Askes sejak kurang lebih tahun 1980 telah melaksanakan dasar-dasar konsep *managed care*. Selanjutnya, pada tahun 1992 dikembangkan konsep kapitasi total secara nasional.²

PT. Askes menerapkan sistem pelayanan kesehatan dengan pola rujukan berjenjang, dengan harapan peserta akan memperoleh pelayanan kesehatan secara efisien dan efektif sesuai kebutuhan medisnya. Pembayaran biaya pelayanan kesehatan didasarkan pada besaran tarif yang ditetapkan dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan (SK Menkes) dan SK Menkes-Mendagri (Menteri Dalam Negeri) yang merupakan perwujudan subsidi pemerintah bagi pegawai negeri. Besaran tarif tersebut dievaluasi setiap dua bulan sekali.¹

Berbagai kegagalan penerapan kapitasi di Indonesia dan penolakan PPK untuk dibayar secara kapitasi sangat terkait dengan adanya risiko tersebut. Hal yang perlu dipahami adalah produk tenaga kesehatan belum dididik untuk menanggung risiko murni yang terkait dengan variasi utilisasi pelayanan. Pada awalnya para dokter (PPK) menolak cara pembayaran kapitasi ini, karena dinilai bertentangan dengan otonomi profesi kedokteran. Disisi lain para dokter hanya menjadi alat untuk mencari keuntungan, sementara para dokter inilah yang menghadapi keluhan pasien dan gugatan hukum jika terjadi malpraktik.³

Ketentuan-ketentuan yang dilaksanakan dalam penerapan kapitasi total alternatif I adalah sebagai berikut: a) Ikatan kerja sama antara Puskesmas dan PT. Askes, kapitasi total di Puskesmas, b) Peranan Puskesmas meningkat, sehingga ada dorongan untuk mengendalikan mutu atau biaya pelayanan kesehatan, c) Puskesmas sebagai *gate keeper*, pengendali utama pelayanan dan biaya pelayanan, d) Proses administrasi di PT. Askes, PT. Askes dan Puskesmas bekerja sama dalam pengawasan pelayanan rumah sakit (RS).

Berbagai hambatan di dalam pelaksanaan kapitasi, terutama pada pemahaman konsep kapitasi sebagai metode pembayaran baru yang belum banyak dikenal masyarakat. Selain pelaksanaan konsep kapitasi harus memperhatikan antarsatu daerah dengan daerah lainnya.⁴

Secara umum dikatakan bahwa *managed care* adalah suatu pelayanan pemeliharaan kesehatan melalui suatu jaringan pelaksana pelayanan kesehatan yang diberi tanggung jawab untuk mengelola dan menyediakan pelayanan yang bermutu dan biaya yang efektif.⁵ Selanjutnya Baldor⁵ menyebutkan kriteria *managed care* sebagai suatu sistem pelayanan yang mengintegrasikan sistem pembiayaan dan pelayanan kesehatan dengan

ciri ciri: kontrak dokter atau rumah sakit yang terpilih untuk memberikan pelayanan komprehensif termasuk promotif dan preventif kepada populasi peserta dan pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan sistem pembayaran prospektif.

Pembayaran premi per orang per bulan telah ditentukan sebelumnya berdasarkan kapitasi, adanya pengendalian utilisasi dan mutu, adanya insentif finansial bagi pasien untuk memanfaatkan pelaksanaan pelayanan dan fasilitas yang ditunjuk, serta adanya risiko keuangan dan berbagai keuntungan bagi dokter atau RS yang kemungkinan ditanggung bersama dengan pengelola dana. Pengendalian utilisasi dan mutu pelayanan telah tertuang dalam kontrak yang dilaksanakan oleh dokter dan RS.

