

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

1.1.1 Pengertian JKN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari program Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN). Berdasarkan Undang-Undang No. 40 tahun 2004, SJSN diselenggarakan oleh beberapa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yaitu Perusahaan Perseroan Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek), Perusahaan Perseroan Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (Taspen), Perusahaan Perseroan Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI), dan Perusahaan Perseroan Asuransi Kesehatan Indonesia (Askes). Setelah Pembentukan BPJS berdasarkan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, maka keempat lembaga tersebut bertransformasi menjadi Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Undang-Undang ini merupakan pelaksanaan dari Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengamanatkan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Karena merupakan bagian dari SJSN, maka JKN diselenggarakan bersifat wajib hal ini berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004, yang bertujuan melindungi Penduduk Indonesia dalam sistem Asuransi sehingga dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat (Kemenkes, 2014). Menurut Pasal 35 Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 bahwa Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional membutuhkan pelayanan kesehatan yang bermutu, terjangkau, dan aman yang dilakukan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (mandatory) serta jaminan perlindungan untuk pelayanan kesehatan secara menyeluruh (komprehensif) yang mencakup pelayanan promotif, preventif serta kuratif dan rehabilitatif yang bertujuan untuk membantu masyarakat mengurangi biaya kesehatan dari kantong sendiri out of pocket, dalam jumlah yang sulit. Untuk itu, diperlukan jaminan dalam bentuk asuransi kesehatan karena peserta membayar premi dengan besaran tetap. Dengan demikian, pembiayaan kesehatan ditanggung bersama secara gotong royong oleh keseluruhan peserta, sehingga tidak

memberatkan secara orang perorang. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dengan tujuan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Kemenkes RI, 2013). Pada pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdapat sasaran yang harus dicapai.

Tabel 2.1 Sasaran program JKN Tahun 2014-2019

No.	Sasaran 1 Januari 2014	Sasaran 2019
1.	BPJS Kesehatan mulai beroperasi	BPJS kesehatan beroperasi cukup baik
2.	BPJS Kesehatan mengelola jaminan kesehatan setidaknya bagi 121,6 juta peserta (sekitar 50 juta masih dikelola badan lain)	Seluruh penduduk indonesia diperkirakan 257,5 juta mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan
3.	Paket manfaat medis yang dijamin seluruh pengobatan untuk seluruh penyakit. Namun masih ada perbedaan kelas perawatan di Rumah Sakit bagi yang mengiur sendiri dengan penerima bantuan iuran (PBI) yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah	Ada perbedaan untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat
4.	Rencana aksi pengembangan fasilitas kesehatan mulai dilaksanakan dan tersusun.	Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis mereka.

5.	Seluruh peraturan pelaksanaan (PP, Perpres, Peraturan Menteri, dan peraturan BPJS) yang merupakan turunan UU SJSN dan UU BPJS telah diundangkan dan diterbitkan	Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak
6	Paling sedikit 75% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS	Paling sedikit 85% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS
7	Paling sedikit 65% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS	Paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS
8	BPJS dikelola secara terbuka, efektif dan efisien, serta akuntabel	BPJS dikelola secara terbuka, efektif dan efisien, serta akuntabel

Sumber : *Buku Jaminan Sosial Indonesia (JKN), 2015*

1.1.2 Prinsip-Prinsip JKN

Berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004, prinsip-prinsip JKN adalah sebagai berikut:

1. Prinsip Kegotong-royongan

Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui prinsip gotong - royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2. Prinsip Nirlaba

Prinsip Nirlaba adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya dari seluruh peserta. Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (for profit oriented). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

3. Prinsip Keterbukaan

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

4. Prinsip Kehati-hatian

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

5. Prinsip Akuntabilitas

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

6. Prinsip Portabilitas

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

7. Prinsip Kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

8. Prinsip Dana Amanat

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

9. Prinsip Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

1.1.3 Manfaat JKN

Menurut Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdapat manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

- a.** Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- b.** Imunisasi dasar, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan HepatitisB (DPTHB), Polio, dan Campak.
- c.** Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
- d.** Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

1.1.4 Kepesertaan

Berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004, salah satu prinsip dari JKN adalah kepesertaan bersifat wajib, yang artinya seluruh Penduduk Indonesia akan

menjadi peserta JKN. Kepesertaan ini akan dilakukan secara bertahap dan diharapkan pada tahun 2019 seluruh penduduk Indonesia sudah menjadi peserta JKN. Berdasarkan Peraturan BPJS Nomor 6 Tahun 2018, kepesertaan JKN terdiri atas:

