

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Pelayanan Kesehatan**

##### **2.1.1 Pengertian Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan merupakan hak masyarakat, karena setiap orang berhak mendapatkan pelayanan dan perawatan kesehatan. Menurut Levey dan Loomba (1973) dalam jurnal Alin (2009), pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan atau pun masyarakat. Sesuai undang-undang nomor 32 tahun 2009, pelayanan kesehatan adalah setiap kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan atau masyarakat.

##### **2.1.2 Persyaratan Pokok Pelayanan Kesehatan**

###### **1. Tersedia dan Berkesinambungan (*Available and Continuous*)**

Semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaanya dalam masyarakat ada setiap saat yang dibutuhkan.

2. Dapat diterima dan Wajar (*Acceptable and Appropriate*)

Pelayanan kesehatan tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.

3. Mudah dicapai (*Accessible*)

Pelayanan kesehatan yang selalu memusat di daerah perkotaan saja dan sementara tidak ditemukan di pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

4. Mudah dijangkau (*Affordable*)

Biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat, bukanlah pelayanan yang baik.

5. Bermutu (*Quality*)

Kesempurnaan pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan tata cara penyelenggaraanya sesuai kode etik serta standar yang telah ditetapkan (Sriyani, 2016).

## **2.2 Mutu Pelayanan Kesehatan**

### **2.2.1 Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan**

Mutu adalah kesesuaian terhadap kebutuhan. Menurut Herlambang (2016) dalam jurnal Alfina (2019), mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan pelayanan akan pelayanan kesehatan yang sesuai standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau puskesmas secara wajar dan efisien serta diberikan secara aman dan memuaskan norma,

etika, hukum, dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen. Secara umum, mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaranya sesuai dengan standar dan kode etik profesi.

### **2.2.2 Manfaat Mutu Pelayanan Kesehatan**

1. Dapat meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan. Meningkatkan efektivitas adalah kemampuan mengatasi masalah kesehatan secara tepat dan benar.
2. Dapat meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan. Meningkatkan efisiensi adalah kemampuan mencegah tindakan/penyelenggaraan pelayanan yang berlebihan dan/atau yang di bawah standar.
3. Dapat meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Peningkatan penerimaan masyarakat ialah kesesuaian antara pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan tuntutan pemakai jasa pelayanan kesehatan.
4. Dapat melindungi pelaksana pelayanan dari kemungkinan munculnya gugatan hukum. Artinya untuk melindungi kemungkinan munculnya gugatan hukum dari masyarakat yang tidak puas terhadap pelayanan kesehatan (Sriyani, 2016).

### **2.3 Kepuasan Pasien**

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, puas adalah merasa senang karena sudah terpenuhi hasrat hatinya. Kepuasan berarti keadaan psikis yang

menyenangkan yang dirasakan karena terpenuhi harapannya. Menurut Tse dan Wilton dalam jurnal Sirhan Fikri, dkk (2018), kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan sebagai respon terhadap evaluasi ketidakpuasan yang dipersepsikan antara harapan awal dan kinerja yang dipersepsikan setelah konsumsi. Kepuasan merupakan salah satu indikator untuk mengukur keberhasilan suatu layanan yang diberikan dan dapat digunakan sebagai *feed back* bagi pihak manajemen penyelenggara pelayanan kesehatan (Nuraeni & Noviyani, 2019).

. Menurut Pohan (2007) dalam jurnal Wulan (2020), kepuasan pasien adalah harapan pasien yang timbul sebagai akibat dari dalam upaya melakukan peningkatan kualitas mutu pelayanan kesehatan, perlu adanya pengukuran tingkat dari kepuasan pasien itu sendiri agar dapat mengetahui dimensi-dimensi mutu pelayanan sudah sejauh mana pemenuhan harapan pasien sudah diselenggarakan. Kepuasan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya, bukti fisik (*tangible*), kehandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*) dan empati (*emphaty*). Dalam penelitian ini, penulis akan meneliti 3 variable yaitu kehandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*) dan empati (*Emphaty*).

### **2.1.1 Kehandalan (*Reliability*)**

*Reliability* (keandalan), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan, tidak bingung dan selalu memberikan penjelasan atas tindakan keperawatan yang akan dilakukan (Anjaryani, 2009). Dimensi ini termasuk ketanggapan tenaga medis atau petugas dalam memberikan pelayanan serta cara penyampaian informasi kepada pasien.

### **2.1.2 Daya Tanggap (*Responsiveness*)**

*Responsiveness* (daya tanggap) yaitu kemampuan untuk menolong pelanggan dan ketersediaan untuk melayani pelanggan dengan baik (Yuniarti, 2015). Dimensi ini termasuk kemampuan petugas kesehatan dalam membantu pelanggan serta tingkat kesiapan dalam melayani sesuai prosedur yang berlaku dan tentunya untuk bisa memenuhi harapan pelanggan (Arif Tarmansyah Iman & Dewi Lena Suryani K, 2017).

### **2.1.3 Empati (*Empathy*)**

Empati (*emphaty*) dengan memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para konsumen dengan berupaya memahami keinginan konsumen (Amalia, 2018). Dimesi ini juga terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staf kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi setia saat jika para pengguna jasa membutuhkan bantuannya (Arif Tarmansyah Iman & Dewi Lena Suryani K, 2017).

## **2.4 BPJS Kesehatan**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS adalah merupakan suatu badan dari pemerintah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang dibentuk pemerintah untuk memberikan Jaminan Kesehatan untuk Masyarakat dan seluruh warga negara Indonesia nantinya secara bertahap.

### **2.4.1 Tugas**

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS Kesehatan bertugas untuk:

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta

2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
3. Menerima bantuan iuran dari Pemerintah
4. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial.
6. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.

Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

#### **2.4.2 Hak dan Kewajiban**

##### **a. Hak Peserta**

1. Mendapatkan kartu peserta sebagai identitas peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
2. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja dengan BPJS Kesehatan, dan
4. Menyampaikan keluhan / pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis kepada BPJS Kesehatan.

##### **b. Kewajiban Peserta**

1. Mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai peserta BPJS Kesehatan.
2. Membayar iuran

3. Memberikan data dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar
4. Melaporkan perubahan data dirinya dan anggota keluarganya, antara lain perubahan golongan, pangkat atau besaran gaji, pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat dan pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama.
5. Menjaga kartu peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak.
6. Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

c. Kewajiban Pemberi Kerja

1. Mendaftarkan dirinya dan pekerjaannya sebagai Peserta Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
2. Menghitung dan memungut iuran yang menjadi kewajiban peserta dari pekerjaannya melalui pemotongan gaji/upah pekerja.
3. Membayar dan menyetorkan iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS Kesehatan
4. Memberikan data mengenai dirinya, pekerjaannya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar meliputi :
5. Data pekerja berikut anggota keluarganya yang didaftarkan sesuai dengan data pekerja yang dipekerjakan.
6. Data upah yang dilaporkan sesuai dengan upah yang diterima pekerja.
7. Data kepesertaan dalam program jaminan sosial sesuai dengan pentahapan kepesertaan.

8. Perubahan data Badan Usaha atau Badan Hukumnya, meliputi :  
alamat perusahaan, kepengurusan perusahaan, jenis badan usaha, jumlah pekerja, data pekerja dan keluarganya, dan perubahan besarnya upah setiap pekerja.

### **2.4.3 Iuran**

Berdasarkan Perpres RI No. 12 tahun 2013, iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan. Didalam Perpres RI No. 111 Tahun 2013 pembayaran iuran jaminan kesehatan sesuai kepersertaan antara lain :

- a. Bagi Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), iuran dibayar oleh pemerintah pusat. Untuk iuran Jaminan Kesehatan bagi penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dibayar oleh Pemda.
- b. Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU), iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja. Untuk PPU Penyelenggara Negara iuran sebesar 5% dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan : 3% dibayar oleh pemberi kerja dan 2% dibayar oleh peserta. Sedangkan PPU Badan Usaha atau Swasta iuran 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.
- c. Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja iuran dibayar oleh Peserta yang bersangkutan yaitu sebesar :

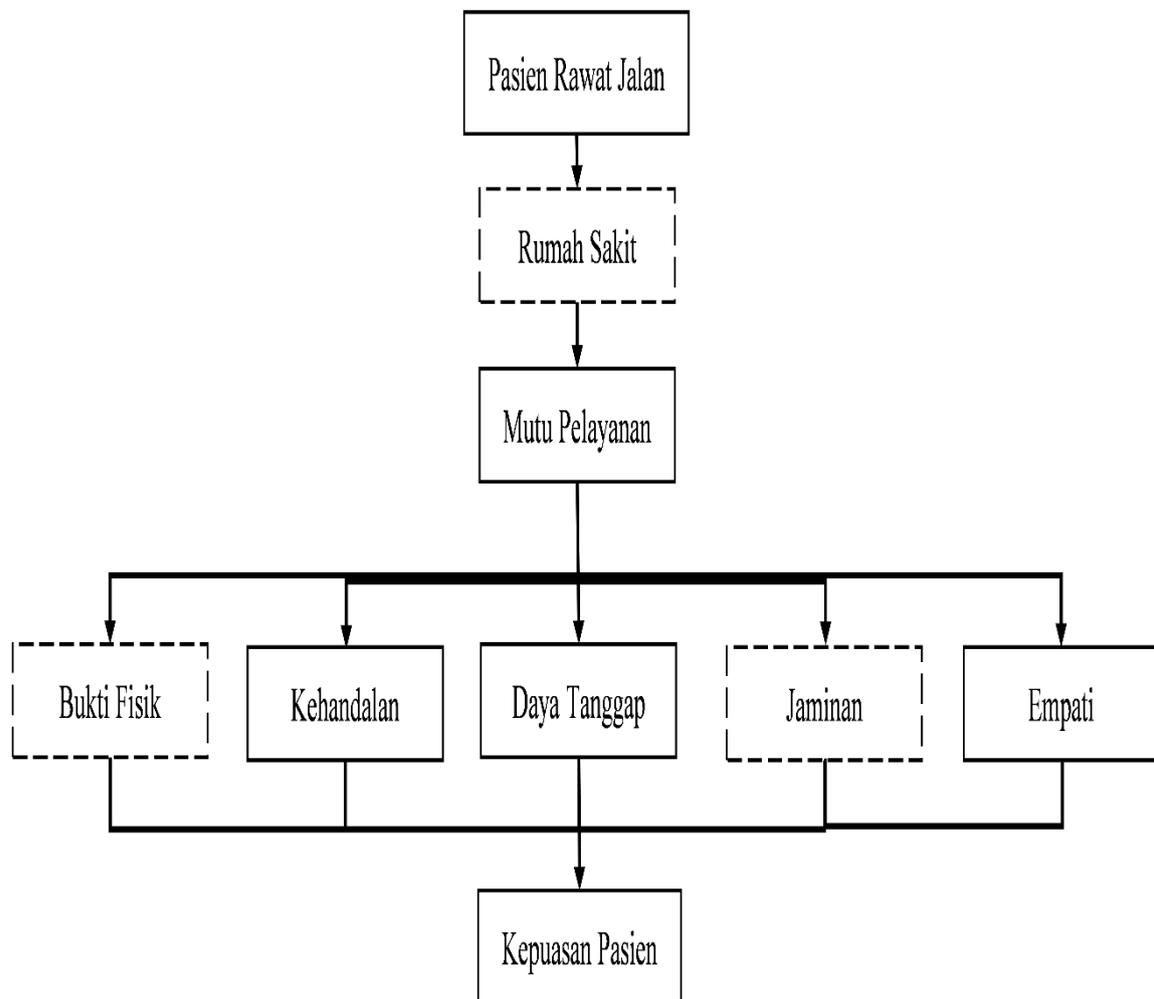
- a) Rp. 42.000 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III. Iuran peserta kelas III yaitu sebesar Rp 35.000, sementara pemerintah tetap memberikan bantuan iuran sebesar Rp 7.000.
- b) Rp. 100.000 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.  
Rp. 150.000 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

Peserta BPJS memiliki kewajiban melakukan pembayaran iuran setiap bulannya. Sesuai dengan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 3 Tahun 2020, jika peserta dan/atau pemberi kerja tidak membayar iuran sampai dengan akhir bulan maka penjaminan peserta akan diberhentikan sejak tanggal 1 bulan berikutnya. Status kepesertaan dapat diaktifkan kembali jika membayar iuran yang tertunggak paling banyak 24 bulan dan membayar iuran pada saat peserta ingin mengakhiri pemberhentian sementara jaminan. Selain itu dalam waktu 45 hari sejak status kepesertaan aktif, peserta wajib membayar denda setiap pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjut yang didapatkan kepada BPJS Kesehatan. Untuk tahun 2020 denda yang harus dibayarkan sebesar 2,5% dari biaya paket INA-CBGs.

Pengenaan denda dikarenakan adanya prinsip SJSN yaitu gotong royong. Hal ini tertera pada UU No. 24 Tahun 2011, kegotong-royongan adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta

membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau tingkat penghasilannya. Jika ada keterlambatan pembayaran iuran maka prinsip kegotong royongan ini tidak akan berjalan.

## 2.5 Kerangka Konsep



**Gambar 2.1 Kerangka Konsep**

**Keterangan :**



: Diteliti



: Tidak Diteliti

## Penjelasan Kerangka Konsep

Perasaan puas pasien timbul setelah menerima pelayanan. Nilai suatu layanan dibagi menjadi 5 yaitu bukti fisik (*tangible*), kehandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*) dan empati (*emphaty*). Kehandalan, daya tanggap dan empati adalah tiga dimensi yang akan diteliti. *Reliability* (keandalan) merupakan kemampuan untuk melakukan pelayanan sesuai yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan (Yuniarti, 2015). Daya tanggap (*responsiveness*) suatu kebijakan untuk membantu dan memberikan layanan yang cepat dan tepat kepada konsumen (Amalia, 2018). *Emphaty* yaitu rasa peduli untuk memberikan perhatian secara individual kepada pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan, serta kemudahan untuk dihubungi (Yuniarti, 2015). Setelah mendapatkan pelayanan, pasien akan memiliki pandangan positif maupun negatif. Kepatuhan pembayaran iuran akan dilihat ada hubungan dari kepuasan pasien.

### 2.6 Hipotesis

Berdasarkan rumusan masalah, tujuan dan kerangka konsep yang telah diuraikan di atas, maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah :

H<sub>0</sub> = Tidak ada hubungan antara kepuasan pasien rawat jalan BPJS Kesehatan mandiri di RSUD Kanjuruhan dengan kepatuhan pembayaran iuran.

H<sub>1</sub> = Ada hubungan antara kepuasan pasien rawat jalan BPJS Kesehatan mandiri di RSUD Kanjuruhan dengan kepatuhan pembayaran iuran.