

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H menyatakan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap penduduk, sebagaimana ditetapkan dalam Konstitusi WHO 1948. Undang-Undang lain juga menyatakan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan, sekaligus berkewajiban memelihara kesehatan diri, masyarakat dan lingkungannya. Upaya pemenuhan hak setiap insan atas kesehatan merupakan prinsip dasar pembangunan kesehatan di Indonesia.

Sebagai amanat UUD 1945 yaitu pasal 34 ayat (1) yaitu fakir miskin dan anak terlantar dipelihara oleh negara serta ayat (2) yaitu negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai martabat kemanusiaannya, maka pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin (gakin) perlu dikembangkan dengan prinsip jaminan pemeliharaan kesehatan, sebagai suatu kebijakan kesehatan nasional.

Adanya kemauan politik (*political will*) Pemerintah untuk memberlakukan Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan lompatan besar dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakat.

Pemerintah telah melakukan upaya-upaya untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, diantaranya adalah Program Jaringan Pengaman Sosial Kesehatan (JPS-BK) tahun 1998-2000, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDSE) tahun 2001 dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) tahun 2002-2004.

Pada awal tahun 2005, melalui Keputusan Menteri Kesehatan 1241/Menkes/XI/04 pemerintah menetapkan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JKMM) melalui pihak ketiga, yaitu, PT. Askes (persero) Program ini lebih dikenal sebagai program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (ASKESKIN). Program Askeskin merupakan kelanjutan dari PKPS-BBM yang telah dilaksanakan sebelumnya, dimana

pembiayaannya didanai dari subsidi BBM yang telah dikurangi pemerintah untuk dialihkan menjadi subsidi di bidang kesehatan. Program Askeskin ini diselenggarakan dengan tujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan masyarakat tidak mampu. Dalam program ini, pemerintah memberikan asuransi kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin di Indonesia agar mereka lebih mudah mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas, rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta kelas tiga yang ditunjuk oleh pemerintah secara gratis.

Dengan telah terbitnya Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional, Program JPKMM diganti namanya dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 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/ iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes RI, 2013). Peraturan Presiden RI nomor 12 tahun 2013 telah dirubah sebanyak tiga kali yaitu Peraturan Presiden nomor 111 tahun 2013 tentang perubahan pertama Perpres RI nomor 12 tahun 2013, Peraturan Presiden nomor 19 tahun 2016 tentang perubahan kedua Perpres RI nomor 12 tahun 2013 dan Peraturan Presiden nomor 28 tahun 2016 tentang perubahan ketiga Perpres RI nomor 12 tahun 2013.

Sesuai dengan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) maka penyelenggara JKN adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Menurut Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS maka BPJS Kesehatan adalah Badan Pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Operasional BPJS Kesehatan dimulai sejak tanggal 1 Januari 2014.

Program JKN diselenggarakan dengan tujuan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Kebutuhan dasar kesehatan adalah kebutuhan akan layanan kesehatan yang memungkinkan seseorang yang sakit dapat sembuh kembali sehingga ia dapat berfungsi normal sesuai usianya dan BPJS bertugas sebagai

Badan Pelaksana (Bapel). Pada dasarnya masih ada masyarakat yang mengeluh terhadap pelayanan di puskesmas serta mendesak pemerintah dan BPJS untuk memperbaiki sistem pelayanan kesehatan yang lebih akses terhadap rakyat, dan mendesak pemerintah memperbanyak fasilitas kesehatan tenaga kesehatan agar mutu dan kualitas pelayanan kesehatan semakin meningkat.

Studi ini difokuskan pada evaluasi manajemen badan pelaksanaan pada Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di UPTD Puskesmas Tegal Selatan mengenai kepuasan masyarakat peserta BPJS Kesehatan terhadap pelayanan puskesmas Tegal Selatan.

Data kunjungan rawat jalan di Puskesmas Tegal Selatan pada tahun 2013 sd 2015 menurut pembayarannya dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

NO	JENIS PEMBAYARAN	TAHUN					
		2013		2014		2015	
			%		%		%
1	Umum	1.210	2,69	1.685	4,72	4.008	7,5
2	Gratis	20.889	46,52	12.537	35,12	12.603	23,45
3	Jamkesta	22.807	50,79	21.473	60,16	22.971	42,73
4	JKN	-		-		14.172	26,36
	JUMLAH	44.906	100	35.695	100	53.754	100

Untuk mengetahui jasa pelayanan kesehatan rawat jalan yang memuaskan, diperlukan masukan dari pasien sebagai pengguna jasa puskesmas. Input ini diharapkan dapat membantu manajemen puskesmas untuk memberikan layanan jasa kesehatan sesuai harapan pasien dan sesuai standar yang berlaku.

Di Indonesia, konsepsi pelayanan administrasi pemerintahan seringkali dipergunakan secara bersama-sama atau dipakai sebagai sinonim dari konsepsi pelayanan perijinan dan pelayanan umum, serta pelayanan publik. Keempat istilah tersebut dipakai sebagai terjemahan dari *public service*. Hal ini dapat dilihat dalam dokumen-dokumen pemerintah sebagaimana dipakai oleh Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara.

Dalam tulisan ini, administrasi pemerintahan memang disejajarkan, dipakai secara silih berganti dan dipergunakan sebagai sinonim dari pelayanan perijinan, yang merupakan terjemahan dari *administrative service*. Sedangkan pelayanan umum, menurut penulis lebih sesuai jika dipakai untuk menerjemahkan konsep *public service*. Istilah pelayanan umum ini dapat disejajarkan atau dipadankan dengan istilah pelayanan publik.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 81 Tahun 1993 yang kemudian disempurnakan dengan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 mendefinisikan pelayanan umum sebagai: Segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh instansi Pemerintah di Pusat, di Daerah, dan di Lingkungan Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Milik Daerah dalam bentuk barang dan atau jasa, baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan (Keputusan MENPAN Nomor 63/2003).

Di dalam keputusan MENPAN Nomor 63 Tahun 2003 bahwa penyelenggaraan pelayanan harus memenuhi beberapa prinsip sebagai berikut:

a. Kesederhanaan

Prosedur pelayanan publik tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.

b. Kejelasan

Kejelasan ini mencakup kejelasan dalam hal :

1. Persyaratan teknis dan administratif pelayanan publik;
2. Unit kerja / pejabat yang berwenang dan bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan / persoalan / sengketa dalam pelaksanaan pelayanan publik;
3. Rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembayaran.

c. Kepastian waktu

Pelaksanaan pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.

d. Akurasi

Produk pelayanan publik diterima dengan benar, tepat, dan sah.

e. Keamanan

Proses dan produk pelayanan publik memberikan rasa aman dan kepastian hukum.

f. Tanggung jawab

Pimpinan penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk bertanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan dan penyelesaian keluhan / persoalan dalam pelaksanaan pelayanan publik.

g. Kelengkapan sarana dan prasarana

Tersedianya sarana dan prasarana kerja, peralatan kerja dan pendukung lainnya yang memadai termasuk penyediaan sarana teknologi telekomunikasi dan informatika (telematika).

h. Kemudahan akses

Tempat dan lokasi serta sarana pelayanan yang memadai, mudah dijangkau oleh masyarakat, dan dapat memanfaatkan teknologi telekomunikasi dan informatika.

i. Kedisiplinan, Kesopanan, dan Keramahan

Pemeberi pelayanan harus bersikap disiplin, sopan dan santun, ramah, serta memberikan pelayanan dengan ikhlas.

