



**PERSEPSI PASIEN *EKS* ASKES TERHADAP
KUALITAS PELAYANAN SEBELUM DAN SESUDAH
PENERAPAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI
PUSKESMAS BANDARHARJO KOTA SEMARANG**

(Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo)

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat

Untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh :

Tia Sulistyawati

NIM. 6411412031

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2016

ABSTRAK

Tia Sulistyawati

Persepsi Pasien Eks Askes terhadap Kualitas Pelayanan Sebelum dan Sesudah Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang

xviii+ 103 halaman + 23 tabel + 3 gambar + lampiran

Kesehatan adalah salah satu unsur hak asasi manusia yang harus diperoleh seluruh lapisan masyarakat. Tingginya biaya perawatan kesehatan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Salah satu metode yang dapat membantu masyarakat dalam meringankan beban pembiayaan yaitu dengan menggunakan asuransi kesehatan. Askes adalah salah satu asuransi kesehatan yang ada di Indonesia merupakan jaminan kesehatan yang dimiliki oleh para PNS, veteran, pensiunan dan keluarganya. Saat ini askes telah bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan. Pelayanan yang diberikan antara askes dan BPJS cenderung berbeda misalnya dari segi obat, biaya, pelayanan yang dijamin dan pelayanan yang tidak dijamin, sehingga mempengaruhi kualitas pelayanan yang didapatkan oleh pasien Eks Askes.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui persepsi pasien eks askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan jaminan kesehatan nasional di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian sebanyak 60 sampel yang diambil dengan *purposive random sampling*. Analisis data yang digunakan adalah analisis bivariat dengan uji Mc Nemar.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan persepsi pasien aspek *reliability* (p value $0,648 > 0,05$) tidak ada perbedaan persepsi pasien aspek *responsiveness* (p value $0,167 > 0,05$) ada perbedaan persepsi pasien aspek *assurance* (p value $0,000 < 0,05$) ada perbedaan persepsi pasien aspek *empathy* (p value $0,000 < 0,05$) tidak ada perbedaan persepsi pasien aspek *tangible* (p value $0,167 > 0,05$) terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang

Kata Kunci : Askes; Dimensi pelayanan; Persepsi pasien

Kepustakaan : 24(2005-2016)

ABSTRACT

Tia Sulistyawati

Patients Askes perception Former on the Quality of Service Before and After the National Health Insurance in Public Health Center, Semarang

xviii+ 103 page + 23 table + 3 image + attachments

Health is one of the human rights which should be obtained the whole society. The high cost of health care affect degrees community health. One methods that can help people in lowering the financing that is by using healt h insurance. Askes is one of health insurance in indonesia health insurance is held by civil servants, veteran, retirees and their families. But this time askes has transformed into BPJS health. The provision of services between askes and BPJS tend to different for example in terms of medicine, services are guaranteed and services not covered, so as to affect the quality of services or by former askes patients.

This study attempts to know patients askes perception former on the quality of service before and after the National Health Insurance the quantitative cross sectional. Sample is 60 taken with purposive random sampling. Analysis of data sample used analytics bivariat by test Mc Nemar.

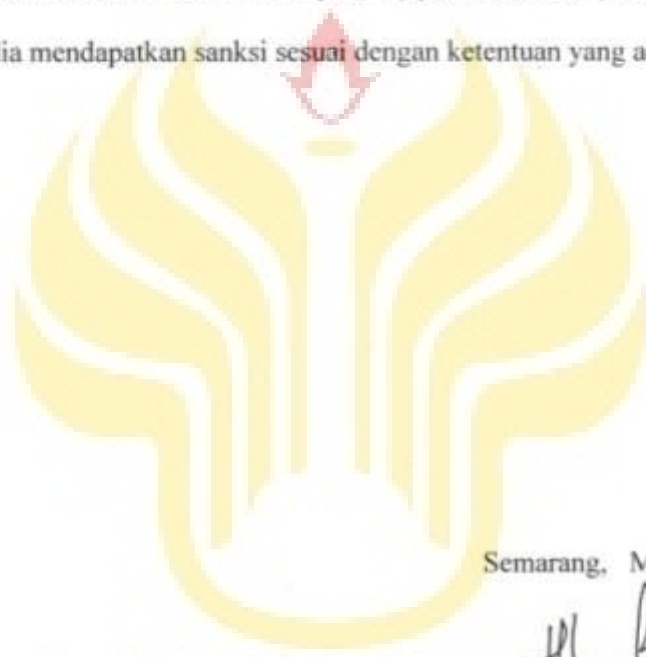
The results of this research show that no different perception patients reliability aspects (p value $0,648 > 0,05$), no difference perception responsiveness patients (p value $0,167 > 0,05$), difference perception of assurance patients (p value $0,001 < 0,05$), there was a perception of empathy patients (p value $0,001 < 0,05$), there is no difference perception patients tangible aspects (p value $0,167 > 0,05$) on the quality of service before and after the National Health Insurance in Bandarharjo Public Health Center, Semarang

Keywords : Askes; Dimension of Service; Patients Perception

Bibiography : 24(2005-2016)

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis dalam skripsi ini benar-benar karya saya sendiri, bukan jiplakan dari karya orang lain. Pendapat atau temuan orang lain dalam skripsi ini dikutip dan dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah. Apabila dikemudian hari terbukti skripsi ini jiplakan dari karya orang lain, maka saya bersedia mendapatkan sanksi sesuai dengan ketentuan yang ada.



Semarang, Mei 2016

Tia Sufistyawati

NIM.6411412031

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PERSETUJUAN

Skripsi Tia Sulistyawati, NIM 6411412031, berjudul "Persepsi Pasien Eks Askes terhadap Kualitas Pelayanan Sebelum dan Sesudah Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang" disetujui untuk disidangkan dihadapan Tim Penguji Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Menyetujui:
Pembimbing

dr. Rr Ratna Sri Rahayu M.Kes, Ph.D.
NIP. 19720518 200801 2 011

Mengetahui:
Ketua Jurusan IKM,

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
dr. Irena Budiono, S.K.M., M.Kes
NIP. 19751217 200501 1 003

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan tim penguji proposal skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Nama : Tia Sulistyawati

Judul : Persepsi Pasien Eks Askes Terhadap Kualitas Pelayanan Sebelum Dan Sesudah Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang

Pada Hari : Rabu

Tanggal : 27 Januari 2016

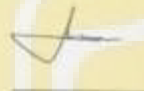
Tim Penguji Proposal

1. Penguji Pertama

Tanda Tangan

Tanggal

Drs. Bambang Wahyono, M. Kes



22/2/16

NIP. 19600610 198703 1 002

2. Penguji Kedua

dr. Mahalul Azam, M. Kes



8/3/16

NIP. 19751119 200112 1 001

3. Penguji Ketiga

dr. Intan Zarefissa, M. Kes



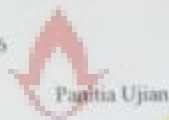
10/2/16

NIP. 19790105 200604 2 002

PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Tia Sulistyawati, NIM. 6411412031, dengan judul "Persepsi Pasien Eky Askes terhadap Kualitas Pelayanan Sebelum dan Sesudah Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang"

Pada Hari : Rabu
Tanggal : 15 Juni 2016



Ketua Panitia

Sekretaris



Iwan Budiono, S.KM, M.Kes (Epid)
NIP. 19751217 200501 1 003

Dewan Penguji

Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji

1. Drs. Bambang Wahyono, M. Kes
NIP. 19600610 198703 1 002

24/6/2016

Anggota Penguji 2. dr. Melisda Arani, M. Kes
NIP. 19751119 200112 1 001

22/08/2016

Anggota Penguji 3. dr. R. Sri Rama Kusyati, M. Kes, PhD
NIP. 19751119 200112 1 001

5/08/2016

UNNES

MOTTO

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan

(Q.S Alam Nasyroh : 6)

Janganlah kamu bersifat lemah, dan janganlah kamu bersedih hati, padahal kamulah orang yang paling tinggi derajatnya, jika kamu orang yang beriman

(Q.S Ali Imran : 139)

Yakinlah rencana Allah itu yang terbaik

Senyum Orang Tua adalah segalanya

Hidup adalah proses, hidup adalah belajar, tanpa ada batas umur, tanpa ada kata tua, jatuh berdiri lagi, kalah mencoba lagi, gagal bangkit lagi. Never give up, sampai tuhan berkata waktunya pulang.

(Tia Sulisyawati)

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PERSEMBAHAN

Dengan rasa syukur kepada ALLAH SWT dan kerendahan hati kami persembahkan laporan penelitian ini kepada orang-orang yang keberadaannya sangat penting dan berharga dalam perjalanan studi kami:

Bapak, Ibu, dan Adikku

Motivator terbesar dalam hidup kami yang tak pernah jemu mendoakan dan menyayangi kami, atas semua pengorbanan dan kesabaran mengantarkan kami sampai kini. Tak pernah cukup kami balas cinta kasih Bapak, Ibu dan Adikku

Matahari Ku

Terkasih kami, terimakasih telah menjadi penyemangat, pelipur lara, dan pelangi dengan warna warni hidupku. Terimakasih atas kesabaran yang tiada henti saat mendampingi dalam melewati perjalanan studi ini. Terima kasih kepada calon imamku yang akan menyempurnakan setengah dari agamaku.

Teman-temanku

Terimakasih kepada keluarga besar IKM Rombel 1 dan AKK UNNES angkatan 2012 atas canda tawanya selama perjalanan studi ini

Keluarga Besar Puskesmas Bandarharjo

Terima kasih kepada Kepala Puskesmas dan pegawai-pegawai puskesmas yang tidak dapat saya sebutkan semuanya beserta seluruh pihak yang terkait penelitian ini atas kerjasamanya yang luar biasa.

Almamaterku

Universitas Negeri Semarang

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Segala puji bagi Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya. Shalawat dan salam dihaturkan kepada Nabi Muhammad SAW dan keluarga serta seluruh sahabatnya. Berkat rahmat dan karunia-Nya serta partisipasi dari berbagai pihak yang telah banyak membantu baik moril maupun materiil sehingga skripsi dengan judul “Persepsi Pasien *Eks* Askes Terhadap Kualitas Pelayanan Sebelum Dan Sesudah Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang” dapat selesai. Oleh karena itu, dengan kerendahan hati disampaikan terima kasih kepada :

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, Prof. dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd, atas ijin penelitian yang telah diberikan.
2. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Drs. Tri Rustiasi, M. Kes atas ijin penelitian.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, Bapak Irwan Budiono, S.KM, M.Kes atas izin penelitian yang diberikan.
4. Pembimbing dr. Rr. Sri Ratna Rahayu, M. Kes., Ph. D atas bimbingan, arahan serta masukan dalam menyusun skripsi ini.

5. Seluruh Dosen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang yang telah memberikan ilmu-ilmu yang bermanfaat.
6. Staff TU Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat (Bapak Sungatno) dan seluruh staff TU Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat perijinan penelitian.
7. Teristimewa kepada orang tuaku Bapak Suparjo dan Ibu Murbiyanti yang selalu mendoakan, memberikan motivasi dan pengorbanannya baik dari segi moril dan materi kepadaku sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini.
8. Sahabat-sahabatku yang telah menemani dan bersedia membantu selama masa perkuliahan berlangsung yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.
9. Terima kasih juga kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Akhir kata saya mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dan saya berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua dan menjadi bahan masukan bagi dunia pendidikan.

Semarang, 2016

Hormat Saya

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRAK	iii
MOTTO	iv
PERSEMBAHAN	v
PERNYATAAN	vi
PERSETUJUAN	vii
HALAMAN PENGESAHAN	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Bagi Ilmu Pengetahuan	8
1.4.2 Bagi Puskesmas	8
1.4.3 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat	8
1.4.4 Bagi Peneliti	8
1.5 Keaslian Penelitian.....	9
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Landasan Teori	13
2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional	11
2.1.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial	14
2.1.3 Asuransi Kesehatan	28

2.1.4 Persepsi	41
2.1.5 Pelayanan Kesehatan	45
2.1.6 Kepuasan Pelayanan	47
2.1.7 Kualitas Pelayanan	53
2.1.8 Harapan Pasien	56
2.1.9 Puskesmas	58
2.2 Kerangka Teori	63
BAB III METODE PENELITIAN	64
3.1 Kerangka Konsep	64
3.2 Variabel Penelitian	64
3.2.1 Variabel Bebas	64
3.2.2 Variabel Terikat	64
3.3 Hipotesis Penelitian.....	64
3.4 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	65
3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian	69
3.6 Populasi dan Sampel Penelitian	69
3.6.1 Populasi Penelitian	69
3.6.2 Sampel Penelitian	69
3.7 Sumber Data.....	72
3.7.1 Data Primer	72
3.7.2 Data Sekunder	72
3.8 Instrumen Penelitian	72
3.9 Prosedur Penelitian.....	73
3.10 Teknik Pengolahan dan Analisis Data.....	73
BAB IV HASIL PENELITIAN	76
4.1 Gambaran Umum	76
4.2 Hasil Penelitian	77
4.2.1 Analisis Univariat	77
4.2.2 Analisis Bivariat	78
BAB V PEMBAHASAN	92
5.1 Pembahasan	92
5.1.1 Persepsi Pasien <i>Eks</i> Askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan dimensi pelayanan <i>reliability</i>	92

