

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Puskesmas**

#### **2.1.1 Definisi Puskesmas**

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Upaya Kesehatan Masyarakat atau UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Pelayanan Kesehatan Puskesmas adalah upaya yang diberikan oleh Puskesmas kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, dan pelaporan yang dituangkan dalam suatu sistem. Sistem Informasi Puskesmas merupakan suatu tatanan yang menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam melaksanakan manajemen Puskesmas untuk mencapai sasaran kegiatannya. Puskesmas juga menyelenggarakan pembangunan kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan wilayah kerja Puskesmas yang sehat, dengan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat. Serta mampu menjangkau Pelayanan Kesehatan yang bermutu sehingga dapat hidup dalam lingkungan sehat dan memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas dimaksudkan dalam rangka mewujudkan kecamatan sehat untuk

mencapai kabupaten/kota sehat.

### **2.1.2 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas**

Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi:

- a. Paradigma sehat, Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan berpartisipasi dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
- b. Pertanggungjawaban wilayah, Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
- c. Kemandirian masyarakat, Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
- d. Ketersediaan akses pelayanan kesehatan, Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya, dan kepercayaan.
- e. Teknologi tepat guna, Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan, dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.
- f. Keterpaduan dan kesinambungan, Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019, 2019).

### 2.1.3 Tugas, Fungsi, dan Kewenangan Puskesmas

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan, puskesmas mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan cara pendekatan keluarga yang bertujuan meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas juga memiliki fungsi penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Perseorangan tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat tingkat pertama di wilayah kerjanya, puskesmas berwenang:

- a. Menyusun perencanaan kegiatan berdasarkan hasil analisis masalah kesehatan masyarakat dan 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 bekerja sama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain terkait;
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap institusi, jaringan pelayanan Puskesmas dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat;
- f. Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
- h. Memberikan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan

mempertimbangkan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual;

- i. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan;
- j. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, melaksanakan sistem kewaspadaan dini, dan respon penanggulangan penyakit;
- k. Melaksanakan kegiatan pendekatan keluarga; dan
- l. Melakukan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit di wilayah kerjanya,

Dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan tingkat pertama di wilayah kerjanya, puskesmas berwenang:

- a. Menyenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan, bermutu, dan hilistik yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologis, sosial, dan budaya dengan membina hubungan dokter-pasien yang erat dan setara;
- b. Menyenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- c. Menyenggarakan pelayanan kesehatan yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada kelompok dan masyarakat;
- d. Menyenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan kesehatan, keamanan, keselamatan pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan kerja;
- e. Menyenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
- f. Melaksanakan penyelenggaraan rekam medis;
- g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan;
- h. Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan

kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;

- i. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan; dan
- j. Melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Puskesmas juga melakukan pembinaan terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya. Puskesmas dapat berfungsi juga sebagai wahana pendidikan bidang kesehatan, wahana program internsip, dan / atau sebagai jejaring rumah sakit pendidikan dengan dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang- undangan (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019, 2019).

## **2.2 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

### **2.2.1 Dasar Hukum JKN**

Dasar hukum Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Dalam bab 6 tentang Program Jaminan Sosial, bagian kedua tentang Jaminan Kesehatan pasal 19, yaitu Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Jaminan kesehatan juga diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan ( UU Nomor 40 Tahun 2004, 2004).

### **2.2.2 Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Jaminan sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Jaminan Kesehatan Nasional yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Seluruh penduduk Indonesia termasuk di dalamnya adalah populasi kunci yang memang hak kesehatannya sesuai mandate UU ditanggung oleh Negara. Hal ini yang selalu ditekankan agar populasi kunci dapat memahami dan mengerti serta berperan aktif dalam memenuhi hak individunya maupun hak kelompok terkait kesehatannya. Diharapkan dengan adanya JKN seluruh rakyat Indonesia dapat memenuhi kebutuhan dasar. Populasi kunci yang rentan terhadap permasalahan kesehatan dapat mengakses layanan-layanan yang ada sehingga meningkat kualitas kesehatannya baik secara individu maupun secara berkelompok (UU Nomor 40 Tahun 2004, 2004)

