

BAB II

TINJAUAN TEORI

II.1 Kajian Pustaka

Kajian Pustaka ini merupakan uraian secara sistematis tentang hasil penelitian terdahulu tentang persoalan yang akan dikaji dalam tesis ini. Peneliti mengemukakan dan menunjukkan dengan tegas bahwa masalah yang akan dibahas belum pernah diteliti sebelumnya atau menjelaskan posisi penelitian ini di antara penelitian-penelitian terdahulu.

Hasil penelitian empiris tentang mutu pelayanan pada faskes tingkat pertama dalam pelaksanaan JKN masih sedikit, belum begitu mendapat perhatian dan dikaji secara mendalam di Indonesia atau mungkin karena Program ini masih termasuk baru karena berlaku mulai Januari 2014. Namun peneliti disini mencoba mencari penelitian yang agak mirip dengan persoalan yang sedang diteliti saat ini.

Terdapat beberapa penelitian yang terkait dengan penelitian yang akan disusun lakukan yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.1
Penelitian Terdahulu

No	Peneliti	Judul	Hasil Penelitian
1	Suranto, Dyah Mutiarin, Awang Darumurti (2015)	Analisis Implementasi Program JKN Dalam Pelayanan Kesehatan di DIY	Pelaksanaan JKN di DIY dengan indikator Komunikasi, Sumberdaya manusia, Disposisi, dan Struktur Birokrasi menunjukkan variasi hasil yang berbeda. Secara keseluruhan, indikator Komunikasi memiliki nilai yang paling rendah diantara tiga indikator yang lain, yaitu dengan indeks rerata 3,79. Nilai indeks ini dapat dimaknai bahwa Komunikasi

			antara Pelaksana Program yaitu BPJS dengan Penyelenggara Fasilitas Kesehatan seperti Fasilitas Kesehatan Tingkat 1 dan Fasilitas Kesehatan Tingkat II, mengalami kendala dalam sosialisasi, penyamaan persepsi tentang JKN kepada peserta, serta mengelola mekanisme klaim JKN.
2	Karmelia Martha Bura Sulie (2013)	Dimensi Mutu Pelayanan Pasien Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Bulu Lor Semarang Tahun 2013	<p>Dimensi mutu kenyamanan pasien Jamkesmas sebagian besar cukup sebanyak 66 %. Namun masih terdapat beberapa masalah yaitu ruang tunggu puskesmas yang tidak bersih sebanyak 69 %, petugas kesehatan berpenampilan tidak rapih sebanyak 62%, dan petugas kesehatan tidak mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir sebelum memeriksa pasien sebanyak 69 %. Dimensi mutu informasi pasien Jamkesmas sebagian besar cukup sebanyak 68 %. Namun masih terdapat beberapa masalah yaitu petugas kesehatan memberikan informasi yang tidak lengkap tentang penyakit pasien sebanyak 62%, petugas kesehatan tidak memberikan nasehat yang harus dilakukan untuk penyembuhan sebanyak 69% dan petugas kesehatan tidak memberikan informasi pelayanan kesehatan lanjutan yang dibutuhkan pasien sebanyak 55%.</p> <p>Dimensi mutu hubungan antar manusia sebagian besar cukup sebanyak 63,0%. Namun masih terdapat beberapa masalah yaitu petugas kesehatan bersikap tidak ramah dalam memberikan pelayanan sebanyak 55 %, petugas kesehatan tidak mendengarkan keluhan pasien sebanyak 69 %, dan petugas kesehatan tidak menjaga.</p>
3	Murni Naiborhu (2013)	Jaminan Kesehatan Nasional	Pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas tidak hanya pemberian obat, tetapi juga dalam melaksanakan tugasnya sebagai pembina kesehatan

			akan melaksanakan tugas sebagai promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan, proteksi spesifik dan deteksi dini penyakit.
4	Retno Eka Pratiwi, Anwar, Dina Suryawati (2013)	Kualitas Pelayanan Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat bagian Rawat Jalan di Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember	Penelitian ini membuktikan bahwa mutu atau kualitas pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas Sumbersari belum memberikan kepuasan dalam diri pasien. Karena harapan pasien lebih tinggi dari persepsi tentang mutu pelayanan kesehatan yang dirasakan oleh pasien peserta Jamkesmas.
5	Rully Dedy Setiawan (2010)	Kualitas Pelayanan Puskesmas Karangdowo Kabupaten Klaten kepada Pasien Jamkesmas	Dalam penelitian ini membahas tentang kualitas pelayanan kesehatan yang dilihat dari sudut pandang pasien peserta Jamkesmas yang merupakan program sebelum program Jaminan Kesehatan Nasional. Yang menjadi pembeda antara penelitian ini dengan penelitian penulis adalah pendekatan yang dilakukan.

