

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. BPJS Kesehatan

1. Pengertian BPJS Kesehatan

Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011 menyatakan, bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Dana jaminan sosial BPJS Kesehatan didapat dari dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

2. Kepesertaan BPJS Kesehatan

Peraturan Presiden no 82 tahun 2018 menyatakan bahwa kepesertaan jaminan Kesehatan terbagi menjadi 2, yaitu :

- a. PBI Jaminan Kesehatan. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.

b. Bukan PBI Jaminan Kesehatan.

1) Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud terdiri atas :

- a) PPU dan anggota keluarganya
- b) PBPU dan anggota keluarganya
- c) BP dan anggota keluarganya.

2) Pekerja Penerima Upah yang selanjutnya disingkat PPU adalah setiap orang yang bekerja pada Pemberi Kerja dengan menerima Gaji atau Upah. Pekerja Bukan Penerima Upah yang selanjutnya disingkat PBPU adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri. Bukan Pekerja yang selanjutnya disingkat BP adalah setiap orang yang bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PBI Jaminan Kesehatan, dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah. PPU sendiri terdiri atas:

- a) Pejabat Negara
- b) Pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
- c) PNS
- d) Prajurit
- e) Anggota Polri
- f) Kepala desa dan perangkat desa
- g) Pegawai swasta

- h) Pekerja/pegawai yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf g yang menerima gaji atau upah.
- 3) PBPU terdiri atas:
- a) Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri
 - b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima gaji atau upah.
- 4) BP terdiri atas :
- a) Investor
 - b) Pemberi kerja
 - c) Penerima pensiun
 - d) Veteran
 - e) Perintis kemerdekaan
 - f) Janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan
 - g) BP yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang mampu membayar iuran.
- 5) Penerima pensiun terdiri atas :
- a) Pejabat negara yang berhenti dengan hak pensiun
 - b) PNS yang berhenti dengan hak pensiun
 - c) Prajurit dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun

- d) Janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c yang mendapat hak pensiun
- e) Penerima pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan
- f) Janda, duda, atau anak yatim dan/ atau piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf e yang mendapat hak pensiun.

Anggota keluarga dari peserta PPU meliputi istri/ suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, paling banyak 4 (empat) orang.

Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah sebagaimana dimaksud, dengan kriteria :

- a. Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri
- b. Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun bagi yang masih menempuh pendidikan formal.

Selain anggota keluarga sebagaimana dimaksud untuk peserta PPU dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain. Anggota keluarga yang lain sebagaimana dimaksud meliputi anak ke-4 (empat) dan seterusnya, ayah, ibu, dan mertua.

3. Pendaftaran Peserta

Menurut Peraturan Presiden no 82 tahun 2018, setiap penduduk Indonesia wajib ikut serta dalam program Jaminan Kesehatan. Ikut serta dalam program Jaminan Kesehatan dilaksanakan dengan cara mendaftar atau didaftarkan pada BPJS Kesehatan. Pada saat mendaftar atau didaftarkan pada BPJS Kesehatan, calon peserta berhak menentukan FKTP yang diinginkannya.

Peserta dapat mengganti FKTP tempat peserta terdaftar setelah jangka waktu 3 (tiga) bulan. Penggantian FKTP oleh peserta dapat dilakukan dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan dengan kondisi sebagai berikut :

- a. Peserta pindah domisili dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan setelah terdaftar di FKTP awal, yang dibuktikan dengan surat keterangan domisili
- b. Peserta dalam penugasan dinas atau pelatihan dalam jangka waktu kurang dari 3 (tiga) bulan, yang dibuktikan dengan surat keterangan penugasan atau pelatihan.

Penggantian FKTP mulai berlaku sejak tanggal 1 pada bulan berikutnya. Dalam hal kondisi peserta yang terdaftar di FKTP belum merata, BPJS Kesehatan dapat melakukan pemindahan peserta ke FKTP lain. Pemindahan peserta ke FKTP lain harus mempertimbangkan jumlah peserta yang terdaftar, ketersediaan dokter, tenaga kesehatan selain dokter, dan sarana prasarana di FKTP.

Dalam hal peserta yang dipindahkan keberatan maka peserta dapat meminta untuk dipindahkan ke FKTP yang diinginkan. Pindahan peserta dilakukan setelah berkoordinasi dengan:

- a. Dinas kesehatan kabupaten/kota untuk pemindahan antar FKTP milik pemerintah;
- b. Asosiasi fasilitas kesehatan untuk pemindahan antar FKTP bukan milik pemerintah
- c. Dinas kesehatan kabupaten/kota dan asosiasi fasilitas kesehatan untuk pemindahan antara FKTP milik pemerintah dengan FKTP bukan milik pemerintah.

Dalam hal terjadi perpindahan peserta yang berasal dari prajurit atau anggota Polri, BPJS Kesehatan harus berkoordinasi dengan Tentara Nasional Indonesia dan Kepolisian Negara Republik Indonesia. Ketentuan lebih lanjut mengenai pemindahan Peserta diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan menteri.

B. Kepuasan Pelanggan/Pasien

1. Pengertian Kepuasan Pelanggan

Pasien adalah makhluk bio-psiko-sosio-ekonomi-budaya. Artinya, dia memerlukan terpenuhinya kebutuhan, keinginan, dan harapan dari aspek biologis (kesehatan), aspek psikologis (kepuasan), aspek sosio-ekonomi (papan, sandang, pangan dan afiliasi sosial), serta aspek budaya. Siapapun yang mengetahui secara khusus kebutuhan,

keinginan, atau harapan pelanggan atau pasien, maka dialah yang mempunyai keuntungan berhubungan dengan pelanggan. (Supriyanto dan Ernawaty, 2010)

Kepuasan pelanggan terjadi apabila apa yang menjadi kebutuhan, keinginan, atau harapan pelanggan dapat anda penuhi. Kepuasan pelanggan adalah perasaan senang atau puas bahwa produk atau jasa yang diterima telah sesuai atau melebihi harapan pelanggan. (Supriyanto dan Ernawaty, 2010)

Kepuasan pelanggan, atau dalam dunia kesehatan dikenal dengan kepuasan pasien adalah pengukuran atau indikator sejauh mana pelanggan atau pasien pengguna jasa sangat senang dengan produk-produk atau jasa yang diterima. Kepuasan pelanggan juga adalah perbandingan antara harapan terhadap persepsi pengalaman (dirasakan/diterima) (Didin dan Anang, 2019).