- a. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
- b. Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
 1. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
 - a) Pegawai Negeri Sipil
 - b) Anggota TNI
 - c) Anggota Polri
 - d) Pejabat Negara
 - e) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri
 - f) Pegawai Swasta
 - g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.
 2. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
 - a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri dan
 - b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
 - c) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
 3. Bukan Pekerja (BP) adalah setiap orang yang bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PBI, dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah. Peserta Bukan Pekerja (BP) terdiri atas:
 - a) Penerima pensiun
 - b) Veteran
 - c) Perintis kemerdekaan
 - d) Janda, duda, atau anak yatim dari Veteran atau Perintisan Kemerdekaan
 4. Penerima pensiun terdiri atas:
 - a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun
 - b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun

- c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun
 - d) Penerima Pensiun selain PNS, Anggota TNI, Pejabat Negara
 - e) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana.
5. Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:
- a) Istri atau suami yang sah dari Peserta
 - b) Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria: tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan
 - c) Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (duapuluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
 - d) Sedangkan Peserta bukan PBI JKN dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.
 - e) WNI di Luar Negeri Jaminan kesehatan bagi pekerja WNI yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundangundangan tersendiri.

Faktor-Faktor yang mempengaruhi peminatan masyarakat terhadap program Jaminan Kesehatan Nasional menurut (Lisda Yanti : 2013) mengemukakan bahwa dasar teori permintaan terhadap asuransi kesehatan digambarkan secara sistematis dan pasti bagaimana variabel selera konsumen, tingkat kekayaan, harga asuransi, kemungkinan kejadian sakit, kehilangan karena pengeluaran pembiayaan pada saat sakit serta pemanfaatan maksimal mempengaruhi keputusan seseorang untuk memakai BPJS Kesehatan. Dimana Selera konsumen berhubungan erat dengan konsep pemanfaatan (utilitas) Adanya perubahan pemanfaatan yang berkaitan dengan perubahan tingkat kekayaan akan mempengaruhi fungsi selera yang ditentukan oleh pengurangan pemanfaatan marginal (marginal utility), tingkat kekayaan berhubungan erat dengan tingkat pemanfaatan; pendapatan yang rendah akan menurunkan permintaan terhadap asuransi, pengeluaran biaya pada waktu sakit, yang terdiri dari dua komponen yaitu : biaya satuan pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan dan jumlah penggunaannya, kemungkinan sakit. Peluang seseorang untuk menderita sakit akan mempengaruhi tingkat kekayaannya, harga asuransi berhubungan dengan pemanfaatan, perilaku masyarakat yang menginginkan memanfaatkan haknya secara maksimal.

1.1.5 Pembiayaan

1.1.5.1 Iuran

Berdasarkan Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan, yang dimaksud dengan “Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja dan/atau Pemerintah Pusat atau Daerah untuk program Jaminan Kesehatan.

Sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (PERPRES No. 19/2016). Pembayar Iuran, bagi Peserta PBI, iuran dibayar oleh Pemerintah, bagi Peserta Pekerja Penerima Upah, Iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja, bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja iuran dibayar oleh Peserta yang bersangkutan. Besarnya Iuran Jaminan Kesehatan Nasional ditetapkan melalui Peraturan Presiden dan ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak. Setiap Peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI). Setiap Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala (paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Keterlambatan pembayaran iuran JKN dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) perbulan dari total iuran yang tertunggak dan dibayar oleh Pemberi Kerja. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar iuran JKN pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Pembayaran iuran JKN dapat dilakukan diawal. BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran JKN sesuai dengan Gaji atau Upah Peserta. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada Pemberi Kerja dan/atau Peserta paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya iuran. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran

diperhitungkan dengan pembayaran Iuran bulan berikutnya. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pembayaran iuran diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan. Cara Pembayaran Fasilitas Kesehatan.

1.5.1.2 Besaran Iuran

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 besaran iuran bagi peserta JKN adalah sebagai berikut:

- a. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan, seluruh bulanan ditanggung oleh Pemerintah.
- b. Iuran peserta Non PBI untuk Pekerja Penerima Upah yang bekerja pada Lembaga Pemerintahan terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, dan pegawai pemerintah non pegawai negeri sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan : 3% (tiga persen) dibayar oleh pemberi kerja dan 2% (dua persen) dibayar oleh peserta.
- c. Iuran bagi Peserta PPU selain Peserta sebagaimana dimaksud dalam huruf (b) yaitu sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan : 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja dan 1% (satu persen) dibayar oleh Peserta. Jika ada anggota keluarga tambahan bagi peserta Pekerja Penerima Upah yang terdiri dari anak ke 4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua, besaran iuran sebesar sebesar 1% (satu persen) dari dari gaji atau upah per orang per bulan, dibayar oleh pekerja penerima upah.
- d. Iuran bagi penerima pensiun yaitu sebesar 5% (lima persen) dari besaran pensiunan pokok dan tunjangan keluarga yang diterima perbulan, dengan ketentuan : 3% (tiga persen) dibayar oleh pemerintah pusat dan 2% (dua persen) dibayar oleh penerima pensiun
- e. Iuran bagi Veteran, Perintis Kemerdekaan, janda, duda, atau anak yatim dan/atau piatu dari veteran atau Perintis Kemerdekaan yaitu sebesar 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) Gaji pokok PNS golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan, dibayar oleh Pemerintah Pusat
- f. Besaran iuran bagi kerabat lain dari pekerja penerima upah, peserta pekerja bukan penerima upah serta iuran peserta bukan pekerja adalah sebesar:

- a) Sebesar Rp. 25.500,- (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
 - b) Sebesar Rp. 51.000,- (lima puluh satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
 - c) Sebesar Rp. 80.000,- (delapan puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
- g. Batas paling tinggi Gaji atau Upah perbulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran Iuran bagi peserta PPU sebesar Rp. 8.000.000 (delapan juta rupiah) dan Batas paling rendah Gaji atau Upah perbulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran Iuran bagi peserta PPU sebesar upah minimum kabupaten/ kota.

2.2 Puskesmas

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes RI No 75, 2014).

Menurut Depkes RI (2004) puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja (Effendi, 2009). Pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas merupakan pelayanan yang menyeluruh yang meliputi pelayanan kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan). Pelayanan tersebut ditujukan kepada semua penduduk dengan tidak membedakan jenis kelamin dan golongan umur, sejak dari pembuahan dalam kandungan sampai tutup usia (Effendi, 2009).

1. Tujuan Puskesmas

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional, yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Trihono, 2005).

2. Fungsi Puskesmas

Dalam melaksanakan tugasnya, Puskesmas menyelenggarakan fungsi yaitu penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya dan Upaya kesehatan masyarakat (UKM) tingkat pertama di wilayah kerjanya. Dalam menyelenggarakan fungsinya, Puskesmas berwenang untuk:

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan
- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit. (Permenkes RI No 75 Tahun 2014).

3. Peran Puskesmas

Puskesmas mempunyai peran yang sangat vital sebagai institusi pelaksana teknis, dituntut memiliki kemampuan manajerial dan wawasan jauh ke depan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Peran tersebut ditunjukkan dalam bentuk keikutsertaan dalam menentukan kebijakan daerah melalui sistem perencanaan yang matang dan realistis, tata laksana kegiatan yang tersusun rapi, serta sistem evaluasi dan pemantauan yang akurat. Pada masa mendatang, puskesmas juga dituntut berperan dalam pemanfaatan teknologi informasi terkait upaya peningkatan pelayanan kesehatan secara komprehensif dan terpadu (Effendi, 2009).

4. Upaya penyelenggaraan

Untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan melalui puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, jika ditinjau dari kesehatan nasional merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi dua yakni upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembang (Trihono, 2005). Upaya kesehatan wajib puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, upaya perbaikan gizi masyarakat, upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular serta upaya pengobatan (Trihono, 2005). Sedangkan upaya kesehatan pengembangan puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta disesuaikan dengan kemampuan puskesmas. Upaya kesehatan pengembangan dipilih dari daftar upaya kesehatan pokok puskesmas yang telah ada yaitu upaya kesehatan sekolah, upaya kesehatan oleh raga, upaya perawatan kesehatan masyarakat, upaya kesehatan kerja, upaya kesehatan gigi dan mulut, Universitas Sumatera Utara upaya kesehatan jiwa, upaya kesehatan mata, upaya kesehatan usia lanjut dan upaya pembinaan pengobatan tradisional (Trihono, 2005).

2.3 PHC (Primary Health Care)

PHC merupakan hasil pengkajian, pemikiran dan pengalaman dalam membangun kesehatan di banyak Negara yang diawali pada tahun 1950-an dalam pemberantasan penyakit menular. Pada tahun 1960, teknologi kuratif dan preventif mengalami kemajuan. Oleh karena itu, timbullah pemikiran untuk mengembangkan konsep upaya dasar kesehatan. Tahun 1977 pada sidang kesehatan dunia di cetuskan kesepakatan untuk melahirkan “health for all by the Year 2000”, yang sasaran utamanya dalam bidang sosial pada tahun 2000 adalah tercapainya derajat

kesehatan yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Mubarak, 2009).

PHC merupakan pelayanan kesehatan pokok berdasarkan metode dan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima secara umum, baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat melalui partisipasi mereka sepenuhnya serta biaya yang dapat dijangkau oleh masyarakat dan Negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri (self reliance) dan menentukan nasib sendiri (self determination) (Mubarak, 2009).

PHC memiliki tujuan secara umum yaitu mencoba menemukan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diselenggarakan, sehingga akan tercapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan. Secara khusus, PHC memiliki tujuan yaitu pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk yang dilayani, pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dilayani, pelayanan harus berdasarkan kebutuhan medis dari populasi yang dilayani dan pelayanan harus maksimal, menggunakan tenaga dan sumber daya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat (Mubarak, 2009).

Fungsi dari PHC untuk memelihara kesehatan, mencegah penyakit, diagnosis dan pengobatan, pelayanan tindak lanjut dan pemberian sertifikat. Dalam pelaksanaan PHC paling sedikit harus memiliki beberapa elemen yaitu pendidikan mengenai masalah kesehatandan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya, peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi, penyediaan air bersih dan sanitasi dasar, kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana, imunisasi terhadap penyakit-penyakit infeksi utama, pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat, pengobatan penyakit umum dan ruda paksa serta penyediaan obat-obat esensial (Mubarak, 2009).

2.4 Kapitasi

Kapitasi adalah sebuah metode pembayaran untuk pelayanan kesehatan dimana penyedia layanan dibayar dalam jumlah tetap per pasien tanpa memperhatikan jumlah atau sifat layanan yang sebenarnya diberikan. Tarif kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah

pelayanan kesehatan yang diberikan (Perber No 2 Th 2017). Penetapan besaran tarif kapitasi dilakukan berdasarkan kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan dengan mempertimbangkan kriteria sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan, dan komitmen pelayanan (PMK No.12/2016).

Standar tarif kapitasi di FKTP sebagaimana yang tertulis di Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 52 tahun 2016 tentang standart tarif JKN ditetapkan sebagai berikut:

- a. Puskesmas atau Fasilitas Kesehatan yang setara sebesar Rp3.000,00 (tiga ribu rupiah) sampai dengan Rp6.000,00 (enam ribu rupiah) per peserta per bulan.
- b. Rumah sakit kelas D pratama, klinik pratama, praktik dokter, atau fasilitas kesehatan yang setara sebesar Rp8.000,00 (delapan ribu rupiah) sampai dengan Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) per peserta per bulan.
- c. Praktik perorangan dokter gigi sebesar Rp2.000,00 (dua ribu rupiah) per peserta per bulan.

2.5 Kapitasi Berbasis Komitmen Biaya (KBK)

2.5.1 Pengertian Kapitasi Berbasis Komitmen Biaya (KBK)

Berdasarkan Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dan Direktur Utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor HK.01.08/III/980/2017 TAHUN 2017 Nomor 2 Tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang saat ini sudah diperbarui menjadi Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nomor 7 tahun 2019 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama bahwa:

- a. Komitmen Pelayanan adalah komitmen Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama untuk meningkatkan mutu pelayanan melalui pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang disepakati.
- b. Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator pelayanan

kesehatan perseorangan yang disepakati berupa komitmen pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam rangka peningkatan mutu pelayanan.

Tabel 2.2 Penerapan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan

No.	Jumlah Pencapaian Target Indikator		Pembayaran (%)
	Zona Aman	Zona Tidak Aman	
1.	3	0	100 %
2.	2	1	95%
3.	1	2	92,5%
4.	0	3	90%

Sumber : PERBER Sekretaris Jenderal Permenkes dan BPJS Kesehatan no 2 tahun 2017

Penyesuaian besaran kapitasi berdasarkan pencapaian target indikator komitmen pelayanan bagi FKTP, sebagai berikut:

1. Apabila 3 (tiga) target indikator komitmen pelayanan tercapai, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 100% (seratus persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
2. Apabila 2 (dua) target indikator komitmen pelayanan tercapai, dan 1 (satu) indikator lainnya tidak mencapai target indikator, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% (sembilan puluh lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
3. Apabila 1 (satu) target indikator komitmen pelayanan tercapai dan 2 (dua) indikator lainnya tidak mencapai target indikator, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 92,5% (Sembilan puluh dua koma lima persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.
4. FKTP yang tidak memenuhi seluruh target indikator komitmen pelayanan, maka FKTP menerima pembayaran kapitasi sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari norma kapitasi yang ditetapkan.

Berdasarkan Info BPJS Kesehatan (2017), Tujuan dari penerapan KBK ini adalah meningkatkan mutu pelayanan FKTP, diukur melalui indikator kinerja yang

telah ditetapkan. Penilaian kinerja atas indikator tertentu akan menimbulkan konsekuensi, bila kinerja baik di FKTP mendapat reward. Sebaliknya jika kinerja buruk, maka ada pengurangan besaran kapitasi. Manfaat adanya pengakuan dengan mendapat reward, otomatis dapat kepercayaan dari masyarakat. Pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada FKTP merupakan bagian dari pengembangan sistem kendali mutu pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan FKTP mengenai penerapan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan pada FKTP dilaksanakan setelah adanya kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan/atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Perber No. 2/2017). Hasil pencapaian target indikator komitmen pelayanan FKTP menjadi dasar dalam pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan. Berikut adalah aturan penerimaan pembayaran kapitasi: (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2015). Pada aturan yang telah ditetapkan oleh BPJS dapat diketahui bahwa semakin banyak indikator yang mencapai zona prestasi, maka akan mendapatkan pembayaran kapitasi yang lebih banyak. Begitu pula sebaliknya, semakin banyak indikator yang tidak mencapai zona aman, maka akan mendapatkan pembayaran kapitasi yang lebih sedikit. Sistem pembayaran kapitasi seperti ini merupakan suatu bentuk reward and punishment terhadap kinerja FKTP, sehingga FKTP akan berusaha terus untuk meningkatkan mutu pelayanannya. Adanya perubahan terhadap kapitasi juga dapat berdampak terhadap peningkatan performa kinerja FKTP.

2.5.2 Indikator Komitmen Pelayanan

2.5.2.1 Angka Kontak

Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial No 2 Tahun 2017 Angka kontak merupakan indikator untuk mengetahui tingkat aksesibilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh Peserta serta upaya FKTP terhadap kesehatan Peserta pada setiap 1000 (seribu) Peserta terdaftar di FKTP yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Angka kontak adalah perbandingan jumlah Peserta terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dengan total jumlah peserta

terdaftar di FKTP dikali 1000. (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2017). Jumlah peserta yang melakukan kontak adalah jumlah peserta JKN (per nomor identitas peserta) yang terdaftar di satu FKTP dan mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan.

a. Indikator angka kontak dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$\text{Angka Kontak} = \frac{\text{jumlah peserta yang melakukan kontak}}{\text{jumlah peserta yang terdaftar di FKTP}} \times 1000$$

Perhitungan Angka Kontak merupakan perbandingan antara jumlah Peserta terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dengan total jumlah peserta terdaftar di FKTP dikali 1000 (seribu).

b. Jumlah peserta yang melakukan kontak adalah jumlah Peserta Jaminan Kesehatan (per nomor identitas peserta) yang terdaftar di 1 (satu) FKTP dan mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan baik di dalam gedung maupun di luar gedung tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam 1 (satu) bulan.

c. Jumlah peserta terdaftar adalah jumlah Peserta Jaminan Kesehatan yang terdaftar di suatu FKTP per bulan.

d. Bentuk Kontak

Jumlah peserta terdaftar adalah jumlah peserta JKN yang terdaftar di suatu FKTP per bulan. Bentuk kontak yang menjadi penilaian adalah sebagai berikut:

1. **Tempat kontak**, yang berada di FKTP (puskesmas, klinik, dokter praktik perorangan (DPP), rumah sakit kelas D pratama), jaringan pelayanan puskesmas (puskesmas pembantu, puskesmas keliling, dan bidan desa), jejaring fasilitas pelayanan kesehatan (apotek, laboratorium, bidan, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya), upaya kesehatan berbasis masyarakat seperti pos pelayanan terpadu (posyandu), pos pembinaan terpadu (posbindu), pos kesehatan kesa (poskesdes), posyandu lansia, dan tempat kontak lainnya yang disepakati.

2. **Jenis pelayanan**, diberikan oleh FKTP dalam bentuk;

a. Kunjungan sakit, seperti pelayanan pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, pelayanan tindakan medis non spesialisistik, baik operatif maupun non operatif, termasuk transfusi darah, pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat

pratama, pelayanan rawat inap tingkat pertama, pelayanan persalinan, kebidanan dan neonatal sesuai dengan kondisi fasilitas kesehatan, pelayanan gawat darurat termasuk penanganan kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan, home visit pasien sakit, pelayanan kasus medis rujuk balik termasuk pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai

- b. Kunjungan sehat, seperti pelayanan imunisasi, pelayanan penyuluhan kesehatan perorangan atau kelompok, pemeriksaan kesehatan ibu dan anak, serta keluarga berencana (KB), home visit, dan senam sehat.
- c. Bentuk kontak lain yang dapat diukur dan telah disepakati antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan BPJS Kesehatan, baik kunjungan sakit maupun kunjungan sehat. Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan kontak FKTP dengan kondisi di tempat dan jenis pelayanan yang dicatatkan pada aplikasi P-Care (Perber No 2 Tahun 2017).
- d. Pemenuhan Komitmen Pelayanan atau target capaian Angka Kontak sebagai berikut:
 1. Target pemenuhan komitmen pelayanan adalah batasan optimal indikator komitmen pelayanan yang harus dipenuhi oleh FKTP.
 2. Zona aman, yaitu batasan optimal target indikator komitmen pelayanan yang harus dipenuhi oleh FKTP agar mendapatkan besaran kapitasi sesuai hasil penetapan besaran kapitasi berdasarkan norma kapitasi yang ditetapkan sebesar $\geq 150\%$ (seratus lima puluh permil).
 3. Zona Tidak Aman adalah kondisi FKTP tidak dapat mencapai target pemenuhan komitmen pelayanan sebesar $\leq 150\%$ (seratus lima puluh permil) (Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan, 2017).

Yang mempengaruhi pemenuhan indikator angka kontak seperti:

1. Kebijakan

Kebijakan pelaksanaan KBK adalah Surat Edaran Bersama antara Kemenkes dan BPJS Kesehatan No 2, 2017 telah disampaikan oleh BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan. Pada awal impletasi pola pembayaran ini tidak semua SDM puskesmas siap untuk melaksanakannya. Penilaian yang dianggap akan memberikan beban kerja tambahan dimana untuk memenuhi angka kontak saja

pelaksanaannya harus diinput setiap hari. Pelaksanaan ini didasari sebagai upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

2. Sumber Daya Manusia

Keterbatasan sumber daya manusia juga disebabkan jumlah penduduk wilayah kerja Puskesmas Dinoyo yang cukup banyak, sehingga diperlukan upaya lebih optimal bagi puskesmas untuk mencapai indikator kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan.

3. Dana

Ketersediaan dana di puskesmas untuk mencapai indikator angka kontak telah mencukupi. Pendaanaan yang ada di puskesmas berasal dari APBN, APBD, dan dana kapitasi peserta JKN yang dibayarkan setiap bulan melalui BPJS Kesehatan. Selain ketersediaan dana dari berbagai sumber pembiayaan, perencanaan dan penggunaan dana yang tepat dan optimal sesuai kebutuhan puskesmas.

4. Metode

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada metode yang standart dalam pencapaian indikator angka kontak ini. Masing masing puskesmas menyusun cara tersendiri tetapi mengacu pada peraturan. Penilaian yang dilakukan setiap bulan dan rutin diumpanbalikkan ke puskesmas bisa menjadi bahan evaluasi bagi puskesmas jika belum mencapai target aman, misalnya puskesmas yang memiliki angka kunjungan sakit yang kecil akan meningkatkan kunjungan sehat.

2.5.2.2 Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS)

Indikator Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) dihitung dengan formulasi perhitungan sebagai berikut:

$$RRNS = \frac{\text{jumlah Rujukan Non Spesialistik}}{\text{jumlah rujukan FKTP}} \times 100 \%$$

Perhitungan RRNS merupakan perbandingan antara jumlah rujukan kasus non spesialistik dengan jumlah seluruh rujukan oleh FKTP dikali 100% (seratus persen).

1. Jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialistik adalah jumlah rujukan dengan diagnosa yang termasuk dalam jenis penyakit yang menjadi kompetensi dokter di FKTP sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Rujukan kasus non spesialisik dengan kriteria Time, Age, Complication dan Comorbidity (TACC) tidak diperhitungkan dalam jumlah rujukan rawat jalan kasus non spesialisik.
3. Jumlah rujukan FKTP adalah total jumlah rujukan FKTP ke FKRTL.
4. Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan rujukan peserta ke FKRTL pada Sistem Informasi BPJS Kesehatan.

2.5.2.3 Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP (RPPB)

Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP (RPPB) merupakan indikator untuk mengetahui kesinambungan pelayanan penyakit kronis yang disepakati oleh BPJS Kesehatan dan FKTP terhadap peserta Prolanis.

$$\text{RPPB} = \frac{\text{jumlah Peserta Prolanis yang rutin berkunjung}}{\text{jumlah peserta prolanis yang terdaftar FKTP}} \times 100$$

1. Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung ke FKTP adalah perbandingan jumlah Peserta Prolanis yang rutin berkunjung ke FKTP dengan jumlah Peserta Prolanis terdaftar di FKTP dikali 100 (seratus).
2. Jumlah Peserta Prolanis rutin berkunjung ke FKTP adalah jumlah peserta JKN yang terdaftar dalam Prolanis (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP per bulan, baik di dalam gedung maupun di luar gedung, tanpa memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan.
3. Jenis penyakit kronis yang termasuk dalam Prolanis yang dihitung dalam indikator adalah penyakit Diabetes Melitus dan Hipertensi.
4. Jenis penyakit kronis yang akan dihitung sebagai dasar penghitungan jumlah peserta Prolanis sesuai dengan kesepakatan antara Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, FKTP dan BPJS Kesehatan.
5. Aktivitas Prolanis yang akan termasuk dalam perhitungan adalah apabila terdapat salah satu atau lebih dari kegiatan Prolanis, seperti:
 - a) Edukasi Klub
 - b) Konsultasi Medis
 - c) Pemantauan Kesehatan melalui pemeriksaan penunjang
 - d) Senam Prolanis
 - e) Home Visit
 - f) Pelayanan Obat secara rutin (obat PRB).

6. Dalam hal peserta Prolanis dirujuk ke FKRTL dengan alasan kontrol ulang rutin, kondisi pasien tidak stabil atau kekosongan obat PRB, maka pasien tetap dinyatakan sebagai pasien Prolanis dan tetap masuk dalam perhitungan. Bentuk kontak/kesinambungan pelayanan bagi peserta dengan kondisi ini tetap dihitung dari aktifitas lain selain konsultasi dan pelayanan obat rutin. Peserta dinyatakan tidak terdaftar lagi sebagai pasien Prolanis apabila terjadi salah satu aspek sebagai berikut:
 - a. Peserta tidak hadir terapi 6 (enam) bulan berturut-turut.
 - b. Peserta hilang kontak komunikasi dengan FKTP selama 6 (enam) bulan berturut-turut.
 - c. Peserta tidak hadir Kegiatan Klub selama 6 (enam) bulan berturut-turut
 - d. Peserta meninggal dunia; dan/atau
 - e. Peserta yang keluar atas keinginan sendiri.
7. Sumber data yang digunakan dalam indikator ini adalah hasil pencatatan kontak FKTP dengan peserta yang terdaftar sebagai peserta Prolanis dengan jenis aktifitas Prolanis yang dicatatkan pada aplikasi P-Care.

2.6 Kinerja

Komitmen kerja adalah identifikasi kekuatan yang terkait dengan nilai-nilaidan tujuan untuk memelihara keanggotaan dalam institusi pelayanan kesehatan (Robbins, 2006). Komitmen kerja juga didefinisikan sebagai tingkat kepercayaan, keterikatan, individu terhadap tujuan dan mempunyai keinginan untuk tetapberada dalam organisasinya (Mathis dan Jakson, 2001 dalam Wijaya, 2012). Komitmen petugas terhadap puskesmas ditunjukkan dengan prestasi yang lebihbaik dengan terlibat aktif melakukan asuhan pelayanan kesehatan (Luthans,2006).

Mangkunegara (2011) menyatakan bahwa istilah kinerja berasal dari kata *job performance* atau *actual performance* (prestasi sesungguhnya yang dicapai oleh seseorang). Pengertian kinerja adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Pengertian kinerja atau *performance* merupakan gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu program kegiatan atau kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, visi dan misi organisasi

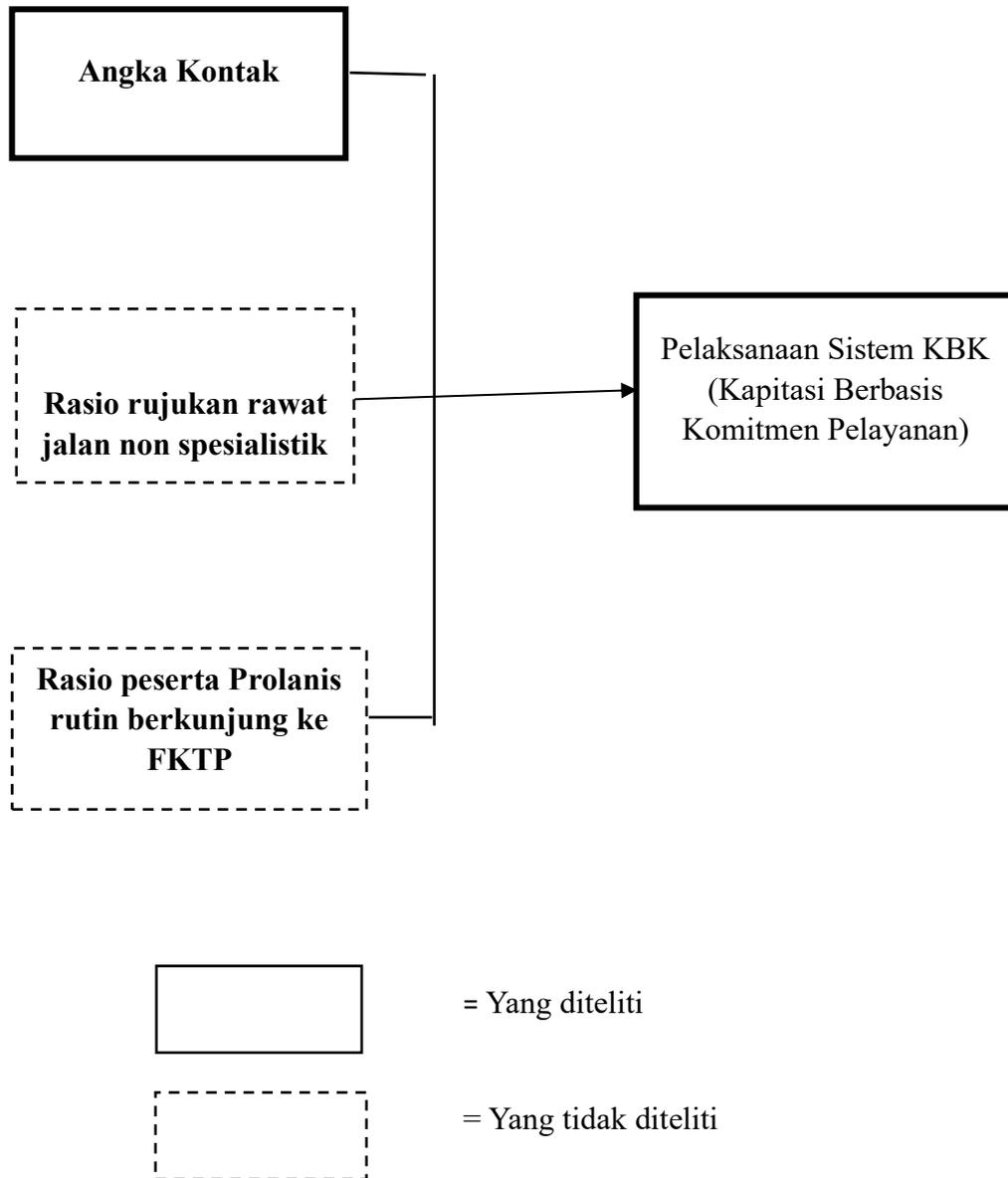
yang dituangkan melalui perencanaan strategis suatu organisasi. Kinerja dapat diketahui dan diukur jika individu atau sekelompok karyawan telah mempunyai kriteria atau standar keberhasilan tolak ukur yang ditetapkan oleh organisasi. Oleh karena itu, jika tanpa tujuan dan target yang ditetapkan dalam pengukuran, maka kinerja pada seseorang atau kinerja organisasi tidak mungkin dapat diketahui bila tidak ada tolak ukur keberhasilannya (Moeheriono, 2014).

Menurut Gibson dkk (1997) ada tiga faktor yang memengaruhi kinerja, yaitu sebagai berikut:

1. faktor individu: kemampuan dan keterampilan, latar belakang keluarga, pengalaman kerja, tingkat sosial, dan demografis.
2. faktor psikologis: persepsi, sikap, kepribadian, motivasi.
3. faktor organisasi: sumber daya, kepemimpinan, imbalan (*reward system*), struktur organisasi, dan desain pekerjaan.

2.7 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori di atas, dapat disusun kerangka pikir penelitian sebaai berikut :



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Menurut Teori Lawrence Green.