Sumber : Penulis 2015

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yaitu penelitian ini dilakukan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kabupaten Tojo Una-Una. Dan variable penelitian dalam penelitian ini yaitu mutu pelayanan kesehatan pada faskes tingkat pertama.

II.2 Kerangka Teori

II.2.1 Universal Health Coverage (UHC)

Universal Health Coverage (UHC) atau kadang-kadang disebut cakupan universal, adalah aspirasi bahwa semua orang mendapatkan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan tanpa mengalami kesulitan keuangan untuk membayar. UHC ditetapkan berdasarkan konstitusi WHO 1948 yang menyatakan kesehatan merupakan hak asasi manusia. Penetapan ini diperkuat dengan deklarasi Alma-

Ata pada 1978. Deklarasi ini membuat Istilah UHC menjadi semakin populer dalam dunia internasional (Kieny dan Evans, 2013).

Berdasarkan Deklarasi tersebut, pasca Perang Dunia II beberapa negara mengambil inisiatif untuk mengembangkan jaminan sosial, antara lain jaminan kesehatan bagi semua penduduk (UHC). Dalam sidang ke-58 tahun 2005 di Jenewa, World Health Assembly (WHA) menggaris bawahi perlunya pengembangan sistem pembiayaan kesehatan yang menjamin tersedianya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada mereka terhadap risiko keuangan. WHA ke-58 mengeluarkan resolusi yang menyatakan, pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan melalui UHC diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial. WHA juga menyarankan kepada WHO agar mendorong negara-negara anggota untuk mengevaluasi dampak perubahan sistem pembiayaan kesehatan terhadap pelayanan kesehatan ketika mereka bergerak menuju UHC.

Menyadari hal ini, Negara-negara anggota PBB menekankan bahwa UHC penting untuk pembangunan manusia secara keseluruhan dan menunjukkan bahwa itu harus dimasukkan dalam agenda pembangunan pasca 2015. Bergerak lebih dekat ke UHC kontribusi untuk "kepuasan terhadap standar kesehatan" yang sebagaimana tercantum dalam konstitusi WHO, adalah "salah satu hak dasar setiap manusia tanpa membedakan ras, agama, keyakinan politik, ekonomi atau kondisi sosial".

Konsep UHC telah banyak diadopsi oleh berbagai Negara, seperti Thailand, Cina, Amerika, Turki, India, Kenya, Ghana, Tunisia, Philippina, dan

Malaysia. Keberhasilan pembiayaan kesehatan dalam konsep UHC didapatkan dari Thailand. Pada tahun 1991, dua pertiga dari penduduk Thailand tidak memiliki asuransi kesehatan. Namun, pada tahun 2000, hanya 20,3% dari penduduk Thailand yang tidak diasuransikan. Setelah diberlakukannya UHC, angka ini turun menjadi kurang dari 4% (Puenpatom dan Rosenman, 2008). UHC di Indonesia diadopsi dalam bentuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai program perlindungan kesehatan masyarakat secara nasional dibawah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).

II.2.2 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

II.2.2.1 Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Jaminan ini disebut Jaminan Kesehatan Nasional karena semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS Kesehatan termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran (Buku Saku FAK BPJS Kesehatan, 2013).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). SJSN ini diimplementasikan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi

dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. Sebagian besar penelitian dari negara-negara berkembang ini menemukan bahwa asuransi kesehatan memiliki dampak positif pada peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan (Aji, De Allegri, Souares, & Sauerborn, 2013).

JKN dirancang berdasarkan hukum Jamsostek untuk memenuhi kebutuhan dasar masyarakat dan berkontribusi terhadap realisasi Indonesia yang sejahtera dan adil. Dengan asuransi ini, diharapkan orang tidak menghadapi hambatan finansial untuk mengakses layanan kesehatan dan karena itu meningkatkan penggunaan layanan kesehatan mereka (Ekawati et al., 2017).

Kelebihan sistem asuransi sosial dibandingkan dengan asuransi komersial antara lain:

Tabel 2.2
Perbedaan Sistem Asuransi Sosial dan Asuransi Komersial

Asuransi Sosial	Asuransi Komersial
Kepesertaan bersifat wajib (untuk semua penduduk)	Kepesertaan bersifat sukarela
Non Profit	Profit
Manfaat komprehensif	Manfaat sesuai dengan premi yang dibayarkan.

Sumber: Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional 2013.

Dengan penetapan JKN oleh BPJS Kesehatan, maka Indonesia memasuki era baru dimana akan terbentuk sebuah sistem tunggal layanan medis untuk seluruh penduduk yang mampu mengendalikan biaya kesehatan. Untuk itu perlu disusun petunjuk teknis yang akan menjadi pegangan bagi semua pihak untuk

memahami dan mempersiapkan diri agar dapat berperan aktif dalam penyelenggaraan program BPJS yang telah dimulai pada 1 Januari 2014 dan mencapai cakupan universal, satu Jaminan Kesehatan untuk seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019.

Tabel 2.3
Peta Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2012-2019

Sasaran 2014	Sasaran 2019
BPJS Kesehatan mulai beroperasi.	BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik.
BPJS Kesehatan mengelola jaminan kesehatan setidaknya bagi 121,6 juta peserta.	Seluruh penduduk Indonesia mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan.
Paket manfaat medis yang dijamin adalah seluruh pengobatan untuk seluruh penyakit. Namun, masih ada perbedaan kelas perawatan di rumah sakit bagi yang mengiur sendiri dan bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI).	Paket manfaat medis dan non medis (kelas perawatan) sudah sama, tidak ada perbedaan, untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat.
Rencana aksi pengembangan fasilitas kesehatan tersusun dan mulai dilaksanakan.	Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis.
Seluruh peraturan pelaksanaan yang merupakan turunan UU SJSN dan UU BPJS telah diundangkan dan diterbitkan.	Seluruh peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak.
Paling sedikit 75 % peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS.	Paling sedikit 85 % peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS.
Paling sedikit 65% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS.	Paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS.
BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel.	BPJS dikelola secara terbuka, efisien, dan akuntabel.

Sumber: Buku Reformasi Jaminan Sosial di Indonesia 2013.

II.2.3 Mutu Pelayanan Kesehatan

II.2.3.1 Pengertian Mutu

Definisi mengenai mutu telah banyak dijelaskan oleh para ahli. Istilah mutu memiliki banyak penafsiran yang mungkin berbeda-beda, ketika ia

digunakan untuk menggambarkan sebuah produk atau pelayanan tertentu. Bisa saja beberapa orang mengatakan bahwa sesuatu dikatakan bermutu tinggi ketika sesuatu tersebut dianggap lebih baik, lebih cepat, lebih cemerlang, *lux*, lebih *wah* dan biasanya lebih mahal dibandingkan produk atau layanan yang mutunya dianggap lebih rendah. Hal ini tentu tidak sepenuhnya benar. Beberapa orang mengartikan layanan kesehatan bermutu adalah layanan yang memuaskan pelanggan, maka mutu dapat dikatakan sebagai kondisi dimana hasil dari produk sesuai dengan kebutuhan pelanggan, standar yang berlaku dan tercapainya tujuan. Mutu tidak hanya terbatas pada produk yang menghasilkan barang tetapi juga untuk produk yang menghasilkan jasa atau pelayanan termasuk pelayanan kesehatan (Ali Gufran, 2007).

Mutu produk dan jasa adalah seluruh gabungan sifat-sifat produk atau jasa pelayanan dari pemasaran, *engineering*, manufaktur, dan pemeliharaan dimana produk dan jasa pelayanan dalam penggunaannya akan bertemu dengan harapan pelanggan (Feigenbaum dalam Wijono, 1999:3).

Mutu juga memiliki banyak pengertian lain, menurut Azwar (1996) beberapa diantaranya yang dianggap cukup penting adalah:

- a. Mutu adalah tingkatan kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati.
- b. Mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program.
- c. Mutu adalah totalitas dari wujud serta ciri dari suatu barang atau jasa yang di dalamnya terkandung sekaligus pengertian rasa aman atau pemenuhan kebutuhan para pengguna.

d. Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan.