Health Maintenance Organization (HMO) berkembang dengan mengutamakan strategi kontrol biaya utilisasi yang ketat. Kebanyakan HMO memiliki cara kontrol biaya yang mencakup *utilization review*, perencanaan kapasitas pelayanan dan insentif (*reward*) bagi para manager yang berhasil mengendalikan biaya.⁵

Menurut *The Health Insurance Association Of America*⁶ kompensasi penyelenggara pelayanan (*provider*) merupakan alat yang penting untuk mengontrol biaya dalam program pelayanan terkendali. Kompensasi meliputi hal-hal seperti menanggung bersama risiko (*risk sharing*) dan insentif yang akhirnya mempengaruhi perilaku penyelenggara pelayanan kesehatan (*provider*). Tentu saja, perjanjian menanggung risiko bersama dan gaji yang berlandaskan pemanfaatan (*utilization*) dan produktivitas merupakan upaya agar penyelenggara pelayanan lebih menyadari persoalan biaya.

Dokter Pelayanan Primer (*Primary Care Physician* atau PCP) memainkan peranan penting dalam pelayanan terkendali, karena memberikan pelayanan dasar bagi peserta program, membuat rujukan kepada spesialis, dan memberikan pelayanan tindak lanjut.

Dengan kata lain bahwa PCP juga bisa kita sebut sebagai *gate keeper* dan pada umumnya mengarahkan, mengendalikan, mengawasi, mengkoordinasi, dalam memberikan pelayanan dasar. Hal ini berarti bahwa semua pelayanan yang tidak darurat hanya dapat diberikan atau diotorisasi oleh penjaga pintu akses.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor apakah yang mempengaruhi dokter Puskesmas sebagai *gate keeper* merujuk pasien rawat jalan ke rumah sakit dan untuk mengetahui kekuatan hubungan faktor-faktor tersebut.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan rancangan penelitian *cross sectional* untuk mendapatkan penjelasan (*explanatory* dan *confirmatory*) agar dapat dianalisis hubungan antara satu variabel dengan variabel lainnya. Unit analisis yaitu: a). Peserta wajib PT. Askes per Puskesmas yang ada di Kabupaten Banyumas. b). Dokter Puskesmas di Kabupaten Banyumas. Total sampel dalam penelitian ini adalah seluruh peserta wajib PT. Askes yang ada di Kabupaten Banyumas sebanyak 103.330 orang, dan seluruh dokter Puskesmas yang berjumlah 40 orang.

Alat penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Sebelum kuesioner digunakan untuk mengambil data, terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian adalah data primer dari kuesioner yang diisi oleh dokter Puskesmas dan data sekunder yang diambil dari data yang ada di PT. Askes KPC 11-04 Banyumas. Data diolah dengan program SPSS dengan analisis statistik deskriptif dan analisis regresi berganda metode *stepwise*.

Pelaksanaan uji coba kuesioner dilakukan pada 30 Puskesmas di Kabupaten Banyumas. Pengujian validitas dan reliabilitas penelitian ini dengan menggunakan teknik statistik *alpha cronbach*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas terdapat 40 Puskesmas. Unit analisis penelitian ini adalah Puskesmas, sedangkan yang menjadi responden adalah dokter Puskesmas.

Data mengenai kepesertaan peserta wajib PT. Askes Kabupaten Banyumas per Puskesmas dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1 menunjukkan penggunaan pelayanan kesehatan peserta wajib PT. Askes di Kabupaten Banyumas sangat tinggi. Hal tersebut dapat dilihat dari jumlah kunjungan rawat jalan sebesar 102.391 dan rasio rujukan 36%. Rasio rujukan tertinggi pada Puskesmas Sumbang I (79%), rasio rujukan terendah pada Puskesmas Ajibarang II (5%). Data jumlah kunjungan berasal dari laporan Puskesmas

