

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 LANDASAN TEORI**

##### **2.1.1 BPJS KESEHATAN**

Berdasarkan Undang-undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sejarah dari BPJS Kesehatan sendiri berawal dari tahun 2004 pemerintah mengeluarkan UU No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang bertujuan untuk memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan di bidang kesehatan sesuai dengan yang diamanatkan pada Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H. Kemudian pada tahun 2011 sebagai bentuk pelaksanaan UU No. 40 Tahun 2004 pemerintah menetapkan UU No.24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) serta menunjuk PT Askes (Persero) sebagai penyelenggara jaminan sosial di bidang kesehatan. Penetapan Undang-Undang BPJS membuat PT Askes (Persero) berubah nama bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan yang resmi beroperasi tanggal 1 Januari 2014. BPJS merupakan badan hukum publik, yang independen dan bertanggung jawab langsung kepada presiden. BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip:

- a) Kegotongroyongan;
- b) Nirlaba;
- c) Keterbukaan;
- d) Kehati-hatian;
- e) Akuntabilitas;
- f) Portabilitas;
- g) Kepesertaan bersifat wajib;
- h) Dana amanat; dan
- i) Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

BPJS Kesehatan bertugas:

- a) Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta;
- b) Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja;
- c) Menerima bantuan iuran dari pemerintah;

- d) Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta;
- e) Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial;
- f) Membayarkan manfaat dan atau membiayai pelayanan Kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial;
- g) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Jaminan Kesehatan Nasional merupakan program dari BPJS Kesehatan yang bertugas memastikan seluruh penduduk Indonesia terlindungi oleh jaminan kesehatan yang komprehensif, adil, dan merata.

#### **2.1.1.1 Kepesertaan**

Semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional-KIS yang dikelola oleh BPJS Kesehatan termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia dan telah membayar iuran, yang dibagi atas jenis kepesertaan sebagai berikut:

1. Penerima Bantuan Iuran-Jaminan Kesehatan (PBI-JK), merupakan program Jaminan Kesehatan fakir miskin dan orang tidak mampu yang dibayar oleh Pemerintah Pusat melalui APBN dan Pemerintah Daerah melalui APBD.
2. Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) terdiri dari:
  - a) Pekerja Penerima Upah (PPU) adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah, yang terdiri dari PPU penyelenggara negara dan PPU non penyelenggara negara.
    - PPU penyelenggara negara terdiri dari pejabat negara, Pegawai Negeri Sipil (PNS) pusat atau daerah, PNS yang dipekerjakan di BUMN/BUMD, TNI/PNS TNI, POLRI/PNS POLRI, DPRD dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN).
    - PPU non penyelenggara negara terdiri dari Badan Usaha Milik Negara (BUMN), Badan Usaha Milik Daerah (BUMD) dan swasta
  - b) Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, yang terdiri dari: notaris/pengacara/lsm, dokter/bidan praktek swasta, pedagang/penyedia jasa, petani/peternak, nelayan, supir, ojek, montir dan pekerja lain yang mampu membayar iuran.

c) Bukan Pekerja (BP) adalah setiap orang yang bukan termasuk masyarakat yang didaftarkan dan iurannya dibayar oleh Pemerintah Pusat/Daerah, PPU serta PBPU, yang terdiri dari: BP penyelenggara negara dan BP non penyelenggara negara.

- BP penyelenggara negara terdiri dari Penerima Pensiun (PP) pejabat negara, PP PNS Pusat/Daerah, PP TNI, PP POLRI, veteran dan perintis kemerdekaan.
- BP non penyelenggara negara terdiri dari investor, pemberi kerja dan BP lain yang mampu membayar iuran.