Dari definisi di atas terdapat beberapa persamaan, yaitu dari elemen-elemen sebagai berikut:

- a. Mutu mencakup usaha memenuhi atau melebihi harapan pelanggan.
- b. Mutu mencakup produk, tenaga kerja, proses, dan lingkungan.
- c. Mutu merupakan kondisi yang dapat berubah-ubah, apa yang dianggap bermutu pada saat ini, mungkin saja akan dianggap kurang bermutu pada masa mendatang berdasarkan standar yang ditetapkan.

Maka dapat disimpulkan bahwa mutu adalah kemampuan suatu produk, baik itu barang maupun jasa atau layanan untuk memenuhi keinginan pelanggannya. Sehingga setiap produk baik barang ataupun jasa akan selalu dipacu untuk memenuhi mutu yang diminta pelanggan melalui pasar.

II.2.3.2 Pelayanan Kesehatan

Menurut Moenir (2002), pelayanan hakikatnya adalah serangkaian kegiatan, karena itu pelayanan merupakan proses. Sebagai proses, pelayanan berlangsung secara rutin dan berkesinambungan, meliputi seluruh kehidupan dalam masyarakat. Definisi pelayanan yang sangat sederhana diberikan oleh Ivaneceovich, Lorenzi, Skinner, dan Crosby dalam Ratminto dan Winarsih (2006:2) bahwa pelayanan adalah produk-produk yang tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang melibatkan usaha-usaha manusia dan menggunakan peralatan.

Sedangkan definisi yang lebih rinci menurut Gronroos dalam Ratminto dan Winarsih (2006:2) menyatakan bahwa pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang

terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi layanan yang dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan konsumen/pelanggan.

Selanjutnya Sampara dalam Sinambela (2006:5) berpendapat bahwa pelayanan adalah suatu kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antar seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik, dan menyediakan kepuasan pelanggan.

Pengertian pelayanan kesehatan menurut Levey dan Loomba yang dikutip oleh Azwar (1996:35) adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara individu atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara, meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Sedangkan menurut Benyamin Lumenta (1989), pelayanan kesehatan adalah segala upaya dan kegiatan pencegahan dan pengobatan penyakit, semua upaya dan kegiatan peningkatan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan oleh sebuah lembaga yang ditujukan kepada masyarakat.

a. Pelayanan Kesehatan Dasar (puskesmas)

Pelayanan dasar adalah konsep manajemen yang efisien yang membagi layanan kesehatan dengan tingkat dasar (selanjutnya disebut layanan primer). Dulu layanan primer disebut layanan Pemberi Pelayanan Tingkat I (PPK I) seperti salah satunya layanan di Puskesmas. Konsep layanan dasar tidak ada hubungannya dengan kebutuhan dasar. Tidak semua kebutuhan dasar dapat dilayani di fasilitas kesehatan dasar/primer.

Berdasarkan Permenkes No. 75 tahun 2014 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.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

b. Standar pelayanan minimal Puskesmas

Berdasarkan Kepmenkes No.828 MENKES/SK/IX/2008 Standar Pelayanan Minimal adalah suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan, indikator dan nilai (*benchmark*).

Fungsi standar pelayanan minimal Puskesmas adalah :

1. Menjamin terselenggaranya mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata.
2. Menjamin tercapainya kondisi rata-rata minimal yang harus dicapai pemerintah sebagai penyedia pelayanan kepada masyarakat.
3. Pedoman pengukuran kinerja penyelenggaraan bidang kesehatan.

4. Acuan prioritas perencanaan daerah dan pembiayaan APBD bidang kesehatan dalam melakukan pengevaluasian dan monitoring pelaksanaan pelayanan kesehatan.

c. Standar SDM puskesmas

Berdasarkan Permenkes Nomor 75 tahun 2014, Sumber daya manusia Puskesmas terdiri atas Tenaga Kesehatan dan tenaga non kesehatan. Jenis dan jumlah Tenaga Kesehatan dan tenaga non kesehatan dihitung berdasarkan analisis beban kerja, dengan mempertimbangkan jumlah pelayanan yang diselenggarakan, jumlah penduduk dan persebarannya, karakteristik wilayah kerja, luas wilayah kerja, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya di wilayah kerja, dan pembagian waktu kerja.

Jenis Tenaga Kesehatan di Puskesmas paling sedikit terdiri atas:

- a) Dokter atau dokter layanan primer;
- b) Dokter gigi;
- c) Perawat;
- d) Bidan;
- e) Tenaga kesehatan masyarakat;
- f) Tenaga kesehatan lingkungan;
- g) Ahli teknologi laboratorium medik;
- h) Tenaga gizi; dan
- i) Tenaga kefarmasian.

