

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Sistem Jaminan Sosial Nasional

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial sebagai badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial, di mana dibentuk Dewan Jaminan Sosial Nasional untuk penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jaminan kesehatan termasuk di dalam SJSN yang diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas serta bertujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan⁸.

2.1.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Badan ini berlandaskan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dibentuk dengan tujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Prinsip yang digunakan dalam penyelenggaraan BPJS adalah: kegotong-royongan (kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap

peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilannya), nirlaba (mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta), keterbukaan (akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta), kehati-hatian (pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib), akuntabilitas (pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan), portabilitas (memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia), kepesertaan bersifat wajib (mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap), dana amanat (iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial), dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk kepentingan peserta. Terdapat dua BPJS, yaitu BPJS Kesehatan yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan yang menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian⁹.

2.1.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan sebelumnya bernama PT. Askes (Persero). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan⁹.

2.1.3.1 Tugas BPJS

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bertugas untuk:

- 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 peserta⁹.

2.1.3.2 Wewenang BPJS

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial berwenang untuk:

- a. menagih pembayaran iuran
- b. menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, dana, dan hasil yang memadai
- c. melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional
- d. membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah
- e. membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan
- f. mengenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya

- g. melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- h. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial⁹.

2.1.3.3 Kepesertaan BPJS Kesehatan

Kepesertaan BPJS Kesehatan bersifat wajib bagi setiap warga Republik Indonesia, termasuk warga negara asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia². Target pemerintah pada tahun 2019 sebanyak 240 juta warga Republik Indonesia terlindungi oleh BPJS Kesehatan¹⁰.

Secara garis besar, kepesertaan BPJS Kesehatan dibagi menjadi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Non PBI. Peserta PBI adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan/atau keluarganya yang terdata oleh pemerintah. Sumber bantuan ini didapatkan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Untuk peserta non PBI dapat dibagi menjadi Pekerja Penerima Upah (PPU) pegawai negeri, PPU badan usaha, pekerja bukan penerima upah (PBPU) atau pekerja mandiri, dan bukan pekerja. Untuk PPU, pemerintah atau badan usaha wajib mendaftarkan anggota keluarga peserta, yaitu istri atau suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, dengan jumlah maksimal lima orang. Selain itu, peserta PPU dapat

menambah anggota keluarganya yang lain (anak keempat dan seterusnya, ayah, ibu, atau mertua) dengan penambahan jumlah iuran¹¹.

Per 1 Januari 2019, peserta program BPJS Kesehatan mencapai 215.784.340 orang dengan rincian 96.643.963 PBI APBN, 33.149.203 PBI APBD, 17.206.407 PPU pegawai negeri, 32.697.826 PPU badan usaha, dan 30.948.016 PBPU atau pekerja mandiri, serta 5.138.925 bukan pekerja. Jumlah fasilitas kesehatan yang melayani BPJS Kesehatan sebanyak 27.189 unit dengan rincian 23.027 FKTP yang terdiri dari 9.931 puskesmas, 5.338 dokter praktek perorangan, 6.535 klinik pratama, 1.197 dokter gigi, 26 rumah sakit kelas D pratama dan 4.162 FKRTL yang terdiri dari 2.237 rumah sakit, 237 klinik utama, 626 apotek, dan 1.062 optik¹².

2.1.3.4 Pembiayaan BPJS

Sumber pemasukan utama BPJS didapatkan dari bantuan iuran oleh pemerintah kepada fakir miskin, pihak pemberi upah baik pemerintah ataupun badan usaha lainnya, serta iuran peserta secara mandiri. Iuran mandiri dilakukan setiap bulannya dengan membayar Rp42.000 untuk pelayanan rawat inap kelas tiga, Rp110.000 untuk pelayanan rawat inap kelas dua, dan Rp160.000 untuk pelayanan rawat inap kelas satu¹³. Perbedaan fasilitas kelas satu, dua, dan tiga hanya di ruang kelas perawatan saja. Selain itu alokasi dana tambahan BPJS dapat bersumber dari pajak penghasilan, pajak tembakau, bantuan pemerintah daerah, dan bantuan pihak asing¹⁴.

Untuk pembayaran dari pihak BPJS kepada fasilitas kesehatan, digunakan sistem kapitasi untuk fasilitas kesehatan primer yang dibayarkan setiap bulannya. Biaya kapitasi ditentukan dari jumlah peserta BPJS yang terdaftar di fasilitas tersebut dan dipengaruhi oleh performa pelayanan fasilitas kesehatan tersebut. Biaya tersebut sudah mencakup konsultasi, pemeriksaan laboratorium sederhana, dan biaya pengobatan untuk penyakit akut. Untuk biaya pengobatan penyakit kronis serta paket tindakan tertentu dibayarkan secara terpisah. Sedangkan, pada fasilitas kesehatan sekunder diterapkan sistem tarif Indonesia *Casemix Base Groups* (INA-CBGs). Indonesia *Casemix Base Groups* merupakan pengelompokan berbasis diagnosis dan prosedur yang memiliki karakteristik, sumber daya, dan biaya yang relatif sama¹⁴.

2.1.3.5 Pengawasan BPJS

Untuk memastikan jaminan sosial nasional terselenggara dengan baik, BPJS diawasi oleh beberapa pihak baik dari eksternal maupun internal. Pengawasan internal dilakukan oleh dewan pengawas dan satuan pengawas internal. Sedangkan, pengawasan external BPJS dilakukan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), otoritas jasa keuangan, dan badan pemeriksa keuangan⁹.

2.1.4 Pelayanan Kesehatan

Menurut UU Nomor 52 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam

suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan kesehatan perseorangan yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga dan pelayanan kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat. Pelayanan kesehatan dapat berupa kegiatan promotif, preventif, kuratif, ataupun rehabilitatif¹⁵.

2.1.4.1 Pelayanan Kesehatan Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional

Peserta BPJS Kesehatan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Pelayanan tersebut meliputi pelayanan pada FKTP, FKRTL, dan pelayanan kesehatan lainnya. Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang terdiri dari puskesmas atau yang setara, praktik dokter, dan praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara, dan rumah sakit kelas D pratama atau yang setara. Sedangkan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspecialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus yang terdiri dari klinik utama atau yang setara, rumah sakit umum,

dan rumah sakit khusus. Selain itu diterapkan juga sistem rujukan berjenjang antara fasilitas kesehatan tingkat pertama, kedua, dan ketiga yang wajib ditaati oleh peserta dan seluruh fasilitas kesehatan¹¹.

Pelayanan kesehatan pada FKTP meliputi kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan, kasus medis rujuk balik, pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama, pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter, rehabilitasi medik dasar, dan rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis. Sedangkan, pelayanan kesehatan pada Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan meliputi: administrasi pelayanan, pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialis oleh dokter spesialis dan subspesialis, tindakan medis spesialistik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis, rehabilitasi medis, pelayanan darah, pelayanan kedokteran forensik klinik, pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan, perawatan inap non intensif, dan perawatan inap di ruang intensif¹¹.

Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan, Pasien wajib mendaftarkan diri dan membayar sejumlah iuran setiap bulannya apabila yang bersangkutan tidak termasuk Penerima Bantuan Iuran (PBI) ataupun Pekerja Penerima Upah (PPU). Selain itu, terdapat sistem rujukan berjenjang yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan, dimana peserta wajib berobat ke FKTP terlebih dahulu, FKTP dapat merujuk peserta tersebut ke FKRTL Sekunder (Klinik Utama atau Rumah Sakit

Kelas C dan D) untuk mendapatkan pelayanan spesialistik. Setelah itu, pasien dapat dirujuk ke FKRTL tersier (Rumah Sakit Kelas A dan B) untuk mendapatkan pelayanan subspecialistik apabila dibutuhkan¹¹.

2.1.5 Kualitas Pelayanan

Kualitas pelayanan adalah upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan konsumen serta ketepatan penyampaiannya dalam mengimbangi harapan konsumen³. Hal tersebut dilihat dari mulai proses hingga hasil yang didapatkan¹⁶. Parasuraman dkk. mengemukakan bahwa kualitas pelayanan dapat dipengaruhi oleh hubungan antara konsumen dan penyedia jasa. Terdapat lima unsur yang terkait dengan kualitas pelayanan, yaitu: nyata (wujud langsung yang meliputi fasilitas fisik, yang mencakup kemutakhiran peralatan yang digunakan, kondisi sarana, kondisi sumber daya manusia termasuk penampilan dari tim kesehatan), handal (kemampuan untuk memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan), responsif (pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan), jaminan (kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, risiko atau keragu-raguan termasuk rasa hormat, kredibilitas, dan keamanan), dan empati (hubungan serta komunikasi yang baik, serta memahami kebutuhan para pelanggan)¹⁷.

Dikutip dari literatur lainnya, kualitas pelayanan dapat dinilai juga dari dimensi sarana prasarana (termasuk tersedianya alat dan bahan yang dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan serta kebersihan), karyawan (dari segi kuantitas, kesigapan, keramahan, serta keterampilan), pelayanan medis (terutama komunikasi antara

petugas kesehatan dan pasien), pelayanan administrasi (terutama dari waktu pelayanan mulai sejak mengambil nomor antrian hingga waktu tunggu pelayanan), juga keamanan dalam pelayanan (dari sarana fasilitas kesehatan, keselamatan di saat pemberian tindakan, dan pemberian obat), kepercayaan terhadap rumah sakit, akses (letak geografis rumah sakit), transparansi informasi (informasi yang jelas perihal pelayanan seperti nomor antrian dan jadwal praktek dokter), kesetaraan (tidak adanya ketimpangan antara pasien pengguna BPJS dan pasien lainnya), iur biaya (tidak ada biaya tambahan bagi peserta BPJS), serta termasuk kualitas antara bagian (termasuk kerjasama antar bagian yang ada di rumah sakit)⁷.

2.1.6 Kepuasan Pasien

Belum ada suatu definisi khusus untuk kepuasan pasien. Salah satu definisi umum dari kepuasan pasien adalah perbedaan dari harapan pelanggan dan pengalaman yang didapatkan setelah menggunakan pelayanan dan/atau produk dalam suatu periode tertentu. Menurut Jenkinson C dkk. (2002) and Ahmed dkk. (2011) kepuasan pasien lebih condong kepada sikap terhadap perawatan dan aspek-aspeknya. Mohan (2004) mendefinisikan perasaan, emosi, dan persepsi pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan adalah kepuasan pasien. Sedangkan kepuasan pasien menurut penulis lain adalah tingkat kesesuaian antara perawatan ideal yang diharapkan oleh pasien dengan persepsi tentang perawatan sebenarnya yang diterima oleh mereka¹⁸.

Seorang pasien juga dapat didefinisikan sebagai konsumen yang membeli jasa pelayanan kesehatan kepada produsen, dalam hal ini adalah penyedia layanan

kesehatan. Seorang konsumen dapat dikatakan puas apabila kepuasan pasien berdampak pada loyalitas pasien kepada penyedia layanan kesehatan¹⁹.

2.1.6.1 Tujuan Pengukuran Kepuasan Pasien

Dari beberapa literatur disimpulkan bahwa terdapat peningkatan kualitas pelayanan yang diakibatkan oleh pengukuran kepuasan pasien. Perbaikan, pengambilan keputusan strategis, strategi manajemen yang efektif, pengurangan biaya, dan pemantauan kinerja pelayanan kesehatan dapat dilakukan dari hasil evaluasi yang diberikan oleh pasien. Evaluasi tersebut juga dapat dijadikan kesempatan untuk memenuhi harapan pasien¹⁸.

Saat ini, akibat adanya keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan serta peran pasien sebagai mitra dalam melakukan peningkatan kualitas layanan kesehatan menyebabkan kecenderungan industri kesehatan untuk berfokus kepada pelayanan yang berpusat kepada pasien. Mohan dkk. berpendapat bahwa pengukuran kepuasan pasien dan kesinambungan perawatan memiliki keterkaitan yang tinggi. Disimpulkan juga pasien yang puas cenderung untuk mematuhi manajemen penyakit yang diderita dan mematuhi penyedia layanan kesehatan. Kepuasan pasien merupakan indikator utama dalam komunikasi dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Sebaliknya, beberapa literatur menolak pandangan pasien sebagai evaluasi dikarenakan sepenuhnya subjektif serta dianggap sebagai suatu penilaian terhadap kualitas perawatan yang tidak dapat dipercaya¹⁸.

