

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Teori

##### 1. Pelayanan Kesehatan

a. Juanita (2002) mengemukakan bahwa pelayanan kesehatan dibedakan dalam dua golongan, yakni :

- 1) Pelayanan kesehatan primer (primary health care), atau pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang paling depan, yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan.
- 2) Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (secondary and tertiary health care), adalah rumah sakit, tempat masyarakat memerlukan perawatan lebih lanjut. Di Indonesia terdapat berbagai tingkat rumah sakit, mulai dari rumah sakit tipe D sampai dengan rumah sakit kelas A.

Pelayanan kesehatan masyarakat pada prinsipnya mengutamakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif. Pelayanan promotif adalah upaya meningkatkan kesehatan masyarakat ke arah yang lebih baik lagi dan yang preventif mencegah agar masyarakat tidak jatuh sakit agar terhindar dari penyakit. Sebab itu pelayanan kesehatan masyarakat tidak hanya tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit saja, tetapi yang

lebih penting adalah upaya pencegahan (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Sehingga, bentuk pelayanan kesehatan bukan hanya puskesmas atau balkesma (balai kesehatan masyarakat) saja, tetapi juga bentuk-bentuk kegiatan lain, baik yang langsung kepada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, maupun yang secara tidak langsung berpengaruh kepada peningkatan kesehatan. Bentuk-bentuk pelayanan kesehatan tersebut antara lain berupa Posyandu, dana sehat, polindes (poliklinik desa), pos obat desa (POD), pengembangan masyarakat atau community development, perbaikan sanitasi lingkungan, upaya peningkatan pendapatan (income generating) dan sebagainya.

b. Tujuan pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan, memiliki tiga fungsi yang saling berkaitan, saling berpengaruh dan saling bergantung, yaitu fungsi sosial (fungsi untuk memenuhi harapan dan kebutuhan masyarakat pengguna pelayanan kesehatan), fungsi teknis kesehatan (fungsi untuk memenuhi harapan dan kebutuhan masyarakat pemberi pelayanan kesehatan) dan fungsi ekonomi (fungsi untuk memenuhi harapan dan kebutuhan institusi pelayanan kesehatan). Ketiga fungsi tersebut ditanggung jawab oleh tiga pilar utama pelayanan kesehatan yaitu, masyarakat, tenaga teknis kesehatan (yang dilaksanakan oleh tenaga profesional kesehatan)

Pengertian kualitas pelayanan kesehatan ini menjadi lebih rumit karena pertimbangan ekonomis. Di satu pihak, sama-sama disadari akan adanya hubungan antara biaya yang dikeluarkan dengan mutu yang dihasilkan. Tetapi di pihak lain, tidak ada batasan yang tegas tentang sampai berapa jauh derajat mutu perlu dicapai bila disesuaikan dengan pertimbangan yang ada.

Kualitas jasa pelayanan sangat dipengaruhi oleh harapan konsumen. Harapan konsumen dapat bervariasi dari konsumen satu dengan konsumen lain walaupun pelayanan yang diberikan konsisten. Kualitas mungkin dapat dilihat sebagai suatu kelemahan kalau konsumen mempunyai harapan yang terlalu tinggi, walaupun dengan suatu pelayanan yang baik (Rahmulyono, 2008).

Kualitas memiliki hubungan yang erat dengan kepuasan pelanggan. Kualitas memberikan suatu dorongan kepada pelanggan untuk menjalin ikatan hubungan yang erat dengan perusahaan. Dalam jangka panjang ikatan seperti ini memungkinkan perusahaan untuk memahami dengan seksama harapan pelanggan serta kebutuhan mereka. Dengan demikian perusahaan dapat meningkatkan kepuasan pelanggan dengan memaksimalkan pengalaman pelanggan yang menyenangkan dan meminimumkan atau meniadakan pengalaman pelanggan yang kurang menyenangkan. Pada gilirannya kepuasan pelanggan dapat menciptakan

kesetiaan atau loyalitas pelanggan kepada perusahaan yang memberikan kualitas memuaskan (Tjiptono, 1996).

