

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kepesertaan BPJS Kesehatan

1. Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, diantaranya disebutkan bahwa:

- a. Kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu ditetapkan oleh Menteri Sosial setelah berkoordinasi dengan Menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait.
- b. Hasil pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu yang dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik (BPS) diverifikasi dan divalidasi oleh Menteri Sosial untuk dijadikan data terpadu.
- c. Data terpadu yang ditetapkan oleh Menteri Sosial dirinci menurut provinsi dan kabupaten/kota dan menjadi dasar bagi penentuan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan
- d. Menteri Kesehatan mendaftarkan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan sebagai peserta program Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

2. Peserta Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI)

Yang dimaksud dengan Peserta Non PBI dalam JKN adalah setiap orang yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu, yang membayar iurannya secara sendiri ataupun kolektif ke BPJS Kesehatan. Peserta Non PBI JKN terdiri dari :

- a. Peserta penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu Setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah, antara lain Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Sipil, Pegawai Swasta, dan Pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja penerima upah
- b. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, antara lain pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri, dan lain sebagainya
- c. Bukan pekerja penerima dan anggota keluarganya, setiap orang yang tidak bekerja tapi mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan, antara lain Investor, Pemberi kerja, Penerima pensiun, Veteran, Perintis kemerdekaan, dan bukan pekerja lainnya yang memenuhi kriteria bukan pekerja penerima upah.

Untuk tahun 2014, peserta PBI JKN berjumlah 86,4 juta jiwa yang datanya mengacu pada Basis Data Terpadu (BDT) hasil Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) yang dilaksanakan pada tahun 2011 oleh BPS dan dikelola oleh Sekretariat Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).

Namun demikian, mengingat sifat data kepesertaan yang dinamis, dimana terjadi kematian, bayi baru lahir, pindah alamat, atau peserta adalah PNS, maka Menteri Kesehatan mengeluarkan Surat Edaran Nomor 149 tahun 2013 yang memberikan kesempatan kepada Pemerintah Daerah untuk

mengusulkan peserta pengganti yang jumlahnya sama dengan jumlah peserta yang diganti. Adapun peserta yang dapat diganti adalah mereka yang sudah meninggal, merupakan PNS/TNI/POLRI, pensiunan PNS/TNI/POLRI, tidak diketahui keberadaannya, atau peserta memiliki jaminan kesehatan lainnya. Disamping itu, sifat dinamis kepesertaan ini juga menyangkut perpindahan tingkat kesejahteraan peserta, sehingga banyak peserta yang dulu terdaftar sebagai peserta Jamkesmas saat ini tidak lagi masuk ke dalam BDT.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, disebutkan pada pasal 11 ayat 1 bahwa ‘penambahan data Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu untuk dicantumkan sebagai PBI Jaminan Kesehatan karena memenuhi kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu’. Kemudian pada ayat 2 disebutkan bahwa ‘Perubahan data PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diverifikasi dan divalidasi oleh Menteri. Sementara itu, Menteri Kesehatan melalui Surat Edaran Nomor HK/Menkes/32/I/2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi Peserta BPJS Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan yang mulai berlaku sejak 1 Januari 2014 menjelaskan tentang Penjaminan terhadap bayi baru lahir dilakukan dengan ketentuan:

- a. Bayi baru lahir dari peserta PBI secara otomatis dijamin oleh BPJS Kesehatan. Bayi tersebut dicatat dan dilaporkan kepada BPJS Kesehatan oleh fasilitas kesehatan untuk kepentingan rekonsiliasi data PBI
- b. Bayi anak ke-1 (satu) sampai dengan anak ke-3 (tiga) dari peserta pekerja penerima upah secara otomatis dijamin oleh BPJS Kesehatan
- c. Bayi baru lahir dari:
 1. Peserta pekerja bukan penerima upah
 2. Peserta bukan pekerja dan
 3. Anak ke-4 (empat) atau lebih dari peserta penerima upah, dijamin hingga hari ke-7 (tujuh) sejak kelahirannya dan harus segera didaftarkan sebagai peserta.

B. Kualitas Layanan BPJS di Rumah Sakit

Pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang tidak dapat terjadi akibat adanya interaksi antara konsumen dan karyawan atau hal-hal lain yang disebabkan oleh rumah sakit pemberi layanan yang dimaksud dengan tujuan untuk memecahkan atau menyelesaikan masalah konsumen (Winarsih, 2005).