Tabel 1. Jumlah Peserta, Kunjungan dan Rujukan Peserta Wajib PT. Askes per Puskesmas di Kabupaten Banyumas Tahun 2001

| No | Puskesmas | Jumlah Peserta | Jumlah Kunjungan | Jumlah Rujukan | Rasio Rujukan |
|----|----------------|----------------|------------------|----------------|---------------|
| 1 | LUMBIR | 1.205 | 982 | 193 | 20% |
| 2 | WANGON I | 2.462 | 1.208 | 625 | 52% |
| 3 | WANGON II | 189 | 674 | 49 | 7% |
| 4 | JATILAWANG | 2.809 | 2.040 | 1.179 | 58% |
| 5 | RAWALO | 2.217 | 1.957 | 534 | 27% |
| 6 | PURWOJATI | 1.190 | 3.252 | 299 | 9% |
| 7 | KEMRANJEN I | 3.132 | 1.516 | 1.117 | 74% |
| 8 | KEMRANJEN II | 718 | 819 | 257 | 31% |
| 9 | SUMPIUH I | 2.860 | 2.123 | 912 | 43% |
| 10 | SUMPIUH II | 444 | 864 | 205 | 24% |
| 11 | TAMBAK I | 1.876 | 1.250 | 424 | 34% |
| 12 | TAMBAK II | 589 | 724 | 180 | 25% |
| 13 | KEBASEN | 2.624 | 1.345 | 730 | 54% |
| 14 | SOMAGEDE | 1.420 | 1.180 | 437 | 37% |
| 15 | BANYUMAS | 4.688 | 3.824 | 2.732 | 71% |
| 16 | PATIKRAJA | 4.119 | 5.191 | 1.561 | 30% |
| 17 | AJIBARANG I | 3.083 | 1.481 | 814 | 55% |
| 18 | AJIBARANG II | 228 | 1.115 | 56 | 5% |
| 19 | GUMELAR | 1.785 | 1.219 | 382 | 31% |
| 20 | PEKUNCEN | 2.211 | 3.016 | 490 | 16% |
| 21 | CILONGOK I | 2.608 | 1.805 | 433 | 24% |
| 22 | CILONGOK II | 225 | 211 | 43 | 20% |
| 23 | PWT. BARAT | 7.525 | 9.478 | 2.878 | 30% |
| 24 | PWT. TIMUR I | 8.541 | 7.464 | 4.807 | 64% |
| 25 | PWT. SELAIAN | 7.451 | 11.620 | 2.656 | 23% |
| 26 | PWT. UTARA I | 5.036 | 4.591 | 1.865 | 41% |
| 27 | PWT. UTARA II | 2.070 | 2.608 | 731 | 28% |
| 28 | PWT. TIMUR II | 4.599 | 4.882 | 1.867 | 38% |
| 29 | KALIBAGOR | 2.284 | 2.957 | 1.126 | 38% |
| 30 | SOKARAJA I | 5.375 | 6.004 | 2.660 | 44% |
| 31 | SOKARAJA II | 502 | 1.646 | 190 | 12% |
| 32 | KEMBARAN I | 3.577 | 2.287 | 1.285 | 56% |
| 33 | KEMBARAN II | 371 | 429 | 142 | 33% |
| 34 | SUMBANG I | 2.237 | 829 | 652 | 79% |
| 35 | SUMBANG II | 346 | 426 | 73 | 17% |
| 36 | KARANGLEWAS | 3.083 | 2.722 | 1.189 | 44% |
| 37 | BATURADEN I | 2.552 | 1.788 | 665 | 37% |
| 38 | BATURADEN II | 1.501 | 3.061 | 220 | 7% |
| 39 | KD. BANTENG I | 2.103 | 1.434 | 460 | 32% |
| 40 | KD. BANTENG II | 402 | 369 | 214 | 58% |
| | JUMLAH | 102.237 | 102.391 | 37.332 | 36% |

Sumber: Data Sekunder (data base) PT. Askes Banyumas

(formulir kunjungan Puskesmas). Data rujukan diperoleh dari tagihan rawat jalan RS. Data jenis penyakit tidak dapat diperoleh karena bagian input data bukan petugas medis sehingga data sebagian besar masuk kategori lain-lain.

Tabel 2. Karakteristik Peserta Wajib PT. Askes yang dirujuk oleh Puskesmas di Kabupaten Banyumas

| No | Karakteristik | Jumlah | Persentase |
|----|---------------------------------|--------|------------|
| 1 | Jenis kelamin | | |
| | Laki-laki | 18.041 | 48,33 % |
| | Perempuan | 19.291 | 51,67 % |
| 2 | Golongan atau pendapatan | | |
| | 1. Golongan I | 5.019 | 13,44 % |
| | 2. Golongan II | 14.808 | 39,67 % |
| | 3. Golongan III | 15.045 | 40,30 % |
| | 4. Golongan IV | 2.460 | 6,59 % |
| 3 | Umur | | |
| | 1. 0 – 15 | 4.307 | 11,54 % |
| | 2. 16 – 30 | 2.493 | 6,68 % |
| | 3. 31 – 45 | 6.782 | 18,17 % |
| | 4. 46 – 60 | 11.668 | 31,25 % |
| | 5. > 60 | 12.082 | 32,36 % |

Sumber: Data Sekunder (*data base*) PT. Askes Banyumas

Tabel 2 menunjukkan jumlah rujukan laki-laki dan perempuan hampir sama. Apabila rujukan dilihat berdasarkan golongan atau pendapatan peserta, diperoleh jumlah golongan II dan III yang dirujuk paling banyak, jumlah persentase kedua golongan ini mencapai 79,97%. Jumlah rujukan berdasarkan umur menunjukkan kelompok usia lanjut (46-60 dan > 60) paling banyak dirujuk, persentase kedua kelompok umur ini mencapai 63,61%.

HASIL UJI STATISTIK

Hasil analisis regresi berganda terhadap variabel penelitian dengan $\alpha = 0,05$ maka tingkat kepercayaan 95% diperoleh hasil penelitian seperti dalam Tabel 3.

Tabel 3 menunjukkan ada hubungan yang bermakna secara statistik antara pemahaman

Tabel 3. Hasil Uji Regresi Berganda Metode Stepwise dan Korelasi Variabel Independen terhadap Rasio Rujukan

| No | Variabel | R | Sumbangan Efektif | P |
|----------------------------|--|--------|-------------------|---------------------|
| 1 | Persepsi Kebutuhan Medis | -0.495 | 32.5 % | 0.000 ^{*)} |
| 2 | Pemahaman Kapitasi | -0.376 | 18.3 % | 0.003 ^{*)} |
| 3 | Persepsi Risiko Keuangan | -0.570 | 5.5 % | 0.047 ^{*)} |
| 4 | Jarak dari Puskesmas ketempat rujukan terdekat | -0.234 | - | 0.187 |
| 5 | Empat variabel bersama-sama | 0.750 | - | - |
| Total R² | | | 56.3 % | - |

^{*)} = Ada hubungan yang bermakna

kapitasi, persepsi risiko keuangan, dan persepsi kebutuhan medis terhadap rasio rujukan rawat jalan pasien peserta wajib PT. Askes di Kabupaten Banyumas. Keempat variabel penelitian mempunyai nilai r negatif, artinya hubungan masing-masing variabel independen dengan rasio rujukan bersifat terbalik. Adapun angka r sebesar 0,750 menunjukkan keeratan hubungan antara rasio rujukan dengan empat variabel independen adalah cukup erat, karena r mendekati angka satu. Angka R^2 (koefisien determinasi) adalah 0,563. Hal ini berarti secara bersama-sama variabel independen memberikan kontribusi (mempengaruhi secara efektif) rasio rujukan sebesar 56,3%, sedangkan 43,7% dipengaruhi variabel lain, antara lain permintaan pasien, keterbatasan sarana dan sebagainya.

