

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Kepuasan Pasien

2.1.1 Pengertian Kepuasan Pasien

Kepuasan adalah suatu perasaan yang timbul setelah mendapatkan pelayanan. Sedangkan pasien merupakan konsumen pengguna jasa layanan kesehatan. Kepuasan pasien adalah suatu kondisi di mana keinginan, harapan dipenuhi. Pengukuran kepuasan merupakan elemen penting dalam menyediakan layanan yang lebih baik. Ketika seseorang merasa tidak puas terhadap suatu pelayanan yang disediakan, maka layanan tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak memiliki mutu dan kualitas dalam memberikan fasilitas kesehatan.

2.1.2 Aspek-aspek yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien

Menurut (Pohan, 2007) terdapat 10 indikator yang mempengaruhi kepuasan pasien, yaitu :

1. Kompetensi teknis, berkaitan dengan pelayanan yang akan diberikan kepada pasien secara optimal.
2. Akses atau keterjangkauan, berkaitan dengan lokasi, bangunan serta bahasa yang dipakai.
3. Efektivitas, berkaitan dengan tingkat kuratif atau preventif.
4. Efisiensi, berkaitan dengan proses pelayanan yang diberikan.
5. Kesenambungan, berkaitan dengan hubungan kerjasama antar petugas dalam proses pelayanan.
6. Keamanan, berkaitan dengan kebersihan sarana prasarana, menghindari kecelakaan kerja dan meningkatkan keselamatan pasien.
7. Kenyamanan, berkaitan dengan sarana dan prasarana.
8. Informasi, berkaitan dengan prosedur dan persyaratan yang diberikan.
9. Ketepatan waktu, berkaitan dengan penyediaan berkas rekam medis, proses pelayanan kesehatan.

10. Hubungan antarmanusia, berkaitan dengan cepat tanggapnya terhadap keluhan pasien dan memberikan informasi yang padat jelas pada pasien.

2.2 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (PERMENPAN RB) Nomor 14 Tahun 2017

2.2.1 Pengertian Survei Kepuasan Masyarakat

Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 Tahun 2017, menjelaskan bahwa :

“Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) adalah pengukuran secara komprehensif kegiatan tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari penyelenggara pelayanan publik. Survei ini, dapat dilakukan secara tetap dengan jangka waktu tertentu. Survei dapat dilakukan setiap 3 bulanan (triwulan), 6 bulanan (semester) atau 1 (satu) tahun. Namun penyelenggara pelayanan publik setidaknya minimal melakukan survei 1 (satu) tahun sekali”.

RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur selama ini sudah melakukan survei tiap satu tahun sekali pada seluruh unit, karena hasil analisa survei dipergunakan untuk melakukan evaluasi kepuasan masyarakat terhadap layanan yang diberikan, bahan kebijakan terhadap pelayanan publik dan melihat kecenderungan (*trend*) layanan publik yang telah diberikan penyelenggara kepada masyarakat serta kinerja dari penyelenggara pelayanan publik.

2.2.2 Prinsip Survei Kepuasan Masyarakat

Dalam melaksanakan survei, perlu memperhatikan prinsip yang tercantum Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 Tahun 2017, yaitu :

1. Transparan, hasil survei kepuasan masyarakat harus dipublikasikan dan mudah diakses oleh seluruh masyarakat.
2. Partisipatif, dalam melaksanakan SKM harus melibatkan peran serta masyarakat dan pihak terkait lainnya untuk mendapatkan hasil survei yang sebenarnya.
3. Akuntabel, hal-hal yang diatur dalam SKM harus dapat dilaksanakan dan dipertanggungjawabkan secara benar dan konsisten kepada pihak yang berkepentingan berdasarkan kaidah umum yang berlaku.
4. Berkesinambungan, SKM harus dilakukan secara berkala dan berkelanjutan untuk mengetahui perkembangan peningkatan kualitas pelayanan.
5. Keadilan, pelaksanaan SKM harus menjangkau semua pengguna layanan tanpa membedakan status ekonomi, budaya, agama, golongan dan lokasi geografis serta perbedaan kapabilitas fisik dan mental.
6. Netralitas, dalam melakukan SKM, surveyor tidak boleh mempunyai kepentingan pribadi, golongan, dan tidak berpihak.

2.2.3 Unsur Survei Kepuasan Masyarakat

Survei Kepuasan Masyarakat pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 Tahun 2017 menjelaskan sembilan unsur. Tetapi terjadi perubahan pada point nomor dua, delapan, dan sembilan. Sebagai dasar pengukuran indeks kepuasan masyarakat sebagai berikut :

1. Persyaratan adalah syarat yang harus dipenuhi dalam pengurusan suatu jenis pelayanan, baik persyaratanteknis maupun administratif.
2. Sistem, mekanisme, dan prosedur adalah tata cara pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan, termasuk pengaduan.
3. Waktu pelayanan adalah jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan.
4. Biaya/tarif adalah ongkos yang dikenakan kepada penerima layanan dalam mengurus dan/atau memperoleh pelayanan dari penyelenggara yang besarnya ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara penyelenggara dan masyarakat.
5. Produk spesifikasi jenis pelayanan adalah hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Produk pelayanan ini merupakan hasil dari setiap spesifikasi jenis pelayanan.

6. Kompetensi pelaksana adalah kemampuan yang harus dimiliki oleh pelaksana meliputi pengetahuan, keahlian, keterampilan dan pengalaman.
7. Perilaku pelaksana adalah sikap petugas dalam memberikan pelayanan.
8. Penanganan pengaduan, saran dan masukan adalah tata cara pelaksanaan penanganan pengaduan dan tindak lanjut.
9. Sarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud dan tujuan. Prasarana adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya suatu proses (usaha, pembangunan, proyek). Sarana digunakan untuk benda yang bergerak (komputer, mesin) dan prasarana untuk benda yang tidak bergerak (gedung).

2.3 Pelayanan Publik

Berdasarkan Undang-Undang RI No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, yang dimaksud pelayanan publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang - undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik.

Sebagaimana yang tercantum pada Bab II pasal 3 mengenai maksud dan tujuan, yaitu :

1. hak, tanggung jawab, kewajiban, dan kewenangan seluruh pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan publik;
2. terwujudnya sistem penyelenggaraan pelayanan publik yang layak sesuai dengan asas-asas umum pemerintahan dan korporasi yang baik;
3. terpenuhinya penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan peraturan perundang-undangan; dan
4. terwujudnya perlindungan dan kepastian hukum bagi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik.

2.4 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

2.4.1 Pengertian BPJS

Menurut UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial menjelaskan bahwa, “BPJS merupakan sebuah lembaga hukum nirlaba untuk perlindungan sosial dalam menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak sekaligus dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia”.

2.4.2 Tugas dan Fungsi BPJS

1. Tugas BPJS

- 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 Peserta;
- e. Mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
- f. Membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan
- g. Program Jaminan Sosial; dan
- h. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada pesertadan masyarakat.

2. Fungsi BPJS

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

- a. Berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

- b. Berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun dan jaminan hari tua.

2.4.2 Prinsip BPJS

Prinsip dasar BPJS adalah sesuai dengan apa yang dirumuskan oleh Undang-Undang SJSN Nomor 40 Tahun 2004, sebagai berikut :

1. Kegotong-Royongan, prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau penghasilannya.
2. Nirlaba, prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.
3. Keterbukaan, prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar dan jelas bagi setiap peserta.
4. Kehati-Hatian, prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman dan tertib.
5. Akuntabilitas, prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
6. Portabilitas, prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
7. Kepesertaan bersifat Wajib, prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.
8. Dana Amanat, bahwa iuran dan pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial.
9. Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial, dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta; bahwa hasil dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

2.4.2 Kepesertaan

Berdasarkan Panduan Praktis Tentang Kepesertaan dan Pelayanan Kesehatan menerangkan bahwa :

“Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib, walaupun yang bersangkutan sudah memiliki Jaminan Kesehatan lain, karena masyarakat yang bukan peserta BPJS ketika sakit dan harus berobat atau dirawat maka semua biaya yang timbul harus dibayar sendiri dan kemungkinan bisa sangat mahal diluar kemampuan kita.”

Maka dari itu, penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran (Perpres Nomor 12 Tahun 2013). Peserta BPJS Kesehatan ada 2 kelompok, yaitu:

1. Peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran) adalah orang yang tergolong fakir miskin dan tidak mampu, yang preminya akan dibayar oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
2. Peserta Bukan PBI (Bukan Penerima Bantuan Iuran) adalah orang yang tergolong mampu, yang preminya dibayar melalui potongan gaji pekerja yang penerima upah seperti Pejabat Negara, Pegawai pemerintah (non pegawai negeri), Pegawai swasta. Warga Negara Asing (WNA) yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan. Bukan pekerja dan anggota keluarganya, seperti: investor, pemberi kerja dan penerima pensiun yang terdiri dari :
 - a. Pegawai negeri sipil yang berhenti dengan hak pensiun.
 - b. Anggota TNI dan anggota POLRI yang berhenti dengan hak pensiun.
 - c. Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pesiun.
 - d. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapatkan hak pensiun.
 - e. Penerima pensiun lain.
 - f. Veteran.
 - g. Perintis Kemerdekaan.

Verifikasi merupakan tahap awal dalam pengecekan surat rujukan itu tujuan dimana, tanggal kadaluwarsa rujukan dan tujuan poli. RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur melayani penyakit dengan kasus jiwa yang disamping itu terdapat penyakit sekunder juga dapat dilayani asalkan kondisi primer tetap kasus jiwa. Tetapi kalau tidak terdapat diagnosa

primer jiwa, tidak bisa dilayani kecuali pembayaran umum. Standar waktu pelayanan verifikasi sekitar 2 menit/orang.

Uraian tugas sebagai verifikasi BPJS ialah tugas memverifikasi data pasien JKN-PBI rawat jalan; mencetak rill cost pasien SKM, SPM dan BIAKES rawat jalan; mencetak surat SEP pasien JKN-PBI rawat jalan; mengentri dan mencetak SEP pasien JKN-PBI rawat inap; mengentri data pasien JKN-PBI rawat jalan ke aplikasi JKN, untuk pembuatan SEP; mengentri data pasien SKM, SPM dan BIAKES rawat jalan ke aplikasi SIM-RS, untuk pembuatan rill cost; menyatukan hasil dari riil cost ke berkas pasien SKM, SPM dan BIAKES rawat jalan; dan mengubah kelas perawatan dari pasien umum menjadi pasien JKN-PBI, SKM, SPM dan BIAKES rawat inap.

Tujuan dari verifikasi BPJS adalah untuk menghindari pemalsuan data; untuk menghindari identitas ganda; dan untuk mengurangi terjadinya tunggakan, karena identitas kepesertaan BPJS bisa dipertanggung jawabkan sesuai yuridis dan keakurasian data peserta.

2.4.3 Hak dan Kewajiban Peserta

Adapun dalam kepesertaan yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004, meliputi hak dan kewajiban sebagai peserta, seperti dibawah ini :

1. Hak Peserta
 - a. Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan;
 - b. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;

- c. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
 - d. Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan.
2. Kewajiban Peserta
- a. Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - b. Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama;
 - c. Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak;
 - d. Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

2.4.4 Prosedur Pelayanan Kesehatan bagi Peserta

Menurut (Panduan Praktis Tentang Kepersetaan dan Pelayanan Kesehatan Tahun 2004), menjelaskan terkait prosedur pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan bagi Peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dimulai dari Fasilitas Kesehatan tingkat pertama.
2. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama bagi Peserta diselenggarakan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar.
3. Dalam keadaan tertentu, ketentuan sebagaimana dimaksud di atas tidak berlaku bagi Peserta yang, berada di luar wilayah Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar; atau dalam keadaan kedaruratan medis.
4. Dalam hal Peserta memerlukan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas indikasi medis, Fasilitas Kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan Sistem Rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
5. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.
6. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama.
7. Ketentuan sebagaimana dimaksud di atas dikecualikan pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.
8. Tata cara rujukan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2.5 Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menjelaskan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Penyelenggara pelayanan kesehatan atau rumah sakit memiliki tujuan dan fungsi, yaitu :

1. Tujuan dari penyelenggara rumah sakit adalah :
 - a. mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;
 - b. memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
 - c. meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan
 - d. memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.
2. Fungsi dari penyelenggara rumah sakit adalah :
 - a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
 - b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
 - c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
 - d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Menurut (Kepmenkes RI No.129/Menkes/SK/II/2008) tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, “Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan *rehabilitatif* yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat”.

2.6 Rawat Jalan

Pelayanan Rawat Jalan (*Ambulatory Services*) adalah salah satu bentuk dari pelayanan kedokteran. Secara sederhana yang dimaksud dengan pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap (*hospitalization*). Pengertian pelayanan rawat jalan ini termasuk tidak hanya yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan kesehatan yang telah lazim dikenal Rumah Sakit atau klinik, tetapi juga diselenggarakan di rumah pasien (*home care*) serta di rumah perawatan (*nursing homes*) (Azrul Azwar, 2010).

2.6.1 Pendaftaran Rawat Jalan

Menurut (Yanmed, 2006), penerimaan pasien rawat jalan dinamakan Tempat Penerimaan Pasien Rawat Jalan (TPPRJ). Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tersebut. Fungsi utamanya adalah menerima pasien untuk berobat ke poliklinik yang dituju masing-masing pasien tersebut. Prosedur penerimaan pasien dapat disesuaikan dengan sistem yang dianut oleh masing-masing rumah sakit.

Sistem pendaftaran pasien ini dapat dibedakan menjadi pendaftaran pasien baru dan pasien lama, yaitu :

1. Pasien Baru, pendaftaran pasien baru akan dilaksanakan dengan mengisi formulir pendaftaran pasien baru untuk mendapatkan data sosial pasien yang akan dimasukkan dalam komputer. Setiap pasien baru akan memperoleh nomor pasien, kemudian pasien akan diberi

kartu berobat yang harus dibawa setiap kali pasien tersebut datang kembali untuk berobat kerumah sakit.

2. Pasien Lama, pendaftaran pasien lama dilakukan dengan mencari berkas rekam medis pasien sesuai dengan Nomor RM yang tercantum dalam kartu berobat.