Kualitas adalah menjaga janji pelayanan agar pihak yang dilayani merasa puas dan diuntungkan. Meningkatkan kualitas merupakan pekerjaan semua orang adalah pelanggan. Tanggung jawab untuk kualitas produksi dan pengawasan kualitas tidak dapat didelegasikan kepada satu orang. Kualitas layanan merupakan hal yang penting untuk diperhatikan, karena hal tersebut akan dipersepsikan oleh konsumen setelah konsumen mengkonsumsi barang/jasa. Persaingan yang semakin ketat

akhir-akhir ini menuntut sebuah lembaga penyedia jasa atau layanan untuk selalu memanjakan konsumen dengan memberikan pelayanan terbaik. Para pelanggan akan mencari produk berupa barang atau jasa dari perusahaan yang dapat memberikan pelayanan yang terbaik kepadanya.

Pelayanan kesehatan merupakan sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan) dengan sasaran masyarakat (Notoatmodjo, 2011). Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawatdarurat. Dimana rumah sakit memegang peranan penting terhadap meningkatnya derajat kesehatan masyarakat (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009).

Pada tahun 2015, hasil kajian indeks kualitas pelayanan fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan menunjukkan pencapaian kualitas input sebesar 79 persen, proses 65 persen, dan outcome 76 persen, dengan rata-rata sebesar 73 persen. Kajian tersebut dilakukan di 49 kabupaten/kota dari 14 provinsi yang dipilih secara acak melalui survei dan wawancara kepada 533 orang pengelola Puskesmas, Dokter Praktek Perorangan, Klinik Pratama, dan rumah sakit. Penelitian yang dilakukan juga melibatkan partisipasi 1.893 pasien peserta BPJS Kesehatan melalui kuesioner dari Grup Penelitian dan Pengembangan BPJS Kesehatan, yang bekerja sama dengan Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada pada akhir tahun 2015 lalu. Diperkirakan kualitas input

yang dinilai melalui survei dan wawancara kepada pimpinan atau pengelola fasilitas kesehatan tersebut, meliputi jenis pelayanan, sumber daya manusia, peralatan dan sarana-prasarana. Sementara untuk kualitas proses dan outcome, dinilai dari pendapat atau persepsi dari pasien berdasarkan pengalaman mereka saat mendapatkan pelayanan. Kategori penilaian kualitas proses meliputi lama tunggu, interaksi antara dokter dengan pasien, pemeriksaan fisik dan terapi. Sedangkan kategori penilaian kualitas outcome terdiri atas perubahan tingkat pengetahuan dan perilaku, serta kepuasan pasien (Rahman, 2016).

C. Asuransi Kesehatan (ASKES)

Asuransi Kesehatan merupakan jenis asuransi yang bergerak dibidang kesehatan. Asuransi kesehatan ditunjukkan untuk pengantisipasi biaya pengobatan dan perawatan kesehatan di masa yang akan datang. Ini bertujuan untuk menjamin kesehatan peserta asuransi dan meminimalisir pengeluaran akibat kejadian yang tidak terduga yang akan mengancam kesehatan. Sesuai dengan konsep asuransi, untuk memperoleh layanan asuransi, peserta diwajibkan membayar sejumlah uang yang disebut jaminan (premi) kepada perusahaan asuransi. Sebagai gantinya perusahaan akan memberikan dana asuransi untuk membiayai pengobatan dan perawatan jika peserta mengalami sakit atau kecelakaan. Asuransi kecelakaan akan menanggung sebagian atau seluruh biaya yang diperlukan ketika peserta jatuh sakit atau membutuhkan perawatan akibat kecelakaan. Besar biaya yang ditanggung oleh perusahaan bergantung pada jenis asuransi yang dipilih, besar premi (jaminan) yang diberikan, dan sesuai dengan polis asuransi.

a. Tujuan

Memberikan penggantian kepada pihak tertanggung akibat kerugian, kerusakan ataupun kehilangan keuntungan yang diharapkan, memenuhi tanggung jawab terhadap pihak ketiga yang mungkin diderita oleh pihak tertanggung yang mendapatkan pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya disebabkan oleh sebuah peristiwa yang tidak pasti serta secara tiba-tiba.

b. Jenis Pelayanan Asuransi Kesehatan

1. Asuransi kesehatan sosial, meliputi : Jenis pelayanan kesehatan yang dijamin yaitu, pelayanan tingkat pertama di Puskesmas atau Dokter keluarga yang meliputi layanan rawat jalan tingkat pertama dan layanan rawat inap tingkat pertama, Pelayanan kesehatan tingkat lanjutan di Rumah Sakit yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, rawat inap ruang khusus (ICU, ICCU), pelayanan gawat darurat (emergency), persalinan, pelayanan tranfusi darah, pelayanan obat sesuai daftar dan plafon harga obat, tindakan medis kooperatif dan tindakan medis non operatif, pelayanan cuci darah. Dan alat kesehatan . Jenis pelayanan kesehatan meliputi pelayanan yang tidak mengikuti prosedur atau ketentuan yang berlaku, operasi plastic, check up atau general check up, imunisasi diluar imunisasi dasar seluruh rangkaian usaha ingin memiliki anak (infertilisasi) penyakit akibat ketergantungan obat atau alkohol dan pengobatan di luar negeri. Pemberian pelayanan kesehatan (PPK)

2. Asuransi kesehatan (jamkesmas) terdiri dari Jenis pelayanan kesehatan yang dijamin, Jenis pelayanan kesehatan yang tidak dijamin, Pemberian pelayanan kesehatan (PPK) merupakan tempat perawatan tersedia di fasilitas kesehatan di seluruh Indonesia yang bekerjasama dengan PT askes (Persero) atau provider pilihan peserta.
3. Asuransi kesehatan pemberian jaminan kesehatan masyarakat umum (PJKMU). Sedangkan hak pihak tertanggung adalah memperoleh pemeliharaan kesehatan sementara kewajibannya yaitu membayar iuran jaminan yang disebut premi dan diambil dari penghasilan bulanan sekitar 6% bagi yang sudah berkeluarga dan sekitar 3% bagi karyawan yang belum berkeluarga (Paal 9 Undan-undang nomor 14, 1993).

c. Fasilitas kesehatan (Faskes)

Merupakan fasilitas kesehatan yang digunakan dalam menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, Pemerintah Daerah maupun Masyarakat.

d. Hubungan Penanggung dan Tertanggung dalam Asuransi Kesehatan

Seperti yang tertulis dalam pasal 1 undang-undang nomor 3 tahun 1992 menjelaskan bahwa hak penanggung adalah penerima iuran berupa premi, sedangkan kewajibannya adalah memberikan pelayanan serta pemeliharaan kesehatan yang ditujukan kepada pihak penanggung. Pemeliharaan kesehatan adalah sebuah usaha penanggulangan serta pencegahan gangguan kesehatan

yang membutuhkan pemeriksaan, pengobatan, atau perawatan termasuk kehamilan dan juga persalinan.

D. BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)

Jaminan sosial merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi dasar hidupnya yang layak. Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) (Undang-undang RI No.40,2004).

Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2014 menyatakan bahwa, 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. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan (Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2014).

1. Fungsi BPJS

Dalam pasal 5 ayat (2) UU No. 24 Tahun 2011 disebutkan fungsi BPJS adalah sebagai berikut :

- a. Menyelenggarakan jaminan kesehatan

- b. Menyelenggarakan program jaminan kesehatan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun, jaminan hati tua.

2. Tugas BPJS

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana diatas telah disebutkan fungsinya BPJS bertugas untuk :

1. Melakukan dan menerima pendaftaran peserta
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
3. Memberi bantuan iuran dari Pemerintah
4. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan atau keperluan peserta
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan social
6. Membayarkan manfaat dan membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan social
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

3. Fasilitas BPJS Kesehatan

Peserta BPJS kelas 1, 2 dan kelas 3 merupakan pilihan kelas perawatan yaitu jika peserta harus menjalani rawat inap. Pengelompokan kelas disesuaikan berdasarkan kelas iuran (besaran gaji)

- a. Perawatan Kelas III diberikan kepada peserta penerima bantuan iuran (PBI) jaminan kesehatan, peserta pekerja bukan penerima upah, dan peserta bukan pekerja dengan iuran untuk manfaat diruang pelayanan kelas III.

- b. Perawatan kelas II diberikan kepada pegawai negeri sipil (PNS) golongan ruang I dan golongan ruang II beserta keluarganya, serta PNS dan penerima pension PNS golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarga. Sedangkan
- c. Ruang perawatan kelas I
Diberikan kepada pejabat Negara dan anggota keluarganya. PNS dan penerima pension PNS golongan III dan golongan IV beserta anggota keluarganya.

