

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum Jaminan Kesehatan Nasional

Pengertian Jaminan Kesehatan menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran jaminan kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah.

2.1.1 Prinsip JKN

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) (Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan), sebagai berikut :

a. Prinsip kegotongroyongan

Prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit.

b. Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh BPJS adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (for profit oriented). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

c. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas.

Prinsip-prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya

d. Prinsip portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

e. Prinsip kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

f. Prinsip dana amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

g. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

2.1.2 Tujuan JKN

Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta dan anggota keluarganya memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Undang – Undang SJSN No.40 Tahun 2004).

2.1.3 Manfaat Jaminan Kesehatan

Berdasarkan Perpres RI No 64 tahun 2020 manfaat Jaminan Kesehatan bersifat pelayanan kesehatan perorangan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan :

- a. Penyuluhan kesehatan perorangan
- b. Imunisasi dasar
- c. Keluarga berencana
- d. Skrining kesehatan

2.2 Tinjauan Umum BPJS Kesehatan

Undang – Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS ini terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan (Perpres Nomor 82 Tahun 2018). Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran. BPJS Kesehatan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014.

BPJS Kesehatan berbadan hukum publik yang bertanggungjawab langsung kepada Presiden. BPJS Kesehatan berkedudukan dan berkantor pusat di ibu kota Negara RI. BPJS Kesehatan memiliki kantor perwakilan di provinsi dan kantor cabang di kabupaten/kota. Dalam rangka melaksanakan fungsi sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia (UU No. 24 Tahun 2011), BPJS Kesehatan bertugas :

- a. Menerima pendaftaran Peserta JKN;
- b. Mengumpulkan iuran JKN dari Peserta, Pemberi Kerja, dan Pemerintah;
- c. Mengelola dana JKN;
- d. Membiayai pelayanan kesehatan dan membayarkan manfaat JKN;
- e. Mengumpulkan dan mengelola data Peserta JKN;
- f. Memberi informasi mengenai penyelenggaraan JKN.

Untuk melaksanakan tugas-tugas tersebut (UU No. 24 Tahun 2011), BPJS Kesehatan berwenang untuk :

- a. Menagih pembayaran iuran;
- b. Menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya;
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah;
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- f. Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- g. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang menangani ketidapatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

2.2.1 Kepesertaan

Menurut Perpres 64 tahun 2020 tentang Perubahan Atas Perpres Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Peserta BPJS adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Peserta BPJS terbagi dalam dua golongan utama, yaitu Penerima Bantuan Iuran dan Bukan Penerima Bantuan Iuran, antara lain :

- a. Penerima Bantuan Iuran / PBI

PBI adalah fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang- undangan. Fakir

miskin biasanya tidak memiliki sumber mata pencaharian sehingga tidak mempunyai sumber pendapatan. Sedangkan orang tidak mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian tetapi pendapatan tersebut hanya dapat digunakan untuk hidup dasar yang layak dan tidak mampu membayar iuran JKN.

b. Non Penerima Bantuan Iuran / Non PBI

Peserta tersebut terdiri dari :

1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:

- a) Pegawai Negeri Sipil
- b) Anggota TNI
- c) Anggota Polri
- d) Pejabat Negara
- e) Pegawai Pemerintah Non-Pegawai Negeri
- f) Pegawai swasta
- g) Pekerja yang menerima upah namun tidak termasuk huruf a hingga huruf f.

2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu :

- a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri
- b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah
- c) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

3) Bukan pekerja dan anggota keluarganya, yaitu :

- a) Investor
- b) Pemberi Kerja
- c) Penerima Pensiun, terdiri dari :
 - i. Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun
 - ii. Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun
 - iii. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun
 - iv. Penerima pensiun lain

- v. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun
- d) Veteran
- e) Perintis Kemerdekaan
- f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar Iuran Anggota keluarga.

2.2.2 Iuran

Menurut Perpres Nomor 64 tahun 2020 tentang Perubahan Atas Perpres Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, iuran adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan.

Besaran iuran tersebut dihitung berdasarkan persentase upah/penghasilan untuk peserta penerima upah dan berdasarkan nominal yang sudah ditetapkan yaitu sebesar 5% (lima persen) dari gaji atau upah per bulan. Peserta PPU (Pekerja Penerima Upah) yang terdiri atas Pejabat Negara, Pimpinan dan Anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, PNS, Prajurit, Anggota Polri, Kepala Desa dan Perangkat Desa, dan Pekerja/Pegawai, dibayar dengan ketentuan sebagai berikut :

- 1) 3% (tiga persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan
- 2) 2% (dua persen) dibayar oleh Peserta.

Sedangkan peserta PPU yang terdiri atas Peserta PPU selain Peserta, dibayar dengan ketentuan sebagai berikut :

- 1) 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja; dan
- 2) 1 % (satu persen) dibayar oleh Peserta.

Untuk bulan April, bulan Mei, dan Juni 2020, iuran bagi Peserta PBPU dan Peserta BP yaitu sebesar:

- 1) Rp25.500,00 (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III;
- 2) Rp51.000,00 (lima puluh satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II; atau

- 3) Rp80.000,00 (delapan puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan Manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

Untuk Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) dan BP (Bukan Pekerja), sebagai berikut :

- 1) Sebesar Rp 25.500,00 (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III pada tahun 2020, sedangkan pada tahun 2021 sebesar Rp 35.000,00 (tiga puluh lima ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.
- 2) Sebesar Rp 100.000,00 (seratus ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.
- 3) Sebesar Rp 150.000,00 (seratus lima puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.

Besaran Iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2020. Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah yaitu sebesar Rp 42.000,00 (empat puluh dua ribu rupiah) per orang per bulan

Iuran bagi penerima pensiun yaitu sebesar 5% (lima persen) dari besaran pensiun pokok dan tunjangan keluarga yang diterima per bulan. Iuran tersebut dibayar oleh Pemerintah Pusat dan penerima pensiun dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) 3% (tiga persen) dibayar oleh Pemerintah Pusat; dan
- 2) 2% (dua persen) dibayar oleh penerima pensiun.

2.3 Tinjauan Umum Puskesmas

Menurut Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, pengertian dari Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotive dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah

kerjanya. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang :

- 1) Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat.
- 2) Mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu.
- 3) Hidup dalam lingkungan yang sehat
- 4) Mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Tugas puskesmas adalah melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Fungsi dari puskesmas adalah menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama di wilayah kerjanya dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Di dalam puskesmas non rawat inap terdapat beberapa jenis pelayanan yang dapat dilihat dari ruang pelayanan menurut Buku Saku Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang pusat kesehatan masyarakat, antara lain:

- 1) Ruang pemeriksaan umum
- 2) Ruang tindakan
- 3) Ruangan kesehatan ibu dan KB,
- 4) Ruangan kesehatan gigi dan mulut,
- 5) Ruangan ASI,
- 6) Ruangan Promkes
- 7) Ruangan Farmasi,
- 8) Ruangan Persalinan,
- 9) Ruangan rawat pasca persalinan,
- 10) Laboratorium,
- 11) Ruangan sterilisasi.

2.4 Tinjauan Umum Sistem Rujukan Berjenjang

Menurut Permenkes RI Nomor 1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, pelayanan kesehatan merupakan

penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Perbedaan rujukan vertikal dan rujukan horizontal, adalah:

- a. Rujukan vertikal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya jika perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan.
- b. Rujukan horizontal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan jika perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap.



Gambar 2.1 Sistem Rujukan Berjenjang

(Sumber : Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang dari BPJS Kesehatan tahun 2015)

Berdasarkan Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang dari BPJS Kesehatan (2015), pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang, sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pada pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Sistem rujukan diselenggarakan dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan

secara bermutu, sehingga tujuan pelayanan tercapai tanpa harus menggunakan biaya yang mahal atau secara efektif dan juga efisien.

Menurut Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang dari BPJS Kesehatan (2015), Sistem Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan. Pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari 3 (tiga) tingkatan yaitu :

a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama.

b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua

Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialisik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik.

c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan sub spesialisik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik.

Setiap pemberi pelayanan kesehatan wajib untuk merujuk pasien apabila keadaan penyakit atau permasalahan kesehatan memerlukannya, kecuali dengan alasan yang sah dan mendapat persetujuan pasien atau keluarganya. Persetujuan pasien atau keluarganya akan diberikan setelah pasien atau keluarganya mendapatkan penjelas dari tenaga kesehatan. Penjelasan yang diberikan kepada pasien atau keluarganya meliputi :

a. Diagnosis dan terapi dan/atau tindakan medis yang diperlukan

b. Alasan dan tujuan dilakukan rujukan

c. Risiko yang dapat timbul apabila rujukan tidak dilakukan

- d. Transportasi rujukan
- e. Risiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan

2.4.1 Tata Cara Pelaksanaan

Menurut Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang dari BPJS Kesehatan (2015) adalah sebagai berikut :

1. Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis, yaitu :
 - a. Dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama
 - b. Jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh spesialis, maka pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua
 - c. Pelayanan kesehatan tingkat kedua di faskes sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes primer.
 - d. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga di faskes tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes sekunder dan faskes primer.
2. Pelayanan kesehatan di faskes primer yang dapat dirujuk langsung ke faskes tersier hanya untuk kasus yang sudah ditegakkan diagnosis dan rencana terapinya, merupakan pelayanan berulang dan hanya tersedia di faskes tersier.
3. Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi :
 - a. Terjadi keadaan gawat darurat; Kondisi kegawatdaruratan mengikuti ketentuan yang berlaku
 - b. Bencana; Kriteria bencana ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan atau Pemerintah Daerah
 - c. Kekhususan permasalahan kesehatan pasien; untuk kasus yang sudah ditegakkan rencana terapinya dan terapi tersebut hanya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan
 - d. Pertimbangan geografis
 - e. pertimbangan ketersediaan fasilitas

4. Pelayanan oleh bidan dan perawat

- a. Dalam keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama kecuali dalam kondisi gawat darurat dan kekhususan permasalahan kesehatan pasien, yaitu kondisi di luar kompetensi dokter dan/atau dokter gigi pemberipelayanan kesehatan tingkat pertama.

5. Rujukan Parsial

- a. Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau spesimen ke pemberi pelayanan kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian perawatan pasien di Faskes tersebut.
- b. Rujukan parsial dapat berupa:
 - 1) pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang atau tindakan
 - 2) pengiriman spesimen untuk pemeriksaan penunjang
- c. Apabila pasien tersebut adalah pasien rujukan parsial, maka penjaminan pasien dilakukan oleh fasilitas kesehatan perujuk.

Menurut Permenkes Nomor 1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, sebelum perujuk melakukan rujukan harus :

- a. Melakukan pertolongan pertama dan/atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan;
- b. Melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan bahwa penerima rujukan dapat menerima pasien dalam hal keadaan pasien gawat darurat; dan

- c. Membuat surat pengantar rujukan untuk disampaikan kepada penerima rujukan. Surat pengantar rujukan tersebut harus memuat identitas pasien, hasil pemeriksaan, diagnosis kerja, terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan, tujuan rujukan dan nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan.

2.4.2 Komunikasi Antar Perujuk

Dalam komunikasi antara pemberi pelayanan kesehatan wajib dibentuk forum komunikasi antar Fasilitas Kesehatan baik faskes yang setingkat maupun antar tingkatan faskes, hal ini bertujuan agar fasilitas kesehatan tersebut dapat melakukan koordinasi rujukan antar fasilitas kesehatan menggunakan sarana komunikasi yang tersedia. Sebelum melakukan rujukan kepada pasien, perujuk wajib melakukan pertolongan pertama dan/atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan, melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan bahwa penerima rujukan dapat menerima pasien dalam hal keadaan pasien gawat darurat dan membuat surat pengantar rujukan untuk disampaikan kepada penerima rujukan (Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang dari BPJS Kesehatan, 2015).

2.4.3 Kendala Dalam Sistem Rujukan Berjenjang

Ketika pasien tidak bisa ditangani di FKTP akan dirujuk ke FKRTL. Akan tetapi di lapangan masih ditemukan beberapa permasalahan. Menurut jurnal Woro dan Sri Sularsih (2019), permasalahan yang ditemui selama melakukan penelitian tersebut adalah pasien yang tidak datang tetapi minta dibuatkan surat rujukan pada rumah sakit yang ingin dituju, permintaan surat rujukan double dari pihak keluarga dan tidak tertibnya pasien pengguna pelayanan rujukan.

Selain permasalahan dari pihak pasien, permasalahan juga bisa berasal dari pihak FKTP seperti fasilitas untuk merujuk masih belum terlengkapi sehingga penanganan pasien belum secara optimal.

2.5 Tinjauan Umum Kepuasan

Menurut Lovelock dan Wirtz (2011:74), kepuasan adalah suatu sikap yang diputuskan berdasarkan pengalaman yang didapatkan. Kepuasan sebagai perasaan senang atau kecewa seseorang yang dialami setelah membandingkan antara persepsi kinerja atau hasil suatu produk dengan harapan-harapannya. Apabila hasil yang dirasakan dibawah harapan, maka pelanggan akan kecewa, kurang puas bahkan tidak puas, namun sebaliknya bila sesuai dengan harapan, pelanggan akan puas dan bila kinerja melebihi harapan, pelanggan akan sangat puas (Kotler, 2009). Menurut Yamit (2002), kepuasan pelanggan adalah hasil (*outcome*) yang dirasakan atas penggunaan produk dan jasa, sama atau melebihi harapan yang diinginkan. Sedangkan definisi kepuasan menurut KBBI adalah perihal yang bersifat puas, kesenangan, kelegaan dsb.

Dalam hal kepuasan konsumen adalah memahami kebutuhan dan keinginan konsumen. Konsumen diibaratkan sebagai pasien yang sama – sama menggunakan jasa seseorang. Ketika pasien puas mereka akan terus melakukan pemakaian terhadap jasa pilihannya, tetapi jika pasien merasa tidak puas mereka akan memberitahukan dua kali lebih hebat kepada orang lain tentang pengalaman buruknya. Kepuasan pasien dapat juga diartikan sebagai suatu sikap konsumen, yakni beberapa derajat kesukaan atau ketidaksukaannya terhadap pelayanan yang pernah dirasakannya. Pendapat lain dari Endang (dalam Mamik, 2010) bahwa kepuasan pasien merupakan evaluasi atau penilaian setelah memakai suatu pelayanan, bahwa pelayanan yang dipilih setidaknya-tidaknya memenuhi atau melebihi harapan.

Ada dua faktor yang sangat menentukan kepuasan konsumen yaitu harapan pelanggan dan kinerja yang mereka rasakan. Berbagai pendapat yang dikemukakan para ahli bisa disimpulkan definisi kepuasan pelanggan adalah respon dari perilaku yang di tunjukkan oleh pelanggan dengan membandingkan antara kinerja atau hasil yang dirasakan dengan harapan. Konsumen akan memiliki harapan mengenai bagaimana produk tersebut seharusnya berfungsi (*performance expectation*), harapan tersebut adalah

standar kualitas yang akan dibandingkan dengan kinerja produk yang sesungguhnya dirasakan konsumen.

2.5.1 Cara Mengukur Kepuasan

Menurut Fandy Tjiptono (2008), ada beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengukur kepuasan yaitu :

a. Sistem keluhan dan saran

Organisasi yang berpusat pada pelanggan (*Customer-Centered*) memberikan kesempatan yang luas bagi para pelanggannya untuk menyampaikan saran dan keluhan, misalnya dengan menyediakan kotak saran, menyediakan kartu komentar dan lain sebagainya.

b. Survei kepuasan pelanggan

Metode ini dapat dilakukan melalui pos, telepon maupun wawancara pribadi. Melalui survei perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan sekaligus juga memberikan tanda (*signal*) positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap para pelanggannya.

c. *Ghost shopping*

Metode ini dilakukan dengan mempekerjakan beberapa orang (*ghost shopper*) untuk berperan sebagai pelanggan atau pembeli potensial produk perusahaan pesaing, lalu menyampaikan temuannya mengenai kekuatan dan kelemahan produk perusahaan pesaing. Selain itu *ghost shopper* juga dapat mengamati cara penanganan keluhan.

d. *Lost Customer Analysis*

Perusahaan menghubungi para pelanggannya yang telah berhenti membeli dan beralih pemasok. Hal ini dilakukan untuk memperoleh informasi mengenai penyebab terjadinya hal tersebut. Informasi ini bermanfaat bagi perusahaan untuk mengambil kebijakan selanjutnya dalam rangka meningkatkan kepuasan dan loyalitas pelanggan.

Dalam pengukuran kepuasan pasien dibedakan menjadi dua komponen yaitu komponen kinerja layanan dan komponen harapan pasien. Dimana harapan pasien puas atau tidak terhadap kinerja layanan. Pada penelitian ini pengukuran harapan pasien menggunakan kuesioner yang berisi aspek – aspek tentang rujukan berjenjang.

Berdasarkan prinsip pelayanan kesehatan yang sudah ditetapkan di Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 25 Tahun 2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah, ada dasar pengukuran indeks kepuasan masyarakat adalah sebagai berikut :

- a. Prosedur pelayanan, yaitu kemudahan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dilihat dari sisi kesederhanaan alur pelayanan;
- b. Persyaratan pelayanan, yaitu persyaratan teknis dan administratif yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanannya;
- c. Kejelasan petugas pelayanan, yaitu keberadaan dan kepastian petugas yang memberikan pelayanan (nama, jabatan serta kewenangan dan tanggung jawabnya);
- d. Kedisiplinan petugas pelayanan, yaitu kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan terutama terhadap konsistensi waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku;
- e. Tanggung jawab petugas pelayanan, yaitu kejelasan wewenang dan tanggung jawab petugas dalam penyelenggaraan dan penyelesaian pelayanan;
- f. Kemampuan petugas pelayanan, yaitu tingkat keahlian dan ketrampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan/ menyelesaikan pelayanan kepada masyarakat;
- g. Kecepatan pelayanan, yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan;

- h. Keadilan mendapatkan pelayanan, yaitu pelaksanaan pelayanan dengan tidak membedakan golongan/status masyarakat yang dilayani;
- i. Kesopanan dan keramahan petugas, yaitu sikap dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara sopan dan ramah serta saling menghargai dan menghormati;
- j. Kewajaran biaya pelayanan, yaitu keterjangkauan 8 masyarakat terhadap besarnya biaya yang ditetapkan oleh unit pelayanan;
- k. Kepastian biaya pelayanan, yaitu kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan;
- l. Kepastian jadwal pelayanan, yaitu pelaksanaan waktu pelayanan, sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan;
- m. Kenyamanan lingkungan, yaitu kondisi sarana dan prasarana pelayanan yang bersih, rapi, dan teratur sehingga dapat memberikan rasa nyaman kepada penerima pelayanan;
- n. Keamanan pelayanan, yaitu terjaminnya tingkat keamanan lingkungan unit penyelenggara pelayanan ataupun sarana yang digunakan, sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan pelayanan terhadap resiko-resiko yang diakibatkan dari pelaksanaan pelayanan.

2.5.2 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan

Menurut Sangadji dan Sopiah (2013), faktor – faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien yaitu:

a. Karakteristik pasien

Faktor penentu tingkat pasien atau konsumen oleh karakteristik dari pasien tersebut yang merupakan ciri-ciri seseorang yang membedakan orang yang satu dengan orang yang lain. Karakteristik tersebut berupa nama, umur, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, suku bangsa, agama, pekerjaan dan lain-lain.

b. Sarana fisik

Berupa bukti fisik yang dapat dilihat yang meliputi gedung, perlengkapan, seragam pegawai dan sarana komunikasi.

c. Jaminan

Pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki perawat.

d. Kepedulian

Kemudahan dalam membangun komunikasi baik antara pegawai dengan klien, perhatian pribadi, dan dapat memahami kebutuhan pelanggan.

e. Keandalan

Kemampuan dalam memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan cepat, tepat, akurat, dan memuaskan.

2.5.3 Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Sehubungan dengan proses pemberian pelayanan, maka terdapat beberapa dimensi atau ukuran yang dapat dilihat melalui kaca mata mutu. Ukuran – ukuran inilah yang kemudian menjadi karakteristik dari mutu pelayanan (Mukti, A.G., 8 2007). Menurut Teori L.D.Brown (1992), mutu layanan kesehatan bersifat multidimensi dan Dimensi Mutu layanan kesehatan itu antara lain :

a. Kompetensi Teknis

Kompetensi teknis terkait dengan keterampilan, kemampuan dan penampilan petugas, manajer, dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal dapat dipertanggungjawabkan atau diandalkan (dependability), ketetapan (accuracy), ketahanan uji (reliability) dan konsistensi (consistency).

b. Keterjangkauan atau akses terhadap pelayanan

Akses berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa.

c. Efektifitas

Layanan kesehatan harus efektif, artinya harus mampu mengobati atau mengurangi keluhan yang ada, mencegah terjadinya penyakit serta berkembangnya dan atau meluasnya penyakit yang ada.