Apabila hasil penelitian dilihat dari masing-masing variabel, hanya variabel jarak Puskesmas ke tempat rujukan terdekat yang tidak mempunyai hubungan yang bermakna terhadap rasio rujukan rawat jalan, dengan rincian masing-masing variabel sebagai berikut:

- 1). Hasil analisis antara variabel pemahaman kapitasi dan rasio rujukan menunjukkan ada hubungan terbalik yang bermakna antara kedua variabel tersebut ($p = 0,003$). Hal ini menunjukkan semakin tinggi pemahaman dokter terhadap kapitasi,

- semakin rendah rasio rujukan yang dilakukan.
- 2). Hasil analisis antara variabel persepsi risiko keuangan dan rasio rujukan menunjukkan ada hubungan terbalik yang bermakna antara kedua variabel tersebut ($p = 0,047$). Hal ini menunjukkan semakin tinggi skor persepsi terhadap risiko keuangan, semakin rendah rasio rujukan.
 - 3). Hasil analisis antara variabel persepsi kebutuhan medis dan rasio rujukan menunjukkan ada hubungan terbalik yang bermakna secara statistik antara kedua variabel tersebut ($p=0,000$). Hal ini menunjukkan semakin tinggi skor pemahaman terhadap persepsi kebutuhan medis, semakin rendah rasio rujukan.
 - 4). Hasil analisis antara variabel jarak Puskesmas ke tempat rujukan terdekat dan rasio rujukan rawat jalan ($p=0,187$). Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan secara statistik antara jarak Puskesmas ke tempat rujukan terdekat dan rasio rujukan rawat jalan.

Variabel persepsi kebutuhan medis merupakan faktor paling dominan mempengaruhi rasio rujukan. Berdasarkan perhitungan koefisien determinasi parsial, variabel ini memberikan sumbangan sebesar 32,5%. Urutan kedua adalah variabel pemahaman kapitasi yang memberikan sumbangan sebesar 18,3%. Urutan ketiga adalah variabel persepsi risiko keuangan dengan menyumbang sebesar 5,5%.

PEMBAHASAN

Manajemen utilisasi hanya dilakukan di kantor cabang, sehingga KPC tidak dapat membuat perencanaan dan evaluasi. Padahal disetiap KPC telah disediakan *software* utilisasi. Rasio rujukan Kabupaten Banyumas 36% jauh di atas standar nasional yaitu rasio rujukan yang baik adalah antara 20% sampai

7%. Rasio rujukan diatas 20% dan dibawah 7% masuk kriteria jelek.

1. Hubungan Pemahaman Kapitasi dengan Rasio Rujukan

Hasil uji statistik menunjukkan variabel pemahaman kapitasi diperoleh nilai $p = 0,003$ dan $r = - 0.495$, dapat dilihat pada tabel 3. Hal ini menunjukkan ada hubungan yang bermakna secara statistik antara pemahaman kapitasi terhadap rasio rujukan rawat jalan. Hasil regresi berganda metode *stepwise* menunjukkan variabel pemahaman kapitasi memberikan sumbangan efektif sebesar 18,3%, faktor ini merupakan kontribusi kedua terbesar setelah variabel persepsi kebutuhan medis yang mempengaruhi rasio rujukan.

Peningkatan pemahaman kapitasi dokter Puskesmas di Kabupaten Banyumas dapat menurunkan rasio rujukan di daerah tersebut (nilai r negatif berarti hubungan bersifat terbalik). Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Martinelly⁷ yang menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dokter Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan dengan tingginya rujukan pasien Askes ke RSUP Dr. M. Djamil Padang. Hasil penelitian ini juga berbeda dengan penelitian Nurbaiti⁸ yang menyatakan tidak ada hubungan antara pengetahuan tentang kapitasi total dengan rasio rujukan peserta Askes di Wilayah Jakarta Pusat.