Bagi masyarakat umum yang yang membayar iuran premi (jaminan) secara mandiri dapat memilih kelas sesuai kemampuannya. Untuk kelas III iurannya Rp25.500 perjiwa perbulan, dan kelas II iurannya Rp42.500 perjiwa perbulan, dan kelas I iurannya sebesar Rp59.500 perjiwa perbulan. Semua peserta BPJS Kesehatan mendapat pelayanan yang sama, kecuali fasilitas non medis seperti ruangan perawatan. Bagi peserta BPJS Kesehatan yang sekaligus menjadi peserta asuransi kesehatan (ASKES) swasta yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, bisa memperoleh manfaat yang lebih dari standar yang diberikan oleh BPJS Kesehatan (BPJS, 2014b).

E. Jaminan Kesehatan Nasional

Kesehatan adalah kebutuhan dasar setiap manusia untuk memiliki kehidupan yang baik dan produktif. Negara-negara berkembang menghadapi berbagai tantangan kesehatan. Selain penyakit yang umum di semua negara, seperti diabetes dan kanker, mereka menghadapi beban penyakit tambahan yang terkait dengan

geografi dan kemiskinan mereka, termasuk penyakit tropis, seperti malaria, demam berdarah, schistosomiasis dan penyakit yang ditularkan melalui air, karena air minum yang tidak bersih, pernafasan penyakit dan lainnya (Dewi & Ramadhan, 2016).

UUD 1945 mengamanatkan bahwa jaminan kesehatan bagi masyarakat, khususnya yang miskin dan tidak mampu, adalah tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah. Pada UUD 1945 Perubahan, Pasal 34 ayat 2 menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Salah satu cara untuk menilai kualitas layanan adalah mengukur tingkat kepuasan pasien Pemerintah menjalankan UUD 1945 tersebut dengan mengeluarkan UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk memberikan jaminan sosial menyeluruh bagi setiap orang dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur. Dalam UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan juga ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Badan Kesehatan Dunia (WHO) telah menetapkan bahwa kesehatan merupakan investasi, hak, dan kewajiban setiap manusia. Seiring dengan dimulainya JKN per 1 Januari 2014, semua program jaminan kesehatan yang telah dilaksanakan pemerintah tersebut (Askes PNS, JPK Jamsostek, TNI, Polri, dan Jamkesmas), diintegrasikan ke dalam satu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Kesehatan (BPJS Kesehatan). Sama halnya dengan program Jamkesmas, pemerintah bertanggungjawab untuk membayarkan iuran JKN bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu yang terdaftar sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI). UUD 1945 mengamanatkan bahwa jaminan kesehatan bagi masyarakat, khususnya yang miskin dan tidak mampu, adalah tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah. Pada UUD 1945 Perubahan, Pasal 34 ayat 2 menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Pemerintah menjalankan UUD 1945 tersebut dengan mengeluarkan UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk memberikan jaminan sosial menyeluruh bagi setiap orang dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur. Dalam UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan juga ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Sesuai dengan UU No 40 Tahun 2004, SJSN diselenggarakan dengan mekanisme Asuransi Sosial dimana setiap peserta wajib membayar iuran guna memberikan perlindungan atas risiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam SJSN, terdapat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan bentuk komitmen pemerintah terhadap pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat Indonesia seluruhnya. Sebelum JKN, pemerintah telah berupaya merintis beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, antara

lain Askes Sosial bagi pegawai negeri sipil (PNS), penerima pensiun dan veteran, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek bagi pegawai BUMN dan swasta, serta Jaminan Kesehatan bagi TNI dan Polri. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, sejak tahun 2005 Kementerian Kesehatan telah melaksanakan program jaminan kesehatan sosial, yang awalnya dikenal dengan nama program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM), atau lebih populer dengan nama program Askeskin (Asuransi Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin). Kemudian sejak tahun 2008 sampai dengan tahun 2013, program ini berubah nama menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Seiring dengan dimulainya JKN per 1 Januari 2014, semua program jaminan kesehatan yang telah dilaksanakan pemerintah tersebut (Askes PNS, JPK Jamsostek, TNI, Polri, dan Jamkesmas), diintegrasikan ke dalam satu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Sama halnya dengan program Jamkesmas, pemerintah bertanggungjawab untuk membayarkan iuran JKN bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu yang terdaftar sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI). Salah satu perubahan dalam kebijakan ketenagakerjaan di Indonesia adalah penghapusan Pekerja Jaminan Sosial dan diganti dengan kebijakan baru, yaitu Badan Jaminan Sosial Pekerja (BPJS) adalah program publik yang memberikan perlindungan bagi pekerja untuk mengatasi risiko sosial ekonomi tertentu (M. Siagian, 2016).

Sesuai dengan UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN, maka Jaminan Kesehatan Nasional dikelola dengan prinsip :

1. Gotong royong. Dengan kewajiban semua peserta membayar iuran maka akan terjadi prinsip gotong royong dimana yang sehat membantu yang sakit, yang kaya membantu yang miskin.
 2. Nirlaba. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tidak diperbolehkan mencari untung. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya harus dimanfaatkan untuk kepentingan peserta.
 3. Keterbukaan, kehati – hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas. Prinsip manajemen ini mendasari seluruh pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangan
 4. Portabilitas. Prinsip ini menjamin bahwa sekalipun peserta berpindah tempat tinggal atau pekerjaan, selama masih di wilayah Negara Republik Indonesia tetap dapat mempergunakan hak sebagai peserta JKN
 5. Kepesertaan bersifat wajib. Agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.
 6. Dana Amanat. Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik – baiknya demi kepentingan peserta.
 7. Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar – besar kepentingan peserta.
- Sebagaimana telah dijelaskan dalam prinsip pelaksanaan program JKN di atas, maka kepesertaan bersifat wajib. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang

asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta JKN terdiri dari Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI).

A. Dimensi Kualitas Pelayanan

Kualitas harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan. Hal ini berarti bahwa citra kualitas yang baik bukanlah berdasarkan sudut pandang atau persepsi pihak penyedia jasa, melainkan berdasarkan sudut pandang atau persepsi pelanggan. Persepsi pelanggan terhadap kualitas jasa merupakan penilaian menyeluruh atas keunggulan suatu jasa (Kotler, 2005).

Dimensi kualitas pelayanan menurut Lupioadi (2006) meliputi :

- a. Berwujud atau bukti langsung (*tangible*) adalah kemampuan rumah sakit dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik perusahaan yang dapat diandalkan keadaan lingkungan sekitarnya merupakan bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh para pemberi jasa. Hal ini meliputi fasilitas fisik contoh gedung-gedung, perlengkapan dan peralatan yang digunakan (teknologi) serta penampilan pegawainya).
- b. Keandalan (*reliability*) adalah kemampuan rumah sakit memberi pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua pasien tanpa kesalahan, sikap yang simpatik dan dengan akurasi yang tinggi.

- c. Ketanggapan atau daya tanggap (*responsiveness*) adalah suatu kebijakan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat (*responsive*) dan tepat kepada pelanggan dengan penyampaian informasi yang jelas. Membiarkan konsumen menunggu persepsi yang negative dalam kualitas pelayanan.
- d. Jaminan dan kepastian (*assurance*) adalah pengetahuan, kesopansantunan dan kemampuan para pegawai perusahaan untuk menumbuhkan rasa percaya para pelanggan kepada perusahaan. Hal ini meliputi beberapa komponen antara lain komunikasi (*communication*), kredibilitas (*credibility*), keamanan (*security*), kompetensi (*competence*) dan sopan santun (*courtesy*).
- e. Empati (*empathy*) adalah memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para pelanggan dengan berupaya memahami keinginan konsumen. Dimana suatu perusahaan diharapkan memiliki pengertian dan pengetahuan tentang pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan secara spesifik, serta memiliki waktu pengoperasian yang nyaman bagi pelanggan.

1. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

- a. Tersedia (*available*) dan berkesinambungan (*continuous*)

Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat ada pada saat dibutuhkan.

b. Dapat diterima (*acceptable*) dan wajar (*appropriate*)

Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.

c. Mudah dicapai (*accessible*)

Pengertian ketercapaian yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting.

d. Mudah dijangkau (*affordable*)

Pengertian keterjangkauan yang dimaksud disini terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus diupayakan biaya pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

e. Bermutu (*quality*)

Pengertian mutu yang dimaksud disini adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar yang telah ditetapkan.

2. Persepsi

Persepsi merupakan proses seorang individu memilih, mengorganisasi dan menafsirkan masuka-masukan informasi untuk menciptakan sebuah gambar

yang bermakna tentang dunia (Kotler, 1994). Persepsi tergantung bukan hanya pada sifat-sifat rangsangan fisik, tetapi juga pada hubungan rangsangan dengan medan sekelilingnya dan kondisi dalam individu.

3. **Kepuasan Pasien**

Kepuasan adalah tingkat keadaan dimana seseorang menyatakan hasil perbandingan atas kinerja produk (jasa) yang diterima dengan yang diharapkan (Rambat L dan A. Hamdani, 2009).

Kepuasan pasien sebagai pengguna jasa merupakan salah satu indikator dalam menilai mutu pelayanan di rumah sakit. Kepuasan yang tinggi akan menunjukkan keberhasilan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu mempengaruhi pasien dalam hal menerima perawatan. Pasien akan cenderung mematuhi nasihat, setia dan taat terhadap rencana perawatan yang telah disepakati. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Sejak mulai diberlakukannya BPJS Kesehatan, anak terlantar, gelandangan dan penghuni rumah tahanan (Rutan) Pajangan, Bantul terancam tak dapat berobat ke RSUD Panembahan Senopati. Sebab pasien kategori khusus itu belum menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional dibawah BPJS kesehatan yang

dinilai merupakan tonggak awal dimulainya perubahan layanan kesehatan justru merugikan warga secara nasional, system kepersertaan BPJS kesehatan yang demikian menunjukkan tidak adanya sinkronisasi antara BPJS kesehatan dengan Pemprov dan Kemenkes secara baik. Seolah-olah BPJS dipaksakan beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014 tanpa disertai dengan kesiapan pelaksanaan secara matang, warga miskin dan rentan miskin menjadi peserta JKN dan Jamkesmas adalah yang paling banyak dirugikan, karena dipaksa melakukan pembayaran layanan kesehatan selama terdaftar di BPJS.

Kepuasan pasien BPJS dapat dibagi menjadi dua macam yaitu kepuasan yang berwujud merupakan kepuasan yang dapat dirasakan dan dilihat oleh konsumen serta telah dimanfaatkan, dan kepuasan psikologika yang bersifat tidak terwujud dari pelayanan kesehatan tetapi dapat dirasakan oleh pasien atau konsumen (Rashid dan Amina, 2014).

Kepuasan pasien akan terpenuhi apabila proses penyampaian jasa pelayanan kesehatan kepada konsumen sudah sesuai yang mereka harapkan atau dipersepsikan. Terpenihunya kebutuhan pasien akan mampu memberikan gambaran terhadap kepuasan pasien, oleh karena itu tingkat kepuasan pasien sangat tergantung pada persepsi atau harapan mereka pada pemberi jasa pelayanan. Kebutuhan pasien yang sering diharapkan adalah keamanan pelayanan, harga dalam memperoleh pelayanan, ketepatan dan kecepatan pelayanan kesehatan (Rama, 2011).

4. Tujuan Pengukuran Kepuasan

Tujuan pengukuran kepuasan yaitu mengetahui dengan baik bagaimana jalannya atau kerja suatu rumah sakit. Mengetahui dimana harus melakukan perubahan dalam upaya melakukan perbaikan secara terus menerus untuk memuaskan konsumen, terutama untuk hal-hal yang dianggap penting oleh para konsumen, dan untuk menentukan apakah perubahan yang dilakukan mengarah ke perbaikan (*improvement*) (Supranto, 2011:3).

Pengukuran kepuasan pasien selaku pengguna jasa pelayanan kesehatan atau sebagai pelanggan rumah sakit atau puskesmas adalah untuk mengetahui sejauh mana tingkat kepuasan pasien dan menghitung indeks kepuasan konsumen atau pelanggan (*Customer Satisfaction Index*) CSI dapat digunakan oleh pihak manajemen rumah sakit atau puskesmas (Muninjaya, 2005) yaitu :

- a. Alat kebijakan pengambilan keputusan guna meningkatkan kinerja rumah sakit atau puskesmas.
- b. Alat untuk mengukur strategi pemasaran pelayanan. Unit-unit pelayanan (Unit produk) yang paling sering menerima keluhan pasien harus mendapat perhatian dari pihak manajemen untuk memperbaiki mutu pelayanannya.
- c. Alat untuk memantau dan mengendalikan aktivitas staf sehari-hari dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

- d. Alat untuk mencapai misi yang telah ditetapkan oleh rumah sakit atau puskesmas yaitu memperoleh kepuasan pasien dan keluarganya.