Standar ketenagaan Puskesmas dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 2.4 Standar Ketenagaan Puskesmas

NO	Jenis Tenaga	Puskesmas Kawasan Perkotaan		Puskesmas Kawasan Pedesaan		Puskesmas Kawasan Terpencil Dan Sangat Terpencil	
		Non Rawat Inap	Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap
1	Dokter atau dokter layanan primer	1	2	1	2	1	2
2	Dokter gigi	1	1	1	1	1	1
3	Perawat	5	8	5	8	5	8
4	Bidan	4	7	4	7	4	7
5	Tenaga Kesehatan Masyarakat	2	2	1	1	1	1
6	Tenaga Kesehatan Lingkungan	1	1	1	1	1	1
7	Ahli teknologi laboratorium medik	1	1	1	1	1	1
8	Tenaga gizi	1	2	1	2	1	2
9	Tenaga Kefarmasian	1	2	1	1	1	1
10	Tenaga administrasi	2	2	1	1	1	1
11	Pekarya	2	2	1	1	1	1
Jumlah		22	31	19	27	19	27

Sumber : Lampiran Permenkes Nomor 75 tahun 2014

d. Pelayanan Kesehatan Lanjutan / Rujukan

Sistem Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggungjawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Jika dibutuhkan layanan rujukan spesialistik, maka pasien akan dirujuk ke dokter spesialis untuk

pengobatan tingkat lanjut di rumah sakit atau di klinik utama (yang memiliki dokter spesialis).

Berdasarkan Kepmenkes No.828 MENKES/SK/IX/2008 Definisi Operasional Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota pelayanan kesehatan rujukan terdiri dari 2 cakupan yaitu :

1. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin.

Rawat Jalan Tingkat Lanjut meliputi rawat inap di sarana kesehatan strata dua dan strata tiga.

2. Cakupan Pelayanan Gawat Darurat level 1 yang harus diberikan.

Tempat pelayanan gawat darurat yang memiliki Dokter Umum on site 24 jam dengan *General Emergency Life Support, Advance Trauma Life Support, Advance Cardiac Life Support*.

II.2.3.3 Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Institute of Medicine (IOM) dalam Gemala (2008:37) mengemukakan bahwa mutu pelayanan kesehatan adalah suatu langkah ke arah peningkatan pelayanan kesehatan baik untuk individu maupun untuk populasi sesuai dengan keluaran (*outcome*) kesehatan yang diharapkan dan sesuai dengan pengetahuan profesional terkini. Pemberian pelayanan kesehatan harus mencerminkan ketepatan dari penggunaan pengetahuan terbaru secara ilmiah, klinis, teknis, interpersonal, manual, kognitif, organisasi, dan unsur-unsur manajemen pelayanan kesehatan.

Hal tersebut sejalan dengan yang dikemukakan oleh Azwar (1996) bahwa mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan

pelayanan kesehatan yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan.

Mutu merupakan fenomena yang komprehensif dan *multi facet*. Menurut Lori Di Prete Brown dalam bukunya *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries* yang dikutip oleh Djoko Wijono (1999:35-37), kegiatan menjaga mutu dapat menyangkut dimensi berikut:

a. Kompetensi Teknis

Kompetensi teknis terkait dengan keterampilan, kemampuan, dan penampilan petugas, manajer dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal dapat dipertanggungjawabkan atau diandalkan (*dependability*), ketepatan (*accuracy*), ketahanan uji (*reliability*), dan konsistensi (*consistency*).

b. Akses terhadap pelayanan

Pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi, atau hambatan bahasa.

c. Efektivitas

Kualitas pelayanan kesehatan tergantung dari efektivitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai standar yang ada.

d. Hubungan antar manusia

Hubungan antar manusia yang baik menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara menghargai, menjaga rahasia, menghormati, responsif, dan

memberikan perhatian. Hubungan antar manusia yang kurang baik akan mengurangi efektivitas dari kompetensi teknis pelayanan kesehatan.

e. Efisiensi

Pelayanan yang efisien akan memberikan perhatian yang optimal daripada memaksimalkan pelayanan yang terbaik dengan sumber daya yang dimiliki. Pelayanan kurang baik karena norma yang tidak efektif atau pelayanan yang salah harus dikurangi atau dihilangkan. Dengan cara ini kualitas dapat ditingkatkan sambil menekan biaya.

f. Kelangsungan pelayanan

Klien akan menerima pelayanan yang lengkap yang dibutuhkan (termasuk rujukan) tanpa interupsi, berhenti atau mengulangi prosedur diagnosa dan terapi yang tidak perlu. Klien harus mempunyai akses terhadap pelayanan rutin dan preventif yang diberikan oleh petugas kesehatan yang mengetahui riwayat penyakitnya. Klien juga mempunyai akses rujukan untuk pelayanan yang spesialis dan menyelesaikan pelayanan lanjutan yang diperlukan.

g. Keamanan

Mengurangi resiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan.

h. Kenyamanan dan kenikmatan

Dalam dimensi kenyamanan dan kenikmatan berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan efektivitas klinis, tetapi dapat mengurangi kepuasan pasien dan bersedianya untuk kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya.

Menurut Azrul (1996), mutu pelayanan kesehatan adalah sesuatu yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, dimana pada satu pihak dapat menimbulkan kepuasan setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata, serta di pihak lain melalui tata cara penyelenggaraan sesuai dengan kode etik dan standar profesi yang telah ditetapkan. Makin sempurna kepuasan tersebut, makin baik pula mutu pelayanan kesehatan dalam menyelenggarakan upaya menjaga mutu pelayanan kesehatan.

Mutu pelayanan kesehatan menurut WHO 1998 dalam (Ridha: 2008) adalah penampilan yang pantas atau sesuai yang berhubungan dengan standar-standar dari suatu intervensi yang diketahui aman, yang dengan dapat memberikan hasil kepada masyarakat yang bersangkutan yang telah mempunyai kemampuan untuk menghasilkan dampak pada kematian, kesakitan, ketidakmampuan, dan kekurangan gizi. Mutu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi mutu sarana fisik, jenis tenaga yang tersedia, obat, alat kesehatan, sarana penunjang lainnya, proses pemberian pelayanan dan kompensasi yang diterima serta harapan masyarakat sebagai pengguna pelayanan. Hal ini merupakan tantangan yang harus ditanggapi positif, salah satunya yaitu dengan meningkatkan kemampuan SDM kesehatan sebagai pengelola dan pemberi layanan kesehatan.

II.2.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Kesehatan

Ware dan Snyder dalam Trimumpuni (2009:19) telah melakukan desain tentang faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan sebagai berikut:

- a. Perilaku tenaga medis dalam melakukan pelayanan kesehatan
- b. Fungsi terapi yang terdiri dari:
 - 1) Konsultasi / pemberian keterangan tentang penyakit yang diderita
 - 2) Pencegahan
 - 3) Tenggang rasa
 - 4) Perawatan lebih lanjut
 - 5) Kebijakan manajemen
- c. Fungsi perawatan yang terdiri dari:
 - 1) Nyaman dan menyenangkan
 - 2) Adanya perhatian yang baik
 - 3) Bersikap sopan
 - 4) Tanggap terhadap keluhan pasien
 - 5) Kebijakan manajemen
- d. Sarana dan prasarana yang terdiri dari:
 - (1) Adanya tempat perawatan
 - (2) Mempunyai tenaga dokter spesialis
 - (3) Mempunyai tenaga dokter
 - (4) Fasilitas perkantoran yang lengkap

Menurut Kotler dalam Indra & Gunarsih (2002:12) ada dua faktor utama yang mempengaruhi mutu pelayanan yaitu *expected service* dan *perceived service*. Apabila jasa yang diterima atau dirasakan sesuai dengan yang diharapkan, maka mutu pelayanan dipersepsikan baik. Jika mutu pelayanan yang diterima melampaui harapan konsumen, maka mutu pelayanan yang diterimanya dianggap

sebagai kualitas yang ideal, sedangkan bila mutu pelayanan yang diterima lebih rendah daripada yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dianggap buruk. Pelayanan yang diberikan oleh perawat sangat mempengaruhi berhasil tidaknya suatu jasa karena menyangkut keinginan dan kebutuhan serta tuntutan pasien selaku konsumen.

Dari beberapa teori mutu pelayanan di atas, untuk mempermudah pembaca dalam memahami penggunaannya dalam penelitian ini, berikut penulis sampaikan pada tabel 2.5 di bawah ini:

Tabel 2.5
Kerangka Teori

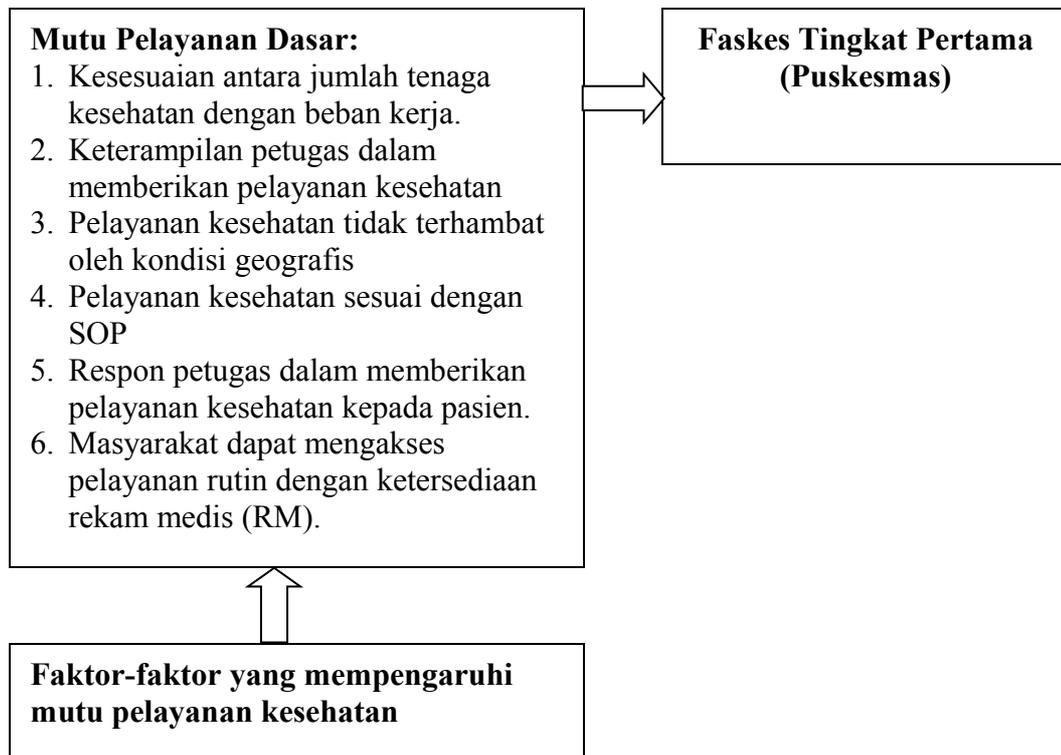
PAKAR	DIMENSI	INDIKATOR	INDIKATOR YANG TERBENTUK
Mutu pelayanan dasar			
Permenkes Nomor 75 tahun 2014	Standar SDM puskesmas	Jenis dan jumlah tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan: a) Dokter atau dokter layanan primer; b) Dokter gigi; c) Perawat; d) Bidan; e) Tenaga kesehatan masyarakat; f) Tenaga kesehatan lingkungan; g) Ahli teknologi laboratorium medik; h) Tenaga gizi; dan i) Tenaga kefarmasian.	Kesesuaian antara jumlah tenaga kesehatan dengan beban kerja
Lori Di Prete Brown dalam bukunya <i>Quality</i>	Kompetensi teknis	<ul style="list-style-type: none"> • Keterampilan • Kemampuan, dan • Penampilan petugas. 	Keterampilan petugas pelayanan
	Akses terhadap pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan geografis, • Sosial, • Ekonomi, 	Pelayanan kesehatan tidak terhambat oleh

<i>Assurance of Health Care in Developing Countries</i> yang dikutip oleh Djoko Wijono (1999:35-37)		<ul style="list-style-type: none"> • Budaya, • Organisasi, atau hambatan bahasa 	kondisi geografis
	Efektivitas	<ul style="list-style-type: none"> • Norma pelayanan kesehatan, dan • Petunjuk klinis sesuai standar yang ada 	Pelayanan kesehatan dasar sesuai SOP
	Hubungan antar manusia	<ul style="list-style-type: none"> • Menghargai, • Menjaga rahasia, • Menghormati, • Responsif, dan • Memberikan perhatian 	Respon petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
	Kelangsungan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan yang lengkap • Mengurangi prosedur diagnosa dan terapi yang tidak perlu • Akses terhadap pelayanan rutin 	Masyarakat dapat mengakses pelayanan rutin dengan ketersediaan rekam medis (RM) di pukesmas.
Faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan			
Ware dan Snyder dalam Trimumpuni (2009:19)	Perilaku tenaga medis dalam memberikan pelayanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Kesopanan • Disiplin 	Kesopanan dan ketepatan waktu petugas
	Fungsi terapi	-	
	Fungsi perawatan	-	
	Sarana dan prasarana	<ul style="list-style-type: none"> • Adanya tempat perawatan • Mempunyai tenaga dokter dan dokter spesialis • Fasilitas perkantoran yang lengkap 	Fasilitas kesehatan (alat medis dan ruangan)