### **2.2.3 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional**

Manfaat Jaminan Kesehatan seperti yang tercantum dalam Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 ialah setiap peserta berhak memperoleh pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative, termasuk obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Manfaat Jaminan Kesehatan terdiri atas 2 manfaat yaitu manfaat medis dan manfaat

non medis. Manfaat medis tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Sedangkan manfaat non medis meliputi manfaat akomodasi dan ambulans. Manfaat akomodasi ditentukan berdasarkan skala besaran iuran yang dibayarkan. Dan ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Adapun manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan seperti penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar, keluarga berencana, dan skrining kesehatan. Dengan jaminan untuk pelayanan kesehatan tingkat pertama meliputi pelayanan kesehatan non spesialisik yang mencakup administrasi pelayanan, pelayanan promotif dan preventif, pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, tindakan non medis spesialisik baik operatif maupun non operatif, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, transfuse darah sesuai dengan kebutuhan medis, pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama, dan rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi ( Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013, 2013)

#### **2.2.4 Kepesertaan**

Berdasarkan Perpres No. 82 Tahun 2018, kepesertaan jaminan kesehatan bersifat wajib, artinya seluruh penduduk Indonesia akan menjadi peserta termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia. Kepesertaan ini akan dilakukan secara bertahap dan diharapkan seluruh penduduk Indonesia sudah menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Berdasarkan Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018, kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas :

- a. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang telah ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dibidang sosial.

- b. Peserta bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang yang mampu meliputi:

Pekerja Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya, yaitu:

- a) Pejabat Negara;
- b) Pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah;
- c) PNS;
- d) Prajurit;
- e) Anggota Polri;
- f) Kepala desa dan perangkat desa;
- g) Pegawai swasta; dan
- h) Pekerja / pegawai yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf g yang menerima Gaji atau Upah

Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan anggota keluarganya, yaitu:

- a) Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri
- b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Gaji atau Upah

Bukan Pekerja terdiri atas:

- a) Investor;
- b) Pemberi kerja;
- c) Penerima pensiun;
- d) Veteran;
- e) Perintis Kemerdekaan;
- f) Janda, duda, atau anak yatim dan / atau piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; dan
- g) BP yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang mampu membayar iuran (Perpres Nomor 82 Tahun 2018, 2018).

## **2.3 Program Rujuk Balik (PRB)**

### **2.3.1 Pengertian Program Rujuk Balik (PRB)**

PRB merupakan program pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil, tetapi masih memerlukan pengobatan atau asuhan perawatan jangka panjang yang dilaksanakan oleh FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) atas rekomendasi dari dokter spesialis yang merawat. Berikut 9 penyakit kronis PRB, seperti penyakit diabetes melitus, hipertensi, jantung, asma, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), epilepsy, stroke, schizophrenia, Systemic Lupus Erythematosus (SLE) yang sudah terkontrol / stabil namun masih memerlukan obat atau asuhan keperawatan jangka panjang. Pelaksanaan PRB melibatkan kolaborasi dan kerjasama berbagai Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), yaitu dokter spesialis di Rumah Sakit, dokter FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama), apotek, laboratorium, serta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS-Kesehatan) selaku penyelenggara jaminan kesehatan (Provider).

### **2.3.2 Manfaat Program Rujuk Balik (PRB)**

#### **1. Bagi Peserta**

- a. Meningkatkan kemudahan akses pelayanan kesehatan.
- b. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang mencakup akses promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- c. Meningkatkan hubungan dokter dengan pasien dalam konteks pelayanan holistik.
- d. Memudahkan untuk mendapatkan obat yang diperlukan.

#### **2. Bagi FKTP**

- a. Meningkatkan fungsi Faskes selaku Gate Keeper dari aspek
- b. pelayanan komprehensif dalam pembiayaan yang rasional.

- c. Meningkatkan kompetensi penanganan medik berbasis kajian ilmiah terkini (evidence based) melalui bimbingan organisasi/dokter spesialis.
  - d. Meningkatkan fungsi pengawasan pengobatan.
- 3. Bagi FKTL**
- a. Mengurangi waktu tunggu pasien di poli RS.
  - b. Meningkatkan kualitas pelayanan spesialistik di Rumah Sakit.
  - c. Meningkatkan fungsi spesialis sebagai koordinator dan konsultan manajemen penyakit.

### **2.3.3 Prosedur Program Rujuk Balik (PRB)**

#### **1. Datang ke Puskesmas (FKTP)**

Pertama pasien penyakit kronis datang ke FKTP untuk mendapatkan surat rujukan ke rumah sakit. Biasanya pasien penyakit kronis tidak bisa ditangani di FKTP, namun harus mendapatkan layanan dari dokter spesialis rumah sakit, tanpa diminta pun dokter FKTP akan merujuk pasien ke rumah sakit.

#### **2. Menuju rumah sakit dan membuat berkas eligibilitas peserta**

Setelah di rumah sakit, pasien akan dibuatkan surat eligibilitas peserta di BPJS center yang terdapat di rumah sakit, persyaratan yang harus di bawa ketika berobat di rumah sakit adalah sebagai berikut: Fotocopy dan Kartu BPJS asli yang masih berlaku, Surat rujukan dari faskes tingkat 1, Kartu keluarga untuk peserta BPJS yang mengambil kelas 3, sedangkan untuk pasien kelas 2 dan kelas 1 tidak menyertakan kartu keluarga pun tidak masalah, KTP asli dan fotocopynya.

#### **3. Menuju poli rumah sakit**

Setelah surat eligibilitas peserta didapatkan, pasien

menuju poli rumah sakit sesuai dengan penyakit pasien. Di poliklinik, pasien akan mendapatkan tindakan dari dokter spesialis. Setelah pemeriksaan selesai, pasien harus meminta surat rujuk balik dari dokter spesialis, dokter akan menerbitkan surat pernyataan rujuk balik dan salinan resep untuk pasien.

#### **4. Melakukan Pendaftaran PRB**

Setelah konsumen mendapatkan surat rujuk balik dari dokter spesialis, pasien harus melakukan pendaftaran Program Rujuk Balik di Pojok PRB, lokasi pojok PRB biasanya ada di rumah sakit atau bisa saja ada di luar rumah sakit. Persyaratan untuk melakukan pendaftaran PRB adalah Surat rujuk balik dari dokter spesialis, berkas eligibilitas peserta, fotocopy dan kartu asli BPJS, fotocopy Salinan resep, karena biasanya resep pertama ditebus di klinik rumah sakit, sehingga sebelum mengambil resep lebih baik salinan resep difotocopy terlebih dahulu.

#### **5. Melakukan pemeriksaan berikutnya di FKTP**

PRB biasanya berlaku selama 3 bulan. Selama 3 bulan setelah pasien mendapatkan berkas rujuk balik dan juga salinan resep dari dokter spesialis, pasien cukup berobat di FKTP, dokter di FKTP akan membuat Salinan resep sesuai dengan resep yang tertera di berkas rujuk balik dan salinan resep dari dokter spesialis.

Syarat membuat salinan resep di FKTP untuk konsumen rujuk balik adalah Fotocopy dan asli kartu BPJS, fotocopy surat rujuk balik, fotocopy kartu keluarga, fotocopy salinan resep dari dokter spesialis, buku PRB.

#### **6. Mengambil Obat resep**

Setelah Salinan resep dibuat oleh dokter FKTP, selanjutnya pasien bisa mengambil obat tersebut di apotek-apotek yang sudah bekerja sama dengan BPJS dengan

membawa: salinan resep dari FKTP, fotocopy surat rujuk balik, fotocopy Kartu Keluarga (KK), fotocopy kartu BPJS. (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 59 tahun 2014 , 2014).

## **2.4 Kualitas Pelayanan**

### **2.4.1 Definisi Kualitas Pelayanan**

Kualitas adalah keseluruhan ciri dan sifat dari suatu produk atau pelayanan yang berpengaruh pada kemampuannya untuk memuaskan kebutuhan yang dinyatakan atau yang tersirat (Kotler, 2005). Kualitas pelayanan merupakan fungsi harapan pasien pada saat sebelum melakukan keputusan atas pilihan yang dilakukan, pada proses penyediaan kualitas yang diterima. Jadi kualitas pelayanan harus dimulai dari kebutuhan pasien dan berakhir dengan kepuasan pasien.