Setiap penyelenggaraan pelayanan publik harus memiliki standar pelayanan dan dipublikasikan sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima pelayanan. Standar pelayanan merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang wajib ditaati oleh pemberi dan atau penerima pelayanan. Menurut Keputusan MENPAN Nomor 63 Tahun 2004, standar pelayanan, sekurang-kurangnya meliputi :

a. Prosedur Pelayanan

Prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan.

b. Waktu penyelesaian

Waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan.

c. Biaya pelayanan

Biaya / tarif pelayanan termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan.

d. Produk pelayanan

Hasil pelayanan yang akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

e. Sarana dan Prasarana

Penyediaan sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggara pelayanan publik.

Ukuran keberhasilan penyelenggaraan pelayanan ditentukan oleh tingkat kepuasan penerima pelayanan. Kepuasan penerima pelayanan dicapai apabila penerima pelayanan memperoleh pelayanan sesuai dengan yang dibutuhkan dan diharapkan. Oleh karena itu dalam kaitannya dengan tingkat kepuasan masyarakat, keputusan MENPAN Nomor 63 Tahun 2004 mengamanatkan agar setiap penyelenggara pelayanan secara berkala melakukan survei indeks kepuasan masyarakat.

Birokrasi sebagai wujud organisasi sektor publik tidak terlepas dari pengaruh perubahan paradigma tersebut. Mutu yang diberikan aparatur birokrasi akan sangat menentukan kelangsungan hidup birokrasinya, dan mutu pelayanan yang diberikan sangat ditentukan oleh pengguna / yang berkepentingan dengan jasa layanan (stakeholder).

Paradigma baru mengenai organisasi pelayanan aparatur birokrasi pada dasarnya menuntut perubahan dalam orientasi pelayanan, dimana aparatur / birokrat dituntut memiliki visi dan misi yang jelas, dalam mewujudkan pelayanan prima kepada pelanggan (masyarakat). Salah satu pendekatan yang dapat digunakan dalam paradigma baru mengenai orientasi pelayanan aparatur / birokrat

adalah pemberdayaan (*Empowerment*). Pemberdayaan dalam hal ini dimaksudkan sebagai proses transformasi dari berbagai pihak yang mengarah pada saling menumbuhkembangkan, saling memperkuat, dan menambah nilai daya saing global yang sam-sama menguntungkan.

Semenjak dikeluarkannya UU Pemerintah Daerah No.22 Tahun 1999 yang kemudian direvisi dengan UU No. 32 Tahun 2004, pemerintah daerah secara terus menerus meningkatkan pelayanan publik. Seiring dengan hal itu tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas terus meningkat dari waktu ke waktu. Tuntutan tersebut semakin berkembang seiring dengan tumbuhnya kesadaran bahwa warga negara memiliki hak untuk dilayani dan kewajiban pemerintah daerah untuk dapat memberikan pelayanan.

Tantangan yang dihadapi dalam pelayanan publik adalah bukan hanya menciptakan sebuah pelayanan yang efisien, namun juga bagaimana pelayanan juga dapat dilakukan dengan tanpa membeda-bedakan status dari masyarakat yang dilayani, atau dengan kata lain bagaimana menciptakan pelayanan yang adil dan demokratis.

Secara etimologis, pelayanan berasal dari kata layan yang berarti membantu menyiapkan / mengurus apa-apa yang diperlukan seseorang, kemudian pelayanan dapat diartikan sebagai: perihal/cara melayani; servis/jasa; sehubungan dengan jual beli barang atau jasa.

Dari uraian tersebut, maka pelayanan dapat diartikan sebagai aktivitas yang diberikan untuk membantu, menyiapkan dan mengurus baik itu berupa barang atau jasa dari satu pihak kepada pihak lain.

Istilah lain yang sejenis dengan pelayanan itu adalah pengabdian dan pengayoman. Dari seorang administrator diharapkan akan tercermin sifat-sifat memberikan pelayanan publik, pengabdian kepada kepentingan umum dan memberikan pengayoman kepada masyarakat lemah dan kecil. Administrator lebih menekankan pada mendahulukan kepentingan masyarakat / umum dan memberikan service kepada masyarakat ketimbang kepentingan sendiri.

Berdasarkan keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003, definisi dari pelayanan umum adalah: segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah di pusat, di daerah, dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Milik Daerah dalam bentuk barang atau jasa, baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sedangkan menurut Bab I Pasal 1 Ayat 1 UU No. 25/2009, yang dimaksud dengan pelayanan publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan / atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik.

Mengikuti definisi di atas, pelayanan publik atau pelayanan umum dapat didefinisikan sebagai segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang publik maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggungjawab dan dilaksanakan oleh

instansi pemerintah di pusat, di daerah, dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Milik Daerah, dalam upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan umum atau pelayanan publik menurut Sadu Wasistiono (2001:51-52) adalah pemberian jasa baik oleh pemerintah, pihak swasta atas nama pemerintah ataupun pihak swasta kepada masyarakat, dengan atau tanpa pembayaran guna memenuhi kebutuhan dan atau kepentingan masyarakat.

Saya memilih Puskesmas Tegal Selatan karena Puskesmas Tegal Selatan berprestasi tingkat nasional dan mendapatkan juara 3 dari segi pelayanan UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) dan UKP (Upaya Kesehatan Perorangan) serta admin administrasinya, sudah terakreditasi lulus madya, adanya sistem Simposyandu online baru ada 1 se-Indonesia dan malah mau dijadikan sistem kemenkes.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian ini sebagai berikut : “Bagaimana Kepuasan Masyarakat Peserta BJPS Kesehatan Terhadap Pelayanan Di UPTD Puskesmas Tegal Selatan Tahun 2016?”

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan pertanyaan penelitian, maka penelitian ini memiliki tujuan untuk mendeskripsikan kepuasan masyarakat peserta BPJS kesehatan terhadap pelayanan kesehatan di UPTD Puskesmas Tegal Selatan Tahun 2016.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis hasil penelitian ini diharapkan menambahkan bukti empiris mengenai kepuasan masyarakat peserta BPJS kesehatan sehingga ilmu kebijakan pemerintah semakin berkembang.