Pemahaman kapitasi sangat penting bagi dokter Puskesmas agar dapat mengendalikan pelayanan kesehatan peserta Askes. Dokter Puskesmas harus mengetahui berapa peserta Askes (kapita) yang terdaftar di Puskesmasnya. Hal ini penting karena merupakan langkah awal dari rencana program pelayanan kesehatan yang akan diberikan seperti perencanaan kebutuhan obat, alat kesehatan, serta perhitungan jasa pelayanan yang akan dibayarkan oleh PT. Askes.

2. Hubungan Persepsi Risiko Keuangan dengan Rasio Rujukan

Hasil uji statistik menunjukkan variabel persepsi risiko keuangan diperoleh nilai $p = 0,047$ dan $r = -0,376$, dapat dilihat pada Tabel 3. Hal ini menunjukkan ada hubungan secara statistik antara persepsi risiko keuangan terhadap rasio rujukan rawat jalan namun mempunyai keeratan hubungan yang lemah. Hasil regresi berganda metode *stepwise* menunjukkan variabel persepsi risiko keuangan memberikan sumbangan efektif sebesar 5,5%, faktor ini mempunyai kontribusi ketiga setelah variabel persepsi kebutuhan medis dan pemahaman kapitasi.

Peningkatan skor persepsi risiko keuangan dokter Puskesmas di Kabupaten Banyumas dapat menurunkan rasio rujukan di daerah tersebut. Hasil penelitian ini selaras dengan hasil penelitian Kristiansen⁹ yang menunjukkan bahwa insentif mempengaruhi perilaku dokter. Penelitian tersebut dilakukan terhadap 116 praktik dokter umum menghitung jumlah waktu konsultasi antara dokter yang digaji dan dokter yang menerima pembayaran langsung (*fee for service*) yang hasilnya menunjukkan bahwa insentif finansial dapat digunakan untuk mempengaruhi pola praktik serta kepuasan kerja dokter umum. Sebaliknya hasil penelitian ini bertolak belakang dengan hasil penelitian yang dilakukan Nurbaiti⁸ yang menyatakan tidak ada hubungan antara jumlah insentif yang diterima Puskesmas dengan rasio rujukan.

3. Hubungan Persepsi Kebutuhan Medis dengan Rasio Rujukan

Hasil uji statistik menunjukkan variabel persepsi kebutuhan medis diperoleh nilai $p = 0,00$ dan $r = -0,570$, dapat dilihat pada tabel 3. Hal ini menunjukkan ada hubungan yang bermakna secara statistik antara persepsi kebutuhan medis terhadap rasio rujukan rawat jalan dan mempunyai keeratan hubungan yang cukup kuat. Peningkatan nilai persepsi kebu-

tuhan medis dokter Puskesmas di Kabupaten Banyumas terbukti dapat menurunkan rasio rujukan di daerah tersebut. Hasil regresi berganda metode *stepwise* menunjukkan variabel persepsi kebutuhan medis memberikan sumbangan efektif sebesar 32,5%, faktor ini merupakan faktor yang paling dominan mempengaruhi rasio rujukan.

Tingginya rasio rujukan kemungkinan disebabkan karena hanya 7 Puskesmas yang ditetapkan sebagai *gate keeper* yang penentuannya berdasarkan wilayah kawedanan puskesmas. Dengan penerapan ini sulit melakukan koordinasi sistem rujukan, karena masing-masing dokter Puskesmas merujuk pasien tanpa persetujuan Puskesmas *gate keeper*. Tingginya rasio rujukan dapat disebabkan juga oleh seringnya dokter puskesmas memberikan wewenang kepada petugas kesehatan lain (sesuai dengan isian kuesioner). Hasil ini juga didukung oleh hasil penelitian Chotimah dan Kusnanto¹⁰ yang menyatakan bahwa beban kerja yang sangat tinggi bagi dokter Puskesmas diluar pelayanan medis sebesar 60% merupakan salahsatu sebab pelayanan rawat jalan tingkat pertama di Puskesmas bagi peserta wajib PT. Askes sering tidak diberikan oleh dokter, melainkan oleh paramedis.

Inefisiensi juga terjadi karena pola pikir yang berkembang di masyarakat. Banyak anggota masyarakat yang *spesialis minded* mereka tidak *sreg* jika tidak ditangani oleh spesialis meskipun sebenarnya penyakit yang diderita cukup dikelola oleh dokter Puskesmas. Hal ini terbukti dengan adanya desakan pasien untuk minta dirujuk (sesuai dengan isian kuesioner). Meskipun sistem *managed care* seperti yang dilaksanakan PT. Askes secara teoritis efisien dan efektif, akan tetapi di Indonesia penerapan sistem tersebut terutama dari segi rujukan menghadapi beberapa kendala, terutama dari permintaan masyarakat (*demand side*).

4. Hubungan Jarak dari Puskesmas ke Tempat Rujukan Terdekat dengan Rasio Rujukan

Hasil uji statistik menunjukkan variabel jarak Puskesmas ke tempat rujukan terdekat diperoleh nilai $p = 0,187$ dan $r = -0,234$, dapat dilihat pada Tabel 3. Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan secara statistik antara jarak Puskesmas ke tempat rujukan terdekat terhadap rasio rujukan rawat jalan dan keeratan hubungan yang lemah.

Sutarjo¹¹ menyatakan bahwa pemanfaatan rumah sakit saat ini cenderung tidak rasional, karena penderita lebih suka datang ke rumah sakit yang canggih daripada memanfaatkan fasilitas Puskesmas, bahkan untuk kasus-kasus yang dapat ditangani di Puskesmas. Masalah jarak tidak menjadi pertimbangan penderita apalagi mobilisasi masyarakat tinggi dan sarana transportasi yang lancar mempermudah penderita datang ke RS terdekat. Hasil ini sesuai dengan penelitian Sulaiman¹² yang meneliti tentang kunjungan peserta PT. Askes ke RSUP Tegalyoso dipengaruhi oleh jumlah dokter spesialis, jumlah perawat dan jumlah layanan rawat jalan lanjutan, sehingga elastisitas kunjungan rawat jalan peserta Askes lebih besar dari masyarakat umum.

Jarak tidak mempengaruhi rujukan, dapat disebabkan di Kabupaten Banyumas terdapat dua RS besar dan terkenal yaitu RS Margono Purwokerto dan RSUD Banyumas. RS Margono Purwokerto merupakan RS pendidikan, karena di Purwokerto terdapat Fakultas Kedokteran Universitas Jenderal Soedirman, sedangkan RSUD Banyumas terkenal dengan kinerja dan pelayanan yang baik. Hal ini didukung dengan mobilisasi masyarakat yang tinggi dan sarana transportasi yang lancar menuju kedua rumah sakit tersebut.

Tabel 2 menunjukkan rujukan dilihat berdasarkan golongan atau pendapatan peserta, diperoleh jumlah golongan II dan III yang

dirujuk paling banyak, jumlah persentase kedua golongan ini mencapai 79,97%. Peserta PT. Askes golongan II dan III relatif mampu membayar biaya transport dari Puskesmas ke RS terdekat. Jumlah rujukan berdasarkan umur menunjukkan kelompok usia lanjut (> 60) paling banyak dirujuk, persentase kelompok umur ini mencapai 32,36%. Kelompok umur ini sangat memerlukan rujukan spesialis karena penyakit yang diderita umumnya penyakit degeneratif.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Ada hubungan yang bermakna antara pemahaman kapitasi terhadap rasio rujukan rawat jalan, semakin tinggi nilai pemahaman kapitasi dokter Puskesmas semakin baik rasio rujukan.
2. Ada hubungan antara persepsi risiko keuangan terhadap rasio rujukan rawat jalan semakin tinggi nilai persepsi risiko keuangan dokter Puskesmas semakin baik rasio rujukan.
3. Ada hubungan yang bermakna antara persepsi kebutuhan medis terhadap rasio rujukan rawat jalan, semakin tinggi nilai persepsi kebutuhan medis dokter Puskesmas semakin baik rasio rujukan.
4. Tidak ada hubungan antara jarak Puskesmas ke tempat rujukan terdekat terhadap rasio rujukan rawat jalan.

Saran

1. Kepada PT. Askes KPC 11-04 Banyumas agar memberikan sosialisasi dan pelatihan-pelatihan tentang kapitasi kepada dokter Puskesmas. Melaksanakan kegiatan untuk memberikan pengetahuan secara terus menerus kepada para dokter tentang program, prosedur dan sistem pembiayaan PT. Askes. Kegiatan ini dapat dilaksanakan secara terjadwal melalui pertemuan berkala.

2. Kepada PT. Askes KPC 11-04 Banyumas, dalam pemberian insentif hendaknya langsung kepada Kepala Puskesmas berdasarkan kinerjanya.
3. Kepada PPK (Puskesmas), seluruh Puskesmas menjalin kerja sama dalam mewujudkan sistem rujukan yang terkoordinasi. Puskesmas yang memiliki fasilitas rawat inap dapat memaksimalkan fasilitas yang ada.
4. Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, membentuk koordinator sistem rujukan di Dati II yaitu dengan sistem audit medik di antara Puskesmas dan rumah sakit.
5. Kepada peneliti lain, kuesioner dalam penelitian ini dapat mejadi alternatif untuk digunakan sesuai permasalahannya dengan perbaikan redaksional dan mengurangi jumlah item-item (dipilih item-item yang sangat valid).
5. Baldor, R.A. *Managed Care Made Simple*. Blackwell Science Inc. Cambridge. 1996,
6. The Health Insurance Association of America *Managed Care A: Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM-Universitas Indonesia. Jakarta. 2000.
7. Martinelly. *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingginya Rujukan Pasien Askes oleh Dokter Puskesmas di Kota Padang ke RSUP Dr. M. Djamil*, Tesis, Program Pascasarjana. Universitas Indonesia. Jakarta. 2001.
8. Nurbaiti. *Pelaksanaan Kapitasi Total di Puskesmas Wilayah Jakarta Pusat Dilihat dari Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Angka Kunjungan dan Rujukan Pasien Askes*. Tesis, Program Pascasarjana Universitas Indonesia, Jakarta. 2001.
9. Kristiansen, I.S., Money, G. *The General Practitioner's Use of Time, is it Influence by the Remuneration*. *Journal-Article*: 1993, 37 (3): 393-9.

KEPUSTAKAAN

1. Andari, O. *Kebijakan Public-Private Mix dalam Pembiayaan Kesehatan melalui Asuransi*, Makalah pada Seminar Public-Private Mix dalam Pelayanan Kesehatan. Hotel Bumi Karsa. Jakarta. 2001.
2. Sulastomo. *Asuransi Kesehatan dan Managed Care*. PT. Asuransi Kesehatan Indonesia. Jakarta. 1997.
3. Hendrartini, J. *Sistem Pembayaran Kapitasi Total*, Makalah pada Seminar Kapitasi Total bagi Dokter Keluarga. PT. Askes. Yogyakarta. 2000.
4. Sulastomo. *Pembiayaan Kesehatan, dari Asuransi ke Manged Care Concept*. PT. Asuransi Kesehatan Indonesia. Jakarta. 2000.
10. Chotimah, N., dan Kusnanto, H. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Kerja dan Motivasi Dokter Keluarga PT. Askes dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan kepada Peserta Wajib PT. Askes*. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2000; 03(04): 171-85.
11. Sutarjo. U.S. *Sistem Rujukan*, *Jurnal Majalah Kedokteran Indonesia*. 1993,43 (3): 139-43.
12. Sulaiman, M. *Analisis Kunjungan Rawat Jalan Penderita PT. Askes dan Rumah Sakit Umum Tegalyoso Klaten*, Tesis, Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 1995.