Menurut (Lewis & Mitchell, 1990) mendefinisikan kualitas layanan sebagai ukuran seberapa bagus tingkat layanan yang diberikan mampu sesuai dengan harapan konsumen. Berdasarkan definisi ini, kualitas layanan dapat diwujudkan dengan pemenuhan kebutuhan dan keinginan konsumen juga ketepatan penyampainnya untuk menyesuaikan harapan konsumen. Sehingga terdapat dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas layanan, yaitu layanan yang diharapkan dan layanan yang dipersepsikan/dirasakan (Tjiptono, 2005).

### **2.4.2 Dimensi Kualitas Pelayanan**

Menurut (Parasuraman et al., 2017) terdapat 5 dimensi kualitas pelayanan yaitu:

#### **a. Keandalan**

Keandalan (*Reliability*) adalah dimensi yang mengukur keandalan suatu pelayanan jasa kepada konsumen. Keandalan didefinisikan sebagai kemampuan untuk memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya.

b. Jaminan

Jaminan (*Assurance*) adalah dimensi kualitas pelayanan yang berhubungan dengan kemampuan dalam menanamkan kepercayaan dan jaminan kepada konsumen. Dimensi jaminan meliputi kemampuan tenaga kerja atas pengetahuan terhadap pelayanan, kesopanan dalam memberikan pelayanan, keterampilan dalam memberikan keamanan didalam memanfaatkan jasa yang ditawarkan dan kemampuan didalam menanamkan kepercayaan konsumen terhadap jasa ditawarkan.

c. Bukti fisik

Bukti fisik (*Tangibles*) yaitu penampilan fisik, fasilitas, peralatan, sarana informasi dan petugas. Mencakup kesediaan atau keinginan para petugas untuk membantu para peserta dan memberikan pelayanan yang cepat tanggap.

d. Empati

Empati (*Emphaty*) adalah kesediaan untuk peduli dan memberikan perhatian yang tulus dan bersifat pribadi kepada peserta. Dimensi empati adalah dimensi yang memberikan peluang besar untuk menciptakan pelayanan yang tidak diharapkan oleh peserta tetapi ternyata diberikan oleh petugas.

e. Ketanggapan

Ketanggapan (*Responsiveness*) adalah kemampuan untuk memberikan pelayanan dengan cepat kepada peserta. Dimensi ketanggapan merupakan dimensi yang bersifat paling dominan. Salah satu contoh aspek ketanggapan dalam pelayanan adalah kecepatan.

## 2.5 Kepuasan Peserta

### 2.5.1 Definisi Kepuasan

Menurut Kotler, kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya. Kepuasan dalam

menerima suatu pelayanan terkadang terbentuk suatu rasa puas dan tidak puas. Kepuasan atau ketidakpuasan merupakan respon pelanggan sebagai hasil evaluasi kinerja atau tindakan yang dirasakan sebagai akibat tidak terpenuhinya harapan, jadi kepuasan merupakan kesan kinerja dan harapan.

Ketidakpuasan pelanggan merupakan bagian pengalaman pelanggan terhadap produk atau jasa yang dihasilkan sehingga dengan pengalaman tersebut pelanggan berusaha mencari dan membandingkan berbagai produk atau jasa untuk meningkatkan kepuasannya. Jadi, pemberi jasa harus berusaha mengurangi keluhan pelanggan dan meningkatkan kepuasan pelanggan. Layanan kesehatan yang bermutu, tidak dapat melepaskan diri dari kenyataan akan pentingnya menjaga kepuasan pasien, termasuk dalam menangani keluhan yang disampaikan oleh pasien. Kepuasan juga dapat diartikan sebagai suasana batin yang seharusnya direbut oleh layanan kesehatan untuk memenangkan persaingan dalam konteks pelayanan kepada masyarakat. Bagi fasilitas pelayanan kesehatan, penurunan kepuasan akan menyebabkan penurunan jumlah kunjungan pasien di masa yang akan datang (Pertiwi, 2017).

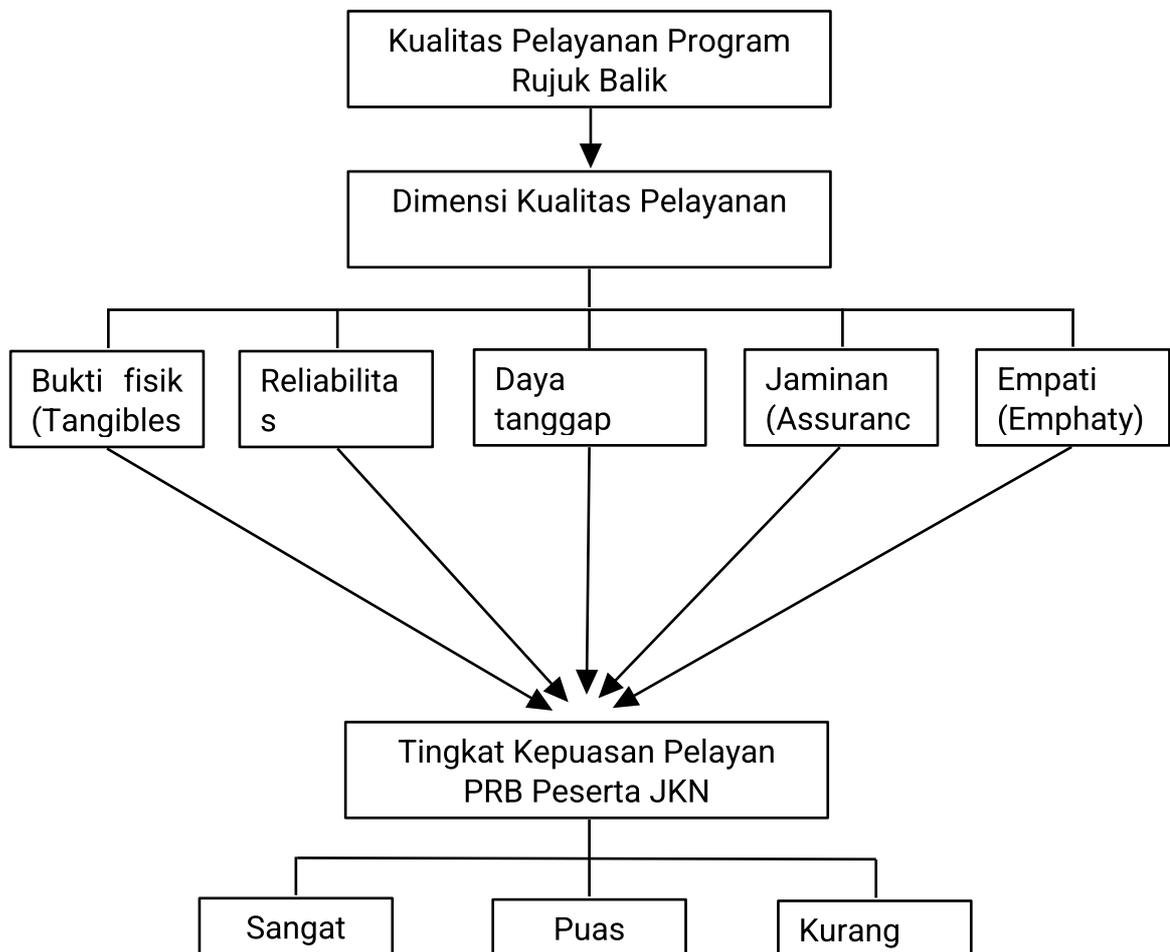
### **2.5.2 Faktor-Faktor Kepuasan Peserta**

Faktor yang mempengaruhi kepuasan menurut Kotler ada 5 dimensi yang mewakili persepsi peserta terhadap suatu kualitas pelayanan yaitu:

- a. Bukti fisik (*Tangibles*), bukti langsung yang meliputi fasilitas fisik, perlengkapan dan material yang digunakan puskesmas dan penampilan petugas yang ada.
- b. Reliabilitas (*Reliability*), berkaitan dengan kehandalan kemampuan puskesmas untuk memberikan pelayanan yang segera dan akurat sejak pertama kali tanpa membuat kesalahan apapun dan dapat memenuhi kebutuhan pasien.

- c. Daya tanggap (*Responsiveness*), sehubungan dengan kesediaan dan kemampuan para karyawan untuk membantu para pasien dan merespon permintaan mereka dengan tanggap, serta menginformasikan jasa secara tepat.
- d. Jaminan (*Assurance*), yakni mencakup pengetahuan, keterampilan, kesopanan, mampu menumbuhkan kepercayaan pasiennya. Jaminan juga berarti bahwa bebas bahaya, resiko dan keragu-raguan.
- e. Empati (*Emphaty*), berarti kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan pasien sebagai pelanggan dan bertindak demi kepentingan pasien.

## 2.6 Kerangka Teori



## Gambar 2.1. Kerangka Teori Penelitian

### 2.7 Hasil Penelitian Terdahulu

Penelitian ini juga pernah digunakan sebagai topik penelitian oleh beberapa peneliti sebelumnya. Maka peneliti juga diharuskan untuk mempelajari penelitian-penelitian terdahulu yang dapat dijadikan sebagai acuan bagi peneliti dalam melakukan penelitian ini.

Pada penelitian (Santoso et al., 2020) meneliti tingkat kepuasan pasien BPJS terhadap pelayanan BPJS rujuk balik di apotek kimia farma Dinoyo dengan 5 dimensi pengukuran kepuasan berdasarkan SERVQUAL (Service Quality) yaitu Reliability/Kehandalan, Assurance/Jaminan, Tangible/Penampilan, Empathy/Empati, dan Responsiveness/Ketanggapan. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode penelitian deskriptif melalui penyebaran kuesioner kepuasan pasien diukur menggunakan model SERVQUAL (Service Quality) dengan teknik acidental sampling. Hasil penelitian menyatakan bahwa analisis Gap memiliki nilai negative yang berarti pasien tidak puas dengan rujuk balik di apotek kimia farma Dinoyo. Pernyataan pada kuesioner yang mempunyai kepuasan tertinggi adalah petugas menggunakan bahasa yang mudah dimengerti saat memberikan informasi kepada pasien, dan kepuasan terendah pada pernyataan kuesioner adalah petugas memastikan penerima obat adalah pasien/ keluarga pasien bukan orang lain.

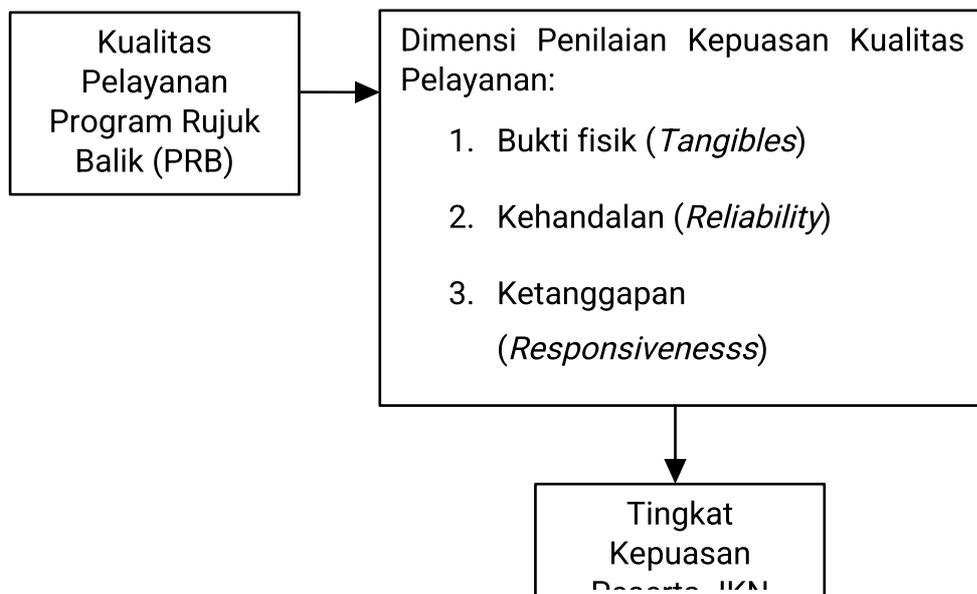
Persamaan dan perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian saat ini adalah:

#### 1. Persamaan Penelitian

- a. Sama – sama meneliti tentang kepuasan pasien / peserta BPJS terhadap kualitas pelayanan Program Rujuk Balik (PRB).

- b. Metode pengumpulan data sama – sama menggunakan metode kuesioner yang berkaitan dengan penelitian dan diberikan kepada responden.
2. Perbedaan Penelitian
- a. Jika pada penelitian (Santoso et al., 2020) dilakukan di Apotek Kimia Farma Dinoyo, sedangkan pada penelitian ini akan dilakukan di Puskesmas Rejowinangun.

## 2.8 Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian