

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Definisi Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan merupakan 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 atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes RI, 2012).

Menurut buku pegangan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam sistem jaminan sosial nasional (2014), Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-undang No.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

2.1.2 Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2011 tentang Badan Jaminan Sosial Nasional, peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta Jaminan Kesehatan Nasional meliputi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Bukan Penerima Bantuan Iuran (non PBI). Berikut ini adalah rincian peserta jaminan kesehatan berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan:

- a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI), terdiri dari

- 1) Pekerja Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya. Peserta Pekerja Penerima Upah adalah setiap orang yang bekerja pada Pemberi Kerja dengan menerima Gaji atau Upah, meliputi:
 - 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 (PBPU) dan anggota keluarganya. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, meliputi:
 - 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 (BP) dan anggota keluarganya. Peserta Bukan Pekerja adalah setiap orang yang bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PSI Jaminan Kesehatan, dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, meliputi:
 - 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.
- 4) Anggota keluarga yang ditanggung antara lain:
- a) Untuk kelompok Pekerja Penerima Upah anggota yang ditanggung meliputi:
 - i. Keluarga inti meliputi istri/suami dan anak yang sah (anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat), sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang.
 - ii. Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, dengan kriteria tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
 - b) Untuk kelompok Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja, peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang diinginkan (tidak terbatas).
 - c) Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi anak ke-4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua.
 - d) Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi kerabat lain seperti Saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll.

2.1.3 Tinjauan tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Berdasarkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS dibagi menjadi dua, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang

menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan berdasarkan undang-undang. BPJS Kesehatan mulai beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014. Jaminan Kesehatan diselenggarakan dengan tujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

2.1.4 Prinsip BPJS Kesehatan

Berdasarkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 4, BPJS Kesehatan memiliki 9 (sembilan) prinsip dalam penyelenggaraannya, yaitu:

a. **Kegotongroyongan**

Prinsip kegotongroyongan adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya Jaminan Sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilannya.

b. **Nirlaba**

Prinsip nirlaba adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.

c. **Keterbukaan**

Prinsip keterbukaan adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

d. **Kehati-hatian**

Prinsip kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

e. **Akuntabilitas**

Prinsip akuntabilitas adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

f. **Portabilitas**

Prinsip portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

g. Kepesertaan bersifat wajib

Prinsip kepesertaan bersifat wajib adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta Jaminan Sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.

h. Dana amanat

Prinsip dana amanat adalah bahwa iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta Jaminan Sosial.

i. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan

2.1.5 Penerima Bantuan Iuran APBD

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan adalah penyelenggara program yang bekerja sama dengan Dinas terkait dalam hal membagi pembiayaan (iuran) layanan kesehatan berdasarkan anggaran. Terdiri dua bagian ada pada Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) dan pada Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD). Tujuan dari program KIS-PBI ini tidak lepas dari tujuan BPJS Kesehatan pada umumnya, yakni menjamin masyarakat ekonomi lemah untuk mendapatkan pembiayaan pelayanan kesehatan secara komprehensif dalam jurnal (Anggriana, 2017)

Tujuan dari BPJS Kesehatan untuk anggota PBI bertujuan untuk mempermudah masyarakat miskin untuk mengakses layanan kesehatan, pertama yang harus dilakukan adalah pendataan masyarakat miskin yang memang harus mendapatkan bantuan. Oleh karena itu disinilah peran Badan Pemberdayaan Masyarakat (Bapemas) dalam PBI APBD adalah pendataan masyarakat miskin yang selanjutnya data tersebut diserahkan di Dinas Kesehatan, dan data tersebut akan terus diupdate sebulan sekali. Untuk pendataan, Bapemas memiliki 2 metode. Metode yang pertama adalah dengan mengumpulkan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM). Setiap kelurahan wajib mengirimkan SKTM warganya ke Bapemas untuk di verifikasi. Kemudian metode kedua adalah dengan cara wawancara (Vyandri dan Handoko, 2014)

Berdasarkan Keputusan Menteri Sosial Nomor 146/HUK/2013 tentang Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu dan Keputusan Menteri Sosial Nomor 147/HUK/2013 tentang Penetapan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang dibiayai APBD, dimana kriteria Fakir Miskin dan Orang tidak mampu sebagaimana dimaksud menjadi dasar bagi kelurahan untuk mengumpulkan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM). Selanjutnya data Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu yang telah diverifikasi dan divalidasi tersebut, dikirim ke Badan Pemberdayaan Masyarakat (Bapemas) untuk diverifikasi terlebih dahulu. Bapemas juga memiliki peran untuk mendata sendiri warga yang ingin mendaftarkan diri ke anggota PBI. Data tersebut dimaksud menjadi dasar untuk pendaftaran ke anggota PBI. Data tersebut akan dilaporkan ke Dinas Kesehatan untuk didata apakah bisa masuk dalam keanggotaan PBI (Kemensos, 2013)

2.1.6 Kepuasan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) “Kepuasan adalah tingkat kesenangan, kelegaan seseorang dikarenakan mengkonsumsi produk atau jasa untuk mendapatkan pelayanan suatu jasa.”

Menurut Philip Kotler (2007) dalam Suryati, dkk (2017) Kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*) adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan penampilan atau *outcome* produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang.

Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang atau masyarakat setelah membandingkan hasil yang dirasakan dengan harapannya. Apabila hasil yang dirasakan sama atau melebihi harapannya maka akan timbul perasaan puas sebaliknya apabila hasil tidak sesuai dengan yang diharapkan akan timbul perasaan kecewa (Widayana, 2016) dalam jurnal (Muhammad Saleh, 2018). Sedangkan menurut Pohan (2006) dalam skripsi (Desimawati, 2013) Kepuasan pasien merupakan perasaan yang dimiliki pasien dan timbul sebagai hasil dari kinerja layanan kesehatan setelah pasien

membandingkannya dengan apa yang diharapkan. Berdasarkan uraian dari beberapa ahli diatas, maka dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien adalah hasil penilaian dalam bentuk respon emosional (perasaan senang dan puas) pada pasien karena terpenuhinya harapan atau keinginan dalam menggunakan dan menerima pelayanan kesehatan

Dimensi kepuasan

Dapat dibedakan menjadi dua macam:

- a) Kepuasan mengacu pada penerapan kode etik standar pelayana profesi :
 - 1) Hubungan dokter- pasien.
 - 2) Kenyaman pelayanan.
 - 3) Kebebasan melakukan pilihan.
 - 4) Pengetahuan dan kompetensi teknis.
 - 5) Efektivitas pelayanan.
 - 6) Keamanan tindakan.
- b) Kepuasan mengacu pada persyaratan pelayanan kesehatan :
 - 1) Ketersediaan pelayanan kesehatan.
 - 2) Kewajaran pelayanan kesehatan.
 - 3) Kesiambungan pelayanan kesehatan.
 - 4) Penerimaan pelayanan kesehatan.
 - 5) Ketercapaian pelayanan kesehatan.
 - 6) Keterjangkauan pelayanan kesehatan.
 - 7) Efisiensi pelayanan kesehatan.
 - 8) Mutu pelayanan kesehatan (Sondakh dkk, 2013)

Faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan

- a) Pemahaman pengguna jasa tentang jenis pelayanan yang akan diterima, dalam hal ini aspek komunikasi memegang peranan penting.
- b) Empati (sikap peduli) yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan. Sikap ini akan menyentuh emosi pasien. Faktor ini akan berpengaruh pada tingkat kepatuhan pasien (*compliance*).

- c) Biaya (*cost*), tingginya pelayanan dapat dianggap sebagai sumber moral pasien dan keluarganya, “yang penting sembuh” sehingga menyebabkan mereka menerima saja jenis perawatan dan teknologi yang ditawarkan petugas kesehatan. Akibatnya, biaya perawatan menjadi mahal. Informasi terbatas yang dimiliki pihak pasien dan keluarganya tentang perawatan yang diterima dapat menjadi sumber keluhan pasien. Sistem asuransi kesehatan dapat mengatasi masalah biaya kesehatannya.
- d) Penampilan fisik (kerapian) petugas, kondisi kebersihan dan kenyamanan ruangan (*tangibility*).
- e) Jaminan keamanan yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan (*assurance*), ketepatan jadwal pemeriksaan, dan kunjungan dokter juga termasuk faktor ini.
- f) Keandalan dan keterampilan (*reliability*) petugas kesehatan dalam memberi perawatan.
- g) Kecepatan petugas dalam memberi tanggapan terhadap keluhan pasien (*responsiveness*) (Simatupang, 2008).

Menurut Parasuraman, A. et al (2008) dalam Suryti, dkk (2017) faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan dinilai berdasarkan lima dimensi yaitu:

1. *Tangible* (bukti fisik) berupa fasilitas fisik, perlengkapan, sarana, dan penampilan pegawai.
2. *Reliability* (kehandalan) yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan segera, akurat dan memuaskan.
3. *Responsiveness* (daya tanggap) yaitu keinginan para karyawan dalam memberikan pelayanan dengan tanggap.
4. *Assurance* adalah jaminan mencakup pengetahuan, keterampilan kemampuan, kesopanan dan sikap dapat dipercaya bebas dari bahaya, resiko dan keragu-raguan.
5. *Empathy* adalah kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan pelanggan.

2.1.7 Pelayanan Kesehatan

2.1.7.1 Definisi Pelayanan Kesehatan

Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat (Permenkes No. 71 tahun 2013).

2.1.7.2 Hak dan Kewajiban Pelayanan Kesehatan

➤ Hak Pelayanan Kesehatan

- a. mendapatkan informasi tentang kepesertaan, prosedur pelayanan, pembayaran dan proses kerja sama dengan BPJS Kesehatan
- b. menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap

➤ Kewajiban Pelayanan Kesehatan

- a. memberikan pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai ketentuan yang berlaku
- b. memberikan laporan pelayanan sesuai waktu dan jenis yang telah disepakati.

2.1.7.3 Macam-macam Pelayanan Kesehatan

Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

a. FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama)

Fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis keperawatan, pengobatan, dan atau pelayanan kesehatan lainnya.

Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik yang meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan

komprehensif. (2) Pelayanan kesehatan komprehensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan Pelayanan Kesehatan Darurat Medis, termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. FKRTL (Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan)

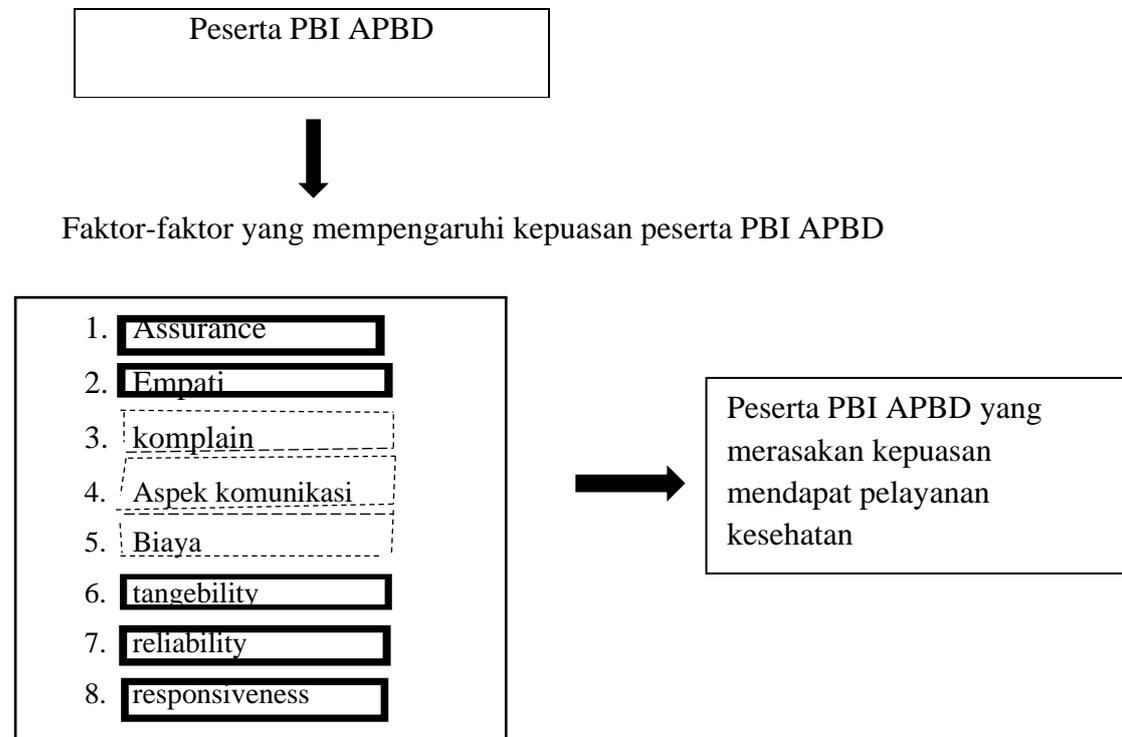
Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspecialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, yang terdiri atas: (1) pelayanan kesehatan tingkat kedua (spesialisik) (2) pelayanan kesehatan tingkat ketiga (subspecialistik).

Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan meliputi :

- a. administrasi pelayanan
- b. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspecialis
- c. tindakan medis spesialisik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis
- d. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- e. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
- f. rehabilitasi medis
- g. pelayanan darah
- h. pelayanan kedokteran forensik klinik
- i. pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan
- j. perawatan inap non intensif
- k. perawatan inap di ruang intensif

Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.

2.1.6 Kerangka Konsep



Keterangan : (Kerangka Konsep kepuasan peserta PBI APBD)

: variabel yang diteliti

: variabel yang tidak diteliti

Gambar 1 Kerangka Konsep Berdasarkan Teori Simatupang (2008)