Kualitas pelayanan adalah salah satu unsur penting dalam organisasi jasa. Hal ini disebabkan oleh kualitas pelayanan merupakan salah satu alat yang digunakan untuk mengukur kinerja organisasi jasa Hope & Muhlemann, (1997) (cit. Nurcaya, 2007).

Menurut Azwar (1996) kualitas pelayanan kesehatan adalah yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri pasien. Makin sempurna kepuasan tersebut, makin baik pula kualitas pelayanan kesehatan.

Menurut Ovreveit (cit. Ester Saranga, 2000) kualitas dalam jasa kesehatan terdiri dari kualitas konsumen (yang berkaitan dengan apakah pelayanan yang diberikan sesuai dengan yang dikehendaki pasien), kualitas professional (yang berkaitan apakah pelayanan yang diberikan memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan yang didiagnosa oleh para professional), dan kualitas manajemen (yang berkaitan dengan apakah jasa yang diberikan dilakukan tanpa pemborosan dan kesalahan, pada harga yang terjangkau, dan memenuhi peraturan-peraturan resmi dan peraturan lainnya).

Robert dan Prevost (1987) (cit. Azwar, 1996) mengelompokkan kualitas pelayanan menjadi tiga yaitu :

- 1) Bagi pemakai jasa pelayanan, kualitas pelayanan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramahan petugas dalam melayani pasien dan atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita.
- 2) Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan lebih terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan dengan perkembangan ilmu dan teknologi mutakhir dan atau ekonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien.
- 3) Bagi penyandang dana pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan lebih terkait pada dimensi efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan dan atau kemampuan pelayanan mengurangi kerugian penyandang dana.

Dari tiga kelompok di atas, sudut pandang konsumen lah yang di anggap mewakili kualitas yang baik, sehingga kualitas jasa berpusat pada upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan konsumen serta ketepatan penyampaian untuk mengimbangi harapan pelanggan.

Dari berbagai pendapat tentang kualitas pelayanan di atas, dapat disimpulkan bahwa definisi kualitas pelayanan secara umum adalah bahwa kualitas harus memenuhi harapan-harapan pelanggan dan memuaskan kebutuhan mereka. Namun demikian meskipun definisi ini berorientasi pada konsumen, tidak berarti bahwa dalam menentukan

kualitas pelayanan penyedia jasa harus menuruti semua keinginan konsumen. Dengan kata lain, dalam menetapkan kualitas pelayanan, perusahaan harus mempertimbangkan selain untuk memenuhi harapan pelanggan, juga tersedianya sumber daya dalam perusahaan (Nurcaya, 2007).

d. Penilaian kualitas pelayanan kesehatan

Banyak penelitian yang telah dilakukan oleh para ahli dalam upaya untuk menemukan definisi penilaian kualitas. Parasuraman, Zeithaml, Berry (1988) (cit. Tjiptono, 1996) mendefinisikan penilaian kualitas pelayanan sebagai pertimbangan global atau sikap yang berhubungan dengan keunggulan (*superiority*) dari suatu pelayanan jasa. Dengan kata lain, penilaian kualitas pelayanan adalah sama dengan sikap individu secara umum terhadap kinerja perusahaan. Dari penelitian ini ditemukan bahwa penilaian kualitas pelayanan didasarkan pada lima dimensi kualitas yaitu *tangibility*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *emphaty*. *Tangibility*, meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi. *Reliability*, yaitu kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat waktu dan memuaskan. *Responsiveness*, yaitu kemampuan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap. *Assurance*, mencakup kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, resiko atau

keragu-raguan. Dan terakhir *Empathy*, mencakup kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan para pelanggan.

Kualitas pelayanan dapat dinilai dari struktur/bentuk, proses, maupun hasil pelayanan. Struktur pelayanan meliputi ruang lingkup pelayanan, tingkat pendidikan pemberi pelayanan atau berbagai karakteristik lainnya. Proses pelayanan dilihat dari interaksi pemberi pelayanan dengan klien. Sedangkan hasil pelayanan diketahui, misal angka mortalitas dan infeksi nosokomial Tracendi, (1988) (cit. Aditama, 2002). Kegiatannya dapat berupa pengamatan langsung pada pelayanan di poliklinik maupun ruang rawat, melihat data rekam medik, ataupun menilai kelayakan pengobatan.

Jonas dan Rosenberg, (1986) (cit. Aditama, 2002) mengemukakan tiga aspek dalam menilai kualitas pelayanan yaitu aspek pendekatan, teknik, dan kriteria. Aspek pendekatan yang dapat dilakukan adalah pendekatan umum dan khusus. Pendekatan umum dilakukan dengan menilai kemampuan rumah sakit dan atau petugasnya, dan membandingkan dengan standar yang ada. Para petugas dapat dinilai dari tingkat pendidikannya, pengalaman kerjanya, serta pengetahuan yang dimiliki. Sedangkan rumah sakit dinilai dari segi bangunan fisiknya, administrasi organisasi dan kemampuan memberi pelayanan sesuai standar yang berlaku.

Pendekatan khusus yang dilakukan berupa penilaian hubungan antara pasien dengan pemberi pelayanan di rumah sakit. Teknisnya dapat menggunakan survei kepuasan pasien, penilaian malpraktik, penilaian organisasi profesi medik.

Penilaian kualitas dengan aspek teknik menggunakan komponen struktur, proses, hasil. Komponen struktur menilai keadaan fasilitas yang ada, keadaan bangunan fisik, struktur organisasi, kualifikasi staf rumah sakit, dan lain-lain. Komponen proses menilai apa bagaimana aktivitas dokter dan petugas kesehatan lainnya dalam menangani pasien. Sedangkan komponen hasil menilai hasil pengobatan serta dampaknya terhadap status kesehatan dan kepuasan penderitanya.

Aspek kriteria dibagi menjadi kriteria eksplisit dan implisit. Kriteria eksplisit adalah kriteria yang nyata tertulis, sedangkan kriteria implisit adalah kriteria yang tidak tertulis yang ada dalam benak anggota tim penilai.

## 2. Kepuasan pasien

### a. Pengertian kepuasan

Sebenarnya konsep kepuasan pelanggan masih bersifat abstrak. Pencapaian kepuasan dapat merupakan proses yang sederhana, maupun kompleks dan rumit. Untuk dapat mengetahui tingkat kepuasan pelanggan secara lebih baik, maka perlu dipahami pula sebab-sebab kepuasan



(Tjiptono, 1996). Banyak pakar yang memberikan definisi mengenai kepuasan pelanggan, salah satunya menurut Engel, dkk. (1990) (cit. Tjiptono, 1996) menyatakan bahwa kepuasan pelanggan merupakan evaluasi purnabeli dimana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya memberikan hasil (*outcome*) sama atau melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil yang diperoleh tidak memenuhi harapan pelanggan. Sedangkan pakar pemasaran Kotler (1994) (cit. Tjiptono, 1996) menandakan bahwa kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang ia rasakan dibandingkan dengan harapannya.

Ada kesamaan diantara beberapa definisi diatas, yaitu menyangkut kepuasan pelanggan (harapan dan kinerja/hasil yang dirasakan). Umumnya harapan pelanggan merupakan perkiraan atau keyakinan pelanggan tentang apa yang akan diterimanya bila dia membeli atau mengkonsumsi suatu produk (barang atau jasa). Sedangkan kinerja yang dirasakan adalah persepsi pelanggan terhadap apa yang dia terima setelah mengkonsumsi produk yang dