

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2. 1. LANDASAN TEORI

2.1.1. Puskesmas

2.1.1.1. Definisi Puskesmas

Pusat kesehatan masyarakat yang selanjutnya disebut 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 (Peraturan BPJS No 7, 2019).

Menurut Permenkes RI No. 44 Tahun 2016, Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) dinas kesehatan kabupaten/kota, sehingga dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, akan mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bersangkutan, yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Lima Tahunan dinas kesehatan kabupaten/kota.

2.1.1.2. Fungsi Puskesmas

Menurut Permenkes No. 43 tahun 2019 tentang puskesmas, dalam melaksanakan tugasnya yaitu melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat, puskesmas menyelenggarakan fungsi :

1. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya, yaitu:

- 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, reduksi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
 - d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan sektor 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.
2. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya, yaitu :
- a. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu.

- b. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif.
- c. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- d. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung.
- e. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi.
- f. Melaksanakan rekam medis.
- g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan.
- h. Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan.
- i. Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- j. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

2.1.1.3. Sarana dan Fasilitas Puskesmas

Fasilitas Puskesmas adalah sarana dan prasarana yang digunakan dalam melakukan pelayanan kesehatan kepada peserta yang datang untuk berkunjung. Fasilitas Puskesmas mengacu pada penjelasan apakah sarana prasarana pendukung atau penunjang dalam kegiatan pelayanan kesehatan yang mengacu pada rujukan yang dilakukan oleh puskesmas kepada pihak Rumah Sakit (FKRTL) apakah telah terpenuhi atau belum dalam hal ini SDM, alkes dan penunjang, serta hambatan sarana prasarana (puskesmas

dan pasien). Fasilitas untuk pelaksanaan sistem rujukan yang meliputi SDM dan alat kesehatan serta peralatan penunjang puskesmas lainnya.

Sarana dan fasilitas yang ada di pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor penting dalam mendukung terselenggaranya pelayanan yang berkualitas bagi masyarakat. Peralatan kesehatan di puskesmas harus sesuai dengan Kemenkes No.118/ Menkes/ SK/ IV/ 2014 tentang kompedium alat kesehatan, serta memenuhi persyaratan:

- a. Standar mutu, keamanan, keselamatan.
- b. Memiliki izin edar sesuai ketentuan peraturan perundangundangan; dan
- c. Diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh institusi pengujian dan pengkalibrasian.

Menurut Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas, Kelengkapan sarana di Puskesmas adalah salah satu alasan mengapa masyarakat ingin berobat ke Puskesmas, Sarana puskesmas yaitu sarana kesehatan yang meliputi:

- a. Kulkas
- b. Imunisasi KIT
- c. Meja Ginekologi
- d. Tempat tidur
- e. Lemari
- f. Kursi
- g. *White board*.

2.1.1.4. Peran Puskesmas

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.

2.1.1.5. Peran Puskesmas Sebagai *Gatekeeper*

Puskesmas atau penyedia kesehatan tingkat 1 (PPK 1) memiliki peran penting sebagai *Gatekeeper* atau kontak pertama pada pelayanan kesehatan formal yang diberikan kepada peserta dan penakis rujukan sesuai standar pelayanan medis (SJSN, 2012).

Fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan adalah konsep sistem pelayanan kesehatan dimana fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan medik. Puskesmas sebagai *gatekeeper* berfungsi sebagai kontak pertama pasien, penapis rujukan serta kendali mutu dan biaya (Panduan Praktis *Gate Keeper Concept*)

Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berfungsi optimal sebagai *gatekeeper* biasanya akan memberikan iuran kualitas kesehatan yang lebih baik kepada peserta, akan mengurangi beban negara dalam pembiayaan kesehatan karena mampu menurunkan angka kesakitan dan mengurangi kunjungan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan serta terdistribusi lebih besar dibandingkan dengan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sehingga akses

masyarakat terhadap pelayanan kesehatan lebih tinggi (BPJS Kesehatan, 2014).

Puskesmas memiliki empat fungsi pokok sebagai *gatekeeper* yaitu :

1. Kontak pertama pelayanan (*First Contact*)

Fasilitas kesehatan tingkat pertama merupakan tempat pertama yang dikunjungi peserta setiap kali mendapat masalah kesehatan.

2. Pelayanan berkelanjutan (*Continuity*)

Hubungan fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan peserta dapat berlangsung secara berkelanjutan/kontinyu sehingga penanganan penyakit dapat berjalan optimal.

3. Pelayanan paripurna (*Comprehensiveness*)

Fasilitas kesehatan tingkat pertama memberikan pelayanan yang komprehensif terutama untuk pelayanan promotif dan preventif.

4. Koordinasi pelayanan (*Coordination*)

Fasilitas kesehatan tingkat pertama melakukan koordinasi pelayanan dengan penyelenggara kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai kebutuhannya (*Gatekeeper Concept* BPJS Kesehatan).

2.1.1.6. Sistem Pembayaran di Puskesmas

Sistem pembayaran di Puskesmas menggunakan Kapitasi. Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah Peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan yang diberikan (Kesehatan, BPJS Kesehatan, 2019). Untuk mengetahui besaran kapitasi yang didapat

Puskesmas BPJS Kesehatan berdasarkan peraturan BPJS No 7 tahun 2019, menggunakan Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK). Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan hasil penilaian pencapaian pelayanan perorangan yang telah disepakati. Dalam Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) terdapat 3 Indikator penilaian, yaitu : Angka Kontak (AK), Rasio Rujukan Non Spesialistik (RRNS), dan Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT).

1. AK (Angka Kontak)

Angka Kontak (AK) adalah indikator yang digunakan untuk melihat tingkat aksesibilitas dan pemanfaatan pelayanan primer di FKTP oleh peserta berdasarkan jumlah peserta JKN (per nomor identitas peserta) yang mendapatkan pelayanan kesehatan di FKTP disetiap bulannya baik di dalam gedung maupun diluar gedung tanpa harus memperhitungkan frekuensi kedatangan peserta dalam satu bulan dan usaha FKTP terhadap kesehatan peserta pada setiap 1.000 peserta yang terdaftar di FKTP yang telah melakukan MoU dengan BPJS Kesehatan. Rumus perhitungan angka kontak adalah jumlah peserta yang terdaftar yang melakukan kontak dengan FKTP dibandingkan dengan total jumlah peserta terdaftar di FKTP dikalikan dengan 1.000.

Indikator Angka Kontak (AK) dapat dihitung dengan formulasi perhitungan berikut :

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

Target pemenuhan angka kontak oleh FKTP minimal 150 %o setiap bulan (BPJS Kesehatan, 2017).

2. RRNS (Rasio Rujukan Non Spesialistik)

Merupakan indikator untuk mengetahui sistem rujukan yang sesuai dengan indikasi medis dan kompetensi yang dikoordinasikan antara FKTP dan FKRTL. Jumlah rujukan non spesialisik untuk rawat jalan dalam kasus nonspesialistik merupakan jumlah peserta yang dirujuk oleh FKTP dengan diagnosa yang termasuk kedalam jenis penyakit yang menjadi kompetensi dokter di FKTP yang sesuai dengan ketentuan berdasarkan kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan, FKTP, Dinas Kesehatan, Kabupaten/Kota dan Organisasi Profesi dengan melihat kemampuan pelayanan pada FKTP dan progresitas penyakit yang merupakan keadaan khusus oleh pasien dan/atau kedaruratan medis, serta dituangkan secara tertulis dalam perjanjian tersebut.

Rumus untuk menghitung indikator rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisik adalah jumlah rujukan kasus non spesialisik dibagi jumlah rujukan FKTP dikali 100.

$$RRNS = \frac{\text{jumlah rujukan kasus non spesialisik}}{\text{jumlah rujukan FKTP}} \times 100$$

Rujukan kasus non spesialisik adalah diagnosa yang termasuk dalam 144 penyakit yang harus ditangani tuntas di FKTP, atau tidak boleh dirujuk ke FKRTL karena masuk dalam kriteria *Time-Age-Complication-Comorbidity (TACC)*. Jenis diagnosa yang termasuk 144 item tersebut adalah kesepakatan antara BPJS Kesehatan, FKTP, Dinkes Kota/Kab, dan Organisasi Profesi dengan memperhatikan kemampuan pelayanan FKTP yang merupakan

lampiran yang tidak terpisahkan dengan perjanjian kerja sama. Adapun target pemenuhan rasio rujukan rawat jalan kasus non spesialisik oleh FKTP $\geq 2\%$ setiap bulan (BPJS Kesehatan, 2017).

3. RPPT (Rasio Peserta Prolanis Terkendali)

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. 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.

Menghitung banyak peserta prolanis kasus DM dan HT dibagi 2.

$$a. \text{ RPPT DM} = \frac{\text{Jumlah Prolanis DM}}{\text{Total Peserta DM}} \times 100\%$$

$$b. \text{ RPPT HT} = \frac{\text{Jumlah Prolanis HT}}{\text{Total Peserta HT}} \times 100\%$$

Dengan target pencapaian lebih dari sama dengan 5%.

Hasil pencapaian target indikator komitmen pelayanan FKTP menjadi dasar pembayaran kapitasi berbasis komitmen pelayanan. Bagi FKTP yang memenuhi:

- a. Mencapai 3 target indikator komitmen pelayanan, FKTP akan menerima pembayaran kapitasi 100% dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- b. Mencapai 2 target indikator, dan satu indikator lainnya tidak tercapai, FKTP akan

menerima pembayaran kapitasi sebesar 95% dari norma kapitasi yang ditetapkan.

- c. Mencapai 1 target indikator komitmen pelayanan, sedangkan 2 indikator lainnya tidak tercapai, FKTP akan menerima pembayaran kapitasi sebesar 92,5% dari norma kapitasi yang ditetapkan.
- d. Apabila FKTP tidak mencapai semua target indikator komitmen pelayanan, FKTP menerima pembayaran kapitasi 90% dari norma kapitasi yang ditetapkan (BPJS Kesehatan, 2015).

2.1.2. Sistem Rujukan

2.1.2.1. Pengertian Rujukan

Sistem Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggungjawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Sistem rujukan diwajibkan bagi pasien yang merupakan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan pemberi pelayanan kesehatan. Peserta asuransi kesehatan komersial mengikuti aturan yang berlaku sesuai dengan ketentuan dalam polis asuransi dengan tetap mengikuti pelayanan kesehatan yang berjenjang (PMK, 2012).

Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan (BPJS, 2014).

2.1.2.2. Tata Cara Pelaksanaan Rujukan

1. Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis, yakni :
 - a. Dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama.
 - b. Jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh spesialis, maka pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua.
 - c. Pelayanan kesehatan tingkat kedua di faskes sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes primer.
 - d. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga di faskes tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes sekunder dan faskes primer.
2. Pelayanan kesehatan di faskes pertama yang dapat dirujuk langsung ke faskes ketiga hanya untuk kasus yang sudah ditegakkan diagnosis dan rencana terapinya, merupakan pelayanan berulang dan hanya tersedia di faskes tingkat tiga.
3. Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi:
 - a. Terjadi keadaan gawat darurat; Kondisi kegawatdaruratan mengikuti ketentuan yang berlaku.
 - b. Bencana; Kriteria bencana ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan atau Pemerintah Daerah.
 - c. Kekhususan permasalahan kesehatan pasien; untuk kasus yang sudah ditegakkan rencana terapinya dan terapi tersebut hanya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan.
 - d. Pertimbangan geografis.

- e. Pertimbangan ketersediaan fasilitas
4. Pelayanan yang diberikan oleh bidan dan perawat
 - a. Dalam keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - b. Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama kecuali dalam kondisi gawat darurat dan kekhususan permasalahan kesehatan pasien, yaitu kondisi di luar kompetensi dokter dan/atau dokter gigi pemberipelayanan kesehatan tingkat pertama.
 5. Rujukan Parsial adalah pengiriman pasien atau spesimen ke pemberi pelayanan kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian perawatan pasien di Faskes tersebut.

Rujukan parsial dapat berupa:

- a. Pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang atau tindakan.
- b. Pengiriman spesimen untuk pemeriksaan penunjang

Apabila pasien tersebut adalah pasien rujukan parsial, maka penjaminan pasien dilakukan oleh fasilitas kesehatan perujuk. (Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang BPJS Kesehatan, 2014)

2.1.2.3. Indikasi Rujukan

Dalam hal peserta memerlukan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas indikasi medis, Fasilitas Kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke Fasilitas

Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan Sistem Rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan (PMK No.71 Tahun 2013).