1.4.2 Manfaat Praktis

Secara praktis penelitian ini diharapkan memberikan informasi dan referensi mengenai kepuasan masyarakat peserta BPJS kesehatan. Selain itu, saran untuk penelitian di masa yang akan datang berdasarkan kelebihan dan kelemahan yang mungkin ditemukan dalam penelitian ini.

1.5 Landasan Teori

1.5.1 Jaminan Kesehatan Nasional

1.5.1.1 Konsep Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan menyebabkan bahwa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 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/ iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes RI, 2013).

Pelaksanaan JKN merupakan suatu upaya pemerintah agar tercapai *Universal Health Coverage* (DHC) yang dilakukan melalui mekanisme asuransi sosial agar pembiayaan kesehatan dapat dikendalikan sehingga keterjaminan pembiayaan kesehatan menjadi pasti dan terus-menerus tersedia yang pada gilirannya keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dapat terwujud.

1.5.1.2 Tujuan dan Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Pasal 19 ayat (2) UU SJSN menyatakan bahwa JKN diselenggarakan dengan tujuan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Kebutuhan dasar kesehatan adalah kebutuhan akan layanan kesehatan yang memungkinkan seseorang yang sakit dapat sembuh kembali sehingga ia dapat berfungsi normal sesuai usianya.

Jaminan kesehatan yang dirumuskan oleh UU SJSN adalah jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas sebagaimana diatur dalam Pasal 19 ayat 1 UU SJSN. Penjelasan Pasal 19 UU SJSN menyatakan bahwa yang dimaksud dengan prinsip asuransi sosial adalah :

1. Kegotong-royongan (*risk pooling*) antara yang kaya dan miskin, yangsehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah, kegotong-royongan adalah upaya bersama agar semua penduduk berkontribusi (membayar iuran/pajak) agar terkumpul (pool) dana untuk membiayai pengobatan siapa saja yang mengalami sakit.

2. Kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif.
3. Iuran berdasarkan persentase upah/ penghasilan.
4. Bersifat nirlaba.

1.5.1.3 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Manfaat yang diterima peserta dalam JKN terdiri atas manfaat medis dan non medis. Manfaat medis yang diterima oleh peserta tidak bergantung pada besarnya iuran yang dibayarkan. Sedangkan untuk manfaat non medis yang dimaksud meliputi manfaat akomodasi dan ambulan (Pasal 20 PP No. 12 Tahun 2013). Manfaat pelayanan promotif dan preventif yang diterima oleh peserta JKN meliputi: (1) penyuluhan kesehatan perorangan; (2) imunisasi dasar; (3) Keluarga Berencana; dan (4) skrining kesehatan (Pasal 21 ayat 1 PP No. 12 Tahun 2013).

1.5.2 Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan

1.5.2.1 Konsep Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan

Sesuai dengan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SISN) maka penyelenggara JKN adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Menurut Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS maka BPJS Kesehatan adalah Badan Pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Operasional BPJS Kesehatan dimulai sejak tanggal 1 Januari 2014.

Visi BPJS Kesehatan adalah paling lambat 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS yang handal, unggul dan terpercaya. Visi ini kemudian dijabarkan ke dalam misi :

1. Membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan JKN;
2. Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan;
3. Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan, dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program;
4. Membangun BPJS Kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul;
5. Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan evaluasi, kajian, manajemen mutu dan manajemen resiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan;
6. Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung operasionalisasi BPJS Kesehatan.

Peserta BPJS Kesehatan terdiri dari peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran) Jaminan Kesehatan dan peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan. Peserta PBI Jaminan Kesehatan adalah orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu. Sementara peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan terdiri atas :

1. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing (WNA) yang bekerja di Indonesia paling singkat enam bulan dan anggota keluarganya.
 - a. PNS
 - b. TNI
 - c. Polri
 - d. Pejabat negara
 - e. Pegawai pemerintah non pegawai negeri
 - f. Pegawai swasta
 - g. Pekerja penerima upah lainnya yang tidak termasuk dalam kategori huruf a-f
2. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat enam bulan dan anggota keluarganya.

- a. Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri.
 - b. Pekerja bukan penerima upah yang tidak termasuk dalam huruf a.
3. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya
- a. Investor
 - b. Pemberi kerja
 - c. Penerima pensiun
 - 1) PNS yang berhenti dengan hak pensiun
 - 2) Anggota TNI dan Polri yang berhenti dengan hak pensiun
 - 3) Pejabat negara yang berhenti dengan hak pensiun
 - 4) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima hak pensiun
 - 5) Penerima pensiun lainnya yang tidak termasuk dalam kategori angka 1-4
 - d. Veteran
 - e. Perintis kemerdekaan
 - f. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan
 - g. Bukan pekerja yang tidak termasuk dalam huruf a-f

Setiap peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, fasilitas kesehatan lainnya yang ditetapkan oleh menteri yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan termasuk fasilitas kesehatan penunjang yang terdiri atas laboratorium, instalasi farmasi rumah sakit, apotik, unit transfusi darah (Palang Merah Indonesia), optik, pemberi pelayanan *consumable ambulatory peritoneal dialysis* (CAPD) dan praktek bidan/perawat atau yang setara.

Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan terdiri atas :

- | | | |
|----|---|---|
| 1. | Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama | P |
| 2. | Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan | P |
| 3. | Pelayanan gawat darurat | P |

- | | | |
|----|--|---|
| 4. | elayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medik habis pakai | P |
| 5. | elayanan ambulance | P |
| 6. | elayanan skrining kesehatan | P |
| 7. | elayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri. | P |

Pelayanan kesehatan pada fasilitas tingkat pertama terdiri atas :

1. Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama

Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama harus memiliki fungsi pelayanan kesehatan yang komprehensif berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan dan pelayanan kesehatan gawat darurat termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan farmasi.

Pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk pelayanan medis mencakup:

- a. Kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di pelayanan kesehatan tingkat pertama.
- b. Kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan.
- c. Kasus medis rujuk balik.
- d. Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama.
- e. Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter.
- f. Rehabilitasi medik dasar

Pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk pelayanan kesehatan non spesialistik mencakup :

- a. Administrasi pelayanan yang meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan

rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

- b. Pelayanan promotif dan preventif yang meliputi kegiatan penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar, keluarga berencana, skrining kesehatan.
 - c. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis.
 - d. Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui dan bayi.
 - e. Upaya penyembuhan terhadap efek samping kontrasepsi.
 - f. Tindakan medis non sepsialistik, baik operatif maupun non operatif.
 - g. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
 - h. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama berupa pemeriksaan darah sederhana (hemoglobin, apusan darah tepi, trombosit, leukosit, hematokrit, esinofil, eritrosit, golongan darah, laju endap darah, malaria), urine sederhana (warna, berat jenis, kejernihan, pH, leukosit, eritrosit), feses sederhana (benzidin tes, mikroskopik cacing), gula darah sewaktu.
 - i. Pemeriksaan penunjang sederhana lain yang dapat dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama.
 - j. Pelayanan rujuk balik dari fasilitas kesehatan lanjutan.
 - k. Pelayanan program rujuk balik.
 - l. Pelayanan prolanis dan *home visit*.
 - m. Rehabiltasi medik dasar.
2. Pelayanan kesehatan rawat inap tingkat pertama
- Pelayanan kesehatan rawat inap tingkat pertama mencakup :
- a. Rawat inap pada pengobatan/ perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas di pelayanan kesehatan tingkat pertama.
 - b. Pertolongan persalinan pervaginam bukan risiko tinggi.
 - c. Pertolongan persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi Puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED).
 - d. Pertolongan neonatal dengan komplikasi.
 - e. Pelayanan transfusi darah sesuai kompetensi fasilitas kesehatan dan/atau kebutuhan medis.

Pelayanan kesehatan rawat inap tingkat pertama untuk pelayanan kesehatan non spesialisik mencakup :

- a. Administrasi pelayanan terdiri atas biaya pendaftaran pasien dan biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan atau pelayanan kesehatan pasien.
 - b. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis.
 - c. Perawatan dan akomodasi di ruang perawatan.
 - d. Tindakan medis kecil/ sederhana oleh dokter ataupun paramedis.
 - e. Persalinan per vaginam tanpa penyulit maupun dengan penyulit.
 - f. Pemeriksaan penunjang diagnostik selama masa perawatan.
 - g. Pemeriksaan penunjang diagnostik selama masa perawatan.
 - h. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai selama masa perawatan.
 - i. Pelayanan transfusi darah sesuai indikasi medis.
3. Pelayanan kesehatan gigi
- a. Administrasi pelayanan terdiri atas biaya pendaftaran pasien dan biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan atau pelayanan kesehatan pasien
 - b. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
 - c. Premedikasi
 - d. Kegawatandaruratan oro-dental
 - e. Pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi)
 - f. Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit
 - g. Obat pasca ekstraksi
 - h. Tumpatan komposisi / GIC
 - i. Skeling gigi
4. Pelayanan kesehatan oleh bidan dan perawat

A

1.5.3 Program Pelayanan Kesehatan

1.5.3.1 Pengertian pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan yang secara langsung atau tidak langsung berupaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan atau dituntut oleh masyarakat untuk mengatasi kesehatannya (Brotosaputro,1997). Sumber

lain menyatakan bahwa pengertian pelayanan kesehatan adalah merupakan sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan), dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Pelayanan kesehatan juga melakukan pelayanan kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan) (Notoatmodjo,2003).

Pengertian pelayanan kesehatan banyak macamnya, menurut Levey dan Loomba dalam Azwar (1999) menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan adalah setiap upaya kesehatan yang dilakukan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, menyembuhkan dan memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat.

1.5.3.2.1 Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan

Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan ditentukan oleh :

- a. Pengorganisasian pelayanan, dapat diselenggarakan sendiri- sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi
- b. Ruang lingkup kegiatan, hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.
- c. Sasaran pelayanan kesehatan, untuk perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat secara keseluruhan.

1.5.3.2.2 Syarat- syarat pokok pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Tersedia dan berkesinambungan

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia dimasyarakat (*available*) serta bersifat kesinambungan (*continue*), artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat bisa dibutuhkan.

- b. Dapat diterima dan wajar

Pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan

kepercayaan masyarakat serta bersifat tidak wajar bukanlah suatu sifat pelayanan yang baik.

c. Mudah dicapai

Pelayanan kesehatan yang baik adalah mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat, terutama dari sudut lokasi. Pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi penting untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

d. Mudah dijangkau

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksud disini terutama dari sudut biaya, untuk dapat mewujudkan keadaan seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin dinikmati oleh sebagian masyarakat saja bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

e. Bermutu

Pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksud disini adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Mutu pelayanan kesehatan yang baik adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan padatiap orang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standart pelayanan profesi yang telah ditetapkan. Sekalipun pengertian mutu yang terkait dengan kepuasan ini telah diterima secara luas, namun penerapannya tidaklah semudah yang diperkirakan. Masalah pokok yang ditemukan ialah kepuasan tersebut ternyata bersifat subyektif , tergantung pada latar belakang yang dimiliki, dapat saja memiliki tingkat kepuasan yang berbeda untuk satu pelayanan yang sama. Disamping itu sering pula ditemukan pelayanan kesehatan

yang sekalipun dinilai telah memuaskan pasien namun jika ditinjau dari kode etik dan standart pelayanan profesi tidak terpenuhi (Azwar, 1999).

Mutu pelayanan kesehatan bagi pasien pemakai jasa pelayanan kesehatan lebih terkait pada ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, perhatian dan keramah tamahan petugas dalam melayani pasien dan kesembuhan penyakit yang sedang diderita oleh pasien.

Perbedaan dimensi penilaian mutu pelayanan kesehatan telah disepakati bahwa penilaian mutu seyogyanya berpedoman pada hakekat dasar diselenggarakannya pelayanan kesehatan yaitu memenuhi kebutuhan dan tuntutan pemakai jasa pelayanan kesehatan. Pemenuhan kebutuhan dan tuntutan akan memberikan rasa puas pada diri setiap pasien. Makin sempurna kepuasan tersebut maka makin baik pula mutu pelayanan kesehatan (Azwar, 1999).

Smith dan Metzner (1970) menemukan bukti bahwa dimensi mutu pelayanan kesehatan oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan yang paling penting adalah efisiensi pelayanan kesehatan, perhatian dokter secara pribadi pada pasien, pengetahuan ilmiah yang dimiliki dokter serta kenyamanan pelayanan yang dirasakan oleh pasien (Azwar, 1999).

Ghifari (1997) menyatakan bahwa mutu pelayanan bagi seorang pasien tidak lepas dari rasa puas bagi seorang pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diterima, dimana mutu yang baik dikaitkan dengan kesembuhan dari penyakit, peningkatan derajat kesehatan atau kesegaran, kecepatan pelayanan, lingkungan perawatan yang menyenangkan, keramahan petugas, kemudahan prosedur, kelengkapan alat, obat-obatan dan biaya yang terjangkau (Ghifari, 1997).

Program menjaga mutu adalah suatu proses yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, obyektif dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan kesehatan berdasarkan standart yang telah ditetapkan, dan melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, serta menilai hasil yang dicapai guna menyusun saran (tindak lanjut) untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan (Prawirohardjo, 2002).

Menjaga mutu (*quality assurance*) intinya adalah upaya pemecahan masalah. Penemuan masalah yang diperoleh merupakan jalan yang baik dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan, tanpa terbuka terhadap kesalahan dan kekurangan tersebut akan berhasil meningkatkan mutu (Sabarguna, 2004). Suatu pelayanan kesehatan dinilai bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut memuaskan pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata masyarakat (Depkes, 1994).

Menurut pandangan Albrecht dan Zemke (1990) dalam Subarsono (2005) kualitas pelayanan publik merupakan hasil interaksi dari berbagai aspek, yaitu sistem pelayanan, sumber daya manusia pemberi layanan, strategi dan pelanggan (*customers*).

Elemen-elemen penting yang mendukung program menjaga mutu (*Quality Assurance*) adalah : pengumpulan data, menilai dan menganalisis, kegiatan-kegiatan untuk penemuan masalah dan sebab-sebabnya, mencari solusi dan melaksanakannya, pelaksanaan kegiatan yang sesuai standar, proses monitoring dan evaluasi (Wijono, 1999).

1.5.3.2.3 Sistem dan pemanfaatan pelayanan kesehatan

Pada dasarnya setiap sistem termasuk sistem pelayanan kesehatan merupakan suatu proses transformasi atas unsur masukan (*input*) menjadi unsur keluaran (*output*) dan umpan balik. Umpan balik yaitu adanya reaksi yang timbul dari lingkungan terhadap input, proses dan output, umpan balik yang positif berarti reaksi menunjukkan adanya persetujuan dengan sistem pelayanan puskesmas yang berjalan sedangkan umpan balik yang negatif berarti reaksi menunjukkan adanya ketidaksepakatan terhadap sistem pelayanan di puskesmas karena diketahui adanya penyimpangan.

Menurut Andersen dalam Notoatmodjo (2003), faktor-faktor yang menentukan pelayanan kesehatan meliputi : (Ridwan, 2003)

- a. Karakteristik predisposisi (*Predisposing Characteristic*) yaitu menggambarkan faktor bahwa tiap individu menggunakan sarana pelayanan kesehatan yang berbeda-beda.
- b. Karakteristik pendukung (*Enabling Characteristic*) yang mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, tidak

akan bertindak untuk menggunakan kecuali mampu memperolehnya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kemampuan konsumen untuk membayar.

- c. Karakteristik kebutuhan (*Need Characteristic*), faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud didalam tindakan apabila tindakan itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan apabila *predisposisi* dan *enabling* itu ada.

Menurut Notoatmodjo(2003) ada 4 variabel kunci yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam mencari pengobatan atau pencegahan penyakit, yaitu :

- a. Kerentanan yang dirasakan terhadap suatu penyakit (*perceived susceptibility*). Bila seseorang bertindak untuk mengobati penyakitnya atau melakukan upaya pencegahan terhadap suatu penyakit apabila ia merasa bahwa ia atau keluarganya rentan (*susceptible*) terhadap penyakit tersebut.
- b. Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*) yaitu tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat.
- c. Manfaat dan rintangan yang dirasakan (*perceived benefits barriers*). Apabila individu merasakan dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap gawat (serius) ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan dari pada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan dalam melakukan tindakan tersebut.
- d. syarat atau tanda (*cues*). Tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan, memerlukan isyarat baik internal (misalnya gejala penyakit) maupun faktor eksternal (misalnya pesan-pesan pada media massa, nasehat atau anjuran dari kawan atau anggota keluarga lain yang sakit).

Keberadaan jenis pelayanan kesehatan masyarakat atau pelayanan public dapat beranekaragam seperti pemerintah, swasta, misi agama, perusahaan dan tradisional. Sebagian dari mereka lebih menarik dan lebih diminati daripada lainnya. Daya tarik tergantung pada banyak faktor yaitu kecakapan, kepribadian, karisma dan kemahiran penyelenggara, kemudahan jalan ke tempat pelayanan, biaya dan keramah tamahan petugas yang melayani. Jika petugas selalu ingat akan masalah dan punya catatan yang

baik tentang penderita serta memberikan pelayanan perorangan dalam bahasa setempat, maka pemanfaatan pelayanan kesehatan ini cenderung tinggi.

Puskesmas sebagai salah satu tempat pelayanan publik harus mengutamakan kepentingan masyarakat dan tidak memberikan pelayanan kesehatan yang diskriminatif. Menurut Subarsono (2005) bahwa pelayanan publik yang non diskriminatif dapat dilihat dari indikator adanya akses yang sama bagi semua orang untuk mendapatkan pelayanan, pemberian pelayanan publik kepada pelanggan berdasarkan nomor urut, tidak diberlakukannya dispensasi pelayanan kepada pelanggan.

Strategi antrian juga memberikan prioritas berbeda kepada pasien atas dasar tingkat urgensi pelayanan misalnya pasien gawat darurat akan mendapatkan prioritas utama untuk dilayani. Menurut Tjiptono (2006) yang menyatakan sistem antrian menganut prinsip yang datang duluan akan dilayani terlebih dahulu (*first come- first served*).

1.5.3.2.4 Kualitas Pelayanan (Service Quality)

Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (dalam Tjiptono, 1998:69) yang melakukan penelitian khusus terhadap beberapa jenis pelayanan, mengidentifikasi sepuluh faktor utama yang menentukan kualitas pelayanan, yakni :

1. Realibility, yang mencakup konsistensi kerja (performance) dan kemampuan untuk dipercaya (dependability). Hal ini berarti perusahaan memberikan pelayanannya secara tepat sejak awal (right the first time) dan telah memenuhi janji (iklan)nya.
2. Responsiveness, yaitu kemauan atau kesiapan para pegawai untuk memberikan pelayanan yang dibutuhkan pelanggan.
3. Competence, artinya setiap pegawai perusahaan memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang dibutuhkan untuk dapat memberikan pelayanan tertentu.
4. Access, yaitu kemudahan untuk dihubungi atau ditemui, yang berarti lokasi fasilitas pelayanan mudah dijangkau, waktu menunggu tidak terlalu lama, saluran komunikasi mudah dihubungi.
5. Courtesy, yaitu sikap sopan santun, respek, perhatian, dan keramahan dari para kontak personal perusahaan

6. Communication, yaitu memberikan informasi yang dapat dipahami pelanggan serta selalu mendengarkan saran dan keluhan pelanggan.
7. Credibility, yaitu jujur dan dapat dipercaya. Disini menyangkut nama dan reputasi perusahaan, karakteristik pribadi, kontak personal, dan interaksi dengan pelanggan.
8. Security, yaitu aman (secara fisik, finansial dan kerahasiaan) dari bahaya, resiko atau keragu-raguan.
9. Understanding/knowing the customer, yaitu upaya untuk memahami kebutuhan pelanggan.
10. Tangible, yaitu segala bukti fisik seperti pegawai, fasilitas, peralatan, tampilan fisik dari pelayanan misalnya kartu kredit plastik.

Namun dalam perkembangan selanjutnya Parasuraman et al., (dalam Zeithaml dan Bitner (1996: 118) sampai pada kesimpulan bahwa kesepuluh dimensi kualitas pelayanan di atas dirangkumkan menjadi lima dimensi pokok yang terdiri dari reliability, responsiveness, assurance (yang mencakup competence, courtesy, credibility, dan security), empathy (yang mencakup access, communication dan understanding the customer), serta tangible. Penjelasan kelima dimensi untuk menilai kualitas pelayanan tersebut adalah :

1. Tangibles (bukti fisik); meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi serta kendaraan operasional. Dengan demikian bukti langsung/wujud merupakan satu indikator yang paling konkrit. Wujudnya berupa segala fasilitas yang secara nyata dapat terlihat.
2. Reliability (kepercayaan); merupakan kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan. Menurut Lovelock, reliability to perform the promised service dependably, this means doing it right, over a period of time. Artinya, keandalan adalah kemampuan perusahaan untuk menampilkan pelayanan yang dijanjikan secara tepat dan konsisten. Keandalan dapat diartikan mengerjakan dengan benar sampai kurun waktu tertentu. Pemenuhan janji pelayanan yang tepat dan memuaskan meliputi ketepatan waktu dan kecakapan dalam menanggapi keluhan pelanggan serta pemberian pelayanan secara wajar dan akurat.
3. Responsiveness (daya tanggap); yaitu sikap tanggap pegawai dalam memberikan pelayanan yang dibutuhkan dan dapat menyelesaikan dengan cepat. Kecepatan pelayanan yang diberikan merupakan sikap tanggap dari petugas dalam pemberian

pelayanan yang dibutuhkan. Sikap tanggap ini merupakan suatu akibat akal dan pikiran yang ditunjukkan pada pelanggan.

4. Assurance (jaminan); mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki pegawai, bebas dari bahaya, risiko dan keragu-raguan. Jaminan adalah upaya perlindungan yang disajikan untuk masyarakat bagi warganya terhadap resiko yang apabila resiko itu terjadi akan dapat mengakibatkan gangguan dalam struktur kehidupan yang normal.
5. Emphaty (empati); meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan pelanggan. Empati merupakan individualized attention to customer. Empati adalah perhatian yang dilaksanakan secara pribadi atau individu terhadap pelanggan dengan menempatkan dirinya pada situasi pelanggan.

Sementara itu Vincent (1997: 67) mengidentifikasi 10 dimensi untuk melihat kualitas pelayanan, yaitu: ketepatan waktu pelayanan, akurasi layanan, kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan, tanggung jawab, kelengkapan, kemudahan mendapat layanan, variasi model layanan, layanan pribadi, kenyamanan dalam memperoleh layanan, dan atribut pendukung lainnya seperti lingkungan, kebersihan, ruang tunggu, AC, dan lain-lain.

Dari uraian di atas dapat disarikan bahwa kinerja pelayanan adalah hasil kerja yang dicapai oleh pegawai dalam melaksanakan tugas sesuai dengan tanggung jawabnya yang diukur berdasarkan indikator bukti fisik (tangible), keandalan (reliability), daya tanggap (responsiveness), jaminan (assurance), dan empati (emphaty).

1.5.3.2.5 Kepuasan

Kepuasan pasien adalah salah satu hasil dari pada pelayanan kesehatan, kepuasan disamping sebagai *out come* pelayanan kesehatan apa adanya, juga dapat dilihat sebagai kontribusi pada tujuan lain yaitu promosi. Pasien yang puas cenderung kooperatif secara efektif dengan memberi pelayanan, menerima dan mentaati rekomendasi. Kepuasan juga mempengaruhi akses karena mereka cenderung mengunjungi pelayanan lagi (Chriswardhani, 1999).

Kepuasan pasien dalam mengkonsumsi jasa pelayanan kesehatan bersifat subyektif, dan bergantung pada latar belakang yang dimiliki orang tersebut, setiap orang memiliki tingkat kepuasan yang berbeda dari satu pelayanan kesehatan yang sama. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh banyak institusi

kesehatan swasta hampir selalu dapat memenuhi kepuasan pasien. Penilaian mutu pelayanan kesehatan perlu dikaitkan dengan standar pelayanan profesi dan kode etik profesi, untuk menghindari adanya unsur subyektifitas individual yang dapat mempersulit pelaksanaan pelayanan kesehatan perlu adanya pembatasan derajat kepuasan pasien dan pembatasan upaya kesehatan yang dilakukan.

a. P
Pembatasan derajat kepuasan pasien. Diakui bahwa kepuasan pasien bersifat individual tetapi ukuran yang dipakai adalah yang bersifat umum yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk.

b. P
Pembatasan pada upaya yang dilakukan, dalam menimbulkan rasa puas dalam diri pasien untuk melindungi para pemakai jasa pelayanan kesehatan yang pada umumnya awam terhadap tindakan pelayanan kesehatan (*patient ignorance*), maka pelayanan kesehatan harus sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi.

Bertolak dari dua batasan tersebut maka mutu pelayanan kesehatan adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang ditetapkan.

Junadi (1991) menjelaskan bahwa kepuasan pasien penerima jasa pelayanan kesehatan dapat didekati melalui empat aspek mutu yang meliputi :

- a. Kenyamanan yang mencakup: lokasi Puskesmas, kebersihan Puskesmas, kenyamanan ruangan, makanan dan peralatan ruangan.
- b. Hubungan pasien dengan petugas yang meliputi: keramahan, informatif, komunikatif, responsif, suportif, cekatan dan kesopanan.
- c. Kompetensi teknis petugas yang meliputi: keberanian bertindak, pengalaman, gelar dan terkenal.

- d. Biaya yang meliputi: mahalnya pelayanan sebanding dengan hasil pelayanannya, keterjangkauan biaya dan ada tidaknya keinginan.

Pelanggan akan membandingkan pelayanan kesehatan yang diterima dengan harapan terhadap pelayanan yang diberikan sehingga membentuk kepuasan mutu pelayanan. Perbandingan diantaranya :

- a. Jika harapan itu terlampaui pelayanan tersebut dirasakan sebagai kualitas yang luar biasa dan juga menjadi kejutan yang menyenangkan.
- b. Jika harapan sama dengan pelayanan yang dirasakan maka kualitas memuaskan.
- c. Jika harapan tidak terpenuhi maka kualitas tersebut dianggap tidak dapat diterima atau mengecewakan konsumen (Suprpto, 2001).

1.5.3.2.6 Kinerja

Kinerja dapat diartikan sebagai suatu kemampuan kerja, prestasi yang diperlihatkan atau prestasi yang dicapai (Mulyono, 1996). Menurut Bernadin & Russel (1993) penampilan kerja adalah suatu catatan yang dihasilkan dari suatu pekerjaan tertentu atau kegiatan selama suatu periode (Gomes,1993). Kesimpulan dari pengertian di atas adalah kinerja atau penampilan kerja adalah suatu catatan yang menunjukkan hasil suatu tugas atau misi suatu organisasi.

Kinerja dapat dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu diri individu yang disebut *individual variables* dan faktor yang bersumber dari luar diri individu yang disebut *situasional variables*. Salah satu faktor yang bersumber dari dalam diri individu adalah motivasi (Lowler,1998). Motivasi adalah upaya untuk menimbulkan rangsangan, dorongan atau pembangkit tenaga pada seseorang atau pada sekelompok masyarakat sehingga mau berbuat dan bekerja sama secara optimal melaksanakan sesuatu yang direncanakan.

Robert A. Sutermeister dalam Gomes (1997) menyimpulkan bahwa produktivitas 90 % tergantung pada faktor unjuk kerja atau prestasi kerja atau prestasi manusianya, dan 10 % tergantung pada faktor peralatan. Unjuk kerja manusia sendiri 80 % - 90 % tergantung pada motivasinya untuk bekerja, dan 10 %- 20 % tergantung pada kemampuannya. Kinerja dan prestasi kerja erat hubungannya dengan motivasi. Motivasi karyawan harus diciptakan oleh pemimpin, agar karyawan bekerja sesuai dengan ketentuan.

Faktor yang bersumber di luar diri individu antara lain insentif dan kebijakan organisasi. Insentif yang diterima karyawan baik berupa honorarium maupun dalam bentuk fasilitas yang lain, akan berhubungan langsung dengan kebutuhan-kebutuhan pokok karyawan. Kebutuhan pokok yang relatif cukup terpenuhi akan menyebabkan karyawan lebih dapat berkonsentrasi terhadap pekerjaannya.

Kebijaksanaan organisasi yang dirasakan sebagai suatu kebijaksanaan yang positif dalam pandangan karyawan akan mempengaruhi kinerja karyawan. Kebijakan yang baik dan positif bukan hanya menurut persepsi atasan atau pembuat kebijaksanaan itu sendiri.

1.6 Definisi Konsep dan Operasional

1.6.1 Definisi Konsep

Variabel penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah pelayanan BPJS Kesehatan menurut dimensi *service quality* di puskesmas. Definisi konsep dari variabel ini adalah derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di puskesmas secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah serta masyarakat konsumen BPJS.

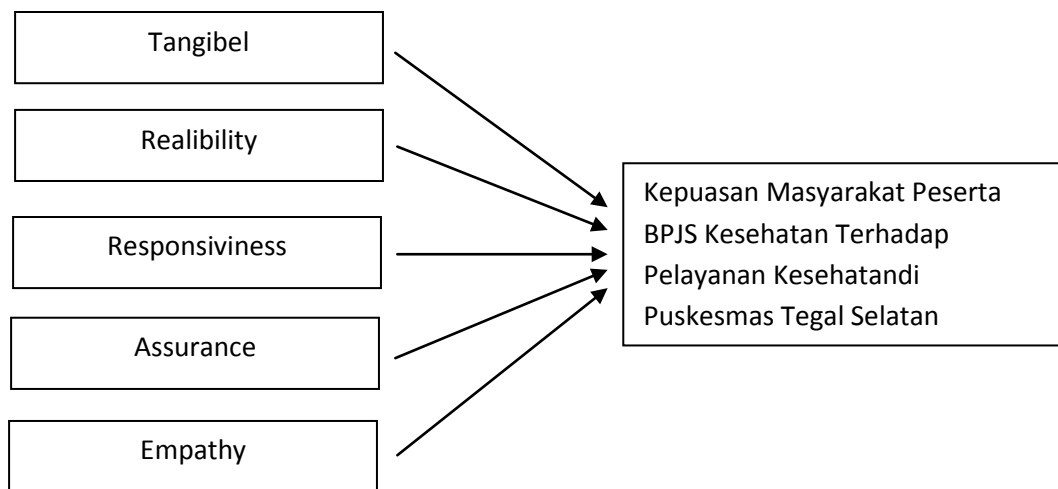
1.6.2 Definisi Operasional

Pelayanan BPJS Kesehatan menurut dimensi *service quality* di puskesmas diukur menggunakan dimensi reliabilitas, daya tanggap, jaminan, empati, dan tangibel. Masing-masing dimensi ini memiliki indikator sebagai berikut:

1. Reliabilitas (*reliability*), dengan indikator:
 - a. Prosedur penerimaan pasien dilayani secara cepat
 - b. Prosedur penerimaan pasien mudah
 - c. Dokter segera melayani pasien yang datang
 - d. Dokter bertindak cepat
 - e. Perawat memperhatikan keluhan pasien/ keluarga pasien
2. Daya tanggap (*responsiveness*), dengan indikator:

- a. Dokter selalu menanyakan keluhan pasien
 - b. Dokter memberikan kesempatan bertanya kepada pasien
 - c. Pasien diikutsertakan dalam pengambilan keputusan tentang perawatan kesehatan atau pengobatannya
 - d. Perawat bersikap ramah dan sopan
 - e. Perawat memperhatikan kebutuhan dan keluhan pasien
3. Tangible (berwujud), dengan indikator :
- a. Penampilan petugas / aparatur dalam melayani pelanggan
 - b. Kenyamanan tempat melakukan pelayanan
 - c. Kemudahan dalam proses pelayanan
 - d. Kedisiplinan petugas / aparatur dalam melakukan pelayanan
 - e. Kemudahan akses pelanggan dalam permohonan pelayanan
 - f. Penggunaan alat bantu dalam pelayanan
4. Empati (*emphaty*), dengan indikator:
- a. Dokter berusaha memenangkan rasa cemas pasien terhadap penyakit yang dideritanya
 - b. Perawat meluangkan waktu khusus untuk berkomunikasi dengan pasien
 - c. Perawat selalu mengingatkan keamanan akan menyimpan barang berharga pasien dan keluarganya
 - d. Waktu untuk berkonsultasi keluarga pasien terpenuhi
 - e. Dokter memberikan dorongan kepada pasien supaya cepat sembuh dan mendoakan mereka
 - f. Perawat memberikan dorongan kepada pasien supaya cepat sembuh dan mendoakan mereka.
5. Assurance (jaminan), dengan indikator :
- a. Petugas memberikan jaminan tepat waktu dalam pelayanan
 - b. Petugas memberikan jaminan biaya dalam pelayanan
 - c. Petugas memberikan jaminan legalitas dalam pelayanan
 - d. Petugas memberikan jaminan kepastian biaya dalam pelayanan

1.6.3 Kerangka Pemikiran Teoritik



Gambar 1.1

Kerangka Pemikiran Teoritik

1.7 Metode Penelitian

1.7.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif, karena ada penelitian berupa angka-angka dan analisis menggunakan statistik (Sugiyono, 214:35). Selain itu, berdasarkan pendekatan waktu maka penelitian ini menggunakan pendekatan *cross-sectional*, yaitu penelitian yang dilaksanakan pada satu waktu pengamatan (Singarimbun dan Effendi, 2012-96).