Sumber: (Penulis, 2015)

II.3 Kerangka Berpikir Penelitian

Gambar 2.1
Kerangka Berpikir



II.4 Definisi Konseptual

Definisi konsep adalah suatu usaha untuk menjelaskan suatu pembatasan antara konsep yang satu dengan yang lain agar tidak terjadi kesalahpahaman. Definisi konsep digunakan untuk menjelaskan makna kata-kata yang tertera dalam judul. Adapun batas pengertian konseptual dalam pembahasan ini adalah :

Mutu layanan faskes dasar penyelenggara JKN

Mutu layanan faskes dasar penyelenggara JKN dapat diartikan sebagai tingkat terbaik yang dihasilkan untuk memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan

dalam hal ini adalah masyarakat peserta Jaminan Kesehatan Nasional pada fasilitas kesehatan dasar (puskesmas) dimana penyelenggarannya sesuai dengan standar SDM Puskesmas, kompetensi teknis, akses terhadap pelayanan, efektifitas, hubungan antar manusia serta kelangsungan pelayanan sehingga memperkecil tingkat kesakitan atau kematian.

II.5 Definisi Operasional

Untuk mengukur mutu pelayanan peneliti menggunakan beberapa indikator sebagai berikut:

1. Ketersediaan SDM

Ketersediaan SDM adalah kesesuaian antara jumlah tenaga kesehatan dengan beban kerja yang ada di Puskesmas.

2. Kompetensi Teknis

Terkait dengan keterampilan petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien peserta program JKN.

3. Akses terhadap pelayanan

Kemudahan peserta program JKN dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang tidak terhambat oleh kondisi geografis.

4. Efektivitas Pelayanan

Efektivitas pelayanan adalah kesesuaian antara pelaksanaan tindakan pelayanan dengan standar operasional prosedur (SOP) Puskesmas.

5. Hubungan antar manusia

Hubungan antar manusia adalah interaksi antara petugas dengan pasien yang memperlihatkan adanya perhatian atau respon yang baik oleh petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien peserta program JKN.

6. Kelangsungan pelayanan

Kelangsungan pelayanan adalah suatu keadaan dimana masyarakat dapat mengakses pelayanan rutin dengan ketersediaan rekam medis (RM) di pukesmas.

Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan dilakukan dengan menilai:

- a. Perilaku tenaga medis dalam melakukan pelayanan kesehatan
- b. Sarana dan prasarana kesehatan diukur dari ketersediaan peralatan kesehatan dan fasilitas infrastruktur yang memadai.

II.6. Instrumen Penelitian

Variabel dimensi dan indikator dalam penelitian ini yang akan disusun kedalam instrumen berupa kuesioner disampaikan dalam tabel 2.6 di bawah ini:

Tabel 2.6
Panduan Penyusunan Kuesioner

Variabel	Dimensi	Indikator	No. item kuesioner
Mutu pelayanan	SDM	Kesesuaian antara jumlah tenaga kesehatan dengan beban kerja	1
	Kompetensi teknis	Keterampilan petugas pelayanan	2
	Akses terhadap pelayanan	Pelayanan kesehatan tidak terhambat oleh kondisi geografis	3
	Efektivitas	Pelayanan kesehatan sesuai dengan SOP	4
	Hubungan antar manusia	Respon petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien	5
	Kelangsungan Pelayanan	Masyarakat dapat mengakses pelayanan rutin dengan ketersediaan rekam medis (RM) di pukesmas.	6

Sumber: (Peneliti, 2015)

Dari tabel di atas dapat dijelaskan bahwa untuk mengukur mutu pelayanan kesehatan kepada pasien peserta program JKN dilihat dari 6 (enam) dimensi. setiap dimensi diwakili oleh masing-masing 1 (satu) indikator dan setiap indikator dijadikan sebuah pernyataan yang nantinya akan ditanggapi oleh responden melalui pengisian kuesioner.