

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional)

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial.⁶

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah program Negara yang bertujuan untuk memberi perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilangnya atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut, atau pensiun.⁷

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah instrumen negara yang dilaksanakan untuk mengalihkan risiko individu secara nasional dengan dikelola sesuai asas dan prinsip-prinsip dalam undang-undang yang membahas mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional.⁸

2.1.1 Landasan Filosofi SJSN

Pemikiran mendasar yang melandasi penyusunan SJSN bagi penyelenggaraan jaminan sosial untuk seluruh warga negara adalah sebagai berikut^{8,9} :

- Penyelenggaraan SJSN berlandaskan kepada hak asasi manusia dan hak konstitusional setiap orang.
- Penyelenggaraan SJSN adalah wujud tanggung jawab Negara dalam pembangunan perekonomian nasional dan kesejahteraan sosial.
- Program jaminan sosial ditujukan untuk memungkinkan setiap orang mampu mengembangkan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.
- Penyelenggaraan SJSN berdasarkan asas kemanusiaan dan berkaitan dengan penghargaan terhadap martabat manusia.
- SJSN bertujuan untuk terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan atau anggota keluarganya.

2.1.2 Landasan Yuridis SJSN

Landasan yuridis penyelenggaraan SJSN adalah UUD Negara Republik Indonesia Pasal 28H ayat (3) dan Pasal 34 ayat (2). Pasal 28H ayat (3) diatur dalam Perubahan Kedua UUD NRI 1945 dan Pasal 34 ayat (2) diatur dalam Perubahan Keempat UUD NRI 1945.

Amanat konstitusi tersebut kemudian dilaksanakan dengan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN).

Pasca putusan Mahkamah Konstitusi atas Perkara No. 007/PUU-III/2005, Pemerintah bersama DPR mengundang sebuah peraturan pelaksanaan UU SJSN setingkat Undang-Undang, yaitu UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional (UU BPJS)

Peraturan Pelaksanaan UU SJSN dan UU BPJS terbentang mulai Peraturan Pemerintah hingga Peraturan Lembaga. Penyelesaian seluruh dasar hukum bagi implementasi SJSN yang mencakup UUD NRI, UU SJSN dan peraturan pelaksanaannya membutuhkan waktu lima belas tahun (2000-2014)

- 1) UUD Negara Republik Indonesia Perubahan Kedua (2000) dan Perubahan Keempat (2002)

Pasal 28 ayat (3) : “Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.” Pasal 28H ayat (3) meletakkan jaminan sosial sebagai hak asasi manusia.

Pasal 34 ayat (2) : “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.” Pasal 34 ayat (2) meletakkan jaminan sosial sebagai salah satu elemen penyelenggaraan perekonomian nasional dan kesejahteraan sosial.

2) UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN)

UU SJSN diundangkan pada tanggal 19 Oktober 2004, sebagai pelaksanaan amanat konstitusi tentang hak konstitusional setiap orang atas jaminan sosial yang menyeluruh bagi seluruh warga negara Indonesia.

UU SJSN adalah dasar hukum untuk menyinkronkan penyelenggaraan berbagai bentuk jaminan sosial yang telah dilaksanakan oleh beberapa badan penyelenggara agar dapat menjangkau kepesertaan yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi setiap peserta.

3) UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS)

UU BPJS adalah dasar hukum bagi pembentukan badan penyelenggara jaminan sosial, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua, dan jaminan pensiun bagi seluruh tenaga kerja di Indonesia.

UU BPJS mengatur fungsi, tugas, wewenang dan tata kelola badan penyelenggara jaminan sosial. UU BPJS mengatur tata cara pembubaran empat Persero penyelenggara program jaminan sosial berikut tata cara

pengalihan aset, liabilitas, hak, kewajiban, dan pegawai keempat persero kepada BPJS.⁸

2.1.3 Asas SJSN

Dalam UU yang membahas mengenai SJSN, SJSN memiliki asas¹⁰:

- Kemanusiaan
- Manfaat
- Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2.1.4 Program SJSN

Dalam UU yang membahas mengenai SJSN, SJSN memiliki program¹⁰:

- Jaminan kesehatan
- Jaminan kecelakaan kerja
- Jaminan hari tua
- Jaminan pensiun
- Jaminan kematian.

2.1.5 Prinsip SJSN

Dalam UU yang membahas mengenai SJSN, SJSN memiliki prinsip-prinsip^{8,11,12}:

- Prinsip kegotongroyongan
- Prinsip nirlaba
- Prinsip keterbukaan
- Prinsip kehati-hatian

- Prinsip akuntabilitas
- Prinsip portabilitas
- Prinsip kepesertaan wajib
- Prinsip dana amanat
- Prinsip hasil pengelolaan dana

2.1.6 Organ SJSN

Agar SJSN mampu berjalan maka dibentuk dua organ SJSN, yaitu Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).⁸

1. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)

DJSN adalah dewan yang dibentuk dengan UU SJSN untuk perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN. DJSN bertanggung jawab terhadap Presiden.

Keanggotaan DJSN sebanyak 15 (lima belas) orang terdiri dari empat unsur, yaitu :

- Pemerintah (5 orang)
- Organisasi pemberi kerja (2 orang)
- Organisasi pekerja (2 orang)
- Tokoh/ahli yang memahami bidang jaminan sosial (6 orang)

Dalam melaksanakan tugasnya, DJSN dibantu oleh Sekretariat Dewan yang dipimpin oleh seorang Sekretaris yang diangkat dan diberhentikan oleh Ketua DJSN.⁸

a. Tugas DJSN

Dalam rangka melaksanakan fungsinya sebagai perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN, DJSN bertugas⁸:

- Melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial.
- Mengusulkan kebijakan investasi Dana Jaminan Sosial Nasional.
- Mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada Pemerintah.
- Memberikan konsultasi kepada BPJS tentang bentuk dan isi laporan pertanggungjawaban pengelolaan program.
- Menerima tembusan laporan pengelolaan tahunan dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik untuk penyampaian pertanggungjawaban tahunan BPJS kepada Presiden.
- Mengajukan kepada Presiden usulan anggota pengganti antarwaktu Dewan Pengawas dan atau anggota Direksi BPJS.

b. Wewenang DJSN

Untuk menjamin terselenggaranya program jaminan sosial dan kesehatan keuangan BPJS, DJSN berwenang melakukan pengawasan, monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial.⁸

2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

BPJS adalah badan hukum yang dibentuk dengan UU BPJS untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.⁹

UU No. 24 Tahun 2011 membentuk dua BPJS, yaitu :

- BPJS Kesehatan, berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
- BPJS Ketenagakerjaan, berfungsi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua, dan jaminan pensiun.

BPJS bertanggungjawab kepada Presiden. Organ BPJS terdiri dari Dewan Pengawas dan Direksi. Anggota Direksi BPJS diangkat dan diberhentikan oleh Presiden. Presiden menetapkan Direktur Utama.

BPJS diawasi oleh pengawas internal dan pengawas eksternal. Pengawasan internal dilaksanakan oleh organ BPJS, yaitu Dewan Pengawas dan sebuah unit kerja di bawah Direksi yang bernama Satuan Pengawas Internal.

Pengawasan eksternal dilaksanakan oleh badan-badan di luar BPJS, yaitu DJSN, Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK).

a. Tugas BPJS

Dalam rangka melaksanakan fungsi sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia, BPJS Kesehatan bertugas :

- Menerima pendaftaran peserta JKN.
- Memungut dan mengumpulkan iuran JKN dari Peserta, Pemberi Kerja, dan Pemerintah.
- Menerima bantuan iuran dari pemerintah.
- Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan Peserta.
- Mengumpulkan dan mengelola data Peserta JKN.
- Membayarkan manfaat, dan membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.
- Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada Peserta dan masyarakat.⁸

b. Wewenang BPJS

Untuk melaksanakan tugas-tugas tersebut, BPJS Kesehatan berwenang untuk ⁸:

- Menagih pembayaran iuran.
- Menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai.
- Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya.
- Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah.

- Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan.
- Mengenaikan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.
- Melaporkan pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang menangani ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.⁷

c. Hak BPJS

Dalam melaksanakan kewenangannya, BPJS berhak untuk :

- Memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari dana jaminan sosial dan atau sumber lainnya.
- Memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial dan DJSN setiap 6 (enam) bulan.⁸

d. Kewajiban BPJS

Dalam melaksanakan tugasnya, BPJS berkewajiban untuk ⁸:

- Memberikan nomor identitas tanggal kepada Peserta.
- Mengembangkan aset dana jaminan sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta.

- Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya.
- Memberikan manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan UU SJSN.
- Memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku.
- Memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya.
- Memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- Memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktikum aktuarial yang lazim dan berlaku umum.
- Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan jaminan sosial.
- Melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.⁸

2.2 Asuransi Kesehatan Sosial atau Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Sebelum membahas pengertian asuransi kesehatan sosial, beberapa pengertian yang patut diketahui terkait dengan asuransi tersebut adalah :

- Asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya (UU SJSN No.40 Tahun 2004).
- Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Ketenagakerjaan.
- Jaminan sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Dengan demikian, 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.⁸

a. Kepesertaan JKN

PBI Jaminan Kesehatan ¹¹:

- Fakir miskin
- Masyarakat tidak mampu

Bukan PBI Jaminan Kesehatan ¹¹:

- Pekerja Penerima Upah dan Anggota Keluarganya.
- Pekerja Bukan Penerima Upah dan Anggota Keluarganya.
- Bukan Pekerja dan Anggota Keluarganya.

b. Ketentuan Kepesertaan JKN

Jumlah peserta dan anggota keluarga yang ditanggung oleh Jaminan Kesehatan paling banyak 5 orang (Keluarga Inti), peserta yang memiliki jumlah keluarga lebih dari 5 orang termasuk peserta, dapat mengikutsertakan anggota keluarga lain dengan membayar iuran tambahan. Anggota keluarga sebagaimana dimaksud dalam pasal 4 ayat (1) huruf a meliputi :

- Istri atau suami yang sah dari peserta
- Anak kandung, anak tiri dan atau anak angkat yang sah dari peserta, dengan kriteria ¹¹:
 1. Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri.
 2. Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

2.3 Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

2.3.1 Fasilitas 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.⁶

Fasilitas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah :

1. Rawat jalan tingkat pertama berupa pelayanan kesehatan pada :
 - a. Puskesmas atau yang setara.
 - b. Praktik dokter.
 - c. Praktik dokter gigi.
 - d. Klinik Pratama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/POLRI.
 - e. Rumah sakit Kelas D Pratama atau yang setara.
2. Rawat inap tingkat Pertama

Fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan fasilitas rawat inap

2.3.2 Cakupan Pelayanan

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama
 - a. Administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama
 - b. Pelayanan promotif preventif, meliputi ¹³:
 1. Kegiatan penyuluhan kesehatan perorangan
 2. Imunisasi dasar
 3. Keluarga berencana
 4. Skrining kesehatan
2. Pelayanan Gigi
 - a. Administrasi pelayanan
 - b. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
 - c. Pramedikasi
 - d. Obat paska ekstraksi
 - e. Pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi)
 - f. Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit
 - g. Skeling gigi
 - h. Tumpatan komposit/GIC
 - i. Kegawatdaruratan oro-dental
3. Rawat Inap Tingkat Pertama

Cakupan pelayanan rawat inap tingkat pertama sesuai dengan cakupan pelayanan rawat jalan tingkat pertama dengan tambahan akomodasi bagi pasien sesuai indikasi medis.

4. Pelayanan darah sesuai indikasi medis

Pelayanan transfusi darah di fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat dilakukan pada kasus:

- a. Kegawatdaruratan maternal dalam proses persalinan
- b. Kegawatdaruratan lain untuk kepentingan keselamatan pasien
- c. Penyakit thalasemia, hemofili dan penyakit lain setelah mendapat rekomendasi dari dokter Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.

2.3.3 Prosedur

1. Ketentuan umum

- a. Peserta harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar
- b. Ketentuan di atas dikecualikan pada kondisi :
 - 1.) Berada di luar wilayah Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar
 - 2.) Dalam keadaan kegawatdaruratan medis
- c. Peserta dianggap berada di luar wilayah apabila peserta melakukan kunjungan ke luar domisili karena tujuan tertentu, bukan merupakan kegiatan yang rutin. Untuk mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat tujuan, maka peserta wajib membawa surat pengantar dari Kantor BPJS Kesehatan tujuan.

- d. Dalam hal Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, Fasilitas Kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - e. Peserta yang melakukan mutasi pada tanggal 1 s/d akhir bulan berjalan, tidak dapat langsung mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang baru sampai dengan akhir bulan berjalan. Peserta berhak mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang baru di bulan berikutnya.
 - f. Peserta dapat memilih untuk mutasi Fasilitas Kesehatan tingkat pertama selain Fasilitas Kesehatan tempat Peserta terdaftar setelah jangka waktu 3 (tiga) bulan atau lebih.
 - g. Untuk peserta yang baru mendaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan dan sudah membayar iuran, maka pada bulan berjalan tersebut peserta dapat langsung mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar.
2. Rawat Jalan Tingkat Pertama dan Pelayanan Gigi
- a. Peserta menunjukkan kartu identitas BPJS Kesehatan (proses administrasi)
 - b. Fasilitas kesehatan melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta
 - c. Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan kesehatan/pemberian tindakan

- d. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.
- e. Bila diperlukan atas indikasi medis peserta akan memperoleh obat.
- f. Apabila peserta membutuhkan pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pasca melahirkan, maka pelayanan dapat dilakukan oleh bidan atau dokter umum.
- g. Bila hasil pemeriksaan dokter ternyata peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub-spesialis sesuai dengan indikasi medis, maka fasilitas kesehatan tingkat pertama akan memberikan surat rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku.
- h. Surat rujukan dibutuhkan untuk pertama kali pengobatan ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan, dan selanjutnya selama masih dalam perawatan dan belum dirujuk balik ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama tidak dibutuhkan lagi surat rujukan. Dokter yang menangani memberi surat keterangan masih dalam perawatan.
- i. Fasilitas kesehatan wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan BPJS Kesehatan.
- j. Ketentuan Khusus Pelayanan pemeriksaan kehamilan (ANC) dan pemeriksaan pasca melahirkan (PNC).

3. Rawat Inap Tingkat Pertama

- a. Peserta datang ke fasilitas kesehatan tingkat pertama yang memiliki fasilitas rawat inap.
- b. Fasilitas kesehatan dapat melayani peserta yang terdaftar maupun peserta yang dirujuk dari fasilitas kesehatan tingkat pertama lain.
- c. Peserta menunjukkan identitas BPJS Kesehatan.
- d. Fasilitas kesehatan melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta.
- e. Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP).
- f. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.
- g. Fasilitas kesehatan wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan BPJS Kesehatan.
- h. Peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan bila secara indikasi medis diperlukan.

4. Pelayanan darah sesuai indikasi medis

- a. Darah disediakan oleh fasilitas pelayanan darah yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- b. Penggunaan darah sesuai indikasi medis berdasarkan surat permintaan darah yang ditandatangani oleh dokter yang merawat.

2.4 Pelayanan Kesehatan

2.4.1 Defenisi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan merupakan suatu aktivitas atau serangkaian alat yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba), yang terjadi akibat interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan persoalan konsumen.¹⁴

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah penggunaan fasilitas pelayanan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan ataupun bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan tersebut yang didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat dan kewajaran, mudah dicapai oleh masyarakat, terjangkau serta bermutu.¹⁵

2.4.2 Faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

Menurut WHO (1984) dalam Juanita (1998) menyebutkan bahwa faktor perilaku yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan adalah ¹⁶:

- a. Pemikiran dan perasaan
- b. Orang penting sebagai referensi
- c. Sumber-sumber daya
- d. Kebudayaan

2.4.3 Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Suatu pelayanan kesehatan harus memiliki berbagai persyaratan pokok, yaitu persyaratan pokok yang memberi pengaruh kepada masyarakat dalam menentukan pilihannya terhadap penggunaan jasa pelayanan kesehatan, dalam hal ini puskesmas, yakni ¹⁶:

- a. Ketersediaan dan kesinambungan pelayanan
- b. Kewajaran dan penerimaan masyarakat
- c. Mudah dicapai oleh masyarakat
- d. Terjangkau
- e. Mutu

2.5 Puskesmas

Puskesmas adalah kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.¹⁷

Sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama di Indonesia, pengelolaan program kerja puskesmas berpedoman pada 4 asas pokok yaitu, asas pertanggungjawaban wilayah, asas peran serta masyarakat, asas keterpaduan dan asas rujukan.¹⁷

2.6 Kepuasan pasien

Kepuasan adalah reaksi emosional terhadap kualitas pelayanan yang dirasakan dan kualitas pelayanan yang dirasakan merupakan pendapat menyeluruh atau sikap yang berhubungan dengan keutamaan pelayanan. Dengan kata lain kepuasan pelanggan adalah kualitas pelayanan yang dipandang dari kepentingan konsumen dalam hal ini adalah pasien. Pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang ada. Danski mengatakan bahwa pemuasan pelanggan atau pasien adalah prinsip daftar manajemen mutu kualitas.¹⁸