5. Faktor Pengaruh Kepuasan Pasien

- a. Aspek kenyamanan, meliputi lokasi tempat pelayanan kesehatan yaitu kebersihan, kenyamanan ruangan yang akan digunakan pasien, makanan yang dimakan pasien, dan peralatan yang tersedia dalam ruangan.
- b. Aspek hubungan pasien dengan staf rumah sakit, meliputi keramahan petugas terutama perawat, informasi yang diberikan oleh petugas, komunikatif, responatif, suportif, dan cekatan dalam pelayanan pasien.
- c. Aspek kompetensi, meliputi keberanian bertindak, pengalaman, gelar, dan terkenal.
- d. Aspek biaya, meliputi mahalnnya pelayanan terjangkau tidaknya oleh pasien, dan tidaknya keringanan yang diberikan kepada pasien.

6. Faktor yang berhubungan dengan Kepuasan Pasien

Baros (2011) menyatakan bahwa derajat kepuasan pasien dipengaruhi oleh latar belakang pasien, kedudukan sosial, tingkat ekonomi, pendidikan dan jenis kelamin:

1. Jenis kelamin

Laki-laki mempunyai tingkat kepuasan pelayanan kesehatan yang lebih tinggi daripada perempuan (Rahman, 2006 dan Mohammed, 2011).

2. Umur

Usia akan mempengaruhi pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang yang nantinya dapat mempengaruhi pengambilan keputusan untuk status kesehatan (Retno, 2010).