d. Efisiensi

Pelayanan yang efisien akan memberikan perhatian yang optimal daripada memaksimalkan pelayanan kepada pasien dan masyarakat.

e. Keamanan

Sebagai salah satu dimensi dari mutu, keamanan (safety) berarti mengurangi resiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan.

f. Kenyamanan

Keramahan/kenikmatan berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan efektifitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien untuk kembali ke fasilitas kesehatan guna memperoleh pelayanan berikutnya.

g. Informasi

Layanan kesehatan yang bermutu harus mampu memberikan informasi yang jelas tentang apa, siapa, kapan, dimana, dan bagaimana layanan kesehatan itu akan dan/atau telah dilaksanakan.

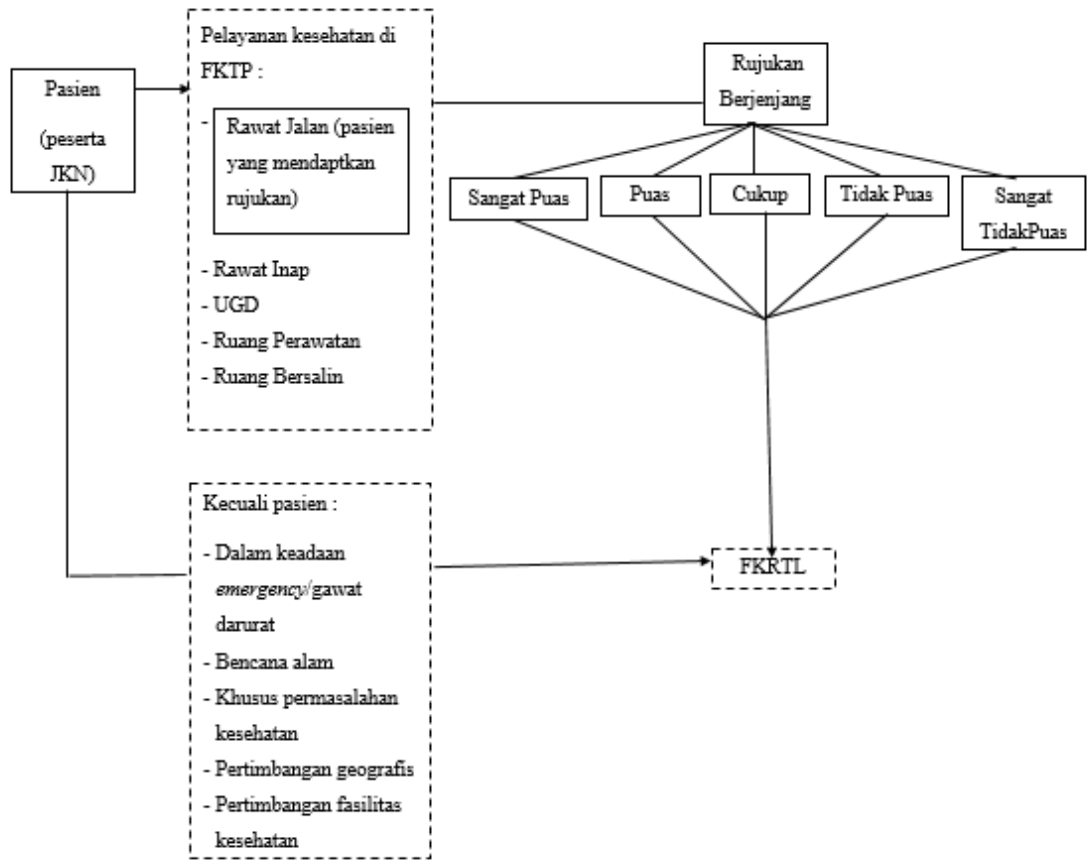
h. Ketepatan waktu

Agar berhasil, layanan kesehatan itu harus dilaksanakan dalam waktu dan cara yang tepat, oleh pemberi pelayanan yang tepat, dan menggunakan peralatan dan obat yang tepat, serta dengan biaya yang efisien (tepat).

i. Hubungan antar manusia

Dimensi hubungan antar manusia berkaitan dengan interaksi antara petugas kesehatan dan pasien, manajer dan petugas, dan antara tim kesehatan dengan masyarakat.

2.6 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan :

: yang diteliti

: tidak diteliti