Dokter akan merujuk pasien apabila memenuhi salah satu dari kriteria “TACC” (*Time-Age-Complication-Comorbidity*) berikut:

1. *Time* : jika perjalanan penyakit dapat digolongkan kepada kondisi kronis.
2. *Age* : jika usia pasien masuk dalam kategori yang dikhawatirkan meningkatkan risiko komplikasi serta risiko kondisi penyakit lebih berat.
3. *Complication* : jika komplikasi yang ditemui dapat memperberat kondisi pasien.
4. *Comorbidity* : jika terdapat keluhan atau gejala penyakit lain yang memperberat kondisi pasien.

Selain empat kriteria di atas, kondisi fasilitas pelayanan juga dapat menjadi dasar bagi dokter untuk melakukan rujukan demi menjamin keberlangsungan penatalaksanaan dengan persetujuan pasien. (PMK, 2014)

Apabila sesuai dengan indikasi medis peserta memerlukan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, Peserta wajib membawa surat rujukan dari Puskesmas atau Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama lain yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, dan pertimbangan geografis (PMK, 2013).

2.1.2.4. Persyaratan Sistem Rujukan

Adapun dengan demikian pelaksanaan rujukan yang ada di Indonesia mempunyai syarat-syarat sebagai berikut:

- a. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang, sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama;
- b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama;
- c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama;
- d. Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama;
- e. Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ketentuan diatas dikecualikan pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, dan pertimbangan geografis;
- f. Sistem rujukan diwajibkan bagi pasien yang merupakan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan pemberi pelayanan kesehatan;
- g. Peserta asuransi kesehatan komersial mengikuti aturan yang berlaku sesuai dengan ketentuan dalam polis asuransi dengan tetap mengikuti pelayanan kesehatan yang berjenjang;
- h. Setiap orang yang bukan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dapat mengikuti sistem rujukan.
- i. Rujukan harus mendapatkan persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya.
- j. Persetujuan diberikan setelah pasien dan/atau keluarganya mendapatkan penjelasan dari tenaga kesehatan yang berwenang.
- k. Penjelasan tersebut sekurang-kurangnya meliputi:

Diagnosis dan terapi dan/atau tindakan medis yang diperlukan; alasan dan tujuan dilakukan rujukan; risiko yang dapat timbul apabila rujukan tidak dilakukan; transportasi rujukan; dan risiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan (PMK, 2012).

2.1.3. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Rujukan

Adapun faktor yang mempengaruhi rujukan menurut jurnal (Amilia dan M. Hafizurrachman, 2012) adalah sebagai berikut :

2.1.3.1. Ketersediaan Tenaga Kesehatan

Ketersediaan dokter di puskesmas dinilai berdasarkan ada tidaknya dokter yang bertugas memeriksa dan mendiagnosis penyakit yang diderita pasien selama jam kerja puskesmas.

Adanya puskesmas dinilai berdasarkan ada tidaknya Dokter yang bertugas memeriksa dan mendiagnosis penyakit selama jam kerja. Besaran kapitasi :

1. Rp.3.000,00 apabila tidak memiliki dokter, tidak memiliki dokter gigi dan membuka waktu pelayanan kurang dari 24 jam setiap hari.
2. Rp.3.250,00 apabila tidak memiliki dokter, memiliki dokter gigi paling sedikit 1 orang.
3. Rp.3.500,00 apabila memiliki 2 dokter dan memiliki atau tidak memiliki dokter gigi dan memiliki 5.000 Peserta.
4. Rp.4.000,00 apabila memiliki 2 dokter dan memiliki atau tidak memiliki dokter gigi dan paling sedikit 5.001 sampai dengan paling banyak 15.000 peserta.
5. Rp.4.500,00 apabila memiliki 2 dokter dan memiliki atau tidak memiliki dokter gigi dan paling banyak 5.000 peserta.

6. Rp.5.000,00 apabila: memiliki dokter paling sedikit 3 orang dengan perbandingan 1 orang dokter berbanding dengan paling banyak 5.000 Peserta
7. Rp.6.000,00 apabila memiliki dokter paling sedikit 3 orang dengan perbandingan 1 orang dokter berbanding dengan paling banyak 5.000 Peserta.
8. Rp.8.000,00 apabila memiliki 1 orang dokter dan membuka waktu pelayanan kurang dari 24 jam.
9. Rp.8.100,00 apabila memiliki dokter paling sedikit 2 orang dengan perbandingan 1 orang dokter berbanding dengan paling sedikit 5.001 Peserta, memiliki dokter gigi paling sedikit 1 orang, dan membuka waktu pelayanan kurang dari 24 jam setiap hari.
10. Rp.8.250,00 apabila memiliki dokter paling sedikit 2 orang dengan perbandingan 1 orang dokter berbanding dengan paling banyak 5.000 Peserta, memiliki dokter gigi paling sedikit 1 orang, dan membuka waktu pelayanan kurang dari 24 jam setiap hari.
11. Rp.8.500,00 apabila memiliki dokter paling sedikit 2 orang dengan perbandingan 1 orang dokter berbanding dengan paling sedikit 10.001 Peserta, tidak memiliki dokter gigi, dan membuka waktu pelayanan 24 jam setiap hari.
12. Rp.8.750,00 apabila memiliki dokter paling sedikit 2 orang dengan perbandingan 1 orang dokter berbanding dengan paling sedikit 5.001 sampai dengan paling banyak 10.000 Peserta, tidak memiliki dokter gigi, dan membuka waktu pelayanan 24 jam setiap hari.
13. Rp.9.000,00 apabila memiliki dokter paling sedikit 2 orang dengan perbandingan 1 orang dokter berbanding dengan paling banyak 5.000 Peserta, tidak memiliki

dokter gigi, dan membuka waktu pelayanan 24 jam setiap hari.

14. Rp.9.250,00 apabila memiliki dokter paling sedikit 2 orang dengan perbandingan 1 orang dokter berbanding dengan paling sedikit 10.001 Peserta, memiliki dokter gigi paling sedikit 1 orang, dan membuka waktu pelayanan 24 jam setiap hari.
15. Rp.9.500,00 apabila memiliki dokter paling sedikit 2 orang dengan perbandingan 1 orang dokter berbanding dengan paling sedikit 5.001 sampai dengan paling banyak 10.000 Peserta, memiliki dokter gigi paling sedikit 1 orang, dan membuka waktu pelayanan 24 jam setiap hari.
16. Rp.9.750,00 apabila memiliki dokter paling sedikit 2 orang dengan perbandingan 1 orang dokter berbanding dengan paling banyak 5.000 Peserta, memiliki dokter gigi paling sedikit 1 orang, dan membuka waktu pelayanan 24 jam setiap hari.
17. Rp.10.000,00 apabila memiliki dokter paling sedikit 3 orang, memiliki dokter gigi paling sedikit 1 orang dan membuka waktu pelayanan 24 jam setiap hari. (Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2015).

2.1.3.2. Ketersediaan Obat – Obatan

Pengadaan obat yang di puskesmas termasuk ke dalam dana anggaran pembangunan yang di susun oleh dinas kesehatan Kabupaten/Kota untuk di ajukan dalam daftar usulan kegiatan Pemerintah/Kota. Namun, ketersediaan obat di puskesmas belum mencukupi kebutuhan dan masih terdapat beberapa obat esensial yang

perlu di sediakan di puskesmas seperti obat-obatan hipertensi, jantung, diabetes dan kumur.

Adanya obat-obatan medis umum meliputi obat essential (obat suntik, cairan infus, anestesi lokal) dan obat emergency (ISDN, Obat luka, paracetamol, anti konvulsan spasmolitik). Obat – obatan pelayanan gigi meliputi eugenol, formokresol, formaldehyde, alcohol, antiseptic, amalgam set, fletcher set, lidocaine, chlor ethyl, glass ionomer (Formulir self assessment rekredensialing FKTP BPJS Kesehatan).

2.1.3.3. Ketersediaan Fasilitas dan Sarana Kesehatan

Ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai di puskesmas untuk dapat menunjang diagnosis dokter dan memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

Adanya fasilitas ruang pendukung meliputi, Ruang tunggu , Ruang Periksa/Poli Umum, Ruang periksa/Poli Gigi, Ruang Rawat Inap, Ruang Tindakan, Ruang KIA, Ruang Rekam Medik, Ruang Obat/Farmasi/Apotek, Ruang Administrasi / Tata Usaha, Ruang Laboratorium, Pantry, Toilet Pasien. Fasilitas perelengkapan ruang praktik meliputi Tempat tidur periksa Tempat Tidur Rawat Inap, Meja Tulis, Kursi pasien, Lemari obat dan peralatan, Wastafel/tempat cuci tangan, Desinfektan, Lap pengering, Tempat sampah medis, Tempat sampah non medis, Tempat penyimpanan kartu status, Lemari untuk buku, blanko/formulir (Formulir self assessment rekredensialing FKTP BPJS Kesehatan).

2.1.3.4. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Menurut Wijaya (2011:4) kualitas adalah sesuatu yang diputuskan oleh pelanggan. Kualitas didasarkan pada

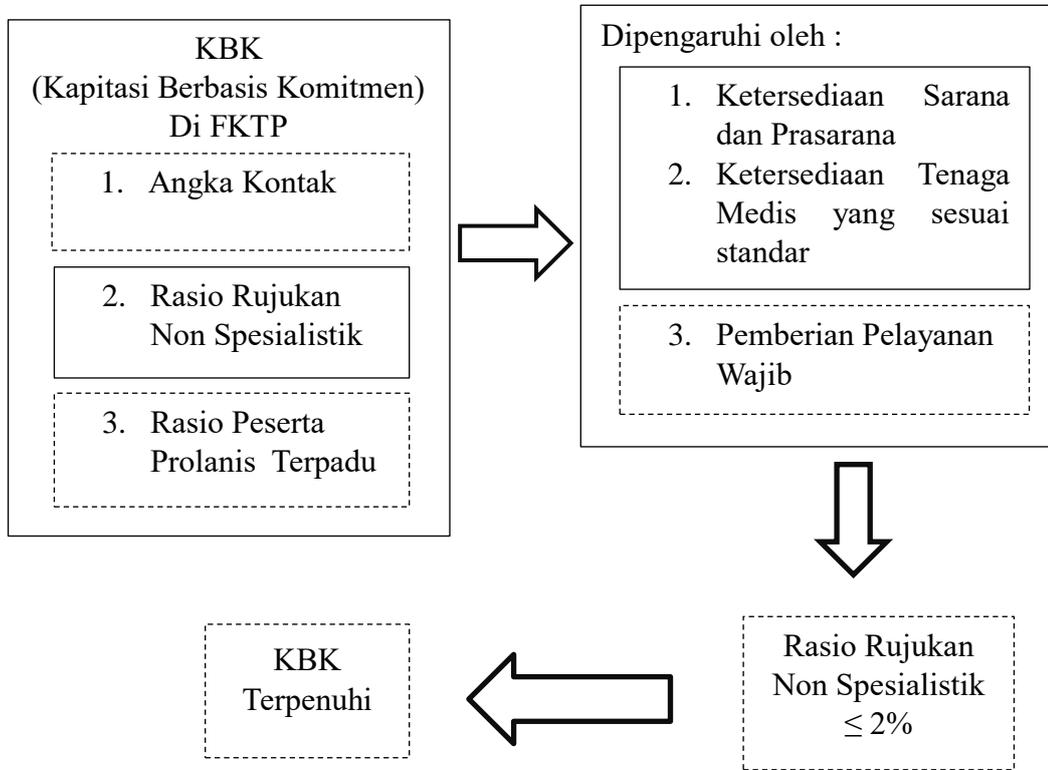
pengalaman actual pelanggan atau konsumen terhadap produk atau jasa yang diukur berdasarkan persyaratan – persyaratan tersebut. Sementara itu, menurut Tjiptono (2002) kualitas pelayanan dapat diartikan sebagai upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan konsumen serta ketepatan penyampaiannya dalam mengimbangi harapan konsumen.

Kualitas pelayanan kesehatan adalah suatu kualitas yang menunjukkan pada tingkat suatu kesempurnaan pada penampilan pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan bagi pemakai jasa (pasien/peserta) pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata dari suatu penduduk, menggunakan tata cara penyelenggaraannya yang telah sesuai dengan standard kode etik profesi yang telah ditetapkan pada pelayanan kesehatan tersebut.

2. 2.KERANGKA KONSEP

Menurut Notoatmodjo (2010) kerangka konsep adalah merupakan formulasi atau simplikasi dari kerangka teori atau teori-teori yang mendukung penelitian tersebut. Kerangka konsep dalam penelitian ini digambarkan seperti gambar dibawah ini:

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan

□ : Variabel yang diteliti

▭ : Variabel yang tidak diteliti