

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan badan hukum yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Jaminan Sosial yang dimaksud sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak.

Penyelenggaraan Jaminan Sosial Nasional merupakan salah satu pilar untuk memajukan kesejahteraan umum sebagaimana diamanatkan dalam Pembukaan UUD Negara RI Tahun 1945. UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN) menentukan lima jenis program jaminan sosial, yaitu program Jaminan Kesehatan (JK), Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Hari Tua (JHT), Jaminan Pensiunan (JP), dan Jaminan Kematian (JKM), yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang merupakan transformasi dari BUMN penyelenggara jaminan sosial yang sekarang telah berjalan.

Pada tanggal 25 November 2011, ditetapkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan sosial. BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan beberapa asas yakni: asas kemanusiaan, asas manfaat dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Selain itu BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan beberapa prinsip, antara lain:

1) **Kegotongroyongan**

Prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau tingkat penghasilannya.

2) **Nirlaba**

Prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya dari seluruh peserta.

3) Keterbukaan

Prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

4) Kehati-hatian

Prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

5) Akuntabilitas

Prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

6) Portabilitas

Prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7) Kebersertaan bersifat wajib

Prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.

8) Dana amanat

uran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial.

9) Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta

Hasil berupa deviden dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

BPJS merupakan Badan Hukum Publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan memiliki tugas untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan nasional bagi seluruh rakyat Indonesia antara lain: Pegawai Negeri Sipil (PNS), TNI/POLRI, penerima pensiun PNS, Veteran, Perintis kemerdekaan beserta keluarganya dan badan usaha lainnya ataupun rakyat

biasa. Dalam penyelenggaraannya BPJS ini terbagi menjadi dua yaitu BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan.

BPJS Kesehatan mulai beroperasi mulai tanggal 1 Januari 2014. BPJS Kesehatan sebelumnya bernama ASKES (Asuransi Kesehatan) yang dikelola oleh PT. ASKES INDONESIA (Persero), namun sesuai UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, PT. ASKES INDONESIA berubah menjadi BPJS Kesehatan sejak tanggal 1 Januari 2014 sebagai penentu kebijakan, pemerintah memiliki target maupun tujuan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan merupakan penyempurnaan upaya pemerintah untuk memberi kesejahteraan pada masyarakat di bidang kesehatan.

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan menjelaskan bahwa Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Adapun Peserta Jaminan Kesehatan meliputi PBI (Penerima Bantuan Iuran) Jaminan Kesehatan dan bukan PBI Jaminan Kesehatan.

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan meliputi, antara lain:

1. Kepesertaan;
2. Iuran Kepesertaan;
3. Penyelenggara pelayanan kesehatan;
4. Kendali mutu dan kendali biaya; dan
5. Pelaporan dan utilization review.

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, setiap peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis pakai sesuai kebutuhan medis yang diperlukan. Pelayanan kesehatan itu meliputi semua fasilitas tingkat pertama dan fasilitas lanjutan, fasilitas kesehatan lainnya yang ditetapkan pertama dan fasilitas tingkat lanjutan, fasilitas kesehatan lainnya ditetapkan oleh menteri yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan termasuk

fasilitas kesehatan penunjang yang terdiri atas seperti: laboratorium, instalasi farmasi rumah sakit, apotek, unit tranfusi darah / Palang Merah Indonesia, optik, pemberi pelayanan consumable ambulatory peritonal dialisis (CAPD) dan praktek bidan/perawat yang setara.

Pelayanan Kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan terdiri atas:

1. Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama;
2. Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan;
3. Pelayanan gawat darurat;
4. Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai;
5. Pelayanan ambulance;
6. Pelayanan skrining kesehatan; dan
7. Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri.

Salah satu yang menjadi mitra dari program BPJS Kesehatan ini adalah Pusat Kesehatan Masyarakat sebagai pemberi fasilitas pelayanan kesehatan dasar sedangkan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan dilaksanakan di rumah sakit. Maka peranan dan kedudukan puskesmas adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang berada pada unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah.

Berdasarkan Permenkes No. 75 tahun 2014 tentang Puskesmas pasal 1 ayat 2 bahwa puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginyadi wilayah kerjanya.

Sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan di Indonesia, maka puskesmas bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat dan bertanggungjawab dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran. Dalam memberi pelayanan kepada masyarakat, puskesmas telah menyelenggarakan program BPJS Kesehatan untuk memberikan kemudahan kepada masyarakat.

Puskesmas dalam hal ini memiliki peran yang besar terhadap kesehatan peserta BPJS. Apabila pelayanan puskesmas yang diberikan baik maka akan semakin banyak peserta BPJS kesehatan yang memanfaatkan pelayanan kesehatan, namun dapat terjadi sebaliknya jika pelayanan dirasakan kurang memadai. Permasalahan yang sering timbul di Puskesmas adalah berupa ketersediaan tenaga kesehatan yang kurang serta kelengkapan obat yang belum memadai, ditambahkan pula dengan sikap dan perilaku petugas kesehatan terhadap pasien. Terkadang hubungan antara petugas kesehatan dengan pasien belum tercipta secara baik menimbulkan rendahnya tingkat kepercayaan terhadap layanan yang diberikan. Hal tersebut banyak mempengaruhi minat masyarakat khususnya peserta BPJS kesehatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan di Puskesmas dan lebih memilih untuk merujuk ke rumah sakit yang seharusnya bisa ditangani di Puskesmas.

Studi yang dilakukan oleh Choiri Suhaila dan Ari Subowo (2017) yang berjudul Implementasi Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (studi pada Puskesmas Bandarharjo Semarang Utara) menunjukkan bahwa implementasi Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di puskesmas tersebut belum maksimal. Adapun masalah yang terjadi saat pelaksanaannya seperti yaitu sering terjadinya miskomunikasi antara pelaksana dan penerima layanan, jumlah SDM yang kurang memadai, kurangnya SDM yang bekerja di puskesmas bandarharjo sehingga terjadi penumpukan pekerjaan yang seharusnya sudah dilakukan oleh masing-masing bidangnya serta belum adanya SOP (*Standart operation prosedure*) dan hanya berpacu pada regulasi saja.¹

Berdasarkan data diatas, dapat disimpulkan bahwa dengan permintaan masyarakat yang kurang sejalan dengan program BPJS Kesehatan, misalnya juga masyarakat menginginkan pelayanan atau rujukan yang lebih banyak sedangkan BPJS seakan-akan membatasi agar rujukan tidak banyak dilakukan. Namun, rujukan itu terjadi akibat fasilitas pelayanan kesehatan di puskesmas tidak memadai dan begitu juga sebaliknya rumah sakit harus menerima pasien rujukan untuk mendapat penanganan medis yang dimana seharusnya penanganan tersebut

¹ Choiri Suhaila dan Ari Subowo, *Skripsi berjudul "Implementasi Program BPJS Kesehatan" (Studi pada Puskesmas Bandarharjo Semarang Utara, 2017)*, Ilmu Administrasi Publik/Fisipol, Universitas Diponegoro, Semarang.

dapat dilakukan di puskesmas. Sehingga bisa dikatakan bahwa sikap “verstehen” belum diterapkan dengan baik. Sikap “verstehen” yaitu kemampuan untuk menyelami apa yang dirasakan oleh pasien atau masyarakat itu sendiri.²

Oleh karena itu hipotesis penelitian ini adalah:

Hubungan antara penatalayanan kesehatan kepada pasien peserta BPJS Kesehatan terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

1.2. Rumusan Masalah

Jaminan sosial merupakan salah satu bentuk pelayanan publik yang menjadi misi negara. Pengembangan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat merupakan amanat konstitusi dalam rangka memenuhi hak rakyat atas jaminan sosial. Oleh sebab itu, program BPJS Kesehatan menjadi salah satu jawaban atas perlindungan kesehatan masyarakat di Indonesia. Hal ini peranan puskesmas dalam melakukan pelayanan kesehatan dalam memenuhi pelayanan tingkat dasar harus baik.

Berdasarkan uraian latar belakang masalah diatas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini yakni

1. Apakah terdapat hubungan antara ketersediaan obat terhadap kualitas pelayanan pada pasien peserta BPJS Kesehatan?
2. Apakah terdapat hubungan antara ketersediaan tenaga medis terhadap kualitas pelayanan pada pasien peserta BPJS Kesehatan?
3. Apakah terdapat hubungan antara tindakan fasilitas kesehatan tindakan layanan rujukan terhadap kualitas pelayanan pada pasien peserta BPJS Kesehatan?