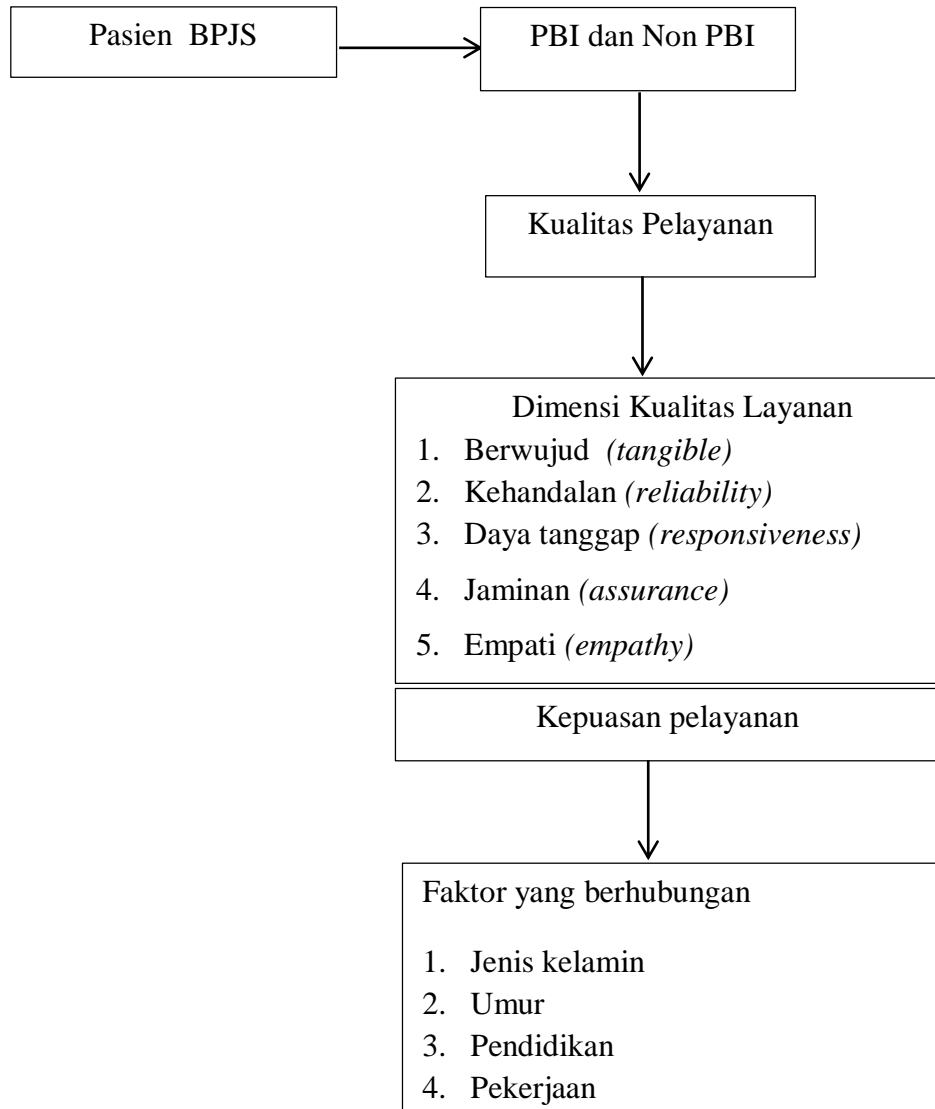
3. Pendidikan

Ada hubungan antara pendidikan dengan kepuasan. Pasien dengan tingkat pendidikan rendah, pada umumnya cukup puas dengan pelayanan kesehatan dasar, sedangkan pasien dengan pendidikan tinggi tidak puas dengan pelayanan kesehatan dasar. Jadi terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan status kesehatan.

4. Pekerjaan

Orang yang bekerja cenderung memiliki harapan atau keinginan lebih tinggi terhadap pelayanan kesehatan dibandingkan orang yang tidak bekerja.

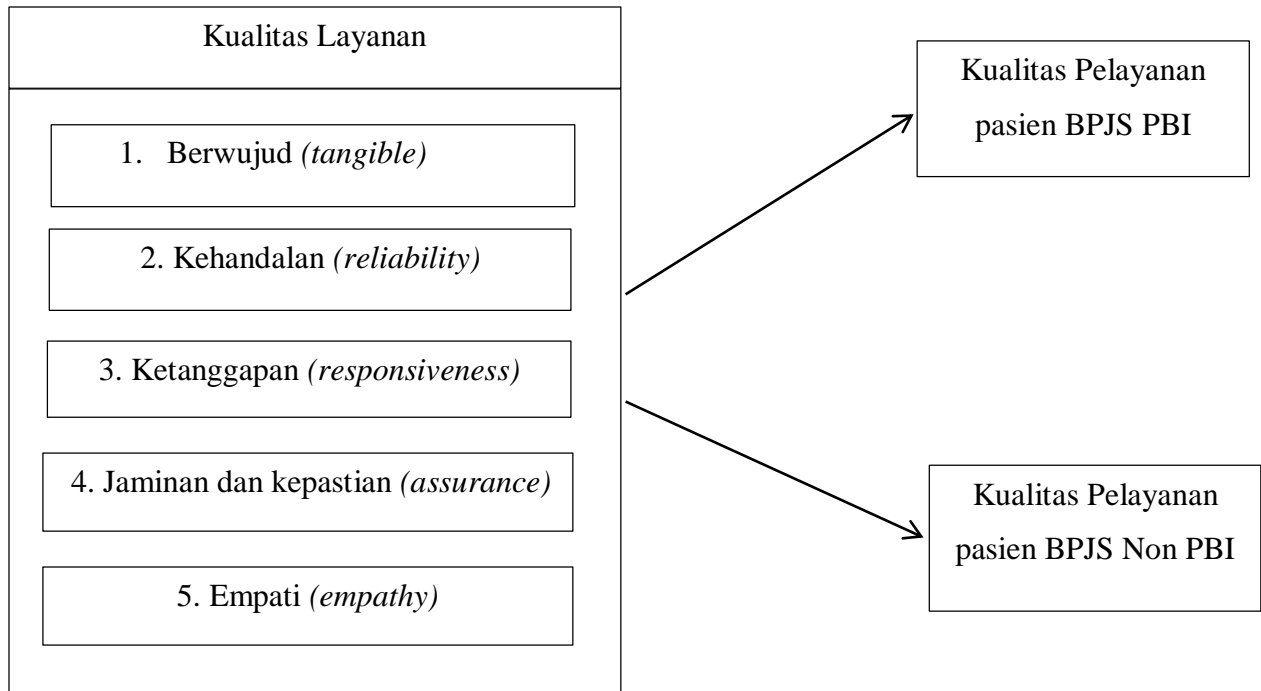
B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

(Sumber: Lupiyoadi, Rambat dan Hamdani, 2006. *Manajemen Pemasaran Jasa*. Salemba Empat. Jakarta), (Taufik Rachman, 2016).

A. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

B. Hipotesis

H0 = Tidak terdapat perbedaan kualitas pelayanan pasien BPJS PBI dan Non PBI di Rumah Sakit Daerah

H1 = Terdapat perbedaan kualitas pelayanan pasien BPJS PBI dan Non PBI di Rumah Sakit Daerah