

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Mutu Pelayanan Kesehatan

a. Pengertian Mutu

Mutu adalah suatu perkataan yang sudah lazim digunakan, baik oleh lingkungan kehidupan akademis ataupun dalam kehidupan sehari-hari, yang artinya secara umum dapat dirasakan dan dipahami oleh siapapun, namun mutu sebagai suatu konsep atau pengertian, belum banyak dipahami orang dan kenyataannya pengertian mutu itu sendiri tidak sama bagi setiap orang.⁶

b. Perspektif Mutu Pelayanan Kesehatan

Pemberi pelayanan kesehatan mengkaitkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan tersedianya peralatan, Prosedur Kerja (protokol), kebebasan profesi dalam setiap melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan teknologi kesehatan mutakhir dan bagaimana luaran "*outcome*" atau hasil pelayanan kesehatan itu. Komitmen dan motivasi pemberi pelayanan kesehatan tergantung kepada kemampuannya dalam melaksanakan tugas dengan cara yang optimal. Sebagai profesi pelayanan kesehatan perhatiannya terfokus terhadap dimensi kompetensi teknis, efektivitas dan keamanan. Profesi pelayanan kesehatan membutuhkan dan mengharapkan adanya dukungan teknis, administratif, dan pelayanan pendukung lainnya yang efektif serta efisien dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi.⁷

c. Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien adalah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja pelayanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkannya. Tingkat kepuasan pasien dapat diukur baik secara kuantitatif ataupun kualitatif (dengan membandingkannya) dan banyak cara mengukur tingkat kepuasan pasien. Tingkat kepuasan pasien yang akurat sangat dibutuhkan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan, maka oleh sebab itu pengukuran tingkat kepuasan pasien mutlak perlu dilakukan secara berkala, teratur, dan berkesinambungan.⁸

2. Sistem

a. Pengertian Sistem

Dalam sistem kesehatan, ada dua pengertian yang terkandung didalamnya. Pertama, pengertian sistem. Kedua, pengertian kesehatan. Pengertian sistem banyak macamnya. Beberapa diantaranya yang dipandang cukup penting adalah:⁹

1. Sistem adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan (diambil dari buku Ryans).
2. Sistem adalah suatu struktur konseptual yang terdiri dari fungsi-fungsi yang saling berhubungan yang bekerja sebagai satu unit

organik untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien.

3. Sistem adalah kumpulan dari bagian-bagian yang berhubungan dan membentuk satu kesatuan yang majemuk, dimana masing-masing bagian bekerjasama secara bebas dan terkait untuk mencapai sasaran kesatuan dalam suatu situasi yang majemuk pula.
4. Sistem adalah suatu kesatuan yang utuh dan terpadu dari berbagai elemen yang berhubungan serta saling mempengaruhi yang dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Dari keempat sistem ini, segera terlihat bahwa pengertian sistem secara umum dapat dibedakan atas dua macam yakni:

1. Sistem sebagai suatu wujud

Suatu sistem disebut sebagai suatu wujud (*entity*), apabila bagian-bagian atau elemen-elemen yang terhimpun dalam sistem tersebut membentuk suatu wujud yang ciri-cirinya dapat dideskripsikan dengan jelas. Tergantung dari sifat bagian-bagian atau elemen-elemen yang membentuk sistem, maka sistem sebagai suatu wujud dapat dibedakan atas dua macam:

- a. Sistem sebagai suatu wujud yang konkrit

Pada bentuk ini, sifat dari bagian-bagian atau elemen-elemen yang membentuk sistem adalah konkrit dalam arti dapat ditangkap oleh pancaindera. Contohnya adalah suatu mesin yang bagian-bagian atau elemen-elemennya adalah berbagai unsur suku cadang.

b. Sistem sebagai suatu wujud yang abstrak

Pada bentuk ini, sifat dan bagian-bagian atau elemen-elemen yang membentuk sistem adalah abstrak dalam arti tidak dapat ditangkap oleh pancaindera. Contohnya adalah sistem kebudayaan yang bagian-bagiannya atau elemen-elemennya adalah berbagai unsur budaya.

2. Sistem sebagai suatu metoda

Suatu sistem disebut sebagai suatu metode (*method*), apabila bagian-bagian atau elemen-elemen yang terhimpun dalam sistem tersebut membentuk suatu metoda yang dapat dipakai sebagai alat dalam melakukan pekerjaan administrasi. Contohnya adalah sistem pengawasan yang bagian-bagian atau elemen-elemen pembentuknya adalah berbagai peraturan.⁹

b. Ciri-ciri sistem

Sesuatu disebut sebagai sistem, apabila ia memiliki beberapa ciri pokok sistem. Ciri-ciri pokok yang dimaksud banyak macamnya, yang jika disederhanakan dapat diuraikan sebagai berikut:¹⁰

1. Dalam buku **Elias M. Awad**, ciri ciri sistem dibedakan atas lima macam yakni:

- a. Sistem bukanlah sesuatu yang berada di ruang hampa, melainkan selalu berinteraksi dengan lingkungan. Tergantung dari pengaruh interaksi dengan lingkungan tersebut, sistem dapat dibedakan atas dua macam, pertama bersifat terbuka, apabila interaksi dengan lingkungan, mempengaruhi sistem. Kedua, bersifat

tertutup, apabila interaksi dengan lingkungan, tidak mempengaruhi sistem.

- b. Pada sistem yang bersifat terbuka, berbagai pengaruh yang diterima dari lingkungan dapat dimanfaatkan oleh sistem untuk lebih menyempurnakan sistem. Pemanfaatan yang seperti ini memang dimungkinkan, karena di dalam sistem terdapat mekanisme penyesuaian diri, yang antara lain karena adanya unsur umpan balik (*feedback*).
- c. Sistem mempunyai kemampuan untuk mengatur diri sendiri, yang antara lain juga disebabkan karena di dalam sistem terdapat unsur umpan balik (*feedback*).
- d. Sistem terbentuk dari dua atau lebih subsistem, dan setiap subsistem terdiri lagi dari dua atau lebih subsistem lain yang lebih kecil, demikian seterusnya.
- e. Antara satu subsistem dengan subsistem lainnya terdapat hubungan yang saling tergantung dan mempengaruhi. Keluaran suatu subsistem misalnya, menjadi masukan bagi subsistem lain yang terdapat dalam sistem.
- f. Sistem mempunyai tujuan atau sasaran yang ingin dicapai. Pada dasarnya tercapainya tujuan atau sasaran ini adalah sebagai hasil kerja sama dari berbagai subsistem yang terdapat dalam sistem.

2. Dalam buku **A. Shode dan Dan Voich**, ciri-ciri sistem dibedakan atas enam macam yakni:¹⁰

- a. Sistem mempunyai tujuan dan karena itu semua perilaku yang ada pada sistem pada dasarnya bermaksud mencapai tujuan tersebut (*purposive behavior*).
- b. Sistem sekalipun terdiri dari berbagai bagian atau elemen, tetapi secara keseluruhan merupakan suatu yang bulat dan utuh (*wholism*) jauh melebihi kumpulan bagian atau elemen tersebut.
- c. Berbagai bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem saling terkait, berhubungan serta berinteraksi.
- d. Sistem bersifat terbuka dan selalu berinteraksi dengan sistem lain yang lebih luas, yang biasanya disebut dengan lingkungan.
- e. Sistem mempunyai kemampuan transformasi, artinya mampu mengubah sesuatu menjadi sesuatu yang lain. Dengan perkataan lain, sistem mampu mengubah masukan menjadi keluaran.
- f. Sistem mempunyai mekanisme pengendalian, baik dalam rangka menyatukan berbagai bagian atau elemen, atau dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran.

Kedua uraian tentang ciri-ciri sistem tersebut, jika disederhanakan dapat dibedakan atas empat macam saja:

- a. Dalam sistem terdapat bagian atau elemen yang satu sama lain saling berhubungan dan mempengaruhi yang kesemuanya membentuk satu kesatuan, dalam arti semuanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang sama yang telah ditetapkan.

- b. Fungsi yang diperankan oleh masing-masing bagian atau elemen yang membentuk satu kesatuan tersebut adalah dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.
- c. Dalam melaksanakan fungsi tersebut, semuanya bekerjasama secara bebas namun terkait, dalam arti terdapat mekanisme pengendalian yang mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagaimana yang telah direncanakan.
- d. Sekalipun sistem merupakan satu kesatuan terpadu, bukan berarti ia tertutup terhadap lingkungan.

c. Unsur Sistem

Sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Bagian atau elemen tersebut banyak macamnya, yang jika disederhanakan dapat dikelompokkan dalam enam unsur saja yakni:⁹

1. Masukan

Yang dimaksud dengan masukan (*input*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.

2. Proses

Yang dimaksud dengan proses (*process*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.

3. Keluaran

Yang dimaksud dengan keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.

4. Umpan Balik

Yang dimaksud dengan umpan balik (*feed back*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.

5. Dampak

Yang dimaksud dengan dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem.

6. Lingkungan

Yang dimaksud dengan lingkungan (*environment*) adalah duni di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.

3. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh Pemerintah.

4. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

SJSN merupakan hak konstitusional setiap warga negara Indonesia dan merupakan wujud tanggungjawab Negara. Berdasarkan konvensi ILO 102 tahun 1952 disebutkan bahwa standar minimal Jaminan Sosial meliputi tunjangan kesehatan, tunjangan sakit, tunjangan pengangguran, tunjangan hari tua, tunjangan kecelakaan kerja, tunjangan keluarga, tunjangan persalinan, tunjangan kecacatan dan tunjangan ahli waris.¹¹ Sedangkan berdasarkan UUD 1945 dalam pasal 28 H ayat 3 dikatakan bahwa setiap orang berhak atas Jaminan Sosial. Pasal 34 ayat 2 UUD 1945 kembali menegaskan bahwa negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat²

5. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

A. Pengertian BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa. BPJS Kesehatan bersama BPJS Ketenagakerjaan (dahulu bernama Jamsostek) merupakan program pemerintah dalam kesatuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diresmikan pada tanggal 31 Desember 2013. Untuk BPJS Kesehatan

mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi sejak 1 Juli 2014.⁴

B. Fungsi BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan, yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Adapun tujuan dari fungsi ini adalah menjamin agar peserta BPJS Kesehatan memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Tugas BPJS Kesehatan.⁴

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS Kesehatan mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. Melakukan dan menerima pendaftaran peserta BPJS Kesehatan
- b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta BPJS Kesehatan dan pemberi kerja
- c. Menerima bantuan iuran dari Pemerintah
- d. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta BPJS Kesehatan
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta BPJS Kesehatan program jaminan sosial
- f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta BPJS Kesehatan dan masyarakat.

Tugas BPJS Kesehatan meliputi pendaftaran kepesertaan BPJS Kesehatan dan pengelolaan data peserta BPJS Kesehatan, pemungutan, pengumpulan iuran termasuk menerima bantuan iuran dari Pemerintah, pengelolaan Dana jaminan Sosial, pembayaran manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan dan tugas penyampaian informasi dalam rangka sosialisasi program jaminan sosial dan keterbukaan informasi mengenai BPJS Kesehatan. Tugas pendaftaran kepesertaan BPJS Kesehatan dilakukan secara pasif, dalam arti menerima pendaftaran atau secara aktif dalam arti mendaftarkan peserta BPJS Kesehatan.⁴

C. Wewenang BPJS Kesehatan

Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud di atas BPJS Kesehatan mempunyai wewenang:

- a. Menagih pembayaran iuran peserta BPJS Kesehatan;
- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai
- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta BPJS Kesehatan dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- d. Membuat Perjanjian Kerjasama dengan fasilitas kesehatan yang melayani peserta BPJS Kesehatan mengenai besar pembayaran

- fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerjasama dengan fasilitas kesehatan;
 - f. Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta BPJS Kesehatan atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya pembayaran iuran;
 - g. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidapatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - h. Terakhir adalah melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

Kewenangan BPJS menagih pembayaran iuran, dalam arti meminta pembayaran dalam hal terjadi penunggakan, kemacetan, atau kekurangan pembayaran. Kewenangan melakukan pengawasan dan kewenangan mengenaikan sanksi administratif yang diberikan kepada BPJS memperkuat kedudukan BPJS sebagai badan hukum publik.

D. Manfaat BPJS Kesehatan

Manfaat JKN terdiri atas 2 (dua) jenis, yaitu manfaat medis dan manfaat non-medis. Manfaat medis berupa pelayanan kesehatan yang *komprensif* (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) sesuai dengan indikasi medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang

dibayarkan. Manfaat non-medis meliputi akomodasi dan ambulan. Manfaat akomodasi untuk layanan rawat inap sesuai hak kelas perawatan peserta. Manfaat ambulan hanya diberikan untuk pasien rujukan antar fasilitas kesehatan, dengan kondisi tertentu sesuai rekomendasi dokter. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan meliputi :¹¹

a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan

Non Spesialistik 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 kebutuhan medis
7. Pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pertama
8. Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi

b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:

1. Rawat jalan, meliputi:
 - a) Administrasi pelayanan
 - b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan sub spesialis
 - c) Tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis

- d) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - e) Pelayanan alat kesehatan implant
 - f) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
 - g) Rehabilitasi medis
 - h) Pelayanan darah
 - i) Pelayanan kedokteran forensik
 - j) Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan
2. Rawat Inap yang meliputi:
- a) Perawatan inap non intensif
 - b) Perawatan inap di ruang intensif
 - c) Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri

E. Kepesertaan Wajib

Setiap Warga Negara Indonesia dan Warga Negara Asing yang sudah berdiam di Indonesia selama minimal enam bulan wajib menjadi anggota BPJS. Ini sesuai pasal 14 UU BPJS. Setiap perusahaan wajib mendaftarkan pekerjanya sebagai anggota BPJS. Sedangkan orang atau keluarga yang tidak bekerja pada perusahaan wajib mendaftarkan diri dan anggota keluarganya pada BPJS. Setiap peserta BPJS akan ditarik iuran yang besarnya ditentukan kemudian. Sedangkan bagi warga miskin, iuran BPJS ditanggung pemerintah melalui program Bantuan Iuran. Menjadi peserta BPJS tidak hanya wajib bagi pekerja di sektor formal, namun juga pekerja informal. Pekerja informal juga wajib menjadi anggota BPJS Kesehatan. Para

pekerja wajib mendaftarkan dirinya dan membayar iuran sesuai dengan tingkatan manfaat yang diinginkan. Jaminan kesehatan secara universal diharapkan bisa dimulai secara bertahap pada 2014 dan pada 2019, diharapkan seluruh warga Indonesia sudah memiliki jaminan kesehatan tersebut.

F. Kolekting iuran

Keberhasilan penyelenggaraan program jaminan kesehatan diawali oleh keberhasilan BPJS Kesehatan dalam mengumpulkan dan mengelola iuran. Keberhasilan dalam mengumpulkan iuran mempengaruhi tingkat ketersediaan dana dan kesehatan keuangan BPJS kesehatan. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Indonesia didanai oleh kontribusi pekerja, pemberi kerja, bukan pekerja dan pemerintah. Dengan demikian, kemampuan BPJS Kesehatan dalam memungut dan mengumpulkan iuran dengan teratur dan tepat jumlahnya dari sumber dana tersebut menjadi kunci utama yang mempengaruhi pemenuhan hak peserta atas manfaat program.¹

1. Kewenangan BPJS dalam kolekting iuran

Dalam melaksanakan tugas tersebut, BPJS Kesehatan berwenang sebagaimana diatur dalam pasal 11 yaitu:¹²

- a. Menagih pembayaran iuran
- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan

aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai.

- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional.
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan.
- e. Mengenaikan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.
- f. Melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, dan
- g. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

2. Jenis dan Besaran Iuran

Berdasarkan jenis kepesertaannya Iuran Jaminan Kesehatan terdiri dari:¹²

a. Iuran Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Iuran untuk orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah. Besar iuran jaminan kesehatan bagi peserta PBI Jaminan

Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebesar Rp. 19.225,- (sembilan belas ribu dua ratus dua puluh lima ribu rupiah) per jiwa per bulan.

b. Iuran Non Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan

1. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya

Pekerja penerima upah sebagaimana tersebut diatas adalah:

- a. Pegawai Negeri Sipil
- b. Anggota TNI
- c. Anggota Polri
- d. Pejabat Negara
- e. Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri
- f. Pegawai Swasta, dan
- g. Pekerja yang tidak termasuk butir a) sampai dengan butir f) yang menerima upah.

2. Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (non pensiunan)

Iuran Jaminan Kesehatan bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja (non pensiunan):

- a. Sebesar Rp. 25.500, (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang dan peserta dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.
- b. Sebesar Rp. 42.500, (empat puluh dua ribu lima ratus rupiah) per orang dan peserta dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.

c. Sebesar Rp. 59.500, (lima puluh sembilan ribu lima ratus rupiah) per orang dan peserta dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.

3. Bukan Pekerja dan Anggota keluarganya Khusus Pensiunan

Penerima Pensiun Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI dan Anggota Polri, Pejabat negara yang berhenti dengan hak pensiun, iuran ditetapkan sebesar sebesar 5% dan Gaji atau Upah per bulan, iuran tersebut ditanggung oleh Pemberi Kerja dan pekerja dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. 3% dibayar oleh Pemerintah, dan
- b. 2% dibayar oleh Peserta

4. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya Khusus Veteran Iuran Jaminan Kesehatan, Veteran dan Perintis Kemerdekaan seluruhnya ditanggung oleh Pemerintah dengan Perhitungan:

$5\% \times \text{Gaji Pokok Gol III a dengan Masa kerja 14 Tahun} \times 45\%$

5. Anggota Keluarga Lainnya

- a. Bagi Penerima Upah:
 - i. PNS, Anggota TNI/ POLRI, Pejabat Negara ditetapkan sebesar 1% (satu persen) dari Gaji + Tunj. Keluarga.

ii. Pegawai Pemerintah Non PNS, 1% dari penghasilan Tetap

iii. Pegawai Swasta/ BUMN/ Badan dan Pekerja WNA yang telah bekerja minimal 6 (enam) bulan di Indonesia dikenakan sebesar 1% dari Gaji/ Upah dengan batasan PTKP K/1 yang telah ditentukan.

b. Bagi Pekerja Bukan Penerima Upah

Nilai nominal sesuai kelas yang diambil.

c. Bagi Bukan Pekerja, selain Penerima Pensiun Pegawai Negeri Sipil, TNI/POLRI, Nilai Nominal sesuai kelas yang diambil.

3. Batas Waktu Pembayaran Iuran

a. Penyetoran iuran Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan dilakukan dimuka paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.

b. Penyetoran iuran Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan untuk lebih dari 1 (satu) bulan dilakukan di awal bulan.

c. Apabila tanggal 10 (sepuluh) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya.

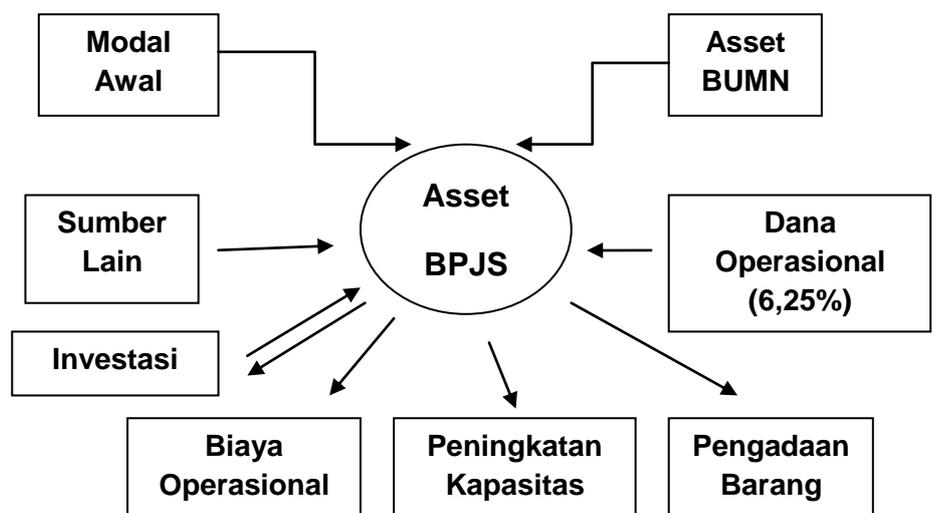
G. Sumber Dana BPJS

Menurut pasal 41 Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, sumber dana BPJS didapatkan oleh:

1. Modal awal Pemerintah, yang merupakan kekayaan negara yang dipisahkan dan tidak terbagi atas saham.
2. Hasil pengalihan aset Badan Usaha Milik Negara yang menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Badan Usaha Milik Negara yang dimaksud adalah sebagian pengalihan aset dari PT. Askes (Persero).
3. Hasil pengembangan aset BPJS Kesehatan
Semua penambahan aset BPJS Kesehatan yang merupakan hasil dari penempatan investasi maupun bukan investasi. Ketentuan lebih lanjut diatur dalam Kebijakan dan Pedoman Investasi BPJS Kesehatan.
4. Dana operasional yang diambil dari Dana Jaminan Sosial
Dana yang disediakan untuk membiayai kegiatan operasional penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan. dana ini berasal dari presentase tertentu dari penerimaan iuran yang ada di rekening Dana Jaminan Sosial Kesehatan.
5. Sumber lain yang sah sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Merupakan dana yang berasal dari:
 - a. Surplus dari kegiatan program BPJS Kesehatan

- b. Hibah dan/ bantuan yang tidak mengikat yang tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan dan dapat berupa uang, barang, dan/ atau jasa.

Gambar 2.1
Skema Sumber Dana



H. Pelayanan Kesehatan Primer

1. Cakupan Pelayanan Kesehatan Primer

Berdasarkan Permenkes Nomor 71 tahun 2013, pasal 2 disebutkan bahwa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah:¹³

- a. Puskesmas atau yang setara
- b. Praktik dokter
- c. Praktik dokter gigi
- d. Klinik Pratama atau yang setara
- e. RS Kelas D Pratama atau yang setara

Bagi fasilitas kesehatan yang tidak memiliki sarana penunjang wajib membangun jejaring dengan sarana penunjang, sebagai contoh: Dokter praktik perorangan yang membangun jejaring dengan Apotek dan laboratorium. Konsep jejaring tersebut dimaksudkan untuk memberikan pelayanan komprehensif bagi peserta terdaftar.

Pada Permenkes Nomor 71 tahun 2013, pasal 16 disebutkan ruang lingkup pelayanan yang dapat diberikan oleh FKTP yaitu pelayanan non spesialisik mencakup:

- a. Administratif pelayanan
- b. Pelayanan Promotif dan Preventif
- c. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
- d. Tindakan medis non spesialisik baik operatif maupun non operatif
- e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai (BMHP)
- f. Transfusi darah sesuai kebutuhan medis
- g. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama
- h. Rawat inap Tingkat Pertama (RITP) sesuai indikasi medis

Sedangkan untuk pelayanan medis, pada pasal 1 mencakup:

- a. Kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di pelayanan kesehatan tingkat pertama
- b. Kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan

- c. Kasus medis rujuk balik
- d. Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama
- e. Pemeriksaan ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter, dan
- f. Rehabilitasi medik dasar

FKTP dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta terdaftarnya harus berdasarkan panduan klinis yang berlaku yang telah disusun oleh Perhimpunan Profesi terkait. Panduan klinis dengan tujuan menjadi *guidelines* tatalaksana baku bagi dokter dan menjaga mutu layanan dokter disetiap tingkat layanan.

2. Tarif Pelayanan Kesehatan Primer

Pembiayaan bagi FKTP yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan adalah melalui sistem kapitasi. Hal tersebut sejalan dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013. Perbedaan sistem kapitasi dengan *fee for service* adalah sebagai berikut:¹³

Tabel 2.1

Perbedaan *Fee for Service* dan Kapitasi

Sumber: Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013

<i>Fee for Service</i>	<i>Kapitasi</i>
Besarannya ditentukan berdasarkan sumber daya yang dipakai per tindakan/ penanganan. Contoh tarif pemeriksaan GDS Rp. 10.000 terdiri dari harga reagen Rp. 5.000, jasa medis Rp. 2.00, biaya sarana Rp. 2.000 dan administrasi Rp. 500,-.	Besarannya ditentukan berdasarkan sumber daya yang dipakai per tindakan/ pelayanan dan disesuaikan dengan pemanfaatan (utilisasi) (dari data Survey Nasional).
Dibayarkan setelah Puskesmas memberikan pelayanan.	Dibayarkan sebelum Puskesmas memberikan pelayanan (praupaya).
Hanya dibayarkan jika pasien mendapat pelayanan	Tetap dibayarkan walaupun tidak ada kunjungan (populasi sehat)

Tarif kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa

memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (Pasal 1 Permenkes Nomor 59 Tahun 2014).

Mekanisme pembayaran kapitasi diatur lebih lanjut melalui Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 yaitu Pembayaran Kapitasi oleh BPJS Kesehatan didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP sesuai dengan data BPJS Kesehatan dimana pembayaran kapitasi kepada FKTP dilakukan oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan.¹³

I. Permasalahan BPJS Kesehatan

Setahun berlalu, program Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan masih bermasalah. Pemerintah mencatat ada beberapa permasalahan penting yang mewarnai program kesehatan tersebut. Berdasarkan temuan Pemerintah, ada masyarakat yang memanfaatkan program BPJS Kesehatan untuk menyembuhkan penyakit mereka saja, setelah itu tidak bayar iuran lagi. Adanya banyak permasalahan yang mewarnai program BPJS Kesehatan selama 2014, BPJS Kesehatan akan memperbaiki pelaksanaan program BPJS Kesehatan. Pelaksanaan BPJS Kesehatan harus lebih baik, sebab peserta BPJS Kesehatan terus meningkat. Begitu pula mitra BPJS Kesehatan seperti rumah sakit, klinik dan dokter. Memang pelayanan BPJS Kesehatan, khususnya terhadap masyarakat miskin Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang pengobatannya ditanggung APBN, belum memuaskan. Namun umumnya beralasan kamar pasien sedang penuh. Padahal ketika

diperiksa banyak kamar kosong. Hal ini juga menjadi masalah yang sangat berat yang menyebabkan komplain dari para pasien pengguna BPJS.

6. Penanganan Keluhan dan Pelayanan Informasi kepada Peserta BPJS Kesehatan

A. Definisi

Standar Proses Penanganan Keluhan dan Pelayanan Informasi kepada peserta BPJS Kesehatan adalah langkah-langkah dan batasan waktu yang harus diikuti dan dilaksanakan peserta maupun permintaan informasi.¹⁴

Keluhan peserta adalah suatu pernyataan atau ungkapan ketidakpuasan peserta atas layanan yang pernah atau sedang didapatkan peserta dan diajukan kepada BPJS Kesehatan atau instansi lain., baik secara lisan maupun tertulis untuk mendapatkan tanggapan atau penyelesaian. Keluhan peserta tersebut harus berkaitan dengan proses- proses yang dialami peserta dalam rangka mendapatkan pelayanan sesuai haknya, baik pelayanan medis maupun pelayanan non medis.

Permintaan informasi adalah suatu ungkapan ketidaktahuan (belum tahu) atau keraguan dari peserta atas sesuatu yang sedang atau diperkirakan akan dialami di kemudian hari, kemudian yang bersangkutan berusaha untuk menjadi tahu dengan menghubungi BPJS Kesehatan, baik secara lisan atau tertulis, dengan harapan mendapatkan jawaban/ penjelasan berupa informasi (bukan penyelesaian atas suatu masalah).¹⁴

B. Mekanisme Kegiatan

1. Infrastruktur terkait

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Pelaksana kegiatan Penanganan Keluhan dan Pelayanan Informasi adalah seluruh pegawai BPJS Kesehatan, tanpa dibatasi dengan unit kerja/ ruang lingkup tugas pokok terutama BPJS Kesehatan Kota/ Kabupaten, Petugas BPJS Kesehatan *Center*, Petugas *Mobile Customer Service* dan Petugas yang ditunjuk petugas *Frontliner*.

Frontliner adalah seluruh Kepala Seksi beserta staff di lingkungan KC. Pemegang HP *Hotline Service*, Kepala Layanan Operasional Kabupaten, Petugas BPJS Center, Petugas *Customer Service* dan Petugas yang ditunjuk.

Agar Pegawai BPJS Kesehatan dapat berperan sebagai *Frontliner* yang profesional, diberikan kesempatan, atau berhak untuk mengikuti program pelatihan pelayanan prima.

b. Sumber Daya Sarana (SDS)

Sumber Daya Sarana (SDS) yang digunakan sebagai penunjang kegiatan, terdiri dari:

1) Telepon Regular

Telepon regular adalah telepon yang ada di ruangan unit kerja yang digunakan untuk keperluan dinas unit kerja. Telepon regular harus ditempatkan di lokasi yang mudah dijangkau oleh setiap pegawai dan tersedia formulir catatan keluhan/informasi nomor telepon regular tersebut

harus disosialisasikan kepada peserta, baik secara luas maupun khusus di wilayah kerja BPJS Kesehatan setempat.

2) *Hotline Service*

Hotline Service adalah sarana komunikasi berupa handphone yang dapat memberikan kemudahan kepada peserta untuk menyampaikan keluhan atau permintaan informasi, pada jam kerja dan diluar jam kerja. Petugas BPJS Kesehatan yang memegang *hotline service* adalah petugas yang ditunjuk oleh Pimpinan Unit Kerja. Bila terjadi mutasi, *handphone* beserta nomornya tetap berada di unit kerja.

3) *Mobile Customer Service*

Mobile customer service adalah sarana mobilitas yang disediakan oleh BPJS Kesehatan, dengan tujuan mendekatkan jangkauan pelayanan BPJS Kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan dan sebagai sarana promosi. Kegiatan pelayanan yang dilakukan berorientasi kepada upaya proaktif dalam pelayanan administratif berupa pembuatan kartu BPJS Kesehatan, pemberian informasi dan penanganan keluhan.

4) Pusat Layanan Informasi BPJS Kesehatan 500400

Pusat Layanan Informasi BPJS Kesehatan adalah pusat informasi resmi yang diberikan untuk peserta BPJS Kesehatan dalam memberikan informasi mengenai pelayanan oleh BPJS Kesehatan.

5) *Website* BPJS Kesehatan

Aplikasi *website* BPJS Kesehatan adalah aplikasi yang dipergunakan untuk penanganan keluhan dan saran dari peserta yang masuk melalui *website* BPJS Kesehatan.

6) Unit Penanganan Pengaduan Peserta (UP3)

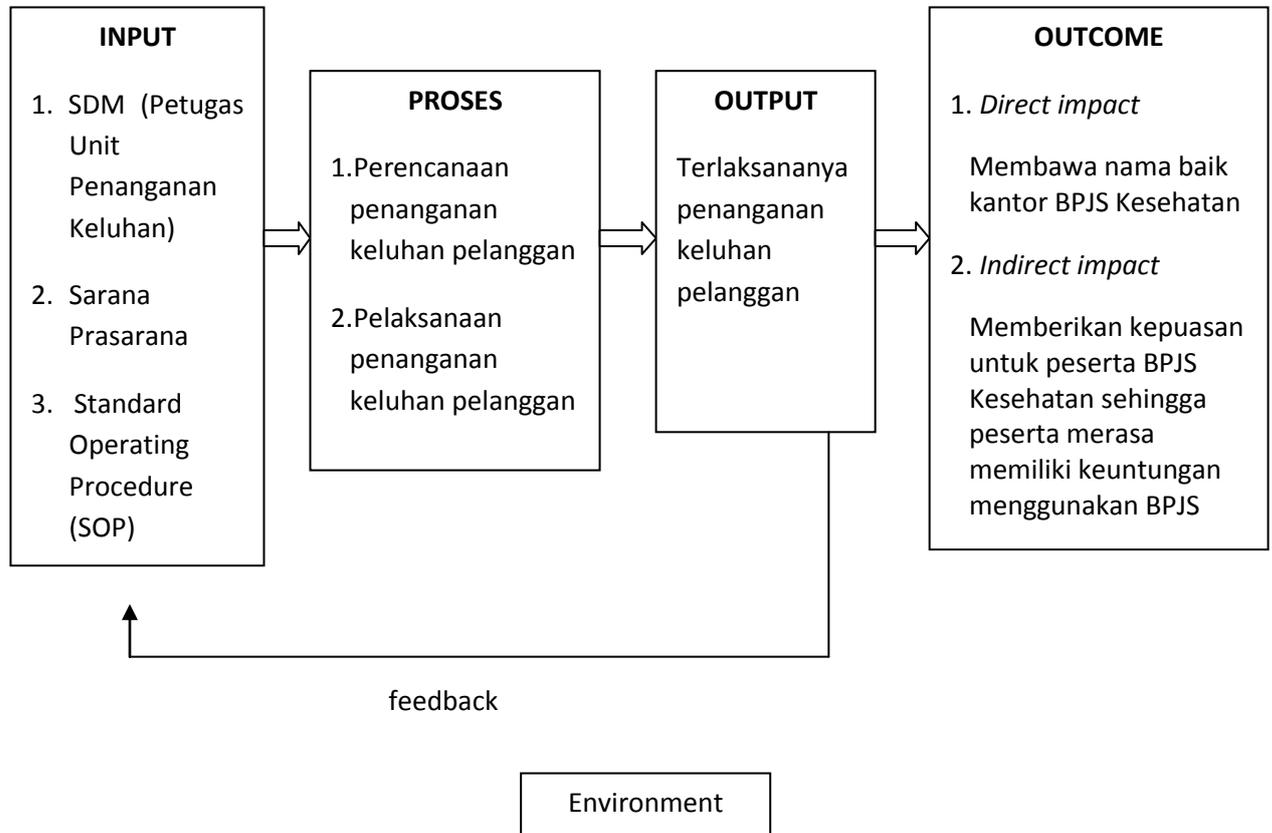
Unit Penanganan Pengaduan Peserta adalah unit yang menangani mengenai keluhan yang datang dari peserta BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh ketidakpuasan peserta dalam pelayanan yang telah diterimanya.

2. Pencatatan Penanganan Keluhan dan Pemberian Informasi

Adalah kegiatan pencatatan yang dilakukan oleh setiap pegawai BPJS Kesehatan, yang telah melaksanakan tugas pelayanan (menangani keluhan atau memberikan informasi) kepada peserta BPJS Kesehatan.

Pencatatan kegiatan dilakukan dengan cara entry melalui aplikasi Pelayanan Pelanggan pada *Aplikasi Webbase*.¹⁴

. Kerangka Teori



Gambar 2.2

Kerangka Dasar Teori

Sumber: Modifikasi antara teori yang dikemukakan oleh Azrul Azwar (1996) dalam buku “Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan” dan Jogiyanto (2006) dalam buku “Sistem Informasi Strategik”