1.7.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Tegal Selatan, Jl. Merpati Randugunting Kota Tegal. Waktu pelaksanaan direncanakan bulan Januari 2017.

1.7.3 Populasi dan Sampel Penelitian

1.7.3.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan obyek penelitian yaitu semua pasien rawat jalan yang berkunjung di Puskesmas Tegal Selatan Kota Tegal pada bulan Januari tahun 2017.

1.7.3.2 Sampel

Pada penelitian ini menggunakan dua tahapan pengambilan sampel yaitu yang pertama menggunakan pengambilan sampel pendahuluan yang dimaksudkan untuk mengetahui valid dan reliabilitas kuesioner. Pengambilan sampel pendahuluan ini menggunakan responden sebanyak 30. Pengambilan sampel yang kedua yaitu pengambilan sampel minimal. Pengambilan jumlah sampel minimal menggunakan *linier time function*.

$$n = \frac{T - t_0}{t_1} \dots \dots \dots (1)$$

$$n = \frac{(12 \times 4) - 8}{0,25} \dots \dots \dots (2)$$

$$n = 160 \dots \dots \dots (3)$$

Dimana :

N = jumlah sampel

T = jumlah waktu yang digunakan untuk penelitian (12 hari, 1 hari dilakukan penelitian selama 4 jam)

t₀ = waktu yang diperlukan untuk mengurus ijin penelitian (8 jam)

t₁ = jumlah waktu yang digunakan oleh masing masing responden untuk pengisian kuesioner (0,25 jam)

n = 160 responden

Sekaran (2006), mengatakan bahwa besaran sampel yang layak pada penelitian adalah 30 sampai dengan 500, kemudian Asnawi dan Masyhuri (2011) menyarankan bahwa besarnya sampel minimum untuk penelitian deskriptif adalah sebanyak 100.

Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan random sampling yaitu dengan simple random sampling. Di Puskesmas Tegal Selatan rata-rata kunjungan pasien perbulan 300 pasien. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 160 orang.

1.7.4 Cara Pengumpulan Data

a. Data Primer

1) Data Kuantitatif

Data primer diperoleh dari 30 responden secara langsung dengan memberikan angket yang telah dirancang dan sebelumnya telah diuji validitas serta reliabilitasnya.(Notoatmodjo,2002). Untuk mengantisipasi kesalahan pengisian angket dan menyamakan persepsi, maka peneliti melakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Memberi petunjuk pengisian angket
- Memberi penjelasan agar pertanyaan dijawab dengan sejujur-jujurnya karena kerahasiaan jawaban akan dijamin.

2) Data Kualitatif

Data kualitatif diperoleh setelah penelitian kuantitatif selesai, yaitu dengan melakukan wawancara mendalam terhadap 4 orang responden, yang terdiri dari 1 orang kepala puskesmas, 1 orang Ka Sub Bag TU, 2 orang Pengelola Program.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari laporan di instansi-instansi terkait dan kajian kepustakaan.

1.7.4 Uji Validitas dan Reliabilitas Data

1.7.4.1 Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Untuk mengetahui apakah instrumen penelitian yang kita susun tersebut mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antara skor (nilai) tiap-tiap item (pertanyaan) dalam variabel dengan skor totalnya. Teknik korelasi yang dipakai adalah teknik korelasi *Product Moment*. Kriteria yang digunakan untuk validitas adalah apabila $p \leq 0,05$ maka dinyatakan valid.

Rumus korelasi *product moment* adalah sebagai berikut :

$$r = \frac{N(\sum xy) - (\sum x \sum y)}{\sqrt{[N\sum x^2 - (\sum x)^2][N\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

r = r hitung

x = Item pertanyaan-pertanyaan

y = Skor total pertanyaan

xy = Item pertanyaan dikalikan dengan skor total

N = Jumlah responden

Keputusan validitas dinyatakan dengan nilai r hitung maupun r tabel. Bila r hitung lebih besar dari r tabel, maka item pertanyaan tersebut dinyatakan valid.

1.7.4.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten. Penilaian reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan *Internal Consistency* yaitu melakukan uji coba instrumen satu kali saja, kemudian

hasil yang diperoleh dianalisis dengan tehnik tertentu.(Notoatmodjo,2002)Tehnik yang digunakan adalah *konsistensi Alpha Cronbach*.

Rumus *Alpha Cronbach* sebagai berikut :

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum S_1^2}{S_1^2} \right]$$

α = reliabilitas instrumen

K = banyaknya butir pertanyaan/pernyataan

$\sum S_1^2$ = jumlah varian butir

S_1^2 = varian total

Untuk menghitung reliabilitas dengan sekali pengukuran sajamenggunakan bantuan program *SPSS for window versi 17.0*. Keputusan reliabilitas dinyatakan dengan membandingkan nilai *r* tabel dengan nilai α . Bila α lebih besar dari *r* tabel, maka item pertanyaan tersebut dinyatakan reliabel.

1.7.5 Tehnik Pengolahan Data

a. Pengolahan Data Kuantitatif

1) *Editing*

Meliputi memeriksa kelengkapan data (pengisian angket), konsistensi, kesinambungan dan keseragaman data.

2) *Skoring*

Memberikan skor atas jawaban dari setiap pertanyaan sesuai dengan penetapan skor yang telah dibuat.

3) *Coding*

Memberikan kode pada atribut variabel penelitian untuk memudahkan dalam analisa data.

4) *Entry*

Memasukkan data menjadi file kedalam program komputer serta diolah dengan menggunakan program *SPSS for window*.

5) Tabulasi

Pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah disusun dan ditata untuk disajikan dan dianalisis.

b. Pengolahan Data Kualitatif

Pengolahan data kualitatif disesuaikan dengan tujuan penelitian kemudian diverifikasi dan disajikan dalam bentuk deskriptif.

1.7.6 Teknik Analisis Data

a. Analisis Data Kuantitatif

1) Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan penyajian yang hanya mempersoalkan satu variabel yang dalam penyajiannya berbentuk tabel distribusi frekuensi.

2) Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Metode statistik yang akan digunakan adalah analisis non parametrik yang mengasumsikan bebas distribusi normal. Berdasarkan jenis skala data penelitian ordinal maka digunakan uji statistik *Chi Square*.

b. Analisis Data Kualitatif

Analisis data kualitatif yang digunakan disini adalah analisis kualitatif yang bersifat terbuka (*open ended*) dan mengikuti pola berpikir induktif yaitu pengujian yang bertitik tolak dari data yang telah terkumpul kemudian dilakukan kesimpulan. Data kualitatif diolah sesuai dengan karakteristik penelitian dengan metode pengolahan analisis deskripsi ini (*content analysis*). Tahapan *content analysis* adalah pengumpulan data, reduksi data, verifikasi dan penarikan kesimpulan.