5.1.2 Persepsi Pasien <i>Eks</i> Askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan dimensi pelayanan <i>responsivenees</i>	94
5.1.3 Persepsi Pasien <i>Eks</i> Askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan dimensi pelayanan <i>assurance</i>	95
5.1.4 Persepsi Pasien <i>Eks</i> Askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan dimensi pelayanan <i>empathy</i>	97
5.1.5 Persepsi Pasien <i>Eks</i> Askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan dimensi pelayanan <i>tangible</i>	99
5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian.....	101
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	102
9.1 Simpulan	102
9.2 Saran	103

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 1.1 Penelitian-penelitian yang relevan dengan penelitian itu	9
Tabel 2.1 Kelebihan sistem asuransi sosial dengan asuransi komersial	12
Tabel 3.1 Definisi operasional dan skala pengukuran variabel	64
Tabel 3.2 Hasil penelitian sebelumnya	73
Tabel 4.1 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin	77
Tabel 4.2 Distribusi Responden berdasarkan Umur	78
Tabel 4.3. Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan	78
Tabel 4.4 Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan	79
Tabel 4.5 Distribusi Responden berdasarkan <i>reliability</i> sebelum JKN	80
Tabel 4.6 Distribusi Responden berdasarkan <i>reliability</i> sesudah JKN	80
Tabel 4.7 Distribusi Responden berdasarkan <i>responsivenees</i> sebelum JKN	81
Tabel 4.8 Distribusi Responden berdasarkan <i>responsivenees</i> sesudah JKN	81
Tabel 4.9 Distribusi Responden berdasarkan <i>assurance</i> sebelum JKN	82
Tabel 4.10 Distribusi Responden berdasarkan <i>assurance</i> sesudah JKN	82
Tabel 4.11 Distribusi Responden berdasarkan <i>empathy</i> sebelum JKN	83
Tabel 4.12 Distribusi Responden berdasarkan <i>empathy</i> sesudah JKN	83
Tabel 4.13 Distribusi Responden berdasarkan <i>tangible</i> sebelum JKN	84
Tabel 4.14 Distribusi Responden berdasarkan <i>tangible</i> sesudah JKN	84
Tabel 4.15 Persepsi Pasien <i>Eks</i> Askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan dimensi pelayanan <i>reliability</i>	84
Tabel 4.16 Persepsi Pasien <i>Eks</i> Askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan dimensi pelayanan <i>responsivenees</i>	86

Tabel 4.17 Persepsi Pasien *Eks Askes* terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan dimensi pelayanan *assurance* 87

Tabel 4.18 Persepsi Pasien *Eks Askes* terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan dimensi pelayanan *empathy* 89

Tabel 4.19 Persepsi Pasien *Eks Askes* terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan dimensi pelayanan *tangible* 90



DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 2.1 Prosedur Pelayanan	32
Gambar 2.2 Kerangka Teori	63
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	64



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Tugas Pembimbing	106
Lampiran 2 Surat Ijin Validitas	107
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian	108
Lampiran 4 Surat Ijin Penelitian	111
Lampiran 5	115
Lampiran 6	119
Lampiran 7	122
Lampiran 8	137
Lampiran 9	138
Lampiran 10	143
Lampiran 11	147
Lampiran 12	152



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 mendefinisikan 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.

Konsumen puskesmas dalam hal ini adalah pasien yang mengharapkan pelayanan kesehatan di puskesmas, bukan saja mengharapkan pelayanan medik dan keperawatan tetapi juga mengharapkan kenyamanan, akomodasi yang baik dan harmonis antara pegawai puskesmas dan pasien, dengan demikian perlu adanya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas (Supranto, 2006). Pelanggan adalah evaluator kunci yang memainkan peran dalam mengukur kualitas pelayanan atau produk. Pada bidang kesehatan pelanggan adalah pasien, dan persepsi mereka dianggap indikator utama saat menilai kualitas layanan. Untuk mempertahankan pelanggan, pihak puskesmas dituntut selalu menjaga kepercayaan konsumen dengan memperhatikan secara cermat kebutuhan konsumen sebagai upaya untuk memenuhi keinginan dan harapan atas pelayanan yang diberikan (Irfan, 2012:1).

Upaya kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan, pemerataan dan jangkauan pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan adalah

ukuran seberapa baik tingkat pelayanan yang diberikan mampu dan sesuai dengan ekspektasi pelanggan. Kepuasan pelanggan akan muncul apabila kualitas pelayanannya baik. Untuk mengukur kualitas pelayanan dibagi dalam lima dimensi SERQUAL yaitu (1) keandalan (*reliability*) yaitu kemampuan puskesmas memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya, (2) daya tanggap (*responsiveness*) yaitu suatu kebijakan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat kepada pasien dengan menyampaikan informasi yang jelas, (3) jaminan (*assurance*) yaitu pengetahuan, kesopansantunan dan kemampuan para pegawai puskesmas menumbuhkan rasa percaya para pasien, (4) empati (*empathy*) yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para pelanggan dengan berupaya memahami keinginan pasien dan (5) bukti fisik (*tangible*) yaitu kemampuan puskesmas menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal, penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik puskesmas yang dapat diandalkan keadaan lingkungan sekitarnya merupakan bukti nyata dari pelanggan yang diberikan oleh pemberi jasa. Kualitas pelayanan yang maksimal akan mengakibatkan munculnya persepsi yang baik dari pelanggan dan kepuasan yang dirasakan pelanggan akan lebih tinggi (Anggraini dan Rohmani, 2012:155).

James William (1984) mendefinisikan persepsi adalah suatu pengalaman yang terbentuk berupa data-data yang didapat melalui indra, yang dihasilkan dari pengolahan otak dan ingatan. Pengalaman diartikan sebagai pelayanan kesehatan yang didapatkan di suatu instansi kesehatan, dari suatu pengalaman tersebut dapat

dinilai kualitas pelayanan dengan menggunakan dimensi pelayanan (Adi I.R, 2013:15).

Persepsi ini dapat timbul karena adanya rangsangan untuk menilai suatu pelayanan, penilaian persepsi kualitas sesuai harapan atau tidak. Untuk mewujudkan kualitas derajat kesehatan pemerintah mengeluarkan program jaminan kesehatan bagi masyarakat yang dijalankan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) yang mulai diberlakukan pada 1 Januari 2014. BPJS bisa dikatakan sebagai sebuah asuransi kesehatan bagi masyarakat, sehingga dalam pemanfaatannya akan menimbulkan berbagai persepsi tentang suatu tempat pelayanan kesehatan yang melayani pasien yang menggunakan BPJS kesehatan. Persepsi tersebut bisa menyatakan bahwa kualitas pelayanan sesuai dengan harapan pasien maupun kualitas pelayanan kesehatan tidak sesuai harapan pasien (Ihsan, 2014).

Puskesmas Bandarharjo merupakan pusat pelayanan kesehatan dasar, yang berada di wilayah Semarang Utara dari kota Semarang. Pelayanan yang diberikan di Puskesmas Bandarharjo antara lain pelayanan BP, pelayanan KIA dan pelayanan BP Gigi. Puskesmas Bandarharjo adalah salah satu puskesmas yang telah mengikuti sistem JKN yang bekerja sama dengan BPJS. Pada awal tahun 2014 pemerintah menetapkan peraturan bahwa seluruh puskesmas yang ada di Indonesia wajib mengikuti sistem Jaminan Kesehatan Nasional. Selain itu pemerintah juga menetapkan kebijakan Jaminan Sosial wajib diikuti bagi seluruh masyarakat dengan menetapkan Jaminan Kesehatan Nasional. Tahun 2004 dikeluarkan UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang

memberikan pertimbangan utama untuk memberikan Jaminan Sosial yang menyeluruh bagi rakyat Indonesia. UU No 24 Tahun 2011 tentang BPJS mengamanatkan adanya transformasi badan penyelenggara yang telah ada menjadi BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan (Zaelani, 2012:9).

Kelompok peserta yang dialihkan di Indonesia yaitu peserta *existing* Askes sebanyak 16,15 juta, Jamsostek 8,4 juta peserta, Jamkesmas 86,4 juta, TNI dan keluarganya 859.216 dan Polri sebanyak 793.454 peserta. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Jawa Tengah jumlah peserta JKN mencakup 17,89 juta warga Jawa Tengah. Didominasi peserta Jamkesmas dengan jumlah 14,15 juta orang, untuk peserta *Eks* Askes ada 2,6 juta orang, Jamsostek dan keluarganya 571 ribu orang, TNI dan Polri beserta keluarganya sebanyak 570 ribu orang. Peserta Jamkesmas, *Eks* Askes, Jamsostek, TNI dan Polri beserta keluarganya dapat langsung memanfaatkan fasilitas JKN. Fasilitas kesehatan yang disiapkan meliputi 873 puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat dasar, 57 Rumah Sakit untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dan Rumah Sakit milik swasta sebanyak 193 (Alkhamida, 2014).

Berdasarkan data tersebut jumlah peserta berdasarkan kepesertaan Non PBI *Existing* Askes adalah peserta yang paling banyak dalam peralihan mejadi BPJS Kesehatan. Peralihan tersebut membawa konsekuensi bagi peserta *Eks* Askes yang harus meleburkan diri dalam satu wadah pelayanan kesehatan yang diberlakukan oleh pemerintah secara menyeluruh. Secara prinsip, nilai manfaat yang diperoleh peserta tidak ada yang berubah. Hak-hak layanan yang diperoleh para peserta Askes akan tetap diperoleh sebagaimana sebelumnya. Hal tersebut

perlu menjadi perhatian BPJS, karena dilapangan masih banyak dikeluhkan tentang lambannya pelayanan, rumitnya persyaratan dan tidak sedikit peserta Askes yang selalu mengeluarkan uang ketika berobat dengan alasan tidak adanya alat itu dan tidak dicover oleh BPJS dengan standar tarif kapitasi dipuskesmas sebesar Rp3.000,00 (tiga ribu rupiah) sampai dengan Rp6.000,00 (enam ribu rupiah) dipuskesmas. Ada beberapa perbedaan dalam sistem Askes dan BPJS, misalnya dalam pemberian obat. Ketika era Askes, pasien diabetes bisa mendapatkan obat gliclazide tablet dengan berat 5 mg selama 60 tablet per bulan namun setelah era BPJS dalam sebulan pasien hanya mendapatkan obat dengan berat yang sama sebanyak 30 tablet per bulan. Hal ini juga dikeluhkan oleh pasien Hipertensi, era Askes obat nifedipin tab 20 mg mendapatkan 60 tablet dalam sebulan namun di era BPJS hanya 30 tablet per bulan dengan berat yang sama. Selain itu ada perbedaan persalinan yang ditanggung oleh BPJS dan Askes yaitu BPJS menanggung persalinan dengan jumlah anak ke 3 tanpa melihat anak hidup atau meninggal sedangkan Askes menanggung persalinan sampai dengan anak ke 2 dengan perhitungan anak hidup (PT. Askes, 2012; BPJS, 2014).

Puskesmas Bandarharjo dengan jumlah peserta *Eks* Askes sebanyak 1.016 peserta dengan jumlah yang paling sedikit diantara puskesmas lain yang ada di Semarang dengan jumlah kapitasi setiap pasien adalah Rp 3.250 dan memiliki jumlah kunjungan yang semakin menurun dari tahun 2012-2014 yaitu pada tahun 2012 sebanyak 72.299 kunjungan, tahun 2013 sebanyak 69.931 kunjungan dan tahun 2014 sebanyak 51.070 kunjungan (Data Dinkes, 2014). Selain itu Puskesmas Bandarharjo berdasarkan letaknya berbatasan langsung dengan Laut

Jawa dan sering terjadi rob disetiap tahunnya membuat Puskesmas Bandarharjo menghadapi permasalahan yang kompleks, dari permasalahan dengan berbagai penyakit baik penyakit menular dan tidak menular seperti ISPA dengan jumlah 6.437 penderita, hipertensi sebanyak 3.693 dan diabetes sebanyak 1.445 penderita. Dan di Puskesmas Bandarharjo juga memiliki permasalahan yaitu kurangnya tenaga kesehatan (7 perawat dan 3 bidan), sarana dan prasarana yang kurang memadai (RTP Puskesmas, 2014).

Berdasarkan data Puskesmas Bandarharjo, pada tahun 2012 jumlah sepuluh besar penyakit di Puskesmas adalah 16.900 kasus. Pada tahun 2013, sepuluh besar penyakit sejumlah 18.740 kasus dan pada tahun 2014 naik menjadi 18.933 kasus (RTP Puskesmas, 2014).

Hasil wawancara dengan 13 orang pasien *Eks* Askes pada tanggal 2 Februari dan 5 Februari 2016 di Puskesmas Bandarharjo didapatkan bahwa 54 % pasien tidak puas terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas Bandarharjo dikarenakan fasilitas yang kurang nyaman, menunggu pelayanan yang lama, pelayanan yang lamban dan keadaan lingkungan di Puskesmas. Dan 46 % lainnya mengatakan puas terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas Bandarharjo.

Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Muflih tentang Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien pengguna Askes dan Pasien Umum dalam menerima Kualitas Pelayanan Keperawatan di Instalansi Rawat Inap kelas II RSUD Panembahan Senopati Kabupaten Bantul tahun 2015 menunjukkan ada perbedaan antara tingkat kepuasan pasien Askes dan umum dalam menerima kualitas pelayanan rawat inap yaitu *reliability*, *responsivennes*, *assurance*,

empathy dan *tangible*. Dalam penelitian Ahmad Baequny dengan judul Persepsi Pasien Askes Sosial terhadap Pelayanan Dokter Keluarga di Kota Pekalongan menunjukkan adanya perbedaan persepsi pasien Askes terhadap pelayanan dokter keluarga di kota pekalongan untuk mendapatkan surat rujukan, alat yang ditanggung dan pemberian obat.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk meneliti mengenai persepsi pasien Eks Askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah JKN di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang tahun 2016.

1.2 PERUMUSAN MASALAH

Peserta JKN merupakan masyarakat dari berbagai macam latar belakang, termasuk jaminan kesehatan yang dimiliki sebelumnya. PT Askes, Jamkesmas dan Jamsostek beralih menjadi peserta JKN. Sebelum JKN, masing-masing jaminan kesehatan tersebut dikelola oleh pihak yang berbeda dan memiliki prosedur masing-masing dalam memenuhi kebutuhan dan memberikan pelayanan terhadap pesertanya. Saat ini ketika menjadi peserta JKN diberlakukan sistem dan prosedur yang sama bagi semua peserta. Prosedur dan pelayanan bagi peserta JKN dan Askes relatif berbeda.

Berdasarkan uraian tersebut, maka pertanyaan penelitian yang diajukan dalam penelitian ini adalah “Apakah ada perbedaan persepsi pasien *Eks* Askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan JKN di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang?”

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini “Untuk mengetahui persepsi pasien Eks Askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan JKN di Puskesmas Bandarharjo Semarang”.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Untuk mengetahui persepsi pasien *Eks* Askes terhadap kehandalan pelayanan di Puskesmas Bandarharjo.

1.3.2.2 Untuk mengetahui persepsi pasien *Eks* Askes terhadap daya tanggap pelayanan di Puskesmas Bandarharjo.

1.3.2.3 Untuk mengetahui persepsi pasien *Eks* Askes terhadap jaminan pelayanan di Puskesmas Bandarharjo.

1.3.2.4 Untuk mengetahui persepsi pasien *Eks* Askes terhadap perhatian pelayanan di Puskesmas Bandarharjo.

1.3.2.5 Untuk mengetahui persepsi pasien *Eks* Askes terhadap penampilan pelayanan di Puskesmas Bandarharjo.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Bagi Puskesmas

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan terkait pelayanan yang diberikan bagi peserta JKN di Puskesmas Bandarharjo Semarang.

1.4.2 Bagi BPJS Kesehatan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan kebijakan terkait pelayanan yang diberikan bagi peserta JKN.

1.4.3 Bagi perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Dapat memperkaya khasanah penelitian tentang administrasi kebijakan kesehatan, memberikan hasil kajian dan dapat digunakan data sekunder tentang persepsi pasien *Eks Askes* terhadap kualitas pelayanan kesehatan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang sehingga dapat melakukan intervensi.

1.4.4 Bagi Peneliti

Dapat memperoleh pengalaman dalam melakukan penelitian serta menerapkan ilmu yang telah dipelajari semasa perkuliahan serta untuk menambah wawasan tentang kepuasan pelayanan kesehatan di puskesmas.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Penelitian-penelitian yang relevan dengan penelitian ini

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1	Tingkat Kepuasan Pasien Askes dan Jamsostek terhadap Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Sari Mutiara Medan Tahun 2001	Erledis Simanjatak	2001, Rumah Sakit Umum Sari Mutiara Medan	Deskriptif analitik	Variabel bebas : tingkat kepuasan pasien Variabel terikat : pelayanan kesehatan	Ada perbedaan yang bermakna antara tingkat kepuasan pasien Askes dan Jamsostek terhadap pelayanan darah di RSU Sari Mutiara

2	Perbandingan tingkat kepuasan pasien umum dengan pengguna kartu Askes dipelayanan dokter keluarga PT Askes	Syahdat nurkholiq	2011, Kota Semarang	Observasional dengan metode <i>cross sectional</i>	Variable bebas status pasien yang dibagi menjadi pasien umum dan pasien pengguna kartu askes	Terdapat perbedaan bermakna antara pasien umum dengan pengguna kartu Askes dipelayanan Dokter keluarga PT Askes
3	Perbedaan persepsi pasien BPJS Kesehatan Eks Askes dan Eks Jamsostek terhadap pelayanan rujukan berjenjang di RSUD Tidar Magelang	Jauharotini Nafisah Alkhamidah	2014, Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Magelang	observasional dengan metode <i>cross sectional</i>	Variabel bebas persepsi pasien BPJS Kesehatan Eks Askes dan Eks Jamsostek terhadap pelayanan rujukan berjenjang di pelayanan rujukan berjenjang	Ada perbedaan persepsi antara pasien BPJS Kesehatan pasien Eks Askes dan Eks Jamsostek terhadap pelayanan rujukan berjenjang di RSUD Tidar kota Magelang

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut :

1. Penelitian ini mengenai persepsi pasien Eks Askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional belum pernah dilakukan.
2. Variabel yang berbeda dengan penelitian terdahulu adalah variabel bebas dan variabel terikat.

3. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif komparatif dengan metode *cross sectional*.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.3 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Bandarharjo Semarang.

1.6.4 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret sampai dengan Mei 2015.

1.6.5 Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk dalam bidang kajian ilmu Kesehatan Masyarakat yang menitik beratkan pada keilmuan Administrasi Kebijakan Kesehatan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional

2.1.1.1 Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional

Asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas resiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya (UU SJSN No. 40 tahun 2004).

Sistem jaminan sosial adalah tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Jaminan sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Jaminan Kesehatan Nasional yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem jaminan sosial diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib berdasarkan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Kemenkes JKN, 2012).

Kelebihan sistem asuransi sosial di banding dengan asuransi komersial antara lain :

Tabel 2.1 Kelebihan Sistem Asuransi Sosial dengan Asuransi Komersial

Asuransi Sosial	Asuransi Komersial
1. Kepesertaan bersifat wajib (untuk semua penduduk)	1. Kepesertaan bersifat sukarela
2. Non profit	2. Profit
3. Manfaat komprehensif	3. Manfaat sesuai dengan premi yang dibayarkan

** berpotensi mencakup 100% penduduk dan relatif dapat menekan peningkatan biaya pelayanan kesehatan (Kemenkes JKN, 2012).

2.1.1.2 Prinsip Jaminan kesehatan Nasional

Prinsip-prinsip pelaksanaan JKN, sesuai dengan UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN, maka Jaminan Kesehatan Nasional dikelola dengan :

1. Gotong royong.
2. Nirlaba.
3. Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.
4. Portabilitas.
5. Kepesertaan bersifat wajib.
6. Dana Amanat.
7. Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar – besar kepentingan peserta.

2.1.1.3 Pembiayaan

1. Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan atau pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (pasal 16, perpres No. 12/ 2013 tentang Jaminan Kesehatan).
2. Pembayar iuran
 - 1) Bagi peserta PBI, iuran dibayarkan oleh pemerintah.

- 2) Bagi peserta pekerja penerima upah, iuran dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja.
- 3) Bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja iuran dibayar oleh peserta yang bersangkutan.
- 4) Besarannya iuran Jaminan Kesehatan Nasional ditetapkan melalui peraturan presiden dan ditinjau ulang secara berkala.

3. Pembayaran iuran

Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI). Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS kesehatan secara berkala (paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Keterlambatan pembayaran iuran JKN dikenakan denda administratif sebesar 2 % perbulan dari total iuran yang tertunggak dan dibayar oleh pemberi kerja. Peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja wajib membayar iuran JKN pada setiap bulan yang di bayarkan paling lambat tanggal 10 setiap bulan kepada BPJS kesehatan (Kemenkes JKN, 2012).

2.1.1.4 Pelayanan

1. Prosedur pelayanan

Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Bila

peserta harus memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus melalui rujukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama kecuali dalam keadaan gawat darurat medis.

2. Kompensasi pelayanan

Bila di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah peserta, BPJS kesehatan wajib memberikan kompensasi, yang dapat berupa penggantian uang tunai, pengiriman tenaga kesehatan atau penyediaan fasilitas kesehatan tertentu. Penggantian uang tunai hanya digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi.

3. Penyelenggara pelayanan kesehatan

Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS kesehatan baik fasilitas kesehatan milik pemerintah, pemerintah daerah dan swasta yang memenuhi persyaratan melalui proses *kredensialing* dan *rekredensialing* (Kemenkes JKN, 2012).

2.1.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

2.1.2.1 Pengertian BPJS Kesehatan

Badan penyelenggara jaminan kesehatan sosial kesehatan yang biasanya di singkat BPJS kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

2.1.2.2 Kepesertaan BPJS Kesehatan

Beberapa pengertian :

1. Peserta adalah setiap orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia yang telah membayar iuran.
2. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah atau imbalan dalam bentuk lain.
3. Pemberi kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum atau badan lainnya yang memperkerjakan tenaga kerja atau penyelenggara negara yang memperkerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah atau imbalan dalam bentuk lainnya.

Peserta tersebut meliputi penerima bantuan iuran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan rincian sebagai berikut :

1. Peserta PBI jaminan kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
2. Peserta bukan PBI adalah peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas :
 - 1) Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya yaitu Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, pegawai pemerintahan non pegawai negeri, pegawai swasta dan pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai huruf f yang menerima upah.
 - 2) Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya yaitu pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri, pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima upah dan pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 bulan

- 3) Bukan pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas : investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan dan bukan pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai huruf e yang mampu membayar iuran
- 4) Penerima pensiun terdiri dari : Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun, anggota TNI dan anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun, pejabat negara yang berhenti dengan hak pensiun, penerima pensiun selain huruf a, b dan c, janda, duda atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.

Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi :

- Istri atau suami yang sah dari peserta
 - Anak kandung, anak tiri dan/ atau anak angkat yang sah dari peserta dengan kriteria : tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri dan belum berusia 21 tahun atau belum berusia 25 tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
- 5) WNI di Luar Negeri, jaminan kesehatan bagi pekerja WNI yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.
 - 6) Syarat pendaftaran, syarat pendaftaran akan diatur kemudian dalam peraturan BPJS.
 - 7) Lokasi pendaftaran, pendaftaran peserta dilakukan di kantor BPJS terdekat/ setempat.
 - 8) Prosedur pendaftaran peserta
 - Pemerintah mendaftarkan PBI JKN sebagai peserta kepada BPJS kesehatan

- Pemberi kerja mendaftarkan pekerjanya atau pekerja dapat mendaftarkan diri sebagai peserta kepada BPJS kesehatan.
- Bukan pekerja dan peserta lainnya wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai peserta kepada BPJS kesehatan.

9) Hak dan kewajiban peserta

- Setiap peserta yang telah mendaftar pada BPJS kesehatan berhak mendapatkan identitas peserta, manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan.
- Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS kesehatan berkewajiban untuk membayar iuran dan melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili dan atau pindah kerja.

10) Masa berlaku kepesertaan

- Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional berlaku selama yang bersangkutan membayar iuran sesuai dengan kelompok peserta.
- Status kepesertaan akan hilang bila peserta tidak membayar iuran atau meninggal dunia.
- Ketentuan lebih lanjut terhadap hal tersebut diatas akan diatur oleh peraturan BPJS.

11) Pertahanan kepesertaan, tahap pertama mulai 21 januari 2014 kepesertaannya paling sedikit meliputi : PBI jaminan kesehatan, anggota TNI/ PNS di lingkungan kementerian pertahanan dan anggota keluarganya, peserta asuransi kesehatan PT Askes beserta keluarganya, serta peserta jaminan

pemeliharaan kesehatan Jamsostek dan anggota keluarganya. Tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai peserta BPJS kesehatan paling lambat tanggal 1 januari 2019 (Kemenkes JKN, 2012).

2.1.2.3. Iuran (Peraturan Presiden No. 111 tahun 2013)

1. Iuran peserta PBI, iuran peserta PBI jaminan kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh pemerintah daerah sebesar Rp 19.225,00 per orang per bulan.
2. Iuran peserta bukan PBI
 - 1) Iuran jaminan kesehatan bagi peserta pekerja penerima upah yang terdiri atas Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara dan pegawai pemerintah Non Pegawai Negeri sebesar 5 % dari gaji atau upah per bulan.
 - 2) Iuran sebagaimana dimaksud pada poin 1 dibayar dengan ketentuan sebagai berikut :
 - 3) Kewajiban pemberi kerja dalam membayar iuran sebagaimana dimaksud diatas, dilaksanakan oleh :
 - Pemerintah untuk iuran jaminan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil pusat, anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara dan pegawai pemerintah Non Pegawai Negeri Sipil.
 - Pemerintah daerah untuk iuran jaminan kesehatan bagi pegawai negeri sipil daerah dan pegawai pemerintah Non Pegawai Negeri Sipil.
 - 4) Iuran jaminan kesehatan bagi peserta pekerja penerima upah selain peserta sebagaimana dimaksud diatas yang dibayarkan mulai tanggal 1 januari 2014

sampai 30 juni 2015 sebesar 4,5 % dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan : 4% dibayar oleh pemberi kerja dan 0,5% dibayar oleh peserta.

- 5) Iuran jaminan kesehatan bagi peserta sebagaimana dimaksud diatas yang dibayarkan mulai tanggal 1 juli 2015 sebesar 5 % dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan : 4% dibayar oleh pemberi kerja dan 1% dibayar oleh peserta.

2.1.2.4 Ruang lingkup pelayanan (Perpres 12 tahun 2013, peraturan BPJS kesehatan No. 1 tahun 2014)

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialistik yang mencakup :
 - 1) Administrasi pelayanan.
 - 2) Pelayanan promotif dan preventif.
 - 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis.
 - 4) Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif.
 - 5) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
 - 6) Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis.
 - 7) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.
 - 8) Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.
2. Pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap yang mencakup :
 - 1) Admistrasi pelayanan.

- 2) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan subspecialis.
 - 3) Tindakan medis spesialistik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis.
 - 4) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
 - 5) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis.
 - 6) Rehabilitasi medis.
 - 7) Pelayanan darah.
 - 8) Pelayanan kedokteran forensik klinik.
 - 9) Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal setelah dirawat inap di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan, berupa pemulasaran jenazah tidak termasuk peti mati dan mobil jenazah.
 - 10) Perawatan inap non intensif.
 - 11) Perawatan inap di ruang intensif.
3. Persalinan yang ditanggung BPJS kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun tingkat lanjutan adalah persalinan sampai dengan anak ketiga tanpa melihat anak hidup/ meninggal.
4. Ambulans, ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan satu ke fasilitas kesehatan lainnya dengan tujuan menyelamatkan nyawa pasien.

2.1.2.5 Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin (Perpres 12 tahun 2013, peraturan BPJS kesehatan No. 1 tahun 2014)

- 1) Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku.
- 2) Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS kesehatan kecuali dalam keadaan darurat.
- 3) Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan kerja.
- 4) Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas.
- 5) Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Luar Negeri.
- 6) Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik.
- 7) Pelayanan untuk mengatasi infertilitas.
- 8) Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi).
- 9) Gangguan kesehatan/ penyakit akibat ketergantungan obat dan atau alkohol.
- 10) Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri.
- 11) Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, shin she, chiropratic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan.
- 12) Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan.
- 13) Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu.
- 14) Perbekalan kesehatan rumah tangga.

- 15) Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah.
- 16) Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.
- 17) Klaim perorangan.

2.1.2.6 Prosedur pelayanan kesehatan (Permenkes No 71 tahun 2013, peraturan BPJS kesehatan No 1 tahun 2014)

- 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 diatas tidak berlaku bagi peserta yang berada diluar wilayah fasilitas kesehatan tingkat pertama dan 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 tingkat pertama.
- 6) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama.

- 7) Ketentuan sebagaimana dimaksud diatas dikecualikan pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografi dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.
- 8) Tata cara rujukan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan pewraturan perundang-undangan.

2.1.2.7 Pelayanan kegawat darurat (Permenkes No 71 tahun 2013, peraturan BPJS kesehatan No 1 tahun 2014)

- 1) Pelayanan gawat darurat adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan dan atau kecacatan sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan.
- 2) Peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan disetiap fasilitas kesehatan. Kriteria kegawat daruratan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- 3) Peserta yang menerima pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS kesehatan akan segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan setelah keadaan gawat daruratnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan.
- 4) Biaya akibat pelayanan kegawatdaruratan ditagih langsung oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS kesehatan.
- 5) Bagi peserta yang dilayani di UGD yang tidak bekerjasama dengan BPJS kesehatan, maka berlaku :

- BPJS kesehatan memberikan pembayaran kepada fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama untuk pelayanan gawat darurat setara dengan tarif yang berlaku untuk fasilitas kesehatan yang setara diwilayah tersebut.
- Tarif pelayanan gawat darurat oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama Rp 100.000- Rp 150.000.
- Tarif pelayanan gawat darurat oleh fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sesuai dengan tarif INA CBGs.
- Fasilitas kesehatan yang belum memiliki penetapan kelas rumah sakit, menggunakan tarif INA BCGs rumah sakit kelas D.

2.1.2.8 *Pelayanan obat dan alat kesehatan (Permenkes No 71 tahun 2013, peraturan BPJS kesehatan No. 1 tahun 2014, SE Menkes RI No. 32 tahun 2014)*

1. Obat dan bahan habis pakai.

- 1) Peserta berhak mendapat pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.
- 2) Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud diatas dapat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan atau rawat inap baik di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.
- 3) Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang diberikan kepada peserta berpedoman pada daftar obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh menteri.

- 4) Daftar obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud diatas dituangkan dalam formulatorium nasional dan kompendium alat kesehatan.
 - 5) Penambahan dan atau pengurangan daftar obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dalam formulatorium nasional dan kompendium alat kesehatan ditetapkan oleh menteri kesehatan.
2. Obat penyakit kronis
- 1) Pada masa transisi, fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dapat memberikan tambahan resep obat penyakit kronis (besaran formulatorium nasional) di luar paket INA CBGs sesuai indikasi medis sampai kontrol berikutnya apabila penyakit belum stabil. Resep tersebut dapat diambil di depo farmasi atau apotek yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan.
 - 2) Obat penyakit kronis dapat diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagai program rujuk balik (PRB) melalui apotek/ depo farmasi yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan. Ketentuan ini diberlakukan untuk penyakit-penyakit diabetes melitus, hipertensi, jantung, asma, penyakit paru, obstruktif kronis (PPOK), epilepsi, skizofren, sirosis hepatitis, stroke, dan sindroma lupus eritromatosus (SLE).
3. Obat program pemerintah, penyakit tertentu yang dibiayai pemerintah seperti penyakit HIV/ AID, tuberkolosa (TBC), malaria, kusta dan penyakit lain yang ditetapkan oleh menteri, diatur secara tersendiri.
4. Obat kemoterapi, thalasemia dan hemofolia.

- 1) Disamping dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat III, pemberian obat untuk kemoterapi, thalasemis dan hemofilia juga dapat dilakukan difasilitas kesehatan tingkat II dengan mempertimbangkan tingkat kemampuan fasilitas kesehatan dan kompetensi sumber daya manusia kesehatan.
 - 2) Dalam kondisi tertentu, pemberian obat kemoterapi, dan thalasemia dapat dilaksanakan di pelayanan rawat jalan.
 - 3) Selama masa transisi berlaku ketentuan sebagai berikut :
 - Pengajuan klaim pada pemberian obat kemoterapi berlaku sesuai dengan tarif INA CBGs ditambah dengan obat kemoterapi.
 - Pengajuan klaim pada pelayanan rawat jalan thalasemia dilakukan dengan input data pasien sesuai pelayanan thalasemia rawat inap dan INA CBGs.
 - Pada pelayanan rawat inap hemofilia A dan hemofilia B berlaku penambahan pembayaran klaim di luar tarif INA BCGs yang besarnya sama untuk semua tingkat keparahan kasus serta semua kelas perawatan.
 - Besaran penambahan hemofilia sebagaimana dimaksud di atas sesuai kelas rumah sakit dan regionalisasi tarif .
 5. Pelayanan obat rujuk balik
- 1) BPJS kesehatan menjamin kebutuhan obat program rujuk balik melalui apotik atau depo farmasi fasilitas kesehatan.
 - 2) Obat sebagaimana dimaksud diatas dibayar BPJS kesehatan di luar biaya kapitasi.

- 3) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pelayanan obat program rujuk balik diatur dengan peraturan BPJS kesehatan.

2.1.2.9 Penjaminan bayi baru lahir (SE Menkes RI No. 32 tahun 2014)

1. 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.
2. Bayi anak ke 1 sampai dengan anak ke 3 dari peserta pekerja penerima upah secara otomatis dijamin oleh BPJS kesehatan.
3. Bayi baru lahir dari : peserta bukan penerima upah, peserta bukan pekerja dan anak ke 4 atau lebih dari peserta penerima upah. Dijamin hingga hari ke 7 sejak kelahirannya dan harus segera didaftarkan sebagai peserta.
4. Apabila bayi sebagaimana dimaksud dalam huruf c tidak didaftarkan hingga hari ke 7 sejak kelahirannya, mulai hari ke 8 bayi tersebut tidak dijamin oleh BPJS kesehatan.

2.1.2.10 Skrining kesehatan (Perpres No. 12 tahun 2013, Permenkes No 71 tahun 2013, peraturan BPJS kesehatan No 1 tahun 2014)

1. Pelayanan skrining kesehatan diberikan secara perorangan dan selektif.
2. Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud diatas ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu, meliputi :
 - 1) Diabetes millitus tipe 2.
 - 2) Hipertensi.

- 3) Kanker leher rahim.
 - 4) Kanker payudara.
 - 5) Penyakit lain yang ditetapkan oleh menteri.
3. Pelayanan skrining kesehatan sebagaimana dimaksud pada di atas dimulai dengan analisis riwayat kesehatan yang dilakukan sekurang-kurangnya 1 tahun sekali.
 4. Dalam hal peserta teridentifikasi mempunyai risiko berdasarkan riwayat kesehatan sebagaimana dimaksud di atas, dilakukan penegakan diagnosa melalui pemeriksaan penunjang diagnostik tertentu.
 5. Peserta yang telah terdiagnosa penyakit tertentu berdasarkan penegakan diagnosa sebagaimana dimaksud di atas diberikan pengobatan sesuai dengan indikasi medis.

2.1.2.11 Pelayanan Ambulans (Permenkes No. 71 tahun 2013)

1. Pelayanan ambulans merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan disertai dengan upaya atau kegiatan menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien.
2. Pelayanan ambulans hanya dijamin bila rujukan dilakukan pada fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS atau pada kasus gawat darurat dari fasilitas kesehatan yang tiak bekerja sama dengan BPJS kesehatan dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien.

2.1.3 Asuransi Kesehatan (ASKES)

2.1.3.1 Pengertian Asuransi Kesehatan

Askes adalah salah satu jaminan kesehatan yang ada di Indonesia yang pesertanya berasal dari Pegawai Negeri Sipil, Veteran dll. Tujuannya adalah untuk menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang optimal yang menjamin terselenggaranya pemeliharaan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang optimal. Pada dasarnya konsep ini mengintegrasikan konsep pelayanan kesehatan (*delivery of care*) dan konsep pembiayaan kesehatan (*financing of healthcare*) menjadi satu sistem untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang optimal. Dengan demikian badan penyelenggara dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dengan biaya yang terkendali (PT. Askes, 2008).

2.1.3.2 Kepesertaan

Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, Veteran dan Perintis Kemerdekaan yang membayar iuran untuk jaminan pemeliharaan kesehatan (PP No. 69 tahun 1991)

Anggota keluarga adalah

1. Isteri atau suami dari peserta dan anak sah atau anak angkat dari peserta sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Anak yang sah dan atau anak angkat dari peserta yang mendapat tunjangan keluarga sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan yang berlaku dengan ketentuan belum mencapai usia 21 tahun, belum menikah, belum

berpenghasilan dan masih menjadi tanggungan peserta atau sampai usia 25 tahun yang masih mengikuti pendidikan formal.

3. Dokter pegawai tidak tetap (Kepres No.37 tahun 1991).
4. Bidan pegawai tidak tetap (Kepres No. 23 tahun 1991).

Hak peserta dan anggota keluarga adalah

1. Memperoleh kartu askes.
2. Memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas yang ditunjuk sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Memperoleh penjelasan/ informasi tentang hak, kewajiban serta tata cara pelayanan kesehatan.
4. Menyampaikan keluhan baik secara lisan (telepon/ datang langsung) atau tertulis/ surat, ke kantor PT. Askes (PT Askes, 2008).

2.1.3.3 Kewajiban peserta

1. Membayar premi.
2. Memberikan data identitas diri untuk penerbitan kartu askes.
3. Berperan aktif mengetahui dan mentaati semua ketentuan dan prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku.
4. Menjaga kartu askes agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh yang tidak berhak (PT Askes, 2008).

2.1.3.4 Fasilitas kesehatan yang melayani kartu askes

Fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan PT. Askes, meliputi :

1. Puskesmas dan dokter keluarga.

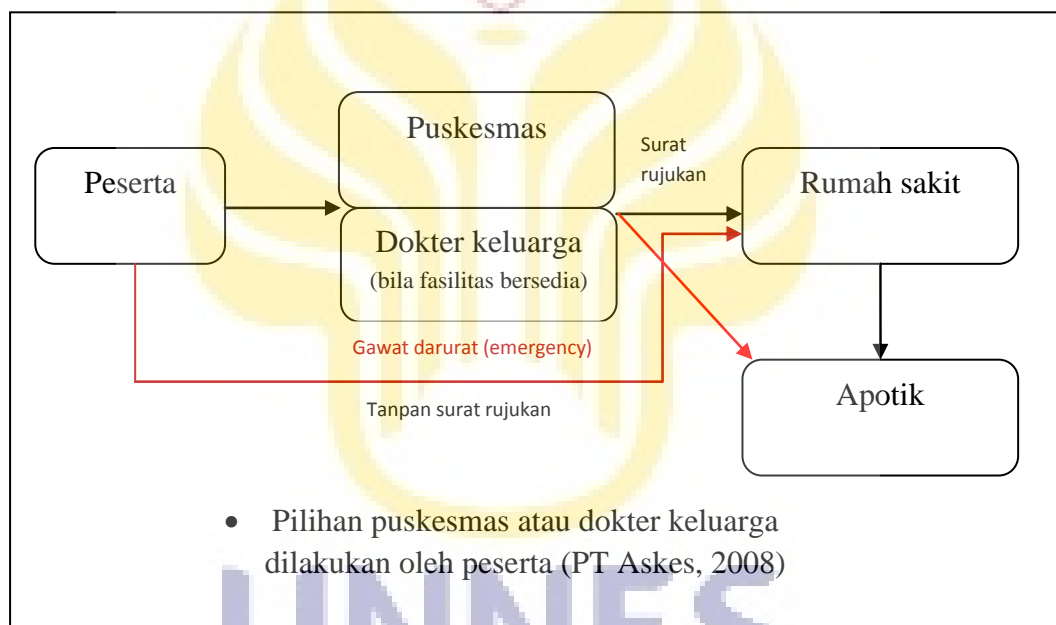
2. Rumah Sakit Pemerintah.
3. Rumah Sakit TNI/ Polri/ Swasta.
4. Unit Pelayanan Tranfusi Darah (UPTD)/ PMI.
5. Apotik.
6. Optikal.
7. Diseluruh Indonesia (PT Askes, 2008).

2.1.3.5 Pelayanan yang dijamin

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama.
 - 1) Rawat jalan tingkat pertama.
 - 2) Rawat inap tingkat pertama.
2. Pelayanan kesehatan tingkat lanjutan.
 - 1) Rawat jalan tingkat lanjutan.
 - 2) Rawat inap tingkat lanjutan.
 - 3) Rawat inap ruang khusus (ICU/ ICCU).
3. Pelayanan gawat darurat (emergency).
4. Persalinan.
5. Pelayanan transfusi darah.
6. Pelayanan obat sesuai Daftar & Plafon Harga Obat (DPHO) PT. Askes.
7. Alat kesehatan meliputi :
 - 1) Kacamata.
 - 2) Gigi tiruan.
 - 3) Alat bantu dengar.
 - 4) Kaki/ tangan tiruan.

- 5) IOL, Pen & Screw dan Implant lainnya.
8. Tindakan medis operasi dan tindakan medis non operasi.
9. Pelayanan cuci darah.
10. Cangkok ginjal dan ESWL.
11. Penunjang diagnostik : laboratorium, radiodiagnostik, elektromedik, USG, CT Scan dan MRI.

2.1.3.6 Prosedur pelayanan PT. Askes



Gambar 2.1 Prosedur pelayanan

2.1.3.7 Prosedur dan ruang lingkup dari tiap jenis pelayanan

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama.
 - 1) Rawat jalan tingkat pertama :

dilakukan di puskesmas, dokter keluarga (bila tersedia), atau fasilitas kesehatan lainnya yang setingkat dengan menunjukkan kartu askes.

Ruang lingkup pelayanan :

- Konsultasi medis dan penyuluhan serta pemulihan kesehatan.
- Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis kecil/ sederhana.
- Pemeriksaan laboratorium sederhana (bila tersedia).
- Pemeriksaan, pengobatan gigi termasuk pencabutan dan tambal gigi.
- Pemeriksaan ibu hamil, nifas, menyusui, bayi dan anak balita.
- Upaya penyembuhan efek samping keluarga berencana (kontrasepsi).
- Pemberian obat-obatan.
- Pemberian surat rujukan ke rumah sakit.

Bila bepergian/ cuti/ dinas, dapat berobat ke Puskesmas setempat dengan terlebih dahulu lapor ke PT. Askes setempat dan menunjukkan surat cuti/ dinas atau surat lapor diri dari RT/ RW setempat.

2) Rawat inap tingkat pertama (RITP)

Dilakukan di puskesmas menggunakan tempat tidur dengan menunjukkan kartu askes. Ruang lingkup pelayanan :

- Konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan.
- Perawatan dan akomodasi di ruang perawatan.
- Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis kecil/ sederhana.
- Pemeriksaan penunjang diagnostik.
- Pemberian obat-obatan serta bahan dan alat kesehatan habis pakai selama masa perawatan.
- Pemberian surat rujukan ke rumah sakit.

3) Pelayanan kesehatan tingkat lanjutan

- (1) Rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL).

Dilakukan di poliklinik spesialis rumah sakit dengan menunjukkan kartu askes serta menyerahkan surat rujukan dari puskesmas/ dokter keluarga.

Ruang lingkup pelayanan :

- Konsultasi medis, pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter spesialis dan atau dokter subspecialis.
- Pemeriksaan penunjang diagnostik sederhana sampai yang khusus.
- Tindakan medis poliklinik dari rehabilitasi medis.
- Pemberian resep obat.
- Pemberian surat rujukan.

(2) Pelayanan Gawat Darurat (Emergency) : dilakukan di unit gawat darurat rumah sakit.

Menunjukkan kartu askes dan tidak perlu surat rujukan dari puskesmas/ dokter keluarga, bila dilakukan dirumah sakit yang tidak bekerja sama dengan PT Askes peserta membayar terlebih dahulu kemudian mengajukan penggantian biaya ke PT Askes dengan besaran penggantian sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh PT Askes.

4) Rawat inap tingkat lanjutan (RITL)

- (1) Dilakukan di rumah sakit.
- (2) menunjukkan kartu askes dan menyerahkan surat rujukan dari RITP atau surat perintah rawat inap dari poliklinik spesialis/ subspecialis ataupun dari UGD rumah sakit.
- (3) Ruang lingkup pelayanan :
 - Perawatan dan akomodasi di ruang perawatan.

- Pemeriksaan, pengobatan dan perawatan oleh dokter spesialis atau dokter subspecialis.
- Pemeriksaan penunjang diagnostik sederhana sampai yang khusus.
- Tindakan medis operatif dan tindakan medis non operatif.
- Perawatan intensif (ICU/ ICCU).
- Pelayanan rehabilitasi medis.
- Pemberian obat-obatan.

(4) Hak dan perawatan peserta (beserta anggota keluarganya) yakni :

a. Dirumah sakit pemerintah/ TNI/ Polri

- PNS Golongan I dan II, berhak dirawat diruang kelas III.
- PNS Golongan III, berhak dirawat diruang kelas II.
- PNS Golongan IV, berhak dirawat diruang kelas I.
- Pensiunan sipil diruang kelas sesuai dengan golongan/ kepangkatan pegawai terakhir pada saat pensiun.
- Pensiunan TNI, di ruang kelas sesuai dengan golongan/ kepangkatan terakhir yaitu : prajurit dua s/d pembantu letnan satu diruang kelas III, letnan dua s/d kapten diruang kelas II, mayor s/d jenderal diruang kelas I.
- Pensiunan Polri : berada s/d aiptu diruang kelas III, inspektur s/d ajun kapol diruang kelas II, kapol s/d jenderal polisi diruang kelas I.
- Veteran diruang kelas II.
- Pejabat negara, perintis kemerdekaan diruang kelas I.

b. Di RS swasta yang bekerja sama dengan PT. Askes, sesuai dengan yang tercantum didalam perjanjian kerjasama dengan rumah sakit tersebut.

- (5) Dalam waktu 3 x 24 jam hari kerja, mengurus surat jaminan perawatan di loket PT. Askes.
- (6) Bila di rawat dikelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya, selisih biaya pelayanan yang timbul menjadi beban peserta.
- (7) Bila memerlukan perawatan diluar wilayah provinsi, diperlukan surat rujukan dari rumah sakit yang merawat dan dilegalisasu oleh PT Askes serta dilengkapi dnegan surat pengantar dari kantor PT. Askes setempat (PT Askes, 2008).

2.1.3.8 Persalinan

1. Sesuai dengan prosedur pelayanan rawat inap.
2. Dilakukan di puskesmas dengan tempat tidur, rumah sakit, rumah bersalin, bidan.
3. Ruang lingkup pelayanan :
 - 1) Pertolongan persalinan normal maupun dengan penyulit.
 - 2) Perawatan dan akomodasi di ruang perawatan.
 - 3) Pemeriksaan penunjang diagnostik.
 - 4) Pelayanan darah, obat dan lain-lain.
4. Bila dilakukan difasilitas pelayanan kesehatan yang tidak bekerjasama dengan PT. Askes maka peserta membayar terlebih dahulu, kemudian mengajukan penggantian biaya ke PT Askes dengan besaran penggantian sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh PT. Askes.
5. Persalinan yang ditanggung oleh PT. Askes adalah persalinan sampai dengan anak ke dua, dengan memperhitungkan anak hidup (PT Askes, 2008).

2.1.3.9 Pelayanan Transfusi Darah

1. Pelayanan darah dilakukan oleh UPTD (Unit Pelayanan Transfusi Darah)/ PMI.
2. Menunjukkan kartu Askes serta menyerahkan surat permintaan darah yang dibuat oleh dokter yang merawat (RJTL/ RITL) ke UPTD setempat.
3. Labu darah yang diterima peserta dari UPTD diserahkan ke dokter yang merawat/ petugas rumah sakit (PT Askes, 2008).

2.1.3.10 Pelayanan Obat

1. Obat yang diberikan mengacu pada DPHO PT. Askes.
2. Menunjukkan kartu Askes.
3. Pada pelayanan RJTP (Puskesmas/ dokter keluarga) dan RITP, obat diperoleh langsung di fasilitas pelayanan RJTP atau apotik.
4. Pada pelayanan RJTL dan RITL, obat diambil di apotik atau instalasi farmasi di rumah sakit.
5. Untuk obat khusus :
 - 1) Obat antibiotik di luar DPHO dilengkapi dengan hasil resistensi test dari laboratorium mikrobiologi dan telah disetujui oleh pimpinan rumah sakit serta harus dilegalisasi oleh PT Askes.
 - 2) Obat kanker. Dilengkapi dengan keterangan medis dan patologi terapi khusus dari tim onkologi yang merawat, yang telah disetujui oleh pimpinan rumah sakit serta harus dilegalisasi oleh PT. Askes.
 - 3) Obat khusus lainnya (antara lain cairan nutrisi, antibiotika tertentu dan obat life saving). Dilengkapi dengan keterangan medis khusus dari dokter/ tim dokter

yang merawat dan telah disetujui oleh pimpinan RS serta harus dilegalisasi oleh PT Askes (PT Askes, 2008).

2.1.3.11 Pelayanan Alat Kesehatan

1. Kaca Mata, Gigi tiruan, alat bantu dengar, kaki/ tangan tiruan :

- 1) Diberikan hanya kepada peserta tidak untuk anggota keluarganya.
- 2) Pelayanan diberikan oleh dokter spesialis berdasarkan rujukan dari Puskesmas/ dokter keluarga.
- 3) Penulisan resep/ surat keterangan dari fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan PT Askes, untuk alat kesehatan :
 - Kaca mata, oleh dokter ahli mata dengan ukuran lensa yang mendapat pengganti dari PT Askes adalah : lensa spheris minimal 0,5 D dan lensa cylindris minimal 0,25 D.
 - Pembuatan gigi tiruan, melalui dokter gigi.
 - Alat bantu dengar oleh dokter ahli THT.
 - Kaki/ tangan tiruan oleh dokter ahli bedah tulang.
- 4) Resep/ surat keterangan diatas harus dilegalisasi terlebih dahulu oleh PT Askes.
- 5) Jangka waktu penggantian :
 - Kaca mata, gigi tiruan (untuk gigi yang sama) dan kaki/ tangan tiruan, adalah 1 x dalam dua tahun.
 - Alat bantu dengar adalah 1 x dalam lima tahun.
- 6) Prosedur penggantian biaya :

- Peserta membayar terlebih dahulu, penggantian biaya diajukan ke PT Askes di wilayah domisili peserta dengan menyerahkan : kwitansi asli, fotocopy resep/ surat keterangan dari dokter yang merawat yang telah dilegalisasi oleh PT Askes. besaran biaya pengganti sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh PT Askes.
- Khusus untuk kacamata selain dengan ketentuan di atas dapat juga diambil di optikal yang bekerja sama dengan PT Askes selanjutnya optikal tersebut mengajukan klaim kepada PT Askes.

2. IOL, pen & srew dan implant lainnya

- 1) Diberikan kepada peserta dan anggota keluarganya.
- 2) Surat keterangan untuk mendapatkan implant dibuat oleh dokter ahli dan dilegalisasi terlebih dahulu oleh PT Askes.
- 3) Peserta membayar terlebih dahulu kemudian mengajukan penggantian biaya ke PT Askes sesuai domisili peserta dengan menyerahkan : kwitansi asli, surat keterangan dari dokter ahli yang telah dilegalisasi oleh PT Askes.
- 4) Besaran pengganti biaya sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh PT Askes (PT Askes, 2008).

2.1.3.12 Tindakan Medis Operatif, Pelayanan Cuci darah, Cangkok Ginjal dan

Penunjang Diagnostik

1. Diberikan kepada peserta dan anggota keluarganya.
2. Menunjukkan kartu Askes dan menyerahkan surat rujukan.
3. Dilakukan di rumah sakit yang bekerja sama dengan PT Askes (PT Askes, 2008).

2.1.3.13 Pelayanan yang tidak ditanggung oleh PT Askes

- 1) Pelayanan kesehatan yang tidak mengikuti prosedur ataupun ketentuan yang berlaku di PT Askes.
- 2) Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas yang bukan jaringan pelayanan kesehatan PT Askes.
- 3) Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Luar Negeri.
- 4) Pelayanan kesehatan bedah plastik kosmetik termasuk obat-obatan.
- 5) Check up dan atau general check up.
- 6) Semua jenis imunisasi selain imunisasi dasar bagi ibu hamil dan balita.
- 7) Seluruh rangkaian pemeriksaan dalam usaha ingin mempunyai anak termasuk alat dan obat-obatannya.
- 8) Sirkumsisi tanpa indikasi medis.
- 9) Pemeriksaan kehamilan, persalinan, masa nifas anak ketiga dan seterusnya.
- 10) Usaha meratakan gigi (Orthodontie), membersihkan karang gigi (scalling gigi).
- 11) Kasus-kasus dengan ketergantungan obat, alkohol dan zat adiktif lainnya.
- 12) Penyakit akibat upaya bunuh diri atau dengan sengaja menyakiti diri.
- 13) Pelayanan kursi roda, tongkat penyangga, korset dll.
- 14) Obat-obat gosok, vitamin, kosmetik, toileteries, makanan bayi dll.
- 15) Pelayanan kesehatan yang sudah dilakukan/ dikelola dalam program pemerintah oleh instansi lain.
 - (1) Departemen kesehatan : general check up, imunisasi, gizi dll
 - (2) PT Jasa Raharja : kecelakaan lalu lintas

(3) PT Jamsostek : kecelakaan kerja

16) Lain-lain :

- (1) Biaya perjalanan/ transportasi.
- (2) Biaya sewa ambulans.
- (3) Biaya pengurusan jenazah.
- (4) Biaya pembuatan VER (visum et repertum).
- (5) Biaya fotocopy.
- (6) Biaya telekomunikasi.
- (7) Biaya kartu berobat (PT Askes, 2008).

2.1.4 Persepsi

2.1.3.1 Pengertian Persepsi

Menurut Leavie persepsi (perception) dalam arti sempit ialah penglihatan, bagaimana cara seseorang melihat sesuatu sedangkan dalam arti luas ialah pandangan atau penglihatan, yaitu bagaimana seseorang memandang atau mengartikan sesuatu (Sobur, 2009).

Menurut Atkinson, persepsi adalah proses saat kita mengorganisasikan dan menafsirkan stimulus dalam lingkungan (Sobur,2009).

Persepsi merupakan proses akhir dari pengamatan yang diawali oleh penginderaan, yaitu proses diterimanya stimulus oleh alat indera, kemudian individu ada perhatian dan diteruskan ke otak, selanjutnya individu menyadari tentang adanya sesuatu. ,elalui persepsi individu menyadari dan dapat mengerti tentang keadaan lingkungan yang ada disekitarnya maupun tentang hal-hal yang ada dalam diri individu yang bersangkutan (Sunaryo, 2004).

2.1.3.2 Macam-Macam Persepsi

1. External perception, yaitu persepsi yang terjadi karena adanya rangsangan yang datang dari luar diri individu.
2. Self-perception, yaitu persepsi yang terjadi karena adanya rangsangan yang berasal dari dalam individu. Dalam hal ini yang menjadi objek adalah dirinya sendiri (Sunaryo, 2004).

2.1.3.3 Ciri-Ciri Persepsi

1. Proses pengorganisasian berbagai pengalaman.
2. Proses menghubungkan-hubungkan antara pengalaman masa lalu dengan yang baru.
3. Proses pemilihan informasi.
4. Proses teorisasi dan rasionalisasi.
5. Proses penafsiran atau pemaknaan pesan verbal dan nonverbal.
6. Proses interaksi dan komunikasi berbagai pengalaman internal dan eksternal.
7. Melakukan penyimpulan atau keputusan-keputusan, pengertian-pengertian dan yang membentuk wujud persepsi individu. (Marliani, 2010).

2.1.3.4 Proses Persepsi

Persepsi merupakan bagian dari keseluruhan proses yang menghasilkan tanggapan setelah rangsangan diterapkan kepada manusia. Persepsi dan kognisi diperlukan dalam semua kegiatan kehidupan (Sobur, 2009).

Rasa dan nalar bukan merupakan bagian yang perlu dari situasi rangsangan tanggapan, sekalipun kebanyakan tanggapan individu yang sadar dan

bebas terhadap satu rangsangan atau terhadap satu bidang rangsangan sampai tingkat tertentu dianggap dipengaruhi oleh akal atau emosi atau kedua-duanya (Sobur, 2009).

Dalam proses persepsi terdapat 3 komponen utama yaitu :

1. Seleksi adalah proses penyaringan oleh indera terhadap rangsangan dari luar, intensitas dan jenisnya dapat banyak atau sedikit.
2. Interpretasi (penafsiran), yaitu proses mengorganisasikan informasi sehingga mempunyai arti bagi seseorang. Interpretasi dipengaruhi oleh berbagai factor seperti pengalaman masa lalu, system nilai yang dianut, motivasi, kepribadian, dan kecerdasan. Interpretasi juga bergantung pada kemampuan seseorang untuk mengadakan pengkategorian informasi yang di terimanya, yaitu proses mereduksi informasi yang kompleks menjadi sederhana.
3. Interpretasi dan persepsi kemudian diterjemahkan dalam bentuk tingkah laku sebagai reaksi yaitu bertindak sehubungan dengan apa yang telah di serap yang terdiri dari reaksi tersembunyi sebagai pendapat/sikap dan reaksi terbuka sebagai tindakan yang nyata sehubungan dengan tindakan yang tersembunyi (pembentukan kesan) (Sobur, 2009).

Proses Menyeleksi Rangsangan, setelah diterima rangsangan atau data diseleksi. Dua faktor menentukan seleksi rangsangan itu, yaitu faktor intern dan faktor ekstern (Sobur, 2009).

2.1.3.5 Faktor Yang Mempengaruhi Persepsi

1. Faktor fungsional dihasilkan dari kebutuhan, kegembiraan(suasana hati), pelayanan, dan pengalaman masa lalu seorang individu.
2. Faktor struktural berarti faktor yang timbul atau dihasilkan dari bentuk stimuli dan efek-efek netral yang ditimbulkan dari sistem saraf individu.
3. Faktor situasional ini banyak berkaitan dengan bahasa nonverbal. Petunjuk proksemik, petunjuk kinesik, petunjuk wajah, dan petunjuk paralinguistik.
4. Faktor personal terdiri atas pengalaman, motivasi, dan kepribadian (Sobur, 2009).

2.1.3.6 Pengukuran Persepsi

Skala likert digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial. Dalam penelitian, fenomena social ini telah ditetapkan secara spesifik oleh peneliti, yang selanjutnya disebut sebagai variabel penelitian (Sugiono, 2009).

Menurut Azwar (2010), pengukuran persepsi dapat dilakukan dengan menggunakan Skala Likert, dengan kategori sebagai berikut:

1. Pernyataan Positif/ Pernyataan Negatif.
1) Sangat Setuju : SS
2) Setuju : S
3) Ragu-ragu : R
4) Tidak Setuju :TS
5) Sangat Tidak Setuju :STS
2. Kriteria pengukuran persepsi yakni :

- 1) Persepsi positif jika nilai T skor yang diperoleh responden dari kuesioner $> T$ mean.
- 2) Persepsi negatif jika nilai T skor yang diperoleh responden dari kuesioner $< T$ mean.

Ada sejumlah kesalahan persepsi yang sering terjadi dalam mempersepsikan suatu stimulus tertentu. Kesalahan persepsi tersebut antara lain :

1. Stereotyping adalah mengkategorikan atau menilai seseorang hanya atas dasar satu atau beberapa sifat dari kelompoknya. Stereotip seringkali didasarkan atas jenis kelamin, keturunan, umur, agama, kebangsaan, kedudukan atau jabatan.
2. Halo effect adalah kecenderungan menilai seseorang hanya atas dasar salah satu sifatnya. Misalnya anak yang lincah/banyak bermain dianggap lebih mudah terkena penyakit daripada anak yang lebih banyak diam atau santai. Padahal tidak ada hubungannya antara kelincahan dengan suatu penyakit.
3. Projection merupakan kecenderungan seseorang untuk menilai orang lain atas dasar perasaan atau sifatnya. Oleh karenanya projection berfungsi sebagai suatu mekanisme pertahanan dari konsep diri seseorang sehingga lebih mampu menghadapi yang dilihatnya tidak wajar (Azzahy, 2008).

2.1.5 Pelayanan 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 perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Mukti AG, 2007).

Menurut Azwar (2007) terdapat beberapa syarat pelayanan kesehatan yang baik, antara lain yaitu :

1. Tersedia dan berkesinambungan artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat dibutuhkan.
2. Dapat diterima dan wajar Pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.
3. Mudah dicapai, pelayanan kesehatan yang baik mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat.
4. Mudah dijangkau, dari sudut biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.
5. Bermutu, menunjukkan tingkat kesempurnaan dalam pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan serta tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar yang telah ditetapkan.

Mutu pelayanan kesehatan bagi seorang pasien tidak lepas dari rasa puas bagi seseorang terhadap pelayanan yang diterima, dimana mutu yang baik dikaitkan dengan kesembuhan dari penyakit, peningkatan derajat kesehatan, kecepatan pelayanan, lingkungan pelayanan yang menyenangkan, keramahan petugas, kemudahan prosedur, kelengkapan alat, obat-obatan dan biaya yang terjangkau (Irawan,2008).

2.1.6 Kepuasan Pelayanan

Kepuasan adalah ungkapan perasaan senang atau kecewa seseorang dari hasil perbandingan antara prestasi atau produk yang dirasakan dengan yang diharapkannya (Kotler, 2007).

Hermanto (2010) berpendapat bahwa kepuasan pasien dapat dinilai berdasarkan interpretasi pasien terhadap pelayanan yang diterima sudah sesuai dengan harapan mereka seperti kelengkapan sarana dan prasarana, keramahan dan kesopanan petugas dalam memberikan pelayanan serta keterampilan petugas pada saat memberikan pelayanan (Sri, 2006).

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

Rama (2011) berpendapat kepuasan pasien akan terpenuhi apabila proses penyampaian jasa pelayanan kesehatan kepada konsumen sudah sesuai dengan yang mereka harapkan atau dipersepsikan. Terpenuhinya 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 (Azwar, 2007).

Kepuasan masyarakat sebagai penerima layanan merupakan perbandingan antara layanan yang diterima dengan layanan yang diharapkan. Bila hasilnya mendekati satu maka masyarakat akan puas, begitu juga sebaliknya bila harganya jauh lebih kecil dari satu maka masyarakat semakin tidak puas. Asumsi teoritis di atas selaras pendapat Gibson, yang dapat disimpulkan bahwa kepuasan seseorang (pekerja, pasien atau pelanggan) berarti terpenuhinya kebutuhan yang diinginkan yang diperoleh dari pengalaman melakukan sesuatu, pekerjaan, dan memperoleh perlakuan tertentu atau memperoleh sesuatu sesuai kebutuhan yang diinginkan (Gibson, 2007:112).

Kepuasan pelanggan akan muncul apabila kualitas pelayanannya baik. Kualitas pelayanan yang baik dibagi dalam lima dimensi SERVQUAL (Kotler,2005: 122) yaitu :

1. *Tangibles* (bukti fisik),
2. *Reliability* (kehandalan),
3. *Responsiveness* (daya tanggap),
4. *Assurance* (jaminan),
5. *Empathy* (perhatian yang bersifat individu).

Menurut Jacobalis (dalam Asmuji, 2013) ketidakpuasan pasien sering

dikemukakan dengan:

1. Sikap dan perilaku petugas rumah sakit.
2. Dokter dan perawat yang terlambat dalam memberikan pelayanan.
3. Kesulitan untuk berkonsultasi dengan dokter atau perawat.
4. Petugas kurang informatif dan komunikatif.

5. Pelayanan yang terlalu berbeli-belit pada proses masuk rawat inap.
6. Kerapihan, kebersihan dan ketertiban lingkungan.

Menurut Sureshchandar. et. al (2002) dalam Yunus Nek Kamal Yeop. et.al (2009:67), pelayanan yang kurang memuaskan akan menyebabkan berkurangnya pelanggan atau bahkan hilang karena pelanggan berpindah ke jasa layanan lain. Adanya kualitas pelayanan yang baik di dalam suatu puskesmas maka akan menciptakan kepuasan bagi para pasiennya. Setelah pasien merasa puas dengan pelayanan yang diterimanya, pasien akan membandingkan pelayanan yang diberikan. Apabila pasien merasa benar-benar puas, mereka akan membeli ulang serta memberi rekomendasi kepada orang lain untuk membeli di tempat yang sama. Oleh karena itu puskesmas harus memulai memikirkan pentingnya pelayanan pelanggan secara lebih matang melalui kualitas pelayanan, karena kini semakin disadari bahwa pelayanan (kepuasan pelanggan) merupakan aspek vital dalam rangka bertahan dalam bisnis dan memenangkan persaingan.

Beberapa karakteristik individu yang menjadi determinan dan indikator kualitas pelayanan kesehatan dan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien, adalah (Utama, 2005:5) berikut ini:

1. Umur, yang dinyatakan dalam satuan tahun sesuai pernyataan pasien.
2. Jenis kelamin, yang dapat digunakan untuk membedakan pasien laki-laki atau perempuan.
3. Lama perawatan, sesuatu periode waktu yang dihitung sejak pasien terdaftar resmi sebagai pasien rawat inap.

4. Sumber biaya, adalah sumber pembiayaan pasien untuk biaya pelayanan kesehatan rumah sakit, seperti uang sendiri, asuransi, bantuan sosial, atau kombinasi diantaranya, dan gratis.
5. Diagnosa penyakit, adalah kegiatan yang dilakukan oleh tugas kesehatan untuk menentukan jenis, penyebab, dan cara penyembuhan dari penyakit yang diderita pasien.
6. Pekerjaan adalah status pekerjaan pasien.
7. Pendapatan, adalah jumlah gaji atau penghasilan dalam untuk uang dan barang rata-rata setiap bulan dari pasien.
8. Pendidikan, adalah status resmi tingkat pendidikan akhir pasien.
9. Suku bangsa, adalah identitas sosial budaya berdasarkan pengakuan pasien, sehingga dapat dikelompokkan pada kelompok suku bangsa tertentu.
10. Tempat tinggal, adalah alamat rumah pasien, termasuk jarak antara rumah dengan rumah sakit.
11. Kelas perawatan, adalah tipe ruangan tempat perawatan yang menunjukkan padatingkatan pelayanan kesehatan serta fasilitas yang diperoleh dan dapat dinikmati pasien di rumah sakit.
12. Status perkawinan, adalah identitas pasien sehingga dapat dikategorikan sebagai sudah kawin, belum kawin, janda, atau duda.
13. Agama, adalah identitas pasien yang dapat digunakan sebagai dasar pengelompokan sebagai pemeluk Islam, Kriste Protestan, Katolik, Hindu atau Budha.

14. Preferensi, adalah serangkaian alasan atau sebab mengapa pasien memilih, menetapkan atau mengutamakan untuk dirawat di rumah sakit tertentu.

Indikator pelayanan kesehatan yang dapat menjadi prioritas menentukan kepuasan pasien, diantaranya adalah :

1. Kinerja tenaga dokter, adalah perilaku atau penampilan dokter rumah sakit dalam proses pelayanan kesehatan pada pasien, yang meliputi ukuran: layanan medis, layanan nonmedis, tingkat kunjungan, sikap, dan penyampaian informasi.
2. Kinerja tenaga perawat, adalah perilaku atau penampilan tenaga perawat rumah sakit dalam proses pemberian pelayanan kesehatan pada pasien, yang meliputi ukuran: layanan medis, layanan non medis, sikap, penyampaian informasi, dan tingkat kunjungan.
3. Kondisi fisik, adalah keadaan sarana rumah sakit dalam bentuk fisik seperti kamar rawat inap, jendela, pengaturan suhu, tempat tidur, kasur dan sprei.
4. Makanan dan menu, adalah kualitas jenis atau bahan yang dimakan atau dikonsumsi pasien setiap harinya, seperti nasi, sayuran, ikan, daging, buahbuahan, dan minuman. Menu makanan adalah pola pengaturan jenis makanan yang dikonsumsi oleh pasien.
5. Sistem administrasi pelayanan, adalah proses pengaturan atau pengelolaan pasien di rumah sakit yang harus diikuti oleh pasien (rujukan dan biasa), mulai dari kegiatan pendaftaran sampai pase rawat inap.

6. Pembiayaan, adalah sejumlah uang yang harus dibayarkan kepada rumah sakit selaras pelayanan yang diterima oleh pasien, seperti biaya dokter, obat-obatan, makan, dan kamar. Rekam medis, adalah catatan atau dokumentasi mengenai perkembangan.
7. Kondisi kesehatan pasien yang meliputi diagnosis perjalanan penyakit, proses pengobatan dan tindakan medis, dan hasil pelayanan Utama (2005:5).

Indikator pelayanan kesehatan yang dipilih pasien sebagai prioritas ukuran kualitas pelayanan kesehatan, cenderung akan menjadi sumber utama terbentuknya tingkat kepuasan pasien (Utama, 2005: 6).

Ada beberapa cara mengukur kepuasan pelanggan menurut kotler dalam buku Husein Umar (2005: 286).

1. *Complain and suggestion system* (system keluhan dan saran). Banyak perusahaan membuka kotak saran dan menerima keluhan yang didalami oleh pelanggan.
2. *Customer satisfaction surveys* (survey kepuasan pelanggan), dalam hal perusahaan melakukan survey untuk mendeteksi komentar pelanggan. Survey ini dapat dilakukan melalui pos, telepon, atau wawancara pribadi, atau pelanggan diminta mengisi angket.
3. *Ghost shopping* (pembeli bayangan), dalam hal ini perusahaan menyuruh orang tertentu sebagai pembeli ke perusahaan lain atau ke perusahaannya sendiri.
4. *Lost customer analysis* (analisa pelanggan yang lari), langganan yang hilang dicoba dihubungi. Mereka disuruh mengungkapkan mengapa mereka

berhenti, pindah perusahaan lain, adakah sesuatu masalah yang terjadi yang tidak bisa diatasi atau lambat diatasi.

2.1.7 Kualitas pelayanan

Yi (1991); Anderson dan Sullivan (1993); Boulding et al, (1993); Fornell (1992); Bolton (1998) dalam Munusamy Jayaraman, et. al, (2010:398) mengungkapkan bahwa kualitas pelayanan yang tinggi akan mengakibatkan kepuasan pelanggan yang lebih baik yang selanjutnya berimbas pada tingkat pendapatan di masa depan. Kualitas pelayanan berkaitan erat dengan persepsi pelanggan tentang mutu suatu usaha. Semakin baik pelayanan yang diberikan akan mempengaruhi tingkat kepuasan yang dirasakan pelanggan sehingga usaha tersebut akan dinilai semakin bermutu. Oleh karena itu, usaha untuk meningkatkan kualitas pelayanan harus terus dilakukan agar dapat memaksimalkan kualitas jasa. Menurut Kotler (2004:67), kualitas (mutu) adalah keseluruhan ciri serta sifat suatu produk atau pelayanan yang berpengaruh pada kemampuannya untuk memuaskan kebutuhan yang dinyatakan atau tersirat. Lewis dan Booms yang dikutip dalam Tjiptono (2008:85) menyatakan kualitas pelayanan adalah ukuran seberapa baik tingkat pelayanan yang diberikan mampu dan sesuai dengan ekspektasi pelanggan (Yunus, 2009: 67).

Ada dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas jasa yaitu *expected service* (jasa yang diharapkan) dan *perceived service* (jasa yang diterima), apabila jasa yang diterima atau yang dirasakan sesuai dengan yang diharapkan, maka kualitas jasa dipersepsikan baik dan memuaskan, sebaliknya jika jasa yang diterima lebih rendah dari pada yang diharapkan, maka kualitas jasa akan

dipersepsikan buruk atau tidak memuaskan, dengan demikian baik tidaknya kualitas jasa tergantung pada kemampuan penyedia jasa dalam memenuhi harapan pemakainya secara konsisten. Munusamy Jayaraman, et. al dalam penelitiannya yang berjudul “*Service Quality Delivery and Its Impact on Customer Satisfaction in the Banking Sector in Malaysia*” pada tahun 2010 menghasilkan dimensi kualitas pelayanan berpengaruh positif terhadap kepuasan pelanggan. Berdasarkan beberapa uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan yang maksimal akan mengakibatkan munculnya persepsi yang baik dari pelanggan dan kepuasan yang dirasakan pelanggan akan lebih tinggi, dengan begitu tingkat pendapatan usaha akan semakin bertambah (Munusamy J, 2010).

Ada beberapa indikator kualitas pelayanan yaitu menurut Nyeck, et. al (2002) dalam Munusamy Jayaraman, et. al (2010:400) menyatakan, ”the SERVQUAL measuring tool remains as the most complete attempt to conceptualize and measure service quality.” Alat ukur SERVQUAL tetap sebagai konsep yang paling lengkap untuk mengukur kualitas layanan. Parasuraman, et. al (1990) dalam Kotler (2005:122), kualitas pelayanan dapat diukur dengan menggunakan lima indikator dimensi kualitas pelayanan (SERVQUAL) sebagai berikut:

1. Bukti langsung (*tangibles*) Yaitu kemampuan perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal. Dalam hal ini berupa fasilitas fisik, peralatan yang digunakan atau dapat pula berupa representasi fisik atau jasa, meliputi :

- 1) Fasilitas yang menarik.
 - 2) Kebersihan, kerapian dan kenyamanan ruangan.
 - 3) Kelengkapan peralatan.
 - 4) Penampilan karyawan.
2. Keandalan (*reliability*) Yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan dengan segera, akurat dan memuaskan sesuai dengan yang dijanjikan. Hal ini berarti perusahaan memberikan pelayanannya secara tepat sejak pertama kalinya, meliputi :
- 1) Memberikan pelayanan sesuai janji.
 - 2) Tanggung jawab pelayanan kepada konsumen akan masalah pelayanan.
 - 3) Memberikan pelayanan tepat waktu.
 - 4) Memberikan informasi kepada konsumen tentang kapan pelayanan yang dijanjikan akan direalisasikan.
3. Daya tanggap (*responsiveness*) yaitu keinginan dan kesigapan dari para karyawan untuk membantu pelanggan dalam memberikan pelayanan dengan sebaik-baiknya, meliputi:
- 1) Memberikan pelayanan secara cepat dan tepat.
 - 2) Kerelaan untuk membantu dan menolong konsumen.
 - 3) Penanganan keluhan pelanggan.
 - 4) Siap dan tanggap untuk menangani respon permintaan konsumen.
4. Jaminan (*assurance*) yaitu kemampuan para karyawan untuk menumbuhkan rasa percaya pelanggan terhadap perusahaan berupa kompetensi (memiliki keterampilan dan pengetahuan yang berhubungan dengan perusahaan);

kesopanan (sikap sopan santun, perhatian dan keramahtamahan yang dimiliki oleh para contact personel); kredibilitas (sifat jujur dan dapat dipercaya yang mencakup nama perusahaan, reputasi perusahaan dan karakteristik pribadi), meliputi :

- 1) Sopan santun karyawan dalam memberikan pelayanan.
- 2) Karyawan memiliki pengetahuan yang luas sehingga dapat menjawab pertanyaan konsumen.
- 3) Kemampuan karyawan untuk membuat konsumen merasa aman saat menggunakan jasa perusahaan.
5. Empati (*empathy*) yaitu perhatian yang tulus dan bersifat pribadi yang diberikan kepada para pelanggan dengan berupaya untuk memahami keinginan pelanggan, meliputi:
 - 1) Kemudahan kepada konsumen untuk menghubungi perusahaan.
 - 2) Memberikan perhatian individu kepada konsumen.
 - 3) Karyawan yang mengerti keinginan dan kebutuhan konsumen serta selalu mendengarkan saran dan keluhan dari pelanggan.

2.1.8 Harapan

Menurut Umar (2006) Harapan pelanggan didefinisikan sebagai keinginan pelanggan. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi harapan pelanggan, antara lain yaitu :

1. *Word of Mouth* (rekomendasi / saran dari orang lain), yaitu pengaruh yang timbul karena apa yang didengar oleh konsumen dari konsumen lain dan mereka cenderung mempercayainya, sehingga pengaruh ini bersifat potensial.

Word of Mouth ini biasanya cepat diterima oleh pelanggan karena yang menyampaikannya adalah mereka yang dapat dipercayainya, seperti : pakar, teman, keluarga dan publikasi media massa.

2. *Personal Need*, dalam hal ini pengharapan konsumen dipengaruhi oleh kebutuhan pribadi yang biasanya tergantung pada karakteristik dan keadaan pribadi sehingga memiliki pengaruh yang kuat.
3. *Past Experience*, merupakan pengalaman masa lampau meliputi hal-hal yang telah dipelajari atau diketahui pelanggan yang juga berpengaruh terhadap harapan konsumen.
4. *Eksternal Communication*, juga berpengaruh pada pengharapan konsumen dan komunikasi yang dimaksud bisa lewat iklan, selebaran, leaflet dan sebagainya.

Harapan pelanggan adalah kunci pokok bagi setiap pelaku usaha yang terlibat dalam kepuasan pelanggan. Tanpa mengenal harapan pelanggan dengan baik, sangatlah sulit bagi perusahaan untuk mampu memberikan kepuasan yang optimal kepada para pelanggannya. Pelanggan dengan harapan yang tinggi akan jauh lebih sulit dipuaskan begitu juga sebaliknya, pelanggan dengan harapan yang rendah maka akan dengan mudah dipuaskan. Pada dasarnya ada dua tingkat harapan pelanggan, yang pertama adalah *desired expectation*. Harapan ini mencerminkan apa yang harus dilakukan perusahaan atau produk kepada pelanggannya. Yang kedua adalah *adequate expectation*, merupakan harapan pelanggan yang lebih rendah dari *desired expectation*. Pada harapan yang kedua ini pelanggan masih mengharapkan sesuatu dari perusahaan/ produk namun masih ada toleransi dalam pencapaiannya. Dengan demikian harapan pelanggan

sebenarnya mempunyai zona yang terbentuk antara *desired* dan *adequate expectation*. Pelanggan akan sangat puas apabila *desired expectation* terpenuhi, dan kepuasan masih akan terpenuhi walaupun tidak maksimal apabila *adequate expectation* sudah terpenuhi (Irawan, 2008).

Menurut irawan (2008) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi *desired expectation*, diantaranya yaitu :

1. Pengalaman masa lalu terhadap produk/jasa yang pernah digunakan.
2. Komunikasi / janji perusahaan yang diterima oleh pelanggan baik melalui media cetak / elektronik ataupun melalui informasi dari mulut ke mulut.
3. Faktor *personal needs* ini adalah harapan yang terbentuk karena faktor internal pelanggan, dan dalam pemenuhannya sangat dipengaruhi oleh sifat dasar pelanggan yang bersangkutan, contohnya : ada pelanggan yang sifatnya mudah marah, tidak sabar, cepat emosi.

2.1.9 Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten atau kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten atau kota (UPTD). Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan kabupaten atau kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia. Puskesmas hanya bertanggung jawab untuk sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota sesuai dengan kemampuannya. Secara nasional, standar wilayah kerja

puskesmas adalah satu kecamatan. Tetapi apabila disatu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa, kelurahan, RW), dan masing-masing puskesmas tersebut secara operasional bertanggung jawab langsung kepada dinas kesehatan kabupaten/ kota (Sulastomo, 2007).

Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah tercapainya kecamatan sehat menuju terwujudnya Indonesia sehat. Kecamatan sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup didalam lingkungan dengan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Depkes RI, 2006).

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006) misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional, yaitu :

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya.
2. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya.
3. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan puskesmas.
4. Memelihara dan meningkatkan kesehatan per orangan, keluarga, dan masyarakat, serta lingkungannya.

Upaya pelayanan yang diselenggarakan adalah :

1. Pelayanan kesehatan masyarakat yaitu upaya promotif dan preventif pada masyarakat di wilayah kerja puskesmas.
2. Pelayanan medik dasar yaitu upaya kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan individu dan keluarga melalui upaya rawat jalan yang tujuannya untuk menyembuhkan penyakit untuk kondisi tertentu puskesmas memberikan pelayanan rawat inap.

Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu.

Program puskesmas merupakan program kesehatan dasar, meliputi :

- 1) Promosi kesehatan.
- 2) Kesehatan lingkungan.
- 3) KIA dan KB.
- 4) Perbaikan gizi.
- 5) Pemberantasan penyakit menular.
- 6) Pengobatan yang terdiri dari rawat jalan, rawat inap, penunjang medik (laboratorium dan farmasi).

1. Pelayanan rawat jalan

Pelayanan rawat jalan merupakan salah satu dari 6 (enam) program pokok di puskesmas. Hampir seluruh institusi kesehatan (Rumah sakit pusat, Rumah sakit daerah dan Puskesmas) berusaha untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan terhadap pasien, hal ini disebabkan : berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor Kep/25/R/Pan/2/2004 tentang

pedoman umum indeks kepuasan masyarakat di unit pelayanan pada instansi pemerintah.

Pelayanan rawat jalan yang bermutu merupakan hal yang penting karena persepsi tentang kualitas pelayanan suatu institusi kesehatan terbentuk saat kunjungan pasien. Persepsi tentang mutu yang buruk akan sangat mempengaruhi keputusan dalam kunjungan berikutnya dan pasien biasanya mencari tempat pelayanan kesehatan yang lain (Parasuraman A, 1998 : 2012).

Memberikan pelayanan yang baik/ bermutu pada pelayanan rawat jalan akan meningkatkan jumlah kunjungan yang pada akhirnya akan meningkatkan jumlah pendapatan puskesmas. Rawat jalan merupakan salah satu unit kerja dipuskesmas yang melayani pasien yang berobat jalan dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan, termasuk seluruh prosedur diagnostik dan terapeutik. Pada waktu yang akan datang, rawat jalan merupakan bagian terbesar dari pelayanan kesehatan dipuskesmas.

Tujuan pelayanan rawat jalan diantaranya untuk menentukan diagnosa penyakit dengan tindakan pengobatan, untuk rawat inap atau tindakan rujukan.

Tenaga pelayanan rawat jalan adalah tenaga yang langsung berhubungan dengan pasien, yaitu :

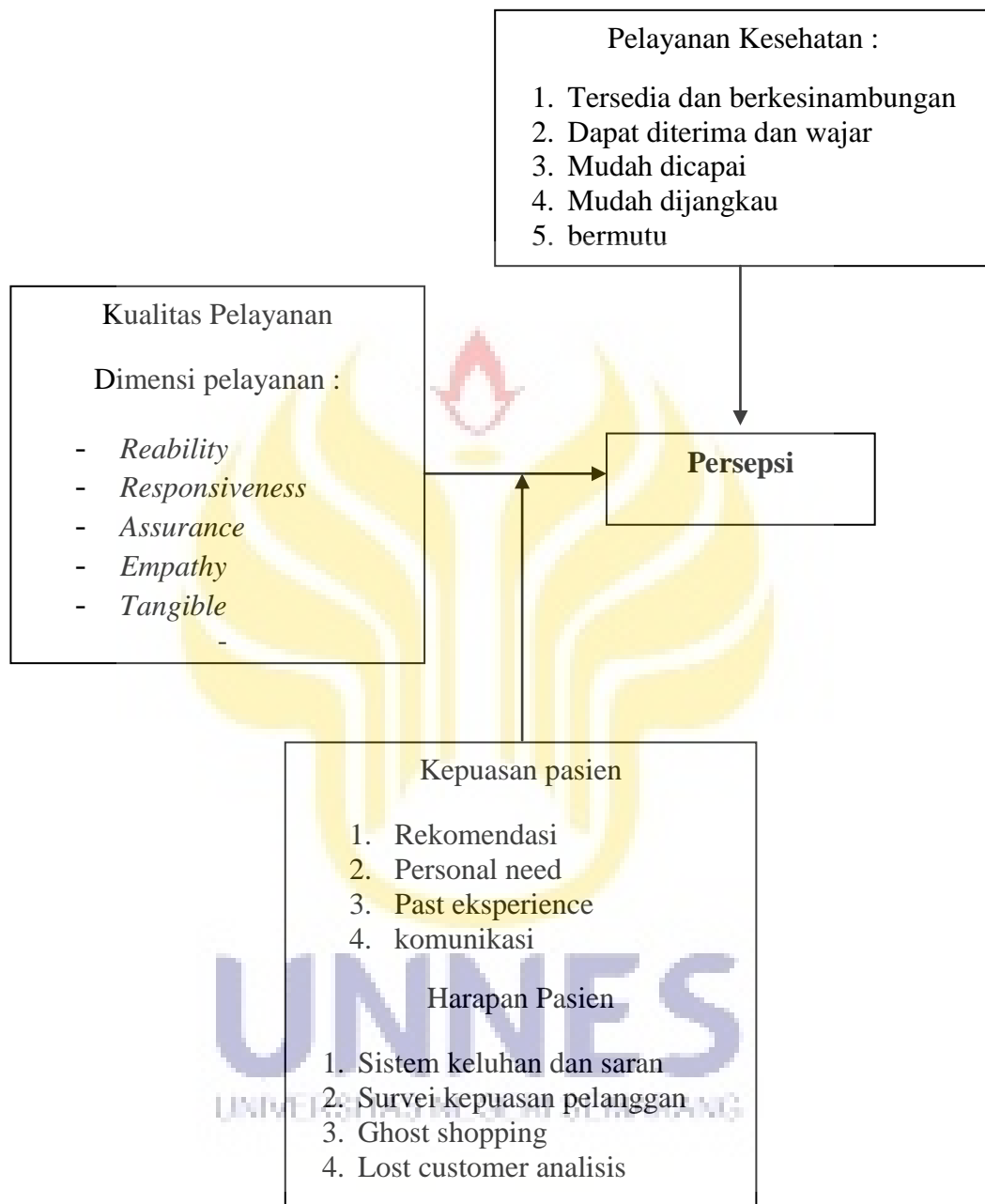
- 1) Tenaga administrasi (non medis) yang memberikan pelayanan penerimaan pendaftaran dan pembayaran
- 2) Tenaga keperawatan (para medis) sebagai mitra dokter dalam memberikan pelayanan pemeriksaan/ pengobatan

3) Tenaga dokter (medis) pada masing-masing poliklinik yang ada. (Irfan S, Ijaz A, 2012)

Tujuan pelayanan rawat jalan diantaranya adalah untuk memberikan konsultasi kepada pasien yang memerlukan pendapat dari seorang dokter spesialis, dengan tindakan pengobatan atau tidak dan untuk menyediakan tindak lanjut bagi pasien rawat inap yang sudah diijinkan pulang tetapi masih harus dikontrol kondisi kesehatannya (Sugiyono, P.D, 2014).



2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2.2 Kerangka Teori

sumber : Modifikasi dari Bustami (2011), Nur Fajri Istiqomah (2016)

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan penelitian tentang Perbedaan Persepsi Pasien Eks Askes terhadap Kualitas pelayanan sebelum dan sesudah Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang didapatkan kesimpulan sebagai berikut :

- 6.1.1 Tidak ada perbedaan persepsi pasien eks askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan dimensi pelayanan *reliability* dengan p value (0,648)
- 6.1.2 Tidak ada perbedaan persepsi pasien eks askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan dimensi pelayanan *responsivenees* dengan p value (0,167)
- 6.1.3 Ada perbedaan persepsi pasien eks askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan dimensi pelayanan *assurance* dengan p value (0,001)
- 6.1.4 Ada perbedaan persepsi pasien eks askes terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan dimensi pelayanan *empathy* dengan p value (0,001)

6.1.5 Tidak ada perbedaan persepsi pasien eks askses terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Bandarharjo berdasarkan dimensi pelayanan *tangible* dengan p value (0,167)

6.2 SARAN

Saran dari peneliti dalam penelitian ini adalah :

6.2.1 Bagi Peneliti Selanjutnya

1. Melakukan penelitian lanjutan secara kualitatif guna memahami lebih mendalam hasil dari penelitian kuantitatif
2. Bagi peneliti lain yang ingin meneliti perbedaan persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan sebelum dan sesudah penerapan Jaminan Kesehatan Nasional hendaknya memperhatikan aspek-aspek metodologi penelitian yang menjadi kelemahan dalam skripsi ini.

6.2.2 Bagi Puskesmas Bandarharjo

1. Diharapkan melakukan survei kepuasan pasien secara berkala untuk mengetahui keluhan dari masyarakat mengenai pelayanan kesehatan di Puskesmas Bandarharjo
2. Diharapkan selalu memperhatikan kualitas pelayanan kesehatan
3. Mempertahankan dan meningkatkan seluruh dimensi mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas Bandarharjo

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, I, R. 2013. Psikologi Pendidikan. Jakarta : Bumi Aksara.
- Alkhamidah, N Jauharotin. 2014. *Perbedaan persepsi pasien BPJS Kesehatan Eks Askes dan Eks jamsostek terhadap pelayanan rujukan berjenjang di RSUD Tidar Magelang*. Skripsi. Universitas Diponegoro
- Anggraini, Merry Tyas dan Afiana Rohmani. 2012. “Hubungan Kepuasan Pasien dalam Pemanfaatan Ulang Pelayanan kesehatan pada Praktek Dokter Keluarga”. Jurnal Hasil Penelitian. ISBN : 978-602-18809-0-6.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 2014. *Panduan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan JPK*.
[http://www.bpjs.info/program/Jaminan Pemeliharaan Kesehatan JPK 19/](http://www.bpjs.info/program/Jaminan_Pemeliharaan_Kesehatan_JPK_19/) Diunduh pada 13 April 2015
- Dinas Kesehatan. 2014. *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2014*. Semarang
- Erledis, Simanjutak. 2001. *Tingkat Kepuasan Pasien Askes dan Jamsostek terhadap Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Sari Mutiara Medan Tahun 2001*. Skripsi, Universitas Sumatera Utara Medan
- Gibson, Jl., Et. Al. 2007. *Organisasi dan Manajemen Perilaku, Struktur, Proses*. Jakarta : Erlangga
- Irfan, S., Ijaz, A., dan Farooq, M., 2012, Patient Satisfaction and Service Quality of Public Hospital in Pakistan : An Empirical Assessment. Middle East Journal of Scientific Research, 12: 870–877.

- Irfan, S.M. dan Ijaz, A., 2011, Comparison of Service Quality Between Private and Public Hospitals: Empirical Evidences from Pakistan. *Journal of Quality and Technology Management*, 7: 1–22.
- Kementerian Kesehatan. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Republik Indonesia, Jakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Jaminan Kesehatan Nasional. Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta
- Khusnawati. 2010. *Analisis Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan pada Puskesmas Sungai Durian, Kab.Kubu Raya*. Skripsi sarjana. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Hasanuddin, Makassar.
- Murti B. 2006. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press
- Nurkholiq, Syahdat. 2008. *Perbandingan Tingkat Kepuasan Pasien Umum dengan Kartu Askes di Pelayanan Dokter Keluarga PT. Askes*. Skripsi, Universitas Diponegoro Semarang
- Munusamy Jayaraman, Shankar Chelliah and Hor Wai Mun. 2010. “*Service Quality Delivery and Its Impact on Customer Satisfaction in the Banking Sector in Malaysia*”. *International Journal of Innovation, Management and Technology*, Vol. 1, No. 4, October 2010.
- Mukti, AG. 2007. *Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Konsep Dan Implementasi. Pusat Pengembangan Sistem Pembiayaan Dan Managemen Asuransi Jaminan Kesehatan*. FK UGM. Yogyakarta.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., dan Berry, L., 1988 : 2012. *SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality*. *Journal of Retailing*, 64: 12–40.

PT Askes. 2008. *Pedoman Bagi Peserta Askes Sosial*. PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia. Jakarta

Rama M, Kanagaluru. 2011. *A Study On The Satisfaction of Patients With Reference To Hospital Service*. *International Journal Of Business Economic and Management Research*, Vol: 1, No: 3.

Rashid Al-Abri & Amina Al-Balushi. 2014. *Patients Satisfaction Survey As A Tool Toward Quality Improvement*. *Journal Nurse Care Quality*, Vol: 16, No: 4.

Rencana Tingkat Puskesmas. 2014. *Rencana Tingkat Puskesmas Bandarharjo Tahun 2014*. Semarang

Republik Indonesia, 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia No. 75 tentang Puskesmas, Jakarta : Kementerian Kesehatan

Supranto, J. 2006. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan : Untuk Menaikkan Pangsa Pasar*. Jakarta : Rineka Cipta

Zaelani. 2012. *Komitmen Pemerintah dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial Nasional*. *Jurnal Legislasi Indonesia* No 2. Vol 9