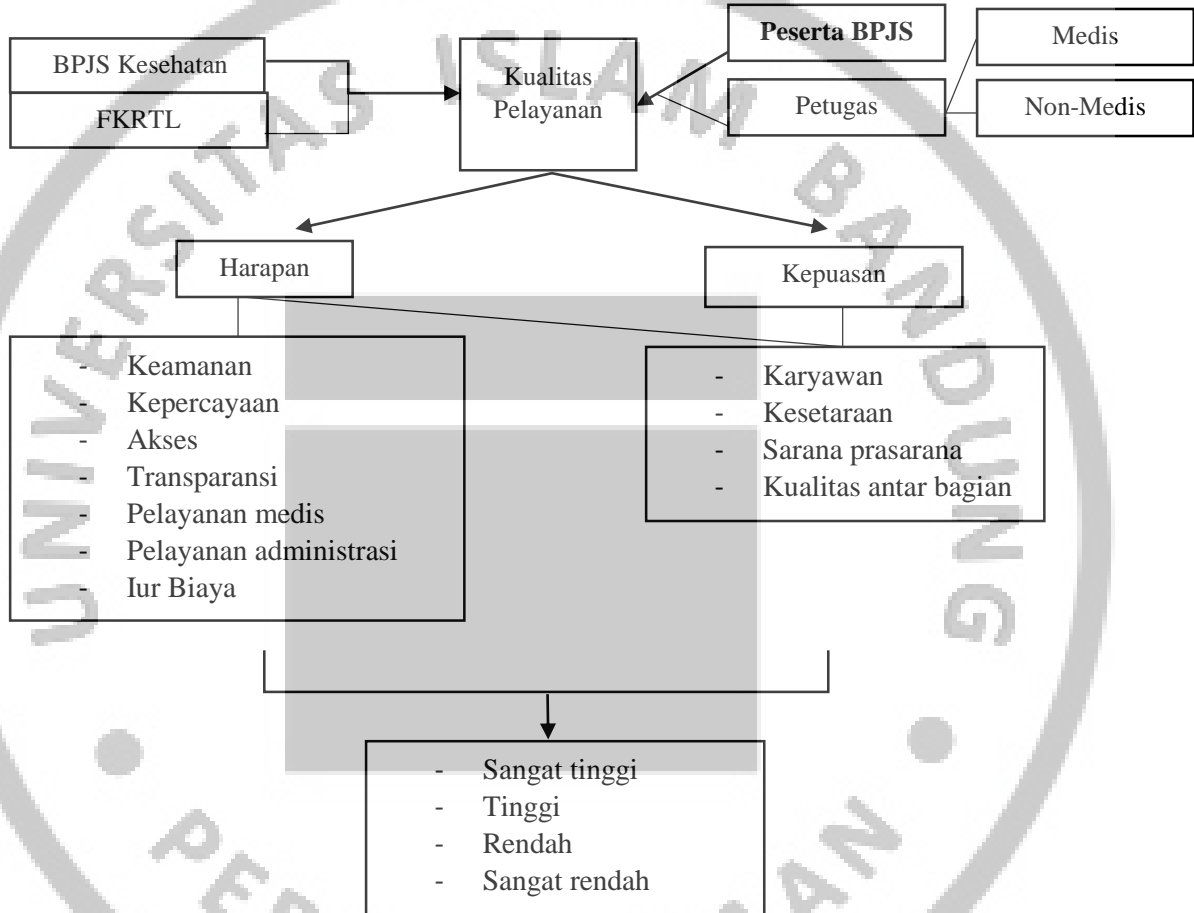
2.1.6.2 Dampak Pengukuran Kepuasan Pasien

Selama 20 tahun terakhir, terdapat peningkatan perhatian terhadap survei kepuasan pasien. Namun, hanya sedikit penelitian yang mempublikasikan perbaikan yang dihasilkan dari informasi umpan balik dari survei kepuasan pasien serta hasilnya sering berlawanan dari temuan mereka. Dari penelitian yang dilakukan di Perancis didapatkan informasi bahwa terdapat implementasi perbaikan yang didapatkan dari survei kepuasan. Namun, perbaikan tersebut mayoritas dilakukan hanya pada lingkungan rumah sakit tanpa perubahan yang signifikan dalam perilaku penyedia pelayanan kesehatan, contohnya dalam keterampilan interpersonal. Sebaliknya, temuan utama dari survei yang dilakukan di Negara Bagian Victoria, Australia, sangat sedikit inisiasi perubahan yang dilakukan setelah lima tahun. Di sisi lain, 13 rumah sakit tersier diperiksa oleh Barr dkk. pada tahun 2002 dalam menanggapi laporan publik terkait kepuasan pasien. Disimpulkan setiap rumah sakit yang diperiksa sudah melakukan berbagai inisiatif dalam meningkatkan kualitas di berbagai aspek pelayanan. Sejalan dengan itu, terdapat berbagai aktivitas yang menunjang perbaikan di 50 rumah sakit di Negara Bagian Massachusetts, Amerika Serikat yang didasari oleh survei umpan balik persepsi yang dialami oleh pasien¹⁸.

2.2 Kerangka Pemikiran

Penilaian kepuasan pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit dapat ditinjau dari perbedaan antara harapan yang dimiliki oleh peserta BPJS Kesehatan kepada penyedia jasa dengan kualitas pelayanan yang diberikan oleh penyedia jasa kepada peserta BPJS Kesehatan, dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan serta FKRTL²⁰. Unsur

yang dapat dinilai adalah sarana prasarana, karyawan, pelayanan medis, pelayanan administrasi, keamanan, kepercayaan, akses, transparansi informasi, iur biaya, kesetaraan, serta kualitas antar bagian penyedia layanan kesehatan.



Bagan 2.1 Kerangka pemikiran