² Momon Sudarma, Sosiologi Kesehatan (Jakarta:Selemba Medika, 2009), hal. 11

1.3. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas maka tujuan penelitian ini, yakni:

1. Untuk mengetahui apakah ketersediaan obat merupakan aspek pengukuran kualitas pelayanan pada pasien peserta BPJS Kesehatan Puskesmas Sarudik.
2. Untuk mengetahui apakah ketersediaan tenaga medis merupakan aspek pengukuran kualitas pelayanan pada pasien peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Sarudik.
3. Untuk mengetahui apakah tindakan layanan rujukan merupakan aspek pengukuran kualitas pelayanan pada pasien peserta BPJS Kesehatan

1.4. Manfaat Penelitian

1. Bagi Puskesmas Sarudik dapat menjadi rekomendasi kepada kepala/pegawai puskesmas sebagai acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat.
2. Bagi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas HKBP Nommensen dapat memperkaya bahan refrensi penelitian di bidang ilmu sosial dan ilmu politik. Terkhusus bagi program studi administrasi negara dapat menjadi acuan atau bahan pertimbangan bagi mahasiswa dalam melakukan penelitian.
3. Bagi penulis berguna sebagai suatu sarana untuk melatih dan mengembangkan kemampuan berfikir ilmiah, sistematis dan metodologi serta memiliki kemampuan dalam menganalisis setiap gejala dan permasalahan di lapangan. Penelitian ini untuk memberikan gambaran secara obyektif kepada masyarakat terkait dengan pelayan kesehatan melalui Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka merupakan bagian dari sebuah penelitian yang akan mengungkapkan pemikiran atau teori-teori yang melandasi dilakukannya suatu penelitian. Teori yang disajikan dapat menerangkan hubungan antara beberapa konsep yang digunakan untuk menjelaskan masalah penelitian. Teori atau paradigma teori tersebut juga dapat digunakan untuk menuntun peneliti menemukan masalah penelitian, menemukan hipotesis, menemukan konsep-konsep, menemukan metodologi, dan menemukan alat-alat analisis data.³ Konsep-konsep tersebut kemudian akan dijabarkan menjadi variabel-variabel penelitian.

Oleh sebab itu, bab ini juga harus menyajikan temuan-temuan penelitian yang berkaitan dengan masalah atau variabel penelitian yang pernah dilakukan oleh peneliti-peneliti sebelumnya. Dengan tujuan untuk mengembangkan pemahaman dan wawasan yang menyeluruh tentang penelitian-penelitian yang pernah dilakukan dalam suatu topik.

2.1. Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan merupakan bagian penting dalam meningkatkan pelayanan kesehatan. Keberhasilan sistem pelayanan kesehatan tergantung dari berbagai komponen yang masuk dalam pelayanan kesehatan diantara perawat, dokter, atau tim kesehatan lain yang satu dengan yang lain saling menunjang. Sistem ini akan memberikan kualitas pelayanan kesehatan yang efektif dengan melihat nilai-nilai yang ada dimasyarakat.

2.1.1. Bentuk Pelayanan Kesehatan

Sekalipun bentuk dan jenis pelayanan kesehatan banyak macamnya, namun jikadisederhanakan secara umum dapat dibedakan atas dua. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan tersebut, jika dijabarkan dari pendapat Hodgetts dan Cascio (1983)⁴ adalah:

³ Burhan Bungin, *Metode Penelitian Kuantitatif :Komunikasi, Ekonomi, dan Kebijakan Publik Serta Ilmu-ilmu Sosial lainnya* (Jakarta:Prenada Media Group, 2011), hal. 25

⁴ Suhadi hadi,"Pelayanan Kesehatan", <http://kebunhadi.blogspot.com/2012/11/pelayanan-kesehatan.html> (diakses pada tanggal 14 Juli 2018, pukul 02.42 wib)

1. Pelayanan Kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical service*) ditandai dengan cara pengorganisasiannya yang dapat bersifat sendiri (*solo practise*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*), tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga)

2. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat.

2.1.2. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Syarat pelayanan kesehatan harus memenuhi kriteria tertentu agar dapat dikatakan layak memberikan layanan kesehatan. Dalam hal ini pelayanan kesehatan merupakan salah satu pemberian pelayanan jasa yang dimana tanggung jawab dan dikontrol oleh pemerintah dalam pemberian layanan kesehatan kepada masyarakat.

Meskipun pelayanan kedokteran berbeda dengan pelayanan kesehatan masyarakat, namun untuk dapat disebut sebagai suatu pelayanan kesehatan yang baik, keduanya harus memiliki berbagai persyaratan pokok. Syarat pokok yang dimaksud adalah⁵:

a. Tersedia dan berkesinambungan

Pelayanan kesehatan harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continous*). Artinya, semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit

⁵Azrul Azwar, Pengantar Administrasi Kesehatan, (Tangerang: Binapura Aksara, 2010), Edisi ketiga, hal. 45

ditemukan, serta keberadaannya di masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.

b. Dapat diterima dan wajar

Pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

c. Mudah dicapai

Pengertian ketercapaian yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

d. Mudah dijangkau

Pengertian keterjangkauan yang dimaksudkan disini terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

e. Bermutu

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

2.2. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan

Stratifikasi pelayanan kesehatan merupakan bagian dari tindakan pelayanan kesehatan yang diberikan pada masyarakat. Melalui stratifikasi pelayanan kesehatan akan dapat diketahui kebutuhan dasar manusia tentang kesehatan.

Menurut Leavel dan Clark (1973) dalam memberikan pelayanan kesehatan harus memandang pada tingkat pelayanan kesehatan yang akan diberikan pelayanan kesehatan merupakan pengelompokan pemberian pelayanan kesehatan berdasarkan tingkat kebutuhan subjek layanan kesehatan. Stratifikasi pelayanan kesehatan yang dianut tiap negara tidak sama, namun pada umumnya pelayanan kesehatan terdapat tiga bentuk⁶, yaitu :

1) *Primary health care* (pelayanan kesehatan tingkat pertama)

Pelayanan yang bersifat pokok (basis health services) yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat sertamempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan (*ambulatory/out patient services*)

Pelayanan kesehatan ini dapat dilaksanakan oleh puskesmas atau balai kesehatan masyarakat dll.

2) *Secondary health care* (pelayanan kesehatan tingkat kedua)

Pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telat bersifat rawat inap (in patient service) untuk menyelenggarakannya telat dibutuhkan tersedianya tenaga-tenaga spesialis.

3) *Tertiary health service* (pelayanan kesehatan tingkat ketiga)

Tingkat pelayanan kesehatan ini digunakan apabila tingkat pertama dan kedua tidak lagi digunakan. Pelayanan ini membutuhkan tenaga-tenaga yang ahli atau spesialis dan sebagai rujukan utama seperti rumah sakit A atau B.

⁶ Ibid.,hal. 48

2.3. Sistem Rujukan

Mekanisme hubungan kerja yang memadukan satu strata pelayanan dengan strata pelayanan kesehatan lain banyak macamnya. Salah satu diantaranya dikenal dengan nama rujukan (*referral system*).

Adapun yang dimaksud dengan sistem rujukan di Indonesia, seperti yang telah dirumuskan dalam SK Menteri Kesehatan RI No. 32 Tahun 1972 ialah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggungjawab timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya.

Macam rujukan yang berlaku di Indonesia telah pula ditentukan. Sistem Kesehatan Nasional dapat dibedakan atas dua macam yakni:⁷

a) Rujukan Kesehatan

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan. Dengan demikian, rujukan kesehatan pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*). Rujukan kesehatan dibedakan atas tiga macam yakni rujukan teknologi, sarana dan operasional.

b) Rujukan Medik

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan. Dengan demikian rujukan medik pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kedokteran (*medical services*). Rujukan medik dibedakan atas tiga macam yakni rujukan penderita, pengetahuan dan bahan-bahan pemeriksaan.

Apabila sistem rujukan ini dapat terlaksana, dapat diharapkan terciptanyapelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu. Beberapa manfaat juga dapat diperoleh yang jika ditinjau dari unsur pembentuk pelayanan kesehatan, antara lain⁸:

⁷ Ibid.,

⁸ Ibid.,hal. 50

1. Dari sudut pemerintah sebagai penentu kebijakan

Jika ditinjau dari sudut pemerintah sebagai penentu kebijakan kesehatan (policy maker), manfaat yang akan diperoleh antara lain:

- a. Membantu penghematan dana, karena tidak perlu menyediakan berbagai macam peralatan kedokteran pada setiap sarana kesehatan
- b. Memperjelas sistem pelayanan kesehatan karena terdapat hubungan kerja sama antara berbagai sarana kesehatan yang tersedia.
- c. Memudahkan pekerjaan administrasi terutama pada aspek perencanaan.

2. Dari sudut masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan

Jika ditinjau dari sudut masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan (*health consumer*), manfaat yang akan diperoleh antara lain:

- a. Meringankan biaya pengobatan karena dapat dihindari pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang.
- b. Mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan karena telah diketahui dengan jelas fungsi dan wewenang setiap sarana pelayanan kesehatan.

3. Dari sudut kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan

Jika ditinjau dari sudut kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*), manfaat yang akan diperoleh antara lain:

- a. Memperjelas jenjang karier tenaga kesehatan dengan berbagai akibat positif lainnya seperti semangat kerja, ketekunan dan dedikasi.
- b. Membantu peningkatan pengetahuan dan keterampilan yakni melalui kerja sama yang terjalin
- c. Memudahkan dan atau meringankan beban tugas karena setiap sarana kesehatan mempunyai tugas dan kewajiban tertentu.

2.4. Standar Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan pengertian dari Kemenkes RI bahwa mutu pelayanan kesehatan meliputi kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tetapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditentukan. Artinya, apabila standar dipatuhi, maka hasil yang diinginkan bisa tercapai. Dengan kata lain, pelayanan kesehatan yang bermutu adalah bila pelayanan tersebut dilaksanakan sesuai dengan standar yang ada.

Dalam pelayanan, standar harus berkembang sesuai dengan konsep Kaizen (*continuous Improvement*), artinya jika suatu standar yang sudah ditetapkan tercapainya dengan baik maka standar harus ditingkatkan dan begitu seterusnya sehingga ketercapaian ideal dapat diwujudkan.

Oleh sebab itu, standar yang sudah ditetapkan bisa dicapai maka diperlukan protokol (pedoman/petunjuk pelaksanaan) atau *standart operating procedure* (SOP). Pedoman tersebut merupakan suatu pernyataan tertulis yang disusun secara sistematis dan dapat digunakan sebagai panduan pada saat menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

Standart dapat dibedakan beberapa bagian, antara lain⁹:

- Standar Masukan
Standar masukan (*input* atau *structure*) dapat berupa tenaga, peralatan, fasilitas, sumber dana, bahan, organisasi dan sebagainya.
- Standar Proses
Standar proses berfokus pada interaksi profesi dengan pasien/masyarakat dan digunakan untuk menilai pelaksanaan proses pelayanan kesehatan dan merupakan kinerja pelayanan kesehatan. Standar proses biasanya dinyatakan sebagai kebijaksanaan atau prosedur kerja.
- Standar Keluaran
Standar keluaran merupakan ketentuan ideal yang menunjuk pada hasil keluaran.

⁹ Bustami Ms, Penjamin Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya, (Jakarta: Erlangga, 2011), hal. 22

- Standar Hasil

Standar hasil merupakan ukuran hasil intervensi pelayanan kesehatan terhadap pasien/masyarakat. Standar hasil dapat berupa perubahan-perubahan yang diantisipasi dalam kondisi pasien/masyarakat. Misalnya, tingkat kepuasan pasien/masyarakat.

Untuk mengukur tercapainya atau tidaknya standar, maka digunakan indikator (tolok ukur) yang menunjuk pada ukuran kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan .

2.5. Indikator Kualitas Pelayanan Kesehatan

Proses pengembangan mutu pada sebuah institusi pelayanan kesehatan (health care provider) dapat dipahami melalui berbagai jenis produk dan jasa pelayanan yang ditawarkan kepada masyarakat, segmen pasar atau konsumen produk tersebut, dan harapan masyarakat pengguna jasa pelayanan terhadap kinerja pelayanan kesehatan yang mereka terima.¹⁰ Dalam konteks pelayanan kesehatan adalah produk akhir yang dihasilkan oleh institusi pelayanan kesehatan yaitu status kesehatan perorangan atau kelompok masyarakat.¹¹

Namun untuk mengukur kinerja pelayanan kesehatan dapat dilihat dari beberapa indikator (tolok ukur), antara lain:

1. Indikator Persyaratan Minimal

Indikator ini merujuk pada tercapainya atau tidaknya standar masukan, standar lingkungan, dan standar proses. **Indikator masukan** merupakan tolok ukur yang menunjuk pada ukuran sumber daya manusia (tenaga pelaksana), saran dan alat yang tersedia, serta dana (budget) yang mendukung untuk pelaksana kegiatan. **Indikator lingkungan** merupakan tolok ukur tentang organisasi, kebijakan dan manajemen dari organisasi pelayanan kesehatan tersebut. Kemudian itu, **Indikator Proses** adalah tolok ukur yang menunjuk pada ukuran standar proses yang dimaksud. Salah satu contohnya yaitu persentase petugas yang mengimunisasi BCG dengan cara intradermal.

¹⁰ Gde Muninjaya, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, (Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2010), hal. 18

¹¹ Ibid.

2. Indikator Penampilan Minimal

Indikator ini merupakan tolok ukur yang berhubung dengan keluaran dari suatu pelayanan kesehatan berdasarkan standar yang ada.

Sehingga dari indikator tersebut juga dapat dilihat kajian tentang hasil pelayanan dari proses sistem pelayanan.

Adapun menurut Herlambang (2016:80) dalam tulisan tentang persepsi masyarakat tentang kualitas pelayanan kesehatan¹², indikator penilaian kualitas pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Tanggap, kualitas pelayanan diukur dari ketanggapan, kemauan, kesiapan, dan kecepatan petugas dalam memberikan pelayanan. Hal ini juga menyangkut ketepatan dalam pelayanan. Ketanggapan petugas atau karyawan dibuktikan dengan waktu pelayanan efektif dan kepuasan pasien dalam pemenuhan kebutuhannya.
2. Kompetensi, kualitas pelayanan diukur dari kompetensi tenaga kesehatan yang bermakna memiliki keahlian dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan.
3. Etika, etika petugas seperti kesopanan, rasa hormat, kesungguhan, keramahtamahan dari penyedia jasa.
4. Kelengkapan, kelengkapan fasilitas pelayanan dan penampilan fisik dari suatu jasa.

Pohan (2007), menyebutkan ada 10 dimensi kualitas pelayanan kesehatan meliputi:

1. Kompetensi teknis (keterampilan, kemampuan, dan penampilan atau kinerja pemberi layanan kesehatan).
2. Keterjangkauan atau akses (layanan kesehatan itu harus dapat dicapai oleh masyarakat, tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa).
3. Efektifitas (layanan kesehatan bergantung pada bagaimana standar layanan kesehatan itu digunakan dengan tepat, konsisten, dan sesuai dengan situasi setempat). Dimensi efektivitas sangat berkaitan dengan

¹² M.Yusuf Tawil dkk, Skripsi berjudul, "Persepsi Masyarakat Tentang Kualitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mobagu Provinsi Sulawesi Utara".

keterampilan dalam mengikuti prosedur yang terdapat dalam pelayanan kesehatan.

4. Efisiensi (dapat melayani lebih banyak pasien atau masyarakat)
5. Kesenambungan (pasien harus dapat dilayani sesuai dengan kebutuhan)
6. Keamanan (aman dari resiko cedera, infeksi dan efek samping atau bahaya yang ditimbulkan oleh layanan kesehatan itu sendiri).
7. Kenyamanan (kenyamanan dapat menimbulkan kepercayaan pasien kepada organisasi layanan kesehatan).
8. Informasi (mampu memberikan informasi yang jelas tentang apa, siapa, kapan, dimana, dan bagaimana layanan kesehatan itu akan dan/atau telah dilaksanakan).
9. Ketepatan Waktu (agar berhasil, layanan kesehatan itu harus dilaksanakan dalam waktu dan cara yang tepat, oleh pemberi pelayanan yang tepat, dan menggunakan peralatan dan obat yang tepat, serta dengan biaya yang efisien).
10. Hubungan antarmanusia (interaksi antara pemberi layanan kesehatan (provider) dengan pasien atau konsumen, antar sesama pemberi layanan kesehatan, hubungan antara atasan-bawahan, Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas, pemerintah daerah, LSM, masyarakat, dan lain-lain). Salah satunya juga kegiatan penyuluhan kesehatan merupakan sumber dari komunikasi yang baik.

Berdasarkan indikator kualitas pelayanan kesehatan, kinerja dari puskesmas dapat dikatakan bermutu atau tidak dapat dilihat dari hasil pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Dari hasil penelitian sebelumnya, ada beberapa kendala yang sering dijumpai dalam pelaksanaan penatalayanan kesehatan di puskesmas, seperti kurangnya fasilitas kesehatan yang tersedia dari segi kuantitas dan kualitas serta pola interaksi (komunikasi) antara tenaga medis dengan pasien.¹³ Disamping itu juga, terjadi kasus kurangnya sosialisasi dan pemberian informasi terkait sikap

¹³ Teguh Arviyanto, Skripsi berjudul “*Studi Pelayanan BPJS Kesehatan menurut dimensi Service Quality* (Studi pada Puskesmas Halmahera Semarang, 2016), Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Diponegoro, Semarang

petugas puskesmas dalam mengambil tindakan pada kondisi pasien bisa dirujuk atau tidak bisa dirujuk.¹⁴ Dengan adanya permintaan rujukan dari puskesmas ke rumah sakit telah menunjukkan persepsi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di puskesmas belum optimal. Padahal dalam kasus tertentu, penyakit pasien tersebut masih bisa ditangani di puskesmas.

Sehingga dari hasil penelitian diatas bisa disimpulkan bahwa keberadaan puskesmas sebagai penyedia fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama masih memiliki kekurangan. Sehingga hal-hal diatas dapat mempengaruhi kualitas pelayanan yang diharapkan pada program BPJS Kesehatan dalam mewujudkan jaminan kesehatan nasional di Indonesia.

Dalam penelitian ini juga,peneliti akan meneliti hubungan penatalayanan kesehatan pada pasien peserta BPJS Kesehatan terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Meskipun peneliti telah menjelaskan beberapa bentuk penatalayanan yang harus dilaksanakan oleh puskesmas, namun peneliti hanya akan melihat dari tiga indikator, yaitu: Ketersediaan obat, ketersediaan tenaga medis serta layanan rujukan yang dilakukan di Puskesmas Sarudik, Kecamatan Sarudik, Kabupaten Tapanuli Tengah.

2.6. Puskesmas

2.6.1. Pengertian Puskesmas

Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang penting di Indonesia. Adapun yang dimaksud dengan puskesmas ialah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu.¹⁵

Jika ditinjau dari sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, maka peranan dan kedudukan puskesmas adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan

¹⁴ Rabiatul Dawiyah, Skripsi berjudul "Analisis Rujukan Puskesmas Penyabungan Jae Kabupaten Mandailing Natal Dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional", 2017, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara.

¹⁵ Azrul Azwar, Op.Cit., hal. 125

kesehatan di Indonesia. Pada saat ini kegiatan puskesmas adalah 17 yakni: pelayanan rawat jalan, usaha kesejahteraan ibu dan anak, usaha keluarga berencana, usaha kesehatan gigi, usaha kesehatan gizi, usaha kesehatan sekolah, usaha kesehatan lingkungan, usaha kesehatan jiwa, usaha pendidikan kesehatan, usaha keperawatan kesehatan masyarakat, usaha pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, usaha kesehatan olahraga, usaha kesehatan lanjut usia, usaha kesehatan mata, usaha kesehatan kerja, usaha pencatatan dan pelaporan serta usaha laboratorium kesehatan masyarakat.

2.6.2. Fungsi Puskesmas

Dalam menjalankan fungsi puskesmas, puskesmas diharapkan dapat bertindak sebagai motivator, fasilitator dan turut serta memantau terselenggaranya proses pembangunan di wilayah kerjanya agar berdampak positif terhadap kesehatan masyarakatnya. Dengan demikian, hasil yang diharapkan dalam menjalankan fungsinya adalah terselenggaranya pembangunan diluar bidang kesehatan yang mendukung terciptanya lingkungan dan perilaku sehat.

Ada 3 fungsi pokok puskesmas, yakni:¹⁶*Pertama*, sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Puskesmas berfungsi untuk mendorong masyarakat melaksanakan kegiatan-kegiatan, memberi petunjuk kepada masyarakat tentang cara-cara menggali dan menggunakan sarana yang ada secara tepat guna untuk pelayanan kesehatan; *Kedua*, berfungsi untuk membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat; dan *Ketiga*, berfungsi untuk memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Proses dalam melaksanakan fungsinya, dilakukan dengan cara:

- Merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri.

¹⁶Agil Asshofie, "Fungsi dan Tugas Pokok Puskesmas", <http://agilasshofie.blogspot.com/2016/12/fungsi-dan-tugas-pokok-puskesmas.html>, (diakses pada tanggal 17 Juli 2018, pukul 18:12 wib)

- Memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumberdaya yang ada secara efektif dan efisien.
- Memberi bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan.
- Memberi pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat.
- Bekerja sama dengan sektor-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program puskesmas.

Dengan tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas yang tertera pada Permenkes RI No. 75 Tahun 2014 pasal 2 yang bertujuan agar mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat, masyarakat yang mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu, masyarakat yang hidup dalam lingkungan sehat serta masyarakat yang memiliki derajat kesehatan yang optimal baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2.6.3. Asas pengelolaan

Sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama di Indonesia, puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan dasar yang bertanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan pengelolaan program kerja puskesmas berpedoman pada empat asas pokok yakni¹⁷:

a. Asas pertanggungjawaban wilayah

Puskesmas harus bertanggungjawab atas semua masalah kesehatan yang terjadi di wilayah kerjanya. Karena puskesmas harus bertanggungjawab atas semua masalah kesehatan yang terjadi di wilayah kerjanya, maka banyak dilakukan berbagai program pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan masyarakat.

¹⁷ Azrul azwar, Op.Cit., hal. 127

b. Asas peran serta masyarakat

Dalam menyelenggarakan program kerjanya, puskesmas harus melaksanakan asas peran serta masyarakat. Artinya, berupaya melibatkan masyarakat dalam menyelenggarakan program kerja tersebut. Bentuk peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan seperti di Indonesia dikenal dengan nama Pos Pelayanan Terpadu.

c. Asas keterpaduan

Keterpaduan dalam artian berupaya memadukan kegiatan tersebut bukan saja dengan program kesehatan lain (lintas program) tetapi juga dengan program dari sektor lain (lintas sektoral). Dengan dilaksanakannya asas keterpaduan ini, berbagai manfaat akan dapat diperoleh. Bagi puskesmas dapat menghemat sumberdaya, sedangkan bagi masyarakat lebih mudah memperoleh pelayanan.

d. Asas rujukan

Ketika puskesmas harus melaksanakan asas rujukan berarti ketidakmampuan menangani suatu masalah kesehatan dan harus merujuknya ke sarana kesehatan yang lebih mampu. Untuk pelayanan kedokteran jalur rujukannya adalah Rumah Sakit.

2.6.4. Landasan Hukum

Meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, maka perlu adanya aturan dan peranan hukum dalam mendukung peningkatan pelayanan kesehatan. Hal ini menjadi dasar hukum bagi intitusi penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menerapkan dasar pelayanan kesehatan yang berorientasi pada kepastian hukum pasien.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas pasal 1 ayat :

1. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.

2. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

2.7. Konsep Pelayanan Kesehatan BPJS

2.7.1. Visi dan Misi BPJS Kesehatan

Visi BPJS Kesehatan

Terwujudnya Jaminan Kesehatan (JKN-KIS) yang berkualitas dan berkesinambungan bagi seluruh Penduduk Indonesia pada tahun 2019 berlandaskan gotong royong yang berkeadilan melalui BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.¹⁸

Misi BPJS Kesehatan

Misi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan kualitas layanan yang berkeadilan kepada peserta, pemberi pelayanan kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya melalui sistem kerja yang efektif dan efisien.
- 2) Memperluas kepesertaan JKN-KIS mencakup seluruh Indonesia paling lambat 1 Januari 2019 melalui peningkatan kemitraan dengan seluruh pemangku kepentingan dan mendorong partisipasi masyarakat serta meningkatkan kepatuhan kepesertaan.
- 3) Menjaga kesinambungan program JKN-KIS dengan mengoptimalkan kolektibilitas iuran, sistem pembayaran fasilitas kesehatan dan pengelolaan keuangan secara transparan dan akuntabel.

¹⁸ Humas BPJS Kesehatan, "Visi dan Misi BPJS Kesehatan", [https://bpjskesehatan.go.id/bpjs/index.php /pages/detail/2010/2- visi dan misi BPJS Kesehatan](https://bpjskesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2010/2- visi dan misi BPJS Kesehatan), (diakses pada tanggal 1 Juli 2018, pukul 01.25)

- 4) Memperkuat kebijakan dan implementasi program JKN-KIS melalui peningkatan kerja sama antar lembaga, kemitraan, koordinasi dan komunikasi dengan seluruh pemangku kepentingan.
- 5) Memperkuat kapasitas dan tata kelola organisasi dengan didukung SDM yang profesional, penelitian, perencanaan dan evaluasi, pengelolaan proses bisnis dan manajemen resiko yang efektif dan efisien serta infrastruktur dan teknologi informasi yang handal.

2.7.2. Manfaat BPJS Kesehatan

Menurut Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 pasal 25 ayat 2, manfaat Jaminan Kesehatan mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan dan dilakukan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan meliputi:¹⁹

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:
 - Administrasi pelayanan

¹⁹Humas BPJS Kesehatan, "Maanfaat BPJS Kesehatan" ,[https://bpjskesehatan .go.id/bpjs/ index .php/pages/detail/2014/12-manfaat BPJS Kesehatan](https://bpjskesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/12-manfaat-BPJS-Kesehatan) (diakses pada tanggal 1 juli 2018, pukul 01.32 wib)

- Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan sub spesialis
 - Tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis
 - Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - Pelayanan alat kesehatan implant
 - Pelayanan penunjang diagnostic lanjutan sesuai dengan indikasi medis
 - Rehabilitas medis
 - Pelayanan darah
 - Pelayanan dokter forensik
 - Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan
2. Rawat inap, meliputi:
- Perawatan inap non-intensif
 - Perawatan inap di ruang intensif
 - Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri

2.7.3. Prinsip-Prinsip Penyelenggaraan BPJS Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan nomer 28 tahun 2014 tentang pelaksanaan program JKN, Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) mengacu pada prinsip-prinsip sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yaitu:

1) Kegotongroyongan

Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaannya bersifat wajib untuk seluruh penduduk.

2) Nirlaba

Dana yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah dana amanah yang dikumpulkan dari masyarakat secara nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Tujuan utamanya adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

3) Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.

Prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

4) Portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

5) Kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah, serta kelayakan penyelenggaraan program.

6) Dana Amanah

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

7) Hasil pengelolaan dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

2.7.4. Landasan Hukum BPJS Kesehatan

Adapun yang menjadi landasan hukum dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan adalah sebagai berikut :²⁰

1) Undang-Undang Dasar 1945

- Pasal 28 H

Ayat (1): Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

²⁰ Humas BPJS Kesehatan, "Landasan Hukum BPJS Kesehatan", <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2013/5> (diakses pada tanggal 1 juli 2018, pukul 01.40 wib)

Ayat (2):Setiap orang berhak mendapatkan kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan.

Ayat (3): Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

- Pasal 34

Ayat (1): Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara.

Ayat (2): Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.

Ayat (3): Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

- 2) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 5 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- 3) Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

2.7.5. Peserta BPJS Kesehatan

Peserta BPJS Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi:²¹

- 1) Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan : fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang- undangan.
- 2) Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI) jaminan kesehatan terdiri dari:
 - Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya

²¹ Humas BPJS Kesehatan, "Peserta BPJS Kesehatan", <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/11>, (diakses pada tanggal 3 Juli 2018, pukul 02.15 wib)

- a. Pegawai Negeri Sipil
 - b. Anggota TNI
 - c. Anggota Polri
 - d. Pejabat Negara
 - e. Pegawai Pemerintah Non-Pegawai Negeri
 - f. Pegawai Swasta
 - g. Pekerja yang tidak termasuk huruf a s/d f yang menerima Upah
- Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan, meliputi:

- Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya
 - a. Pekerja diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri; dan
 - b. Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah

Termasuk Warga Negara Asing (WNA) yang bekerja di Indonesia paling singkat enam bulan, meliputi:

- Bukan pekerja dan anggota keluarganya
 - a. Investor
 - b. Pemberi Kerja
 - c. Penerima Pensiun, terdiri dari:
 - PNS yang berhenti dengan hak pensiun
 - Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun
 - Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun
 - Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun
 - Penerima Pensiun lain, dan
 - Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun
 - d. Veteran
 - e. Perintis Kemerdekaan
 - f. Janda, duda, atau anak yatim piatuh dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; dan

- g. Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a s/d e yang mampu membayar iuran.

Anggota keluarga yang ditanggung, antara lain:

1. Pekerja Penerima Upah
 - Keluarga inti meliputi istri/suami dan anak yang sah (anak kandung, anak tiri, dan/atau anak angkat) sebanyak-banyaknya lima orang.
 - Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah dengan kriteria:
 - a. Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri.
 - b. Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
2. Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja: Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang diinginkan (tidak terbatas).
3. Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi anak keempat dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua.
4. Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi kerabat lain seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll.

Hak Peserta

Menurut Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 pasal 25 ayat 1, Setiap peserta mempunyai hak untuk :

- 1) Mendapatkan identitas peserta;
- 2) Mendapatkan Nomor *Virtual Account* ;
- 3) Memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
- 4) Memperoleh manfaat Jaminan Kesehatan;
- 5) Menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan yang bekerja sama;
- 6) Mendapatkan informasi pelayanan kesehatan; dan

- 7) Mengikuti program asuransi kesehatan tambahan.

Kewajiban Peserta

Peraturan BPJS Kesehatan pasal 26, menyebutkan bahwa setiap peserta wajib:

- 1) Membayar iuran;
- 2) Melaporkan perubahan data kepesertaan;
- 3) Melaporkan perubahan status kepesertaan; dan
- 4) Melaporkan kerusakan dan/atau kehilangan kartu identitas Peserta Jaminan Kesehatan.

2.7.6. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 pasal 47 ayat 1, menyebutkan “Setiap peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan”.

Ayat 2 menyebutkan bahwa Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi semua fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, fasilitas kesehatan lainnya yang ditetapkan oleh Menteri yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan termasuk fasilitas kesehatan penunjang yang terdiri atas:

- 1) Laboratorium;
- 2) Instalasi farmasi Rumah Sakit;
- 3) Apotek;
- 4) Unit transfusi darah/Palang Merah Indonesia;
- 5) Optik;
- 6) Pemberi pelayanan *Consumable Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD); dan
- 7) Praktek Bidan/Perawat atau yang setara.

Dan ayat 3 menyebutkan bahwa Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan terdiri atas:

- 1) Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama;
- 2) Pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan;

- 3) Pelayanan gawat darurat;
- 4) Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medik habis pakai;
- 5) Pelayanan ambulance;
- 6) Pelayanan skrining kesehatan; dan
- 7) Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

Metodologi merupakan analisis teoritis mengenai suatu cara atau metode. Penelitian merupakan suatu penyelidikan yang sistematis untuk meningkatkan sejumlah pengetahuan juga merupakan suatu usaha yang sistematis dan terorganisasi untuk menyelidiki masalah tertentu yang memerlukan jawaban. Hakekat penelitian dapat dipahami dengan mempelajari berbagai aspek yang mendorong peneliti untuk melakukan penelitian.

3.1. Bentuk Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, dimana metode yang digunakan adalah metode statistik deskriptif.

Penelitian statistik deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum.

3.2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Sarudik, Kelurahan Pondok Batu, Kecamatan Sarudik, Kabupaten Tapanuli Tengah.

3.2.1. Gambaran umum Puskesmas Sarudik

Puskesmas Sarudik merupakan puskesmas non rawat inap yaitu puskesmas yang tidak menyelenggarakan pelayanan rawat inap, kecuali pertolongan persalinan normal. Puskesmas Sarudik terletak di kecamatan Sarudik pada 01°33' LU-99°08 BT, terletak 0-400 meter diatas permukaan laut dan memiliki luas wilayah 62,23 Km².

Jumlah wilayah kerja meliputi 4 kelurahan dan satu desa, antara lain:

1. Kelurahan Sarudik
2. Kelurahan Pasir Bidang
3. Kelurahan Pondok Batu
4. Kelurahan Sibuluan Nalambok
5. Desa Sipan

dengan batas-batas sebagai berikut:

- Sebelah Utara : Berbatasan dengan Kota Sibolga
 Sebelah Selatan : Berbatasan dengan Kecamatan Pandan
 Sebelah Timur : Berbatasan dengan Sungai Sibuluan
 Sebelah Barat : Berbatasan dengan Samudera Indonesia

3.2.2. Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (Tenaga Medis) dan Ruang Medis di Puskesmas Sarudik

Sumber daya manusia (SDM Kesehatan) merupakan tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan dan pelatihan serta pendayagunaan tenaga kesehatan.

Untuk Puskesmas Sarudik, kualifikasi SDM belum sesuai dengan Permenkes No. 75 Tahun 2014, namun dalam hal ini Puskesmas Sarudik akan terus mengupayakan agar semua tenaga mencapai kualitas pelayanan kesehatan yang diharapkan.

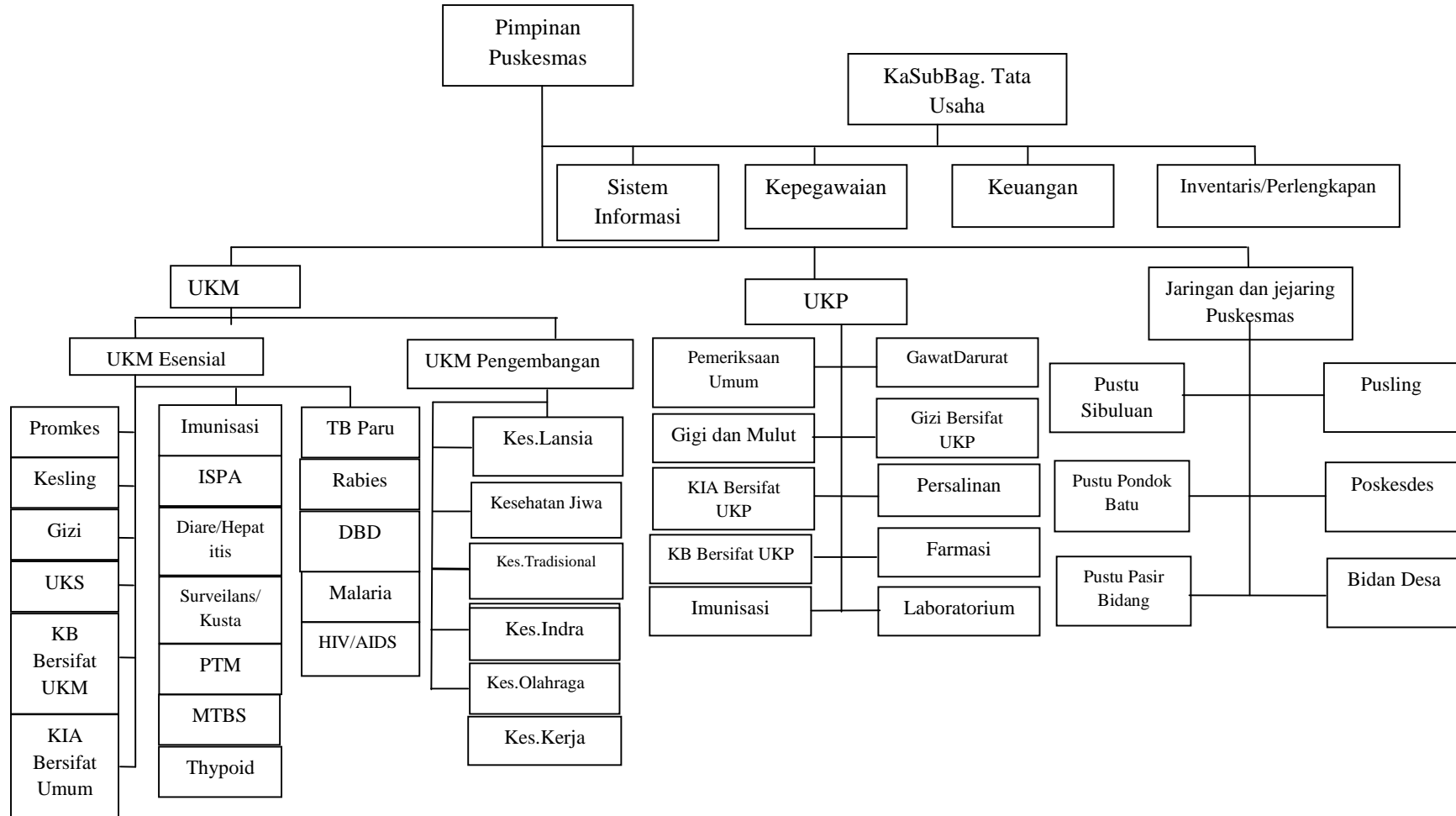
Tabel 3.1. Distribusi Tenaga Medis Berdasarkan Jenis Keahlian dan Status Kepegawaian Puskesmas Sarudik

Jenis Keahlian		Status Kepegawaian								Jumlah	
		PNS		PTT		Honoror		Sukarela			
		L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
Dokter	Dokter Umum	1	3				1			1	4
	Dokter Umum							1			1
Perawat	S1/Ners						4				4
	D-3	1	9			3	3		1	4	13
	SPK/SMK	1	9							1	9
Bidan	D-3		32		1		16		7		56
Kesehatan	Epidemiologi (S-1)		1								1

Masyarakat	Promosi Kesehatan (S-1)		4			1	1			1	5
	Promosi Kesehatan (D-4)		1								1
	Kesling/Sanitarian (S-1)						1				1
	Kesling/Sanitarian (D-3)		1								1
	Nutrisionis (S-1)		1								1
	Nutrisionis (D-3)		2								2
Apoteker	Asisten Apoteker (SMF)		3								3
	Asisten Apoteker (D-3)		1								1
	Jumlah	3	67		1	4	26		9	7	101

Sumber : Distribusi Tenaga Medis berdasarkan Keahlian dan Status Kepegawaian Puskesmas Sarudik Kec. Sarudik Kab. Tapanuli Tengah Tahun 2017

Gambar: 3.1. Struktur Organisasi Puskesmas Sarudik



Tabel 3.2. Daftar Ruang Medis Puskesmas Sarudik

No.	Nama Ruangan		Jumlah
1.	Ruang	Kesehatan Lingkungan	1
	Promkes(Promosi	Gizi	
	Kesehatan)	Imunisasi	
2.	Ruangan Pemeriksaan Umum		1
3.	Ruangan Tindakan (Gawat Darurat)		1
4.	Ruangan KIA dan KB		1
5.	Ruangan Kesehatan Gigi dan Mulut		1
6.	Ruangan Rekam Medik		1
7.	Ruangan Obat		1
8.	Laboratorium		1

Sumber: Puskesmas Sarudik

Tabel: 3.3. Data Kunjungan Pasien BPJS Berobat Tahun 2016 dan 2017

No	Bulan	Tahun 2016		Tahun 2017	
		Kunjungan	Rujukan	Kunjungan	Rujukan
1	Januari	320	162	399	255
2	Februari	239	106	315	162
3	Maret	156	113	343	186
4	April	260	142	324	192
5	Mei	303	155	217	166
6	Juni	364	188	307	174
7	Juli	216	132	315	146
8	Agustus	135	122	377	223
9	September	362	193	352	192
10	Oktober	236	172	432	256
11	November	304	163	472	266
12	Desember	170	94	366	208
	Jumlah	3065	1742	4219	2426

Sumber: Puskesmas Sarudik

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa kunjungan pasien dan rujukan yang diberikan puskesmas kepada pasien pada tahun 2017 meningkat dari pada tahun 2016. Ini berarti dalam pemanfaatan fasilitas pelayanan menunjukkan bahwa pasien BPJS Kesehatan meningkat dalam pemanfaatan/penggunaan fasilitas kesehatan di Puskesmas Sarudik. Disisi lain menunjukkan bahwa pasien BPJS Kesehatan juga lebih memanfaatkan/menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di Puskesmas Sarudik dari pada langsung dirujuk kerumah sakit baik pada tahun 2016 dan 2017.

3.3. Objek Penelitian

Objek yang dijadikan responden dalam penelitian ini adalah pasien Puskesmas Sarudik peserta BPJS Kesehatan khususnya yang berdomisili di Kelurahan Pondok Batu, Kecamatan Sarudik.

3.4. Variabel Penelitian

3.4.1. Defenisi Operasional Variabel

Defenisi operasional variabel yang digunakan adalah:

Penatalayanan dalam riset ini didefinisikan sebagai segala kebijakan dan ketentuan yang diterapkan dan dikelola oleh yang diberikan kewenangan. Penatalayanan yang menjadi dasar pada riset ini adalah terdiri atas tiga indikator. Pertama, ketersediaan obat, merupakan salah satu sarana pelayanan kefarmasian yang perlu diperhatikan di dalam menjamin kesembuhan pasien. Kedua, ketersediaan tenaga medis merupakan tenaga ahli kedokteran dengan fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan medis kepada pasien dengan mutu sebaik-baiknya dengan menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran dan etik yang berlaku serta dapat dipertanggungjawabkan. Ketiga, layanan rujukan pasien merupakan tindakan rujukan yang dilakukan kepada pasien peserta BPJS Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik dengan sesuai kebutuhan pasien.

Sehingga dari ketiga indikator yang merupakan penatalayanan (Variabel X) tersebut adalah kegiatan yang dilakukan oleh puskesmas sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat

disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat.

Kualitas Pelayanan Kesehatan (Variabel Y) adalah keadaan yang terjadi akibat dari pengaruh internal, mencakup tanggap dalam pemberian pelayanan, etika/sikap/tindakan petugas dalam memberikan pelayanan, dan kelengkapan/fasilitas dalam menunjang pemberian pelayanan kesehatan. Dan pengaruh internal tersebut salah satunya adalah sebagai dampak dari penatalayanan tersebut.

3.4.2. Identifikasi Variabel

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari seseorang obyek, organisasi atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditentukan oleh penelitian untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan.

1. Variabel Independen (X) sering disebut sebagai variabel stimulus antecedent. Dalam bahasa Indonesia sering disebut variabel bebas. Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau timbulnya variabel dependen (terikat). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah Penatalayanan yang terdiridariketersediaanobat, ketersediaantenagamedisandanlayanarujukan.
2. Variabel Dependen (Y) sering disebut sebagai variabel output, kriteria, konsekuen. Dalam bahasa Indonesia sering disebut variabel terikat. Menurut Sugiyono bahwa, "variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat, karena adanya variabel bebas." Dalam hal ini, variabel terikatnya adalah kualitas pelayanan kesehatan.

Tabel 3.4. Variabel, Dimensi dan Indikator

Variabel	Defenisi	Dimensi	Indikator		Skala Pengukuran
Penatalayan (X)	Segala kebijakan dan ketentuan yang diterapkan dan dikelola oleh yang diberikan kewenangan.				Skala Interval (<i>Likert</i>)
1.	Salah satu sarana pelayanan kefarmasian yang perlu diperhatikan di dalam menjamin kesembuhan pasien	Ketersediaan obat	1.	Jenis obat	
			2.	Jumlah obat	
2.	Pemenuhan akan tenaga ahli dibidang kesehatan yang memberikan pelayanan medis kepada pasien dengan mutu sebaik-baiknya berdasarkan tata cara dan kode etik yang berlaku.	Ketersediaan tenaga medis	1.	Jumlah	
			2.	Kompetensi	
				Dokter	
				Perawat	
				Bidan	
3.	Suatu tindakan yang disebabkan oleh adanya penyerahan tanggung jawab secara rasional kepada unit yang lebih mampu memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik dengan sesuai kebutuhan	Layanan rujukan pasien	1.	Darurat	

	pasien.				
			2.	Tidak darurat	
Kualitas Pelayanan Kesehatan (Y)	Keadaan yang diharapkan dari tindakan yang diberikan kepada pasien sehingga memberikan kesan yang baik.	Kualitas pelayanan kesehatan	1.	Ketersediaan jenis obat yang diharapkan	Skala Interval (<i>Likert</i>)
			2.	Tenaga medis yang diharapkan	
			3.	Layanan rujukan yang diharapkan	

3.5. Skala Pengukuran Variabel

Skala yang digunakan untuk mengukurpenatalayanan terhadap kualitas pelayanan kesehatan yaitu menggunakan skala interval (skala *likert*). Untuk keperluan kuantitatif, skala interval memiliki lima kategori dan nilai atau skor yang dapat diberikan kepada responden yaitu:

Tabel 3.5. Skala Interval

Kategori	Skor
Sangat Tidak Setuju (SS)	1
Tidak Setuju (S)	2
Kurang Setuju (KS)	3
Setuju (TS)	4
Sangat Setuju (SS)	5

3.6. Metode Penentuan Populasi Dan Sampel

3.6.1. Populasi

Populasi merupakan keseluruhan objek atau subjek yang berada pada suatu wilayah dan memenuhi syarat-syarat tertentu berkaitan dengan masalah penelitian.²² Populasi juga dapat didefinisikan sebagai keseluruhan unit atau individu dalam ruang lingkup yang akan diteliti.²³

Menurut Sugiyono bahwa “Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya.”²⁴

3.6.2. Sampel

Menurut Sugiyono bahwa “Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Bila populasi besar, dan penelitian tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan dana, waktu dan tenaga, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu harus benar-benar representative (mewakili).”²⁵

²² Nanang Martono, *Metode Penelitian Kuantitatif*, (Depok: Rajagrafindo, 2011), cetakan keenam, hal. 76

²³ Ibid.,

²⁴ Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D* (Bandung: Alfabeta, 2010), hal. 80

²⁵ Ibid, hal. 81

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan teknik *non probability sampling* dengan jenis *insidental sampling*. Menurut Sugiyono, *sampling incidental* adalah penentuan sampel dimana penentuan sampel tersebut berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang yang kebetulan ditemui itu cocok sebagai sumber data.

Menurut Purba dalam Pasaribu, jika jumlah populasi tidak diketahui, maka jumlah sampel minimal ditentukan dengan rumus:

$$n = \frac{Z^2}{4(Moe)^2}$$

Keterangan:

N = Jumlah Sampel

Z = Tingkat keyakinan penentuan sampel 95% atau 1,96

Moe = tingkat kesalahan maksimum yang bisa di toleransi, biasanya 5 %

Berdasarkan rumus tersebut, maka diperoleh perhitungan sebagai berikut:

$$n = 96,04 \text{ atau } 97$$

$$n = \frac{1,96^2}{4(0,1)^2}$$

Berdasarkan jumlah sampel pada rumus di atas yaitu berjumlah 97 orang, maka penulis menyimpulkan atau membulatkan jumlah responden sebanyak 100 orang. Teknik ini biasanya dilakukan karena keterbatasan dana, waktu dan tenaga, sehingga tidak dapat mengganti sampel yang besar dan jauh. Pelaksanaan *sampling insidental* dalam penelitian ini diberikan kepada pasien peserta BPJS kesehatan ketika setelah melakukan kunjungan ke Puskesmas Sarudik.

3.7. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah :

3.7.1.Data Primer

Dalam penelitian ini hasilnya dapat diperoleh dengan melakukan koesioner yang langsung diisi oleh responden. Dimana kuesioner adalah memberikan angket yang berisi daftar pertanyaan/pernyataan kepada beberapa responden untuk dijawab, sehingga dalam hasil pengumpulan tanggapan dan pendapat mereka, dapat ditarik suatu kesimpulan tentang permasalahan yang dihadapi.

3.7.2.Data sekunder

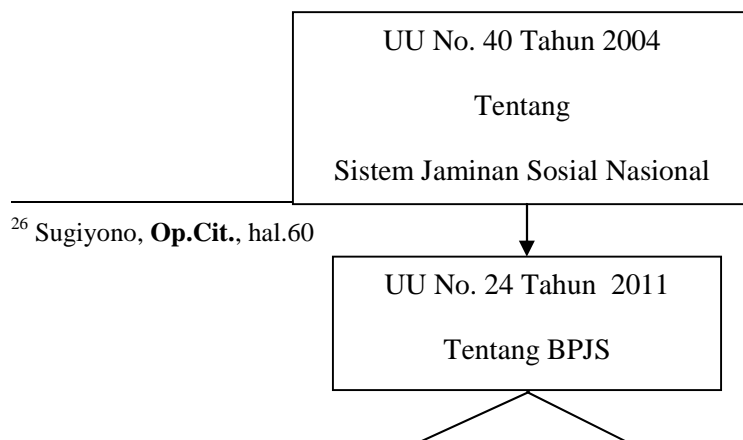
Dalam penelitian ini hasilnya dapat diperoleh dengan adanya dokumensebagai data pendukung. Dokumen yang digunakan penulisberupa gambaran umum Puskesmas Sarudik, data jumlah tenaga medis dan jumlah kunjungan pasien peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Sarudik.

3.8. Kerangka Berpikir

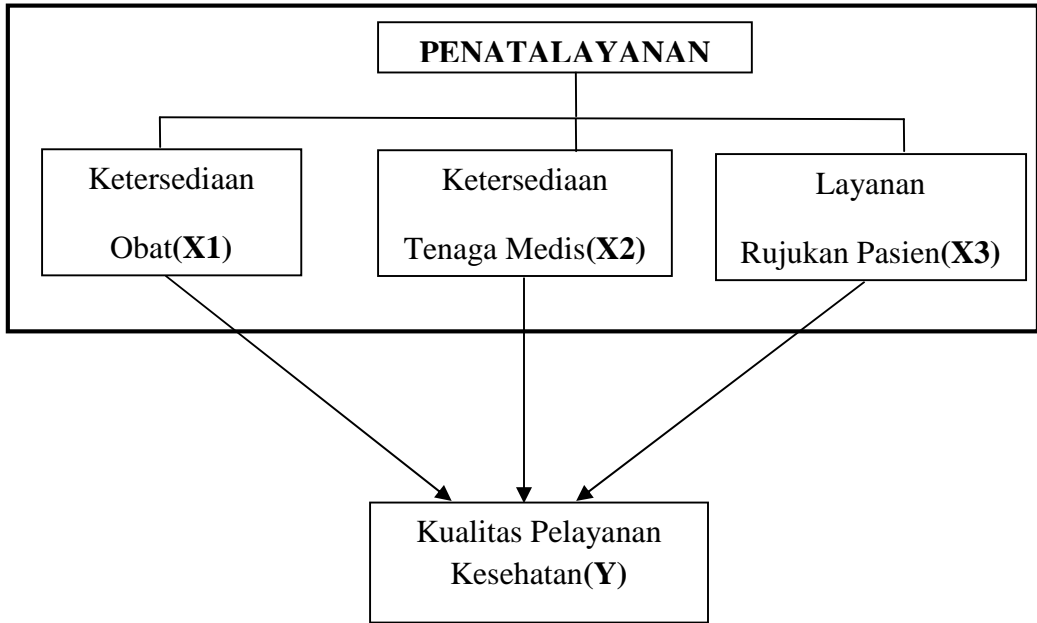
Dalam mengarahkan penulisan skripsi ini diperlukan kerangka pemikiran yang menunjukkan adanya hubungan teoritis antara variabel yang diteliti. Kerangka berpikir merupakan model konseptual tentang bagaimana teori berhubungan dengan berbagai faktor yang telah diidentifikasi sebagai masalah yang penting.²⁶

Untuk mendapatkan mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat, program BPJS Kesehatan hadir dalam memberikan jaminan kesehatan melalui pelayanan kesehatan tingkat pertama di puskesmas. Dimana variabel X adalah penatalayanan dan variabel Y adalah kualitas pelayanan kesehatan. Adapun kerangka berfikir yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

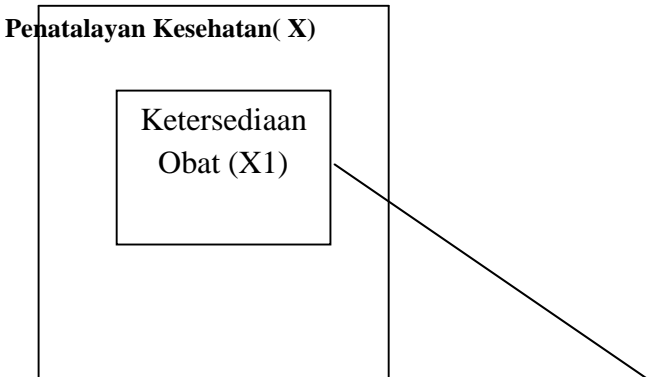
Gambar 3.2. Kerangka Konsep

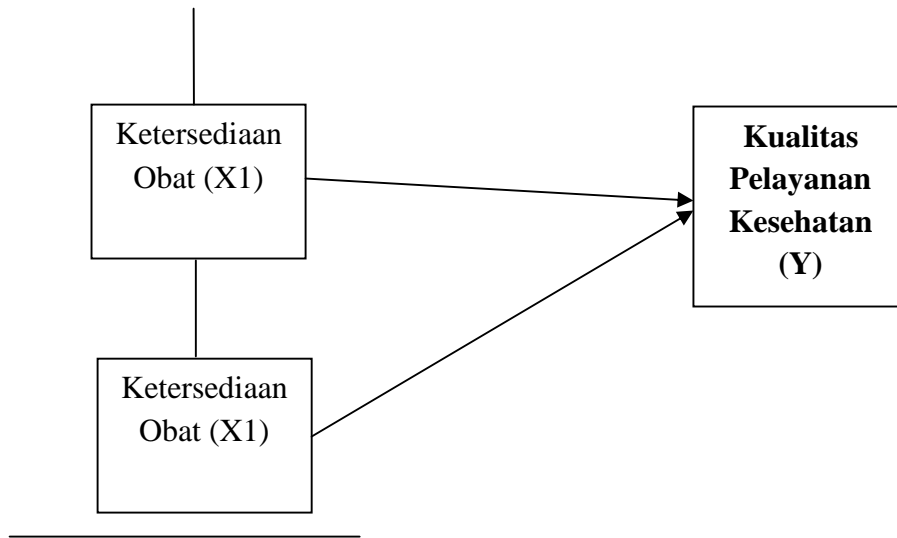


²⁶ Sugiyono, **Op.Cit.**, hal.60



Gambar: 3.3. Kerangka Berpikir





1. Hubungan antara ketersediaan obat (X1) terhadap kualitas pelayanan kesehatan (Y).
2. Hubungan antara ketersediaan tenaga medis (X2) terhadap kualitas pelayanan kesehatan (Y).
3. Hubungan antara layanan rujukan (X3) terhadap kualitas pelayanan kesehatan (Y).
4. Hubungan antara penatalayanan kesehatan (X) terhadap kualitas pelayanan kesehatan (Y).

3.9. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan.²⁷ Adapun fungsi hipotesis ialah untuk membatasi bidang penyidikan, meningkatkan kepekaan penelitian sehingga ia harus bekerja secara selektif untuk memilih pendekatan terhadap masalah dan menawarkan cara sederhana dalam mengumpulkan bukti-bukti untuk verifikasi.²⁸

Berdasarkan uraian di atas maka dirumuskan hipotesisnya sebagai berikut:

- H₀₁ : Tidak terdapat hubungan antara ketersediaan obat terhadap kualitas pelayanan kesehatan.
- H₁₁ : Terdapat hubungan antara ketersediaan obat terhadap kualitas pelayanan kesehatan.
- H₀₂ : Tidak terdapat hubungan antara ketersediaan tenaga medis terhadap kualitas pelayanan kesehatan.
- H₁₂ : Terdapat hubungan antara ketersediaan tenaga medis terhadap kualitas pelayanan kesehatan.
- H₀₃ : Tidak terdapat hubungan antara layanan rujukan pasien terhadap kualitas kesehatan pasien.
- H₁₃ : Terdapat hubungan antara layanan rujukan pasien terhadap kualitas kesehatan pasien.
- H₀ : Tidak terdapat hubungan antara penatalayanan kesehatan kepada pasien BPJS Kesehatan terhadap kualitas pelayanan kesehatan.
- H₁ : Terdapat hubungan antara penatalayanan kesehatan kepada pasien BPJS Kesehatan terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

3.10. Metode Analisis Data

²⁷ Ibid.,hal. 64

²⁸ Nanang martono,Op.Cit.,hal. 68

Metode Analisis Korelasi

Analisis korelasi digunakan untuk mengetahui derajat hubungan dan kontribusi variabel bebas terhadap variabel terikat. Dalam penelitian ini digunakan korelasi sederhana yaitu dengan teknik korelasi product moment. Teknik korelasi *Product moment* adalah suatu korelasi antara variabel bebas dengan variabel terikat. Angka yang menunjukkan arah dan besar kuatnya hubungan antara suatu variabel bebas dengan satu variabel terikat disebut koefisien korelasi.

Analisis korelasi dapat dihitung dengan menggunakan rumus korelasi *Pearson product moment* sebagai berikut:²⁹

$$r_{xy} = \frac{N\sum XY - \sum X (\sum Y)}{[N\sum X^2 - (\sum X)^2] [N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}$$

Keterangan:

- r_{xy} = Nilai koefisien korelasi
- n = Jumlah anggota sampel
- $\sum X$ = Variabel independen (penatalayanan kesehatan)
- $\sum Y$ = Variabel dependen (kualitas pelayanan kesehatan).³⁰

Pada hakikatnya, nilai r dapat berkisar dari -1 melalui 0 hingga +1 ($-1 \leq r \leq +1$).

1. Bila Nilai $r = 0$ atau mendekati 0, maka hubungan antara kedua variabel sangat lemah atau tidak terdapat hubungan sama sekali.
2. Bila nilai $r = +1$ atau mendekati 1, maka korelasi antara kedua variabel dikatakan positif dan sangat kuat sekali. Hubungan antara kedua variabel bersifat korelasi positif (korelasi searah), artinya kenaikan variabel X akan diikuti dengan kenaikan variabel Y atau sebaliknya.
3. Bila nilai $r = -1$ atau mendekati -1, maka korelasi antara kedua variabel dikatakan negatif dan sangat kuat. Hubungan antara variabels bersifat korelasi negatif (korelasi tidak searah) artinya kenaikan variabel X akan diikuti dengan penurunan variabel Y atau sebaliknya.

Tabel 3.6. Interval Pearson Product Moment

No	Interval Koefisien	Tingkat Hubungan
----	--------------------	------------------

²⁹Syofian Siregar, Metode Penelitian Kuantitatif: Dilengkapi dengan Perbandingan Perhitungan Manual & SPSS, (Jakarta: Prenadamedia Group, 2015) cetakan ketiga hal. 255

³⁰Situmorang dan Lufti, Analisis Data, Edisi ketiga, Medan: USU Press, 2015, hal. 104

1	0,00 – 0,199	Sangat rendah
2	0,20 – 0,399	Rendah
3	0,40 – 0,599	Cukup
4	0,60 – 0,799	Kuat
5	0,80 – 1,00	Sangat Kuat

Sumber: Sugiyono, **Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, R&D**,

Bandung: Alfabeta. 2010.

Nilai interval koefisien korelasi di atas digunakan untuk melihat rentang yang lebih spesifik, dimulai dari nilai sangat rendah hingga sangat kuat. Untuk menghitung korelasi dalam penelitian ini, penulis menggunakan *SPSS V.22 for windows* untuk memudahkan pengolahan data.

3.11. Teknik Pengujian Instrumen

Teknik pengumpulan data dalam pengujian instrumental adalah :

3.11.1. Uji Normalitas

Menurut Ghazali dalam Aliyah, uji normalitas bertujuan untuk menguji apakah dalam model, variabel pengganggu atau residual memiliki distribusi normal.” Variabel pengganggu dari suatu regresi disyaratkan berdistribusi normal, jika variabel terdistribusi normal maka variabel yang diteliti juga berdistribusi normal.

Uji normalitas dapat dilakukan dengan melihat nilai Sig. pada hasil uji normalitas dengan menggunakan *One Sample Kolmogorov-Smirnov Test*. Ketentuan suatu model regresi berdistribusi secara normal apabila probability dari *Kolmogorov-Smirnov* lebih besar dari $> 0,05$.

3.11.2. Uji Validitas

Menurut Duwi Priyatno bahwa, “Uji Validitas adalah ketepatan atau kecermatan suatu instrument dalam mengukur apa yang ingin diukur”.³¹ Uji validitas sebuah data bertujuan untuk mengetahui sejauh mana validitas data yang diperoleh dari penyebaran kuesioner. Uji validitas adalah esensi kebenaran penelitian. Sebuah instrument dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang hendak diukur serta dapat mengungkapkan data dan variabel yang akan diteliti secara tepat.

Menurut Ghozali dalam Benito, tingkat validitas dapat diukur dengan cara membandingkan nilai hitung r pada tabel kolom *Corrected Item –Total Correlation* dengan nilai tabel r dengan ketentuan untuk *degree of freedom* (df) = $n-k$, dimana n adalah jumlah sampel yang digunakan dan k adalah jumlah variabel independennya. Dengan jumlah sampel (n) adalah dan tingkat signifikansi 0,05 maka tabel r pada penelitian ini adalah : $r(0,05; 100-3 = 97) =>0,195$ Bila : hitung $r >$ tabel r , berarti pernyataan tersebut dinyatakan valid. hitung $r <$ tabel r , berarti pernyataan tersebut dinyatakan tidak valid.

3.12. Pengujian Hipotesis

Pengujian hipotesis dalam riset ini menggunakan uji korelasi. Uji korelasi dimaksudkan untuk melihat hubungan dari dua hasil pengukuran atau dua variabel yang diteliti, untuk mengetahui derajat hubungan antara variabel X (penatalayanan kesehatan) dengan variabel Y (kualitas pelayanan kesehatan). Pada riset ini, peneliti menggunakan teknik *Pearson product moment correlation*. Alasan peneliti menggunakan teknik ini karena data yang diperoleh berupa data interval yang diperoleh dari instrument menggunakan skala likert.

³¹ Duwi Priyatno, Paham Analisa Statistik Data Dengan SPSS, Yogyakarta: Mediakom, 2010, hal. 76