### **2.1.1.2 Iuran**

Ketentuan iuran berdasarkan Peraturan Presiden No.64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden No.82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan meliputi :

1. Bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan iuran dibayar oleh Pemerintah.
2. Iuran bagi Peserta 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% dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan : 4% dibayar oleh pemberi kerja dan 1% dibayar oleh peserta.
3. Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja di BUMN, BUMD dan Swasta sebesar 5% dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan : 4% dibayar oleh Pemberi Kerja dan 1% dibayar oleh peserta.
4. Iuran untuk keluarga tambahan Pekerja Penerima Upah yang terdiri dari anak ke 4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua, besaran iuran sebesar sebesar 1% dari dari gaji atau upah per orang per bulan, dibayar oleh pekerja penerima upah.
5. Iuran bagi kerabat lain dari pekerja penerima upah (seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll); peserta pekerja bukan penerima upah serta iuran peserta bukan pekerja adalah sebesar:
  - a. Sebesar Rp. 42.000, - (empat puluh dua ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
    - Khusus untuk kelas III, bulan Juli - Desember 2020, peserta membayar iuran sebesar Rp. 25.500, -. Sisanya sebesar Rp 16.500,- akan dibayar oleh pemerintah sebagai bantuan iuran.

- Per 1 Januari 2021, iuran peserta kelas III yaitu sebesar Rp 35.000,- sementara pemerintah tetap memberikan bantuan iuran sebesar Rp 7.000,-
- b. Sebesar Rp. 100.000,- per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
  - c. Sebesar Rp. 150.000,- per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
6. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, iurannya ditetapkan sebesar 5% dari 45% gaji pokok Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 tahun per bulan, dibayar oleh pemerintah.
  7. Pembayaran iuran paling lambat tanggal 10 setiap bulan
  8. Apabila peserta atau pemberi kerja tidak membayar iuran sampai akhir bulan berjalan maka penjaminan akan diberhentikan sementara sejak tanggal 1 bulan berikutnya.
  9. Pada tahun 2020 pemberhentian sementara ini akan berakhir dan status kepesertaan akan aktif kembali, apabila peserta :
  10. Membayar iuran bulan tertunggak, paling banyak untuk waktu 6 bulan, dengan sisa iuran menjadi kewajiban peserta
  11. Dalam waktu 45 hari sejak status kepesertaan aktif kembali, peserta wajib membayar denda kepada BPJS Kesehatan apabila peserta mendapat pelayanan Kesehatan rawat inap tingkat lanjutan. Untuk tahun 2020 denda sebesar 2,5% dari perkiraan biaya paket Indonesia Case Based Groups berdasarkan diagnosa dan prosedur awal untuk setiap bulan tertunggak dengan ketentuan :
    - Jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 bulan, dan
    - Besar denda paling tinggi Rp.30.000.000.000.

### **2.1.2 MANFAAT JKN DI FKTP**

Manfaat adalah faedah atau benefit jaminan sosial kesehatan yang menjadi hak peserta dan atau anggota keluarganya yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. (Panduan Layanan Bagi Peserta JKN-KIS, BPJS Kesehatan, 2020:91)

### **2.1.2.1 Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama**

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) yang meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang diberikan oleh :

1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang terdiri dari :
  - Puskesmas atau yang setara;
  - Praktek dokter;
  - Praktek dokter gigi;
  - Klinik pratama atau yang setara; dan
  - Rumah sakit kelas D pratama atau yang setara
2. Jejaring FKTP seperti bidan, apotek jejaring, dan laboratorium jejaring; dan atau
3. Fasilitas Kesehatan penunjang yang bekerjasama langsung dengan BPJS Kesehatan yang terdiri dari:
  - Apotek PRB
  - Laboratorium

### **2.1.2.2 Manfaat Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama**

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama terdiri dari Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dengan manfaat yang ditanggung serta prosedur pelayanan sebagai berikut :

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
  - a. Manfaat yang ditanggung
    - 1) Pelayanan promotif preventif:
      - a) Penyuluhan Kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat;
      - b) Pelayanan imunisasi rutin sesuai ketentuan. Adapun vaksin untuk imunisasi rutin disediakan oleh Pemerintah Pusat dan atau Pemerintah Daerah;
      - c) Keluarga berencana meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi bekerja sama dengan BKKBN. Adapun alat dan obat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN;
      - d) Skrining riwayat kesehatan yang dapat dilakukan 1 tahun sekali melalui aplikasi Mobile JKN atau Website BPJS Kesehatan;
      - e) Pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu;
      - f) Peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit kronis
    - 2) Pelayanan kuratif dan rehabilitatif mencakup:

- a) Administrasi pelayanan;
  - b) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
  - c) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
  - d) Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai;
  - e) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama
  - f) Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama.
- b. Prosedur pelayanan kesehatan
- 1) Pelayanan kesehatan bagi peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kompetensi fasilitas kesehatan, dimulai dari FKTP peserta terdaftar, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.
  - 2) Peserta datang ke FKTP tempat peserta terdaftar dengan menunjukkan nomor identitas peserta jaminan kesehatan dan atau identitas lain yang diperlukan (KTP,SIM,KK).
  - 3) Peserta memperoleh pelayanan kesehatan dari FKTP.
  - 4) Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan.
  - 5) Apabila hasil pemeriksaan dokter ternyata peserta memerlukan pemeriksaan ataupun Tindakan spesialis atau subspecialis sesuai indikasi medis, FKTP akan memberikan surat rujukan ke FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan sistem rujukan berjenjang secara online.

Bagi peserta yang berada diluar wilayah FKTP terdaftar (di luar wilayah kabupaten/kota FKTP terdaftar), peserta dapat mengakses pelayanan rawat jalan pada FKTP lain untuk paling banyak 3 kali kunjungan dalam waktu paling lama 1 bulan di FKTP yang sama.

## 2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

### a. Manfaat yang ditanggung

- 1) Administrasi pelayanan;
- 2) Akomodasi rawat inap;
- 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
- 4) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
- 5) Pelayanan persalinan dan neonatal
- 6) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; dan
- 7) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.

### b. Prosedur pelayanan

- 1) Peserta menunjukkan nomor identitas peserta JKN-KIS

- 2) Setelah mendapatkan pelayanan, peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar bukti pelayanan yang disediakan oleh FKTP.

### **2.1.3 PELAYANAN GIGI**

Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut adalah setiap penyelenggaraan Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan gigi dan mulut perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat secara paripurna, terpadu, dan berkualitas (Peraturan Menteri Kesehatan No 89 tahun 2015 tentang Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut)

Menurut Penjelasan Panduan Praktis Pelayanan Gigi dan Prothesa Gigi Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (2014) :

#### **2.1.3.1 Prinsip Pelayanan**

Prinsip pelayanan kedokteran gigi primer adalah:

- 1) Kontak pertama (*first contact*)

Dokter gigi sebagai pemberi pelayanan yang pertama kali ditemui oleh pasien dalam masalah Kesehatan gigi dan mulut.

- 2) Layanan bersifat pribadi (*personal care*)

Adanya hubungan yang baik dengan pasien dan seluruh keluarganya memberi peluang dokter gigi keluarga untuk memahami masalah pasien secara lebih luas.

- 3) Pelayanan paripurna (*comprehensive*)

Dengan cara memberikan pelayanan menyeluruh dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan (kuratif), dan pemulihan (rehabilitatif) sesuai kebutuhan pasien

- 4) Paradigma sehat

Dokter gigi mampu mendorong masyarakat untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri.

- 5) Pelayanan berkesinambungan (*continuous care*)

Prinsip ini melandasi hubungan jangka Panjang antara dokter gigi dan pasien dengan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang berkesinambungan dalam beberapa tahap kehidupan pasien.

- 6) Koordinasi dan kolaborasi

Dalam upaya mengatasi masalah pasiennya, dokter gigi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) perlu berkonsultasi dengan disiplin lain, merujuk ke spesialis, dan memberikan informasi yang sejelas-jelasnya kepada pasien.

7) Orientasi keluarga dan komunitas (*family and community oriented*)

Dalam mengatasi masalah pasiennya, dokter gigi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) mempertimbangkan kondisi pasien terhadap keluarga tanpa mengesampingkan pengaruh lingkungan sosial dan budaya setempat.

### **2.1.3.2 Pemberi Pelayanan**

Peserta BPJS Kesehatan mendapatkan pelayanan gigi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama maupun di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama :

- Dokter Gigi di Puskesmas; atau
- Dokter Gigi di Klinik; atau
- Dokter Gigi Praktek Mandiri/Perorangan
- Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan:
- Dokter Gigi Spesialis/Sub Spesialis

### **2.1.3.3 Pelayanan Gigi**

1) Cakupan Pelayanan

- Administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke faskes lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di faskes tingkat pertama
- Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
- Premedikasi
- Kegawatdaruratan oro-dental
- Pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi)
- Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit
- Obat pasca ekstraksi
- Tumpatan komposit/gic
- Scaling gigi (1x dalam setahun)

2) Prosedur

A. Pendaftaran

- a. Jika peserta memilih terdaftar di Puskesmas/ Klinik sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertamanya, maka:
- Puskesmas/Klinik wajib menyediakan jejaring (Dokter Gigi/Lab/Bidan dan sarana penunjang lain)
  - Peserta mendapatkan pelayanan gigi di Dokter Gigi yang menjadi jejaring Puskesmas/klinik
  - Tidak ada pendaftaran peserta ke Dokter Gigi lain.
- b. Jika peserta memilih terdaftar di Dokter Praktek Perorangan (Dokter Umum) sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertamanya, maka:
- Peserta dapat mendaftar ke Dokter Gigi Praktek Mandiri/Perorangan sesuai pilihan dengan mengisi Daftar Isian Peserta (DIP) yang disediakan oleh BPJS Kesehatan.
  - Pelayanan gigi kepada peserta diberikan oleh Dokter Gigi sesuai pilihan Peserta.
  - Penggantian Fasilitas Kesehatan Dokter Gigi diperbolehkan minimal setelah terdaftar 3 (tiga) bulan di Fasilitas Kesehatan tersebut.

## B. Pelayanan

### a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

1. Peserta datang ke Puskesmas/Klinik atau ke Dokter Gigi Praktek Mandiri/Perorangan sesuai pilihan Peserta.
2. Peserta menunjukkan kartu identitas BPJS Kesehatan (proses administrasi).
3. Fasilitas Kesehatan melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta. Fasilitas Kesehatan melakukan pemeriksaan kesehatan/pemberian tindakan/pengobatan.
4. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan oleh Fasilitas Kesehatan.
5. Bila diperlukan atas indikasi medis peserta akan memperoleh obat.
6. Rujukan kasus gigi dapat dilakukan jika atas indikasi medis memerlukan pemeriksaan/ tindakan spesialis/sub spesialis. Rujukan tersebut hanya dapat dilakukan oleh Dokter Gigi, kecuali Puskesmas/Klinik yang tidak memiliki Dokter Gigi.

### b. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

1. Peserta membawa identitas BPJS Kesehatan serta surat rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
2. Peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan memperlihatkan identitas dan surat rujukan

3. Fasilitas Kesehatan bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP.
4. SEP akan dilegalisasi oleh Petugas BPJS Kesehatan di Rumah Sakit.
5. Peserta mendapatkan pelayanan kesehatan berupa pemeriksaan dan/atau perawatan dan/atau pemberian tindakan dan/atau obat dan/atau Bahan Medis Habis Pakai (BMHP).
6. Setelah mendapatkan pelayanan, Peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan oleh masing-masing Fasilitas Kesehatan.

#### **2.1.3.4 Pelayanan Prothesa Gigi/ Gigi Palsu**

##### **1) Cakupan Pelayanan**

- a. Protesa gigi/gigi palsu merupakan pelayanan tambahan/suplemen dengan limitasi/plafon/ pembatasan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan Pelayanan Protesa gigi/gigi palsu dapat diberikan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan.
- b. Protesa gigi/gigi palsu diberikan kepada Peserta BPJS Kesehatan yang kehilangan gigi sesuai dengan indikasi medis dan atas rekomendasi dari Dokter Gigi.
- c. Tarif maksimal penggantian prothesa gigi adalah sebesar Rp. 1.000.000,- dengan ketentuan sebagai berikut:

Tarif untuk masing-masing rahang maksimal Rp. 500.000,-

Rincian per rahang :

- 1 sampai dengan 8 gigi : Rp. 250.000,-
- 9 sampai dengan 16 gigi : Rp. 500.000,-

##### **2) Prosedur Pelayanan**

- a. Prosedur pelayanan dapat dilihat pada Pelayanan gigi poin B.2.
- b. Bila diperlukan atas indikasi medis peserta akan memperoleh resep protesasi gigi/gigi palsu yang mencantumkan jumlah dan lokasi gigi.
- c. Protesasi gigi/gigi palsu dapat diperoleh dari :
  - Dokter Gigi praktek mandiri/perorangan;
  - Puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan dokter gigi dan/atau jejaring dokter gigi;
  - Klinik yang memiliki tenaga kesehatan dan/ atau jejaring dokter gigi; atau
  - Rumah Sakit.
- d. Peserta menandatangani bukti tanda terima, setelah mendapatkan protesasi gigi/gigi palsu

- e. Protesa gigi/gigi palsu dapat diberikan kembali paling cepat 2 (dua) tahun sekali atas indikasi medis untuk gigi yang sama.

#### **2.1.3.5 Pelayanan Gigi Yang Tidak Dijamin**

- a. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
- b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan bpjs kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
- c. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
- d. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
- e. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);
- f. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.

#### **2.1.3.6 Pembayaran**

BPJS Kesehatan melakukan pembayaran ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama melalui pola pembayaran kapitasi dengan ketentuan sebagai berikut :

- Dokter Gigi Praktek Mandiri/Perorangan dibayarkan langsung ke Dokter Gigi berdasarkan jumlah peserta terdaftar.
- Dokter Gigi di Klinik/Puskesmas tidak dibayarkan langsung ke Dokter Gigi yang menjadi jejaring melainkan melalui Klinik /Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertamanya.

### **2.1.4 FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMANFAATAN PELAYANAN**

Pemanfaatan adalah penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas atau tenaga kesehatan maupun dalam bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut (Depkes,2006). Ryman Napirah, et.al (2016) menyebutkan factor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan yaitu:

#### **2.1.4.1 Kesehatan**

Menurut twoddle dalam (Notoatmodjo,2007) apa yang dirasakan sehat bagi seseorang bisa saja tidak dirasakan sehat bagi orang lain, karena adanya perbedaan persepsi. Secara objektif seseorang terkena penyakit, salah satu tubuhnya terganggu fungsinya, namun dia tidak

merasa sakit. Atau sebaliknya, seseorang merasa sakit bila merasakan sesuatu di dalam tubuhnya, tetapi dari pemeriksaan klinis tidak diperoleh bukti bahwa ia sakit.

#### **2.1.4.2 Kualitas Pelayanan**

Kualitas pelayanan adalah upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan konsumen serta ketepatan penyampaiannya dalam mengimbangi harapan konsumen (Tjiptono, 2007). Untuk mengukur sebuah kualitas pelayanan adalah dengan mengetahui persepsi tentang pelayanan tersebut dari kacamata seorang konsumen atau pelanggan. Begitu juga dalam menilai kualitas pelayanan menilai kualitas pelayanan kesehatan dengan mengetahui penilaian atau persepsi pelayanan tersebut oleh pasien. Persepsi pasien ini sangat penting karena pasien yang puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat kembali (Apriyanto, et.al, 2013).

#### **2.1.4.3 Pendapatan**

Menurut pratiwi (2012) pendapatan keluarga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap keputusan mencari pelayanan kesehatan. Meskipun ada subsidi pemerintah, namun masyarakat yang berpendapatan rendah tetap memiliki kesulitan untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan di puskesmas atau rumah sakit dikarenakan biaya transportasi maupun biaya lainnya saat menjalani perawatan yang harus dibayar sendiri.

#### **2.1.4.4 Tingkat Pendidikan**

Status Pendidikan sangat erat kaitannya dengan kesadaran dan pengetahuan seseorang, sehingga status Pendidikan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Biasanya masyarakat yang berpendidikan rendah kurang memiliki kesadaran dan pengetahuan yang baik tentang manfaat pelayanan kesehatan (Rumengan, et.al, 2015).

### **2.1.5 KUALITAS PELAYANAN**

Kualitas pelayanan adalah upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan konsumen serta ketepatan penyampaiannya dalam mengimbangi harapan konsumen (Tjiptono, 2007). Kualitas pelayanan diukur melalui beberapa dimensi, atau yang biasa disebut dengan metode Servqual yaitu suatu metode untuk mengukur tingkat persepsi pelanggan terhadap kualitas pelayanan yang mereka rasakan dan mereka harapkan (Tjiptono, 2008). Dimensi-dimensi kualitas pelayanan tersebut meliputi:

#### **2.1.5.1 Bukti Fisik (*Tangible*)**

Berkenaan dengan penampilan fisik fasilitas layanan, peralatan/perengkapan, sumber daya manusia, dan materi komunikasi perusahaan (Tjiptono,2012:175). Bukti fisik dalam memberikan pelayanan adalah peran orang, dan fasilitas yang tersedia saat pasien mendapat perawatan secara langsung. Hal ini membuat pasien merasa fasilitas kesehatan tersebut serta orang-orang yang memberikan pelayanan bekerja dengan sungguh-sungguh dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

#### **2.1.5.2 Keandalan (*Reliability*)**

Setiap pelayanan memerlukan bentuk pelayanan yang handal, artinya dalam memberikan pelayanan, setiap pegawai diharapkan memiliki kemampuan dalam pengetahuan, keahlian, kemandirian, penguasaan dan profesionalisme kerja yang tinggi, sehingga aktivitas kerja yang dikerjakan menghasilkan bentuk pelayanan yang memuaskan, tanpa ada keluhan dan kesan yang berlebihan atas pelayanan yang diterima oleh masyarakat, (Parasuraman,2001:48). Dalam hal pelayanan Kesehatan aspek keandalan yang dimaksud adalah pegawai di faskes tersebut dapat bekerja dengan benar dan dapat memberikan kepuasan kepada pasien yang mendapat perawatan. Pasien menganggap pegawai di fasilitas Kesehatan tersebut bertindak profesional, dan dapat diandalkan.

#### **2.1.5.3 Ketanggapan (*Responsiveness*)**

Berkenaan dengan kesediaan dan kemampuan penyedia layanan untuk membantu para pelanggan dan merespon permintaan mereka dengan segera (Tjiptono,2012:175). Dalam hal pelayanan Kesehatan, yang dimaksud dengan ketanggapan adalah bagaimana para pegawai di suatu fasilitas Kesehatan dengan sigap merespon permintaan dari pasiennya.

#### **2.1.5.4 Jaminan dan Kepastian (*Assurance*)**

Berkenaan dengan pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka dalam menumbuhkan rasa percaya (*trust*) dan keyakinan pelanggan (*confidence*) (Tjiptono,2012:175). Dalam pelayanan Kesehatan, aspek jaminan dan kepastian ini adalah bagaimana pasien merasa percaya kepada pegawai di suatu fasilitas Kesehatan, bahwa pegawai tersebut dapat dipercaya dan dapat diandalkan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

#### **2.1.5.5 Perhatian (*Empathy*)**

Perusahaan memahami masalah para pelanggannya dan bertindak demi kepentingan pelanggan, serta memberikan personal kepada para pelanggan dan memiliki jam operasi yang nyaman (Tjiptono,2012:175). Dalam pelayanan Kesehatan aspek empathy adalah dimana

pasien merasa pegawai-pegawai di suatu fasilitas Kesehatan memberikan perhatian atau merespon keberadaan serta kondisi pasien dan memberikan rasa nyaman kepada pasien selama mendapatkan perawatan.

## **2.1.6 KEPUASAN PASIEN**

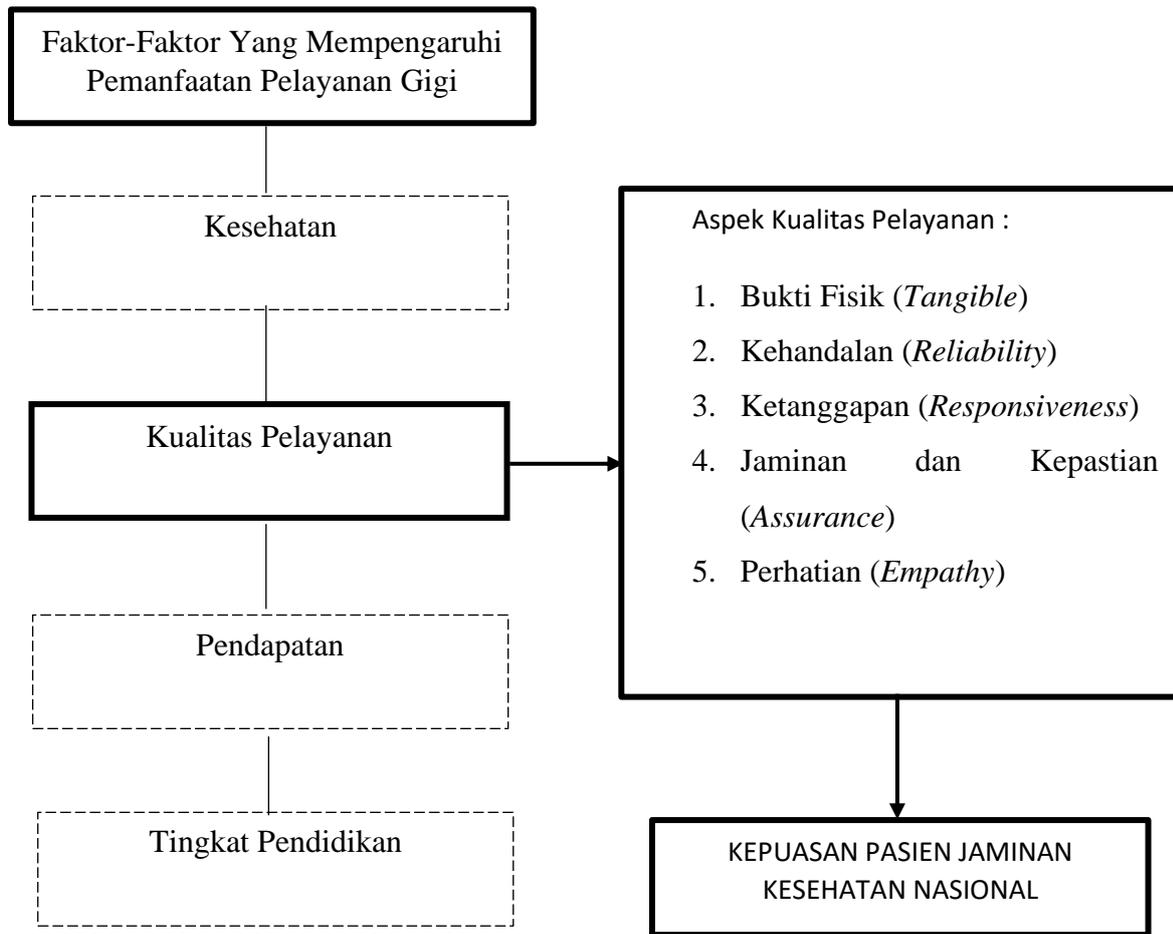
Kepuasan menurut KBBI adalah perihal (yang bersifat) puas;kesenangan;kelegaian dan sebagainya. Nursalam (2011) menyebutkan bahwa kepuasan adalah perasaan senang seseorang yang berasal dari perbandingan antara aktivitas dan kesenangan terhadap suatu produk dengan harapannya. Sedangkan menurut Endang dalam Mamik (2010) kepuasan pasien adalah evaluasi atau penilaian setelah memakai suatu pelayanan, bahwa pelayanan yang dipilih setidak-tidaknya memenuhi atau melebihi harapan.

### **2.1.6.1 Faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien**

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien menurut Budiastuti (dalam Nooria : 2008) yaitu :

- a. Kualitas produk atau jasa, pasien akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka menunjukkan bahwa produk atau jasa yang digunakan berkualitas. Persepsi pasien terhadap kualitas produk atau jasa dipengaruhi oleh dua hal yaitu kenyataan kualitas produk atau jasa dan komunikasi perusahaan, dalam hal ini rumah sakit dalam mengiklankan tempatnya.
- b. Mutu pelayanan, pasien akan merasa puas jika mereka memperoleh pelayanan yang baik atau sesuai dengan yang diharapkan.
- c. Faktor emosional, pasien merasa bangga, puas dan kagum terhadap rumah sakit yang dipandang “rumah sakit mahal”.
- d. Harga, semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar. Sedangkan rumah sakit yang berkualitas sama tetapi berharga murah, memberi nilai yang lebih tinggi pada pasien.
- e. Biaya, pasien yang tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan atau tidak perlu membuang waktu untuk mendapatkan jasa pelayanan, maka pasien cenderung puas terhadap jasa pelayanan tersebut.

## 2.2 KERANGKA KONSEP



Gambar 1 Kerangka Konsep

Keterangan;

Variabel yang diteliti

Variabel yang tidak diteliti

Sumber :

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Gigi menurut Ryman Napirah, et.al (2016).

Dimensi-dimensi kualitas pelayanan menurut (Tjiptono, 2008).