Teori lain mengatakan, kepuasan pelanggan merupakan suatu proses kebutuhan konsumen. Kepuasan pelanggan digunakan untuk menilai suatu produk hingga pelayanan, berhubungan dengan apa yang diharapkan realisasinya. (Richard L. Oliver dalam Mikael, 2017).

Mengapa kepuasan pasien? Jawabannya adalah karena kepuasan pasien merupakan salah satu indikator kualitas pelayanan yang kita berikan dan kepuasan pasien adalah suatu modal untuk mendapatkan pasien lebih banyak dan untuk mendapatkan pasien yang loyal (setia). Pasien loyal akan menggunakan kembali pelayanan kesehatan yang

sama bila mereka membutuhkan kembali. Pasien loyal akan mengajak orang lain untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang sama (Supriyanto dan Ernawaty, 2010).

Pasien loyal adalah “sarana promosi” yang murah. Memiliki pasien loyal akan meningkatkan daya jual institusi pelayanan kesehatan demikian serta kemampuannya untuk ber laba (profitabilitas meningkat). Subsidi silang untuk meningkatkan kualitas pelayanan maupun imbalan yang diberikan kepada seluruh SDM di institusi pelayanan kesehatan akan dapat lebih meningkat pula. Kesejahteraan akan meningkat, gairah kerja tenaga kesehatan juga semakin meningkat termasuk kemauan untuk meningkatkan kepuasan pelanggannya dan kinerja akan semakin meningkat dimana pelayanan kepada pasien menjadi semakin baik. Akibatnya, pasien menjadi semakin puas dan bila membutuhkan pelayanan kesehatan lagi, dia akan menggunakan kembali pelayanan yang sama (Supriyanto dan Ernawaty, 2010).

Kesimpulannya adalah keuntungan yang didapat akan berlipat ganda bila kita memahami dan mau mendengarkan harapan pelanggan. Sangat penting bagi kita untuk memahami siapakah pelanggan itu. Pelanggan menurut Supriyanto dan Ernawati (2010) adalah :

- a. Orang terpenting
- b. Orang yang tidak tergantung pada kita, tetapi kitalah yang tergantung kepadanya

- c. Orang yang membawa kita pada keinginannya
- d. Orang yang menentukan produk/jasa kita
- e. Bukan orang yang harus diajak berargumentasi
- f. Urat nadi kehidupan rumah sakit ataupun puskesmas
- g. Orang yang harus dipenuhi kebutuhan maupun harapannya

2. Hubungan Kepuasan, Keluhan dan Loyalitas

Ada beberapa dampak kepuasan dan keluhan terhadap loyalitas menurut Ernawaty dan Supriyanto (2010), yaitu :

- a. ***Complaint*** ialah menyatakan keluhan atau ketidakpuasan kepada pemberi pelayanan atau advokasi (*word of mouth*) sebagai Tindakan negative
- b. ***Voice response*** ialah usaha menyampaikan keluhan secara langsung dan atau menerima ganti rugi dari rumah sakit yang bersangkutan
- c. ***Private response*** ialah tindakan yang dilakukan dalam bentuk memperingatkan atau memberitahu teman, keluarga mengenai pengalaman dengan jasa rumah sakit yang bersangkutan
- d. ***Third-party response*** ialah tindakan yang dilakukan meliputi usaha meminta ganti rugi secara hukum, mengadu lewat media masa, atau secara langsung mendatangi Lembaga konsumen, instansi hukum dan sebagainya.

3. Tingkat Kepuasan Konsumen

Menurut Didin Fatihudin dan Anang Firmansyah dalam bukunya yang berjudul *Pemasaran Jasa : Strategi, Mengukur Kepuasan dan Loyalitas Pelanggan* (2019) menyebutkan, tingkatan kepuasan pasien ada 3 macam, yaitu :

a. *Expected*

Expected adalah tingkatan kedua dalam hierarki kepuasan *customer*. *Expected* bermakna hal-hal yang kita harapkan ada tetapi jika tidak ada tidak mengurangi kepuasan kita.

b. *Desire*

Desire adalah tingkatan selanjutnya dalam hierarki kepuasan *customer*. *Desire* adalah hal-hal yang hanya ada dalam angan-angan kita ketika kita mendapatkan *service*.

c. *Unexpected*

Unexpected adalah tingkatan tertinggi dalam hierarki kepuasan *customer*. *Unexpected* adalah hal-hal yang bahkan tidak kita bayangkan akan terjadi tapi terjadi.

4. Mengukur Kepuasan Pelanggan

Menurut Didin Fatihudin dan Anang Firmansyah (2019), pengukuran kepuasan pelanggan dapat dilakukan dengan melakukan pengukuran terhadap variabel yang mempengaruhi kepuasan

pelanggan. Terdapat 5 (lima) variabel yang mempengaruhi kepuasan pelanggan yaitu (Didin Fatihudin dan Anang Firmansyah, 2019) :

a. Reliability

Dilakukan pengukuran diantaranya : akurasi informasi, penanganan konsumen, kemudahan pemesanan, penyediaan pelayanan sesuai perjanjian, penanganan masalah konsumen, dan penyediaan pelayanan tepat waktu.

b. Responsiveness

Dilakukan pengukuran : kesigapan karyawan dalam melayani konsumen, kerja tim yang baik, kecepatan karyawan dalam menangani transaksi, penanganan keluhan pelanggan, siap sedia menanggapi pertanyaan konsumen, penyampaian informasi pada saat pelayanan, pemberian layanan ekstra, dan kemauan untuk membantu pelanggan (konsumen).

c. Assurance

Dilakukan pengukuran : meliputi pengetahuan karyawan terhadap produk secara tepat, pelayanan yang adil pada pelanggan, kualitas keramahan, perhatian dan kesopanan dalam memberikan pelayanan, keterampilan dalam memberikan informasi, kemampuan dalam memberikan keamanan di dalam memanfaatkan jasa yang ditawarkan dan menanamkan kepercayaan pelanggan terhadap perusahaan.

d. Empathy

Dilakukan pengukuran : kemudahan untuk menghubungi perusahaan, kemampuan karyawan untuk berkomunikasi dengan pelanggan, dan usaha perusahaan untuk memahami keinginan dan kebutuhan pelanggan.

e. Tangible

Dilakukan pengukuran diantaranya : penampilan fisik seperti gedung, kerapian, kebersihan, kenyamanan ruangan, kelengkapan fasilitas dan penampilan karyawan.

5. Memulihkan Pelanggan yang Kecewa

Pelaku pelayanan perlu memahami apa yang diinginkan oleh pelanggan yang kecewa. Pelanggan yang kecewa ingin diperlakukan dengan serius, dihormati, didengar, dijernihkan masalahnya, diberi jaminan bahwa masalah tidak akan terulang kembali, serta diberi ganti rugi dan secepatnya ditindaklanjuti. Pelanggan yang kecewa juga berharap agar orang yang bersalah mendapatkan hukuman atau teguran meskipun sebenarnya dalam prinsip manajemen mutu, bukan orang yang dipersalahkan, sistemlah yang harus dirancang sehingga meminimalkan terjadi kesalahan. (Tjahjono, 2011)

Kata-kata yang lembut, sikap yang tulus untuk memerhatikan dan membantu, tidak menyalahkan, merasa dan mengakui kekecewaan

yang dirasakan oleh pelanggan, klarifikasi dan upaya untuk mencari jalan keluar, serta memperlakukan pelanggan sebagai mitra akan membantu menangani pelanggan yang kecewa. Ganti rugi yang berupa kejutan yang menyenangkan akan menjadi obat yang mujarab. (Tjahjono, 2011).

C. Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Menurut pendapat Levey dan Loomba dalam Azwar (1996), pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Sesuai dengan pendapat tersebut, dapat mudah dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang dapat ditemukan banyak macamnya. Kesemuanya ini amat ditentukan oleh (Azwar, 1996):

1. Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.
2. Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi daripadanya.

3. Sasaran pelayanan kesehatan, apakah untuk perseorangan, keluarga, kelompok ataupun untuk masyarakat secara keseluruhan.

2. Macam Pelayanan Kesehatan

Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan banyak macamnya, namun jika disederhanakan secara umum dapat dibedakan atas dua. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan tersebut, jika dijabarkan dari pendapat Hodgetts dan Cascio dalam Azwar (1996) adalah :

a. Pelayanan Kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan Kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*), tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan Kesehatan Masyarakat (*public health services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya terutama kelompok dan masyarakat.

3. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Azwar (1996) dalam bukunya menyebutkan, sekalipun pelayanan Kedokteran berbeda dengan pelayanan Kesehatan Masyarakat, namun untuk dapat disebut sebagai suatu pelayanan kesehatan yang baik, keduanya harus memiliki berbagai persyaratan pokok. Syarat pokok yang dimaksud adalah :

a. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.

b. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok kedua 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 pelayanan kesehatan yang baik.

c. Mudah dicapai

Syarat pokok ketiga pelayanan Kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian

ketercapaian yang dimaksudkan disini terutama dari sudut lokasi. Demikian, untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang selalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

d. Mudah dijangkau

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

e. Bermutu

Syarat pokok kelima pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksudkan di sini adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang di satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan di pihak

lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

4. Masalah Pelayanan Kesehatan

Akibat dari perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, kelima persyaratan pokok ini sering tidak terpenuhi. Telah berkembangnya ilmu dan teknologi, menyebabkan terjadinya beberapa perubahan dalam pelayanan kesehatan. (Azwar, 1996)

Azwar (1996) menyebutkan, perubahan yang seperti ini di satu pihak memang mendatangkan banyak keuntungan seperti misalnya meningkatnya mutu pelayanan mutu pelayanan yang dapat dilihat dari makin menurunnya angka kesakitan, cacat dan kematian serta meningkatnya umur harapan hidup rata-rata. Dipihak lain, perubahan yang seperti ini ternyata juga mendatangkan banyak masalah sebagai berikut (Azwar, 1996) :

a. Terkotak-kotaknya pelayanan kesehatan

Timbulnya pengkotakan dalam pelayanan kesehatan (*fragmented health services*), erat hubungannya dengan munculnya spesialisasi dan sub spesialisasi dalam pelayanan kesehatan. Dampak negatif yang ditimbulkan ialah menyulitkan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan, yang apabila berkelanjutan pada gilirannya akan menyebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

b. Berubahnya sifat pelayanan Kesehatan

Perubahan ini muncul sebagai akibat telah terkotak-kotaknya pelayanan kesehatan, yang pengaruhnya terutama ditemukan pada hubungan dokter pasien. Akibat munculnya spesialisasi dan sub spesialisasi, menyebabkan perhatian penyelenggara pelayanan kesehatan tidak dapat lagi diberikan secara menyeluruh. Perhatian tersebut hanya tertuju kepada keluhan dan ataupun organ tubuh yang sakit saja.

Perubahan sifat pelayanan kesehatan makin bertambah nyata, jika diketahui bahwa pada saat ini telah banyak dipergunakan pula berbagai peralatan kedokteran canggih. Ketergantungan yang kemudian muncul terhadap berbagai peralatan kedokteran canggih tersebut, dapat menimbulkan berbagai dampak negatif yang merugikan, yakni (Azwar, 1996):

- 1) Merenggangnya hubungan antara dokter dengan pasien.

Antara dokter dengan pasien telah terdapat suatu tabir pemisah yakni berbagai peralatan kedokteran yang dipergunakan tersebut.

- 2) Mahalnya biaya kesehatan

Keadaan yang seperti ini tentu mudah diperkirakan akan menyulitkan masyarakat dalam menjangkau pelayanan kesehatan.

5. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan

Strata pelayanan kesehatan yang dianut oleh tiap negara tidaklah sama. Azwar (1996) menyebutkan, secara umum berbagai strata ini dapat dikelompokkan menjadi tiga macam yakni :

a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health services*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (*basic health services*), yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan (*ambulatory/out patient services*).

b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua

Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*second health services*) adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap (*in patient services*) dan untuk menyelenggarakannya telah dibutuhkan tersedianya tenaga-tenaga spesialis.

c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tersier health services*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga subspesialis.

6. Mutu Pelayanan

a. Pengertian Mutu Pelayanan

Mutu adalah keistimewaan dan karakteristik suatu produk atau pelayanan yang menunjang kemampuan memuaskan dan dijanjikan atau sesuai kebutuhan (Grosby dalam Erwina, 2018). Menentukan mutu pelayanan yang dapat memuaskan pelanggan adalah dengan ukuran *Service Quality* (Zeithaml dkk dalam Erwina, 2018) pengukuran *servqual* dengan memperhatikan lima dimensi mutu antara lain sebagai berikut :

- 1) *Reliability* : Kehendak, kemampuan memberikan pelayanan dengan segera dan memuaskan
- 2) *Responsiveness* : Daya tanggap, keinginan petugas memberikan pelayanan dengan tanggap/sigap
- 3) *Assurance* : Jaminan, mencakup kemampuan kesopanan dan sifat yang dapat dipercaya.
- 4) *Empathy* : Kemudahan di dalam melakukan komunikasi dan hubungan antar personal yang baik, perhatian dan memahami kebutuhan pelanggan
- 5) *Tangible* : Bukti langsung meliputi penyediaan fasilitas yang digunakan, penampilan petugas

Bustami (2011) menyebutkan bahwa lima dimensi utama pelayanan kesehatan terdiri dari reliabilitas, daya tanggap, jaminan, empati dan bukti fisik atau bukti langsung.

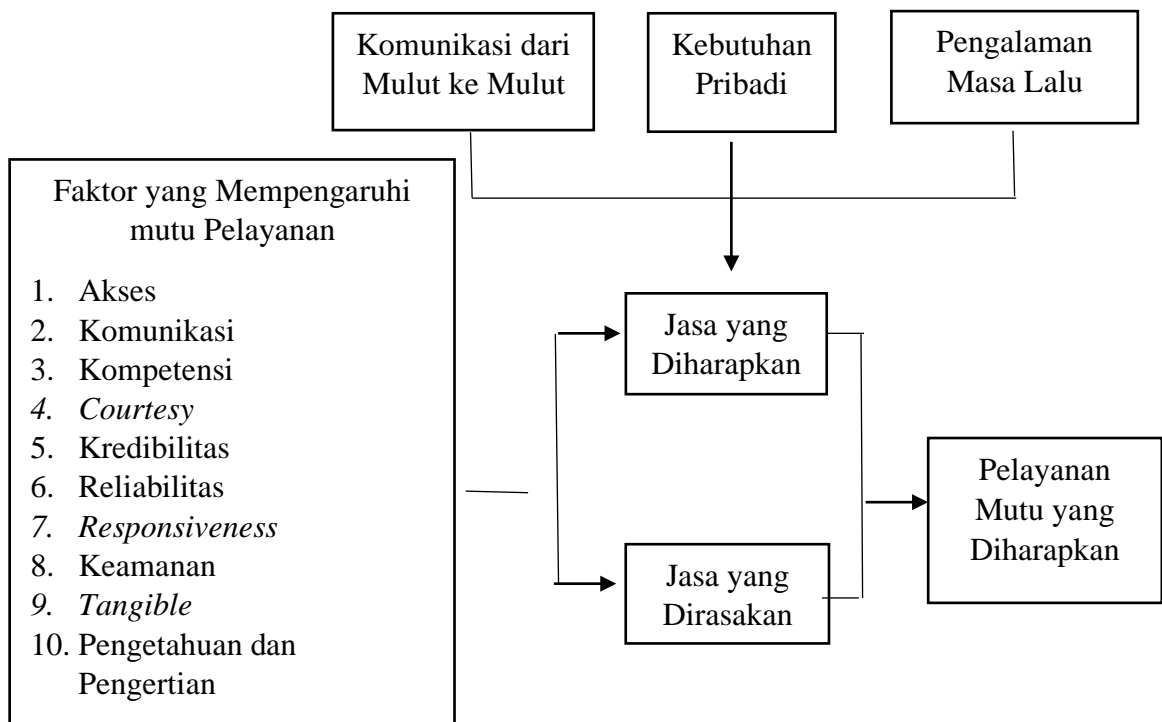
- 1) Reliabilitas (*Reliability*), adalah kemampuan memberikan pelayanan dengan segera, tepat (akurat) dan memuaskan. Dimensi reliabilitas merefleksikan konsistensi dan kehandalan (hal yang dapat dipercaya dan dipertanggungjawabkan) dari penyedia layanan. Reliabilitas berarti sejauh mana jasa mampu memberikan apa yang telah dijanjikan kepada pelanggannya dengan memuaskan. Hal ini berkaitan erat dengan apakah perusahaan/instansi memberikan tingkat pelayanan yang sama dari waktu ke waktu, apakah perusahaan/instansi memenuhi janjinya, membuat catatan yang akurat dan melayani secara benar.
- 2) Daya Tanggap (*Responsiveness*), yaitu keinginan para karyawan/staf membantu semua pelanggan serta berkeinginan dan melaksanakan pemberian pelayanan dengan tanggap. Dimensi ini menekankan pada sikap dari penyedia jasa yang penuh perhatian, cepat dan tepat dalam menghadapi permintaan, pertanyaan, keluhan dan masalah dari pelanggan. Dimensi ketanggapan ini

merefleksikan komitmen perusahaan atau instansi untuk memberikan pelayanan yang tepat pada waktunya dan persiapan perusahaan/instansi sebelum memberikan pelayanan.

- 3) Jaminan (*assurance*), artinya karyawan/staf memiliki kompetensi, kesopanan dan dapat dipercaya, bebas dari bahaya, ini merefleksikan kompetensi perusahaan, dan keamanan operasinya. Kompetensi ini berkaitan dengan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan jasa.
- 4) Empati (*Empathy*), dalam hal ini karyawan/staf mampu menempatkan dirinya pada pelanggan, dapat berupa kemudahan dalam menjalin hubungan dan komunikasi termasuk perhatiannya terhadap para pelanggannya, serta dapat memahami kebutuhan dari pelanggan. Dimensi ini menunjukkan derajat perhatian yang diberikan kepada setiap pelanggan dan merefleksikan kemampuan pekerja (karyawan) untuk menyelami perasaan pelanggan.
- 5) Bukti fisik atau bukti langsung (*tangible*), dapat berupa ketersediaan sarana dan prasarana termasuk alat yang siap pakai serta penampilan karyawan/staf yang menyenangkan.

Bustami (2011) juga memuat tentang penelitian yang dilakukan oleh Parasuman dkk (1988), mereka menggabungkan beberapa dimensi menjadi satu yaitu kompetensi, kesopanan, keamanan dan kredibilitas yang disatukan menjadi jaminan (*assurance*). Dimensi komunikasi, akses dan kemampuan memahami pelanggan digolongkan sebagai empati (*empathy*).

Faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan menurut Parasuman dkk dalam Erwina (2018), antara lain pengalaman pribadi, kebutuhan pribadi dan faktor dari unit pemberi pelayanan kesehatan seperti akses komunikasi dan lain-lain dapat dilihat pada gambar 2.1.



Gambar 2.1 : Faktor yang Mempengaruhi Harapan Mutu Pelayanan

(Parasuman dalam Erwina)

Masalah mutu layanan kesehatan menimbulkan kesenjangan antara harapan dan kenyataan dari dimensi-dimensi mutu layanan kesehatan, termasuk kepuasan pasien dan petugas serta kepatuhan petugas terhadap standar layanan kesehatan. Masalah tersebut dapat diidentifikasi dengan mengamati langsung petugas yang sedang memberikan layanan kesehatan, wawancara pasien/petugas dan mendengar keluhan pasien dan keluarga serta petugas. (Erwina, 2018)

Kualitas layanan kesehatan umumnya didefinisikan sebagai sejauh mana pelayanan kesehatan meningkatkan derajat kesehatan yang diinginkan dan konsisten dengan pengetahuan professional, menurut *Institute of Medicine* Washington DC (Erwina, 2018). Sangat sulit untuk mengukur seberapa pelayanan kesehatan mempengaruhi hasil kesehatan. Pendekatan yang biasa untuk menilai kualitas adalah untuk fokus pada faktor-faktor yang merupakan prasyarat untuk pelayanan kesehatan yang berkualitas, seperti ketersediaan staf yang berkualitas, infrastruktur, peralatan, obat-obatan dan persediaan. Faktor-faktor ini disebut sebagai input pengiriman pelayanan kesehatan. Laporan ini mengambil satu langkah luar biasa fokus pada input, dengan juga menilai kualitas kinerja tenaga kesehatan. (Erwina, 2018)

Mutu pelayanan kesehatan menurut Forystad M, Maestad O, Villamil dalam Erwina (2018), dipengaruhi oleh :

1) Ketersediaan Input

Ketersediaan input merupakan kunci tertentu di tingkat fasilitas kesehatan. Fokus adalah tingkat staf, infrastruktur fisik dan ketersediaan peralatan, obat-obatan dan medis persediaan.

2) Staf Berkualitas

Ketersediaan staf yang berkualitas dan termotivasi adalah factor kunci untuk kualitas pelayanan kesehatan

3) Infrastruktur

Ketersediaan infrastruktur tertentu seperti air bersih, akses kelembagaan untuk layanan telepon

4) Peralatan

Ketersediaan peralatan kunci untuk diagnosis umumnya seperti stetoskop, timbangan berat badan anak, penting untuk pertumbuhan dan pengembangan

5) Obat dan Perlengkapan

Berbagai tingkat perawatan yang seharusnya berbeda dilengkapi dengan obat-obatan dan perlengkapan medis.

b. Mutu Pelayanan Puskesmas

Pelayanan primer berfungsi sebagai landasan untuk membangun sistem kesehatan yang kuat menjamin hasil kesehatan positif dan kesetaraan kesehatan. Pada abad terakhir ini, transisi dalam pelayanan kesehatan dari fokus pada penyakit berorientasi etiologi menjadi memeriksa pengaruh berinteraksi factor pada budaya, ras/etnis, kebijakan dan lingkungan hidup. Transisi seperti menyerukan pelayanan puskesmas fokus pada orang/ keluarga yang berorientasi secara terus menerus dan terkoordinasi untuk memenuhi kebutuhan kesehatan penduduk (WHO, 2008). Pelayanan di Puskesmas akan lebih baik dan bermutu apabila memperhatikan sosial budaya. Mutu pelayanan puskesmas masih menjadi penyebab peserta minta dirujuk ke rumah sakit. Puskesmas dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan harus memperhatikan sosial budaya, kepuasan masyarakat akan didapat apabila diperhatikan dengan penuh perhatian. (J. E. Lawn et.al, dalam Erwina (2018))

7. Puskesmas

Azwar (1996) menyebutkan, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting di Indonesia. Adapun yang dimaksudkan dengan Puskesmas ialah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi

sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu.

Puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama di Indonesia, pengelolaan program kerja Puskesmas berpedoman pada empat asas pokok yakni (Azwar, 1996) :

a) Asas pertanggung-jawaban wilayah

Puskesmas dalam menyelenggarakan program kerjanya harus melaksanakan asas pertanggung-jawaban wilayah. Artinya, Puskesmas harus bertanggung jawab atas semua masalah kesehatan yang terjadi di wilayah kerjanya. Adanya asas yang seperti ini, maka program kerja Puskesmas tidak dilaksanakan secara pasif saja, dalam arti hanya sekedar menanti kunjungan masyarakat ke Puskesmas, melainkan harus secara aktif yakni memberikan pelayanan kesehatan sedekat mungkin dengan masyarakat.

Puskemas harus bertanggung jawab atas semua masalah kesehatan yang terjadi di wilayah kerjanya, maka banyak dilakukan berbagai program pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan masyarakat.

b) Asas peran serta masyarakat

Puskesmas dalam menyelenggarakan program kerjanya, Puskesmas harus melaksanakan asas peran serta masyarakat. Artinya, berupaya melibatkan masyarakat dalam menyelenggarakan program kerja tersebut.

Bentuk peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan banyak macamnya. Di Indonesia dikenal dengan nama Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu).

c. Asas keterpaduan

Puskesmas dalam menyelenggarakan program kerjanya, Puskesmas harus melaksanakan asas keterpaduan. Artinya, berupaya memadukan kegiatan tersebut bukan saja dengan program kesehatan lain (lintas program), tetapi juga dengan program dari sektor lain (lintas sektoral).

Dilaksanakannya asas keterpaduan ini, berbagai manfaat akan dapat diperoleh. Bagi Puskesmas dapat menghemat sumber daya, sedangkan bagi masyarakat, lebih mudah memperoleh pelayanan kesehatan.

d. Asas rujukan

Puskesmas dalam menyelenggarakan program kerjanya, Puskesmas harus melaksanakan asas rujukan. Artinya, jika tidak mampu menangani suatu masalah kesehatan, harus merujuknya ke sarana kesehatan yang lebih mampu. Pelayanan

kedokteran jalur rujukannya adalah rumah sakit, sedangkan untuk pelayanan kesehatan masyarakat jalur rujukannya adalah perlabagi “kantor” kesehatan.

8. Upaya Kesehatan Perseorangan di Puskesmas pada saat Pandemi COVID-19

Dalam menyelenggarakan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) pada masa pandemi COVID-19, Puskesmas mengimplementasikan Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.01/MENKES/303/2020 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Melalui Pemanfaatan Teknologi Informasi dan Komunikasi dalam rangka Pencegahan Penyebaran Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Puskesmas menyampaikan informasi terkait pembatasan atau penundaan pelayanan UKP untuk mengurangi risiko penularan COVID-19. Informasi tersebut dapat disampaikan secara tertulis menggunakan media cetak atau media komunikasi lainnya. Puskesmas juga dapat memanfaatkan teknologi informasi seperti pendaftaran daring sebagai bentuk pembatasan pelayanan.

a. Pelayanan di Dalam Gedung

Pelayanan medik dilaksanakan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan yang berlaku. Jika diperlukan, pelayanan medik dapat dimodifikasi untuk mencegah penularan COVID-19, antara lain dengan menerapkan triase/skrining terhadap

setiap pengunjung yang datang, mengubah alur pelayanan, menyediakan ruang pemeriksaan khusus ISPA, mengubah posisi tempat duduk pasien pada saat pelayanan (jarak dengan petugas diperlebar), menggunakan kotak khusus bagi pasien yang mendapatkan tindakan yang berpotensi menimbulkan aerosol yang dilakukan disinfeksi sesuai pedoman setelah pemakaian, atau menggunakan sekat pembatas transparan antara petugas kesehatan dan pasien.

1) Pelayanan rawat jalan

- a) Jadwal pelayanan dimodifikasi berdasarkan sasaran program.
- b) Tata laksana kasus mengacu pada standar operasional pelayanan (SOP) pelayanan dengan menerapkan prinsip triase, PPI dan *physical distancing*.
- c) Pembatasan pelayanan gigi dan mulut, dimana pelayanan yang dapat diberikan meliputi pelayanan pada keadaan darurat seperti nyeri yang tidak tertahan, gusi yang bengkak dan berpotensi mengganggu jalan nafas, perdarahan yang tidak terkontrol dan trauma pada gigi dan tulang wajah yang berpotensi mengganggu jalan nafas. Pelayanan gigi dan mulut darurat yang menggunakan scaler ultrasonik dan *high speed air driven* dilakukan dengan APD lengkap sesuai dengan pedoman karena memicu terjadinya aerosol.

- d) Surat keterangan sehat dapat dikeluarkan berdasarkan hasil pemeriksaan kondisi pasien secara umum pada saat pemeriksaan dilakukan. Surat keterangan bebas COVID-19 tidak dapat dikeluarkan mengingat adanya orang yang terinfeksi COVID-19 tapi tidak bergejala serta konfirmasi COVID-19 melalui RT-PCR tidak dapat dilakukan di Puskesmas.
 - e) Pada kasus pasien dengan penyakit kardiovaskuler seperti gagal jantung, hipertensi, atau penyakit jantung iskemik, pemberian terapi antagonis RAAS dapat dilanjutkan untuk pasien yang terindikasi menerima pengobatan tersebut sesuai rekomendasi dari Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia (PERKI). Pada kasus pasien dengan penyakit kardiovaskular yang terinfeksi COVID-19, keputusan terkait obat-obatan perlu dikaji secara individual, dengan mempertimbangkan status hemodinamik dan presentasi klinis pasien.
- 2) Pelayanan dengan tempat tidur atau rawat inap dan persalinan
- a) Pelayanan rawat inap diprioritaskan pada kasus-kasus non COVID-19. Pemberian pelayanan rawat inap kasus non COVID-19 harus memperhatikan prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan *physical distancing*.

b) Pelayanan rawat inap pada kasus terkait COVID-19 dilakukan berdasarkan ketentuan yang berlaku sesuai dengan standar pelayanan kasus COVID-19, dengan mempertimbangkan ketersediaan sumber daya (SDM, sarana, prasarana, alat kesehatan, BMHP, APD dan pembiayaan) dan persetujuan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota setempat.

c) Persalinan normal tetap dapat dilakukan di Puskesmas bagi ibu hamil dengan status BUKAN ODP, PDP atau terkonfirmasi COVID-19 sesuai kondisi kebidanan menggunakan APD sesuai pedoman. Ibu hamil berisiko atau berstatus ODP, PDP atau terkonfirmasi COVID-19 dilakukan rujukan secara terencana untuk bersalin di Fasyankes rujukan.

3) Pelayanan gawat darurat

Pelayanan gawat darurat tetap dilaksanakan sesuai standar pelayanan yang berlaku dengan memperketat proses triase dan memperhatikan prinsip PPI. Apabila tidak dapat ditentukan bahwa pasien memiliki potensi COVID-19 maka pasien diperlakukan sebagai kasus COVID-19.

b. Pelayanan di Luar Gedung

1) Pelayanan dapat dilakukan dengan cara kunjungan langsung atau melalui sistem informasi dan telekomunikasi dengan tetap

memperhatikan prinsip PPI, penggunaan APD sesuai pedoman serta *physical distancing*.

- 2) Bila pemantauan kasus dilakukan dengan cara kunjungan langsung, maka petugas Puskesmas dapat melakukan pemantauan progres hasil PIS-PK ataupun pengumpulan data bila belum dilakukan sebelumnya.
- 3) Pelaksana pelayanan di luar gedung adalah petugas Kesehatan Puskesmas, yang dapat juga melibatkan lintas sektor seperti RT/RW, kader dasawisma, atau jejaring Puskesmas atau bersama satgas kecamatan/desa/kelurahan/RT/ RW yang sudah dibentuk dengan tupoksi yang jelas.

c. Pelayanan Farmasi

- 1) Pelayanan kefarmasian tetap dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan kefarmasian dengan memperhatikan kewaspadaan standar serta menerapkan *physical distancing* (mengatur jarak aman antar pasien di ruang tunggu, mengurangi jumlah dan waktu antrian). Apabila diperlukan, pemberian obat terhadap pasien dengan gejala ISPA dapat dilakukan terpisah dari pasien non ISPA untuk mencegah terjadinya transmisi. Kegiatan pelayanan diupayakan memanfaatkan sistem informasi dan telekomunikasi.
- 2) Pengantaran obat dapat bekerjasama dengan pihak ketiga melalui jasa pengantaran, dengan ketentuan bahwa jasa

pengantaran wajib menjamin keamanan dan mutu, menjaga kerahasiaan pasien, memastikan obat dan BMHP sampai pada tujuan dan mendokumentasikan serah terima obat dan BMHP.

- 3) Petugas farmasi berkoordinasi dengan program terkait melakukan penyesuaian kebutuhan obat dan BMHP termasuk APD dan Desinfektan serta bahan untuk pemeriksaan laboratorium COVID-19 (*rapid test*, kontainer steril, *swab dacron* atau *flocked swab* dan *Virus Transport Medium (VTM)*).
- 4) Untuk pelayanan farmasi bagi lansia, pasien PTM, dan penyakit kronis lainnya, obat dapat diberikan untuk jangka waktu lebih dari 1 bulan, hal ini mengacu pada Surat Edaran Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS No. 14 Tahun 2020 tentang Pelayanan Kesehatan bagi Peserta JKN Selama Masa Pencegahan COVID-19.

d. Pelayanan Laboratorium

- 1) Pelayanan laboratorium untuk kasus non COVID-19 tetap dilaksanakan sesuai standar dengan memperhatikan PPI dan *physical distancing*.
- 2) Pemeriksaan laboratorium terkait COVID-19 (termasuk pengelolaan dan pengiriman spesimen) mengacu kepada pedoman yang berlaku, dilakukan oleh tenaga kesehatan yang

telah memperoleh peningkatan kapasitas terkait pemeriksaan rapid test dan pengambilan swab.

- 3) Petugas laboratorium menghitung kebutuhan *rapid test*, kontainer steril, *swab dacron* atau *flocked swab* dan *Virus Transport Medium* (VTM) sesuai arahan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dengan memperhatikan prevalensi kasus COVID-19 di wilayah kerjanya.
- 4) Mengingat adanya *cross reaction* dengan *flavavirus* dan virus *unspecific* lainnya (termasuk COVID-19) setiap pemeriksaan *Serological Dengue IgM* positif pada keadaan pandemi COVID-19 harus dipikirkan kemungkinan infeksi COVID-19 sebagai *differential* diagnosis terutama bila gejala klinis semakin berat.

e. Sistem Rujukan

Sistem rujukan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dengan memperhatikan:

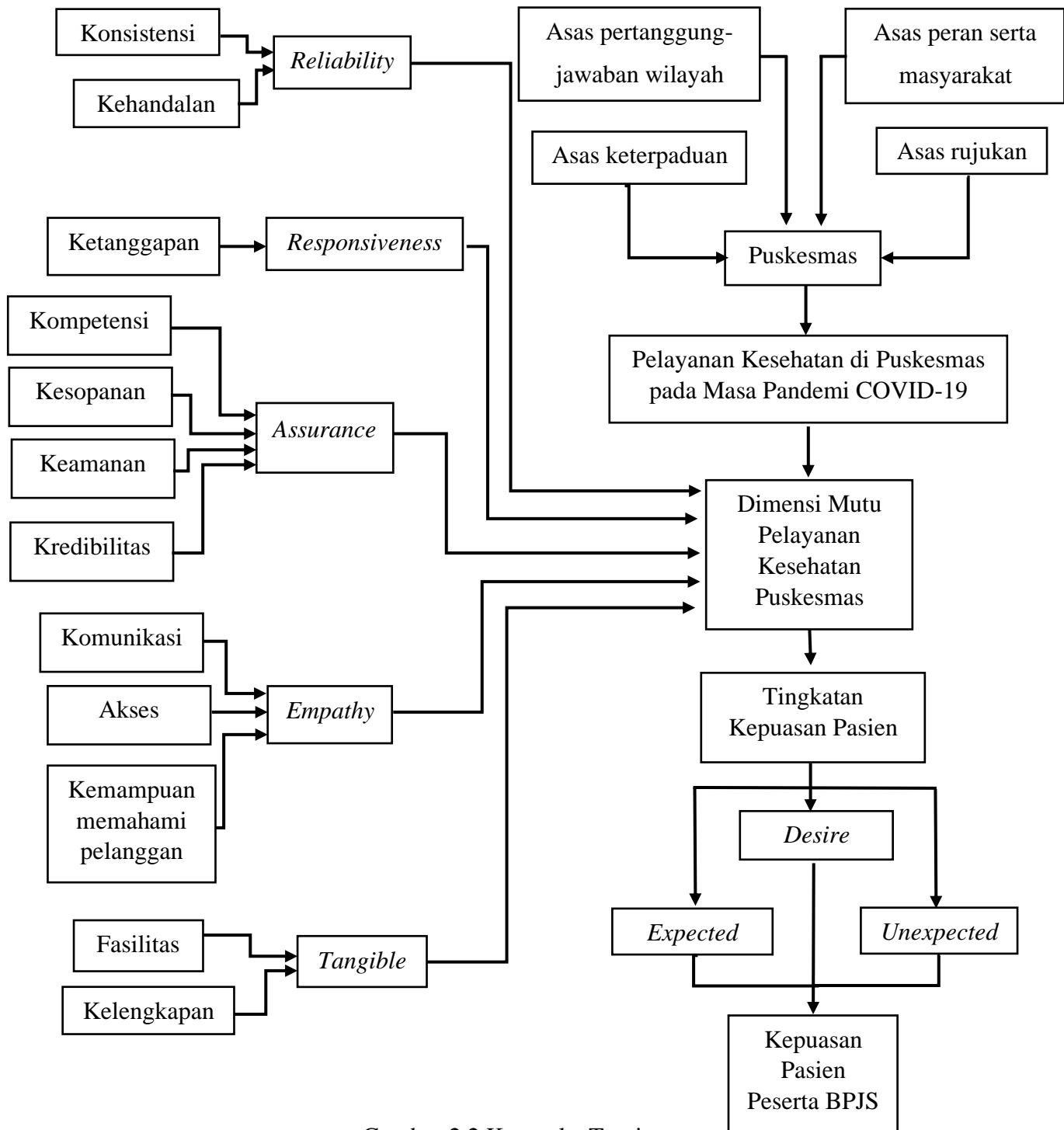
- 1) Merujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) sesuai dengan kasus dan sistem rujukan yang telah ditetapkan oleh dinas kesehatan daerah kabupaten/kota sesuai peraturan yang berlaku.
- 2) Standar pelayanan:
 - a) Puskesmas menempatkan pasien yang akan dirujuk pada ruang isolasi tersendiri yang terpisah.

- b) Mendapat persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya.
 - c) Melakukan pertolongan pertama atau stabilisasi pra rujukan.
 - d) Melakukan komunikasi dengan penerima rujukan melalui pemanfaatan aplikasi SISRUTE (<https://sisrute.kemkes.go.id/>) dan memastikan bahwa penerima rujukan dapat menerima (tersedia sarana dan prasarana serta kompetensi dan tersedia tenaga kesehatan). Rujukan Suspek PDP melalui Sisrute mengacu pada user manual sebagaimana lampiran buku Juknis ini.
 - e) Membuat surat pengantar rujukan dan *resume* klinis rangkap dua.
 - f) Transportasi untuk rujukan sesuai dengan kondisi pasien dan ketersediaan sarana transportasi.
 - g) Pasien yang memerlukan asuhan medis terus menerus didampingi oleh tenaga Kesehatan yang kompeten dan membawa formulir monitoring khusus untuk kasus COVID-19 sesuai dengan Pedoman.
 - h) Pemantauan rujukan balik.
- 3) Rujukan dilaksanakan dengan menerapkan PPI, termasuk desinfeksi ambulans.

f. Pemulasaraan Jenazah

- 1) Pemulasaraan jenazah kasus COVID-19 dilakukan mengacu pada pedoman yang berlaku. Apabila Puskesmas diberikan tugas untuk melaksanakan pemulasaraan jenazah kasus COVID-19, maka dinas kesehatan daerah kabupaten/kota harus memastikan ketersediaan sumber daya di Puskesmas seperti SDM yang telah memperoleh peningkatan kapasitas, APD petugas, ruangan, peti jenazah dan bahan habis pakai lainnya terkait pelaksanaan pemulasaraan. Puskesmas melakukan koordinasi dengan gugus tugas COVID-19 kabupaten kota dan RS rujukan terdekat untuk pemulasaraan dan pemakaman.
- 2) Surat keterangan kematian menggunakan formulir surat keterangan kematian yang berlaku di Puskesmas sesuai hasil pemeriksaan dokter. Penyebab kematian perlu dipastikan oleh dokter yang memeriksa apakah terkait dengan COVID-19 atau tidak karena hal ini akan mempengaruhi prosedur pemulasaraan jenazah.

D. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber : Parasuman dkk (Bustami, 2011) dan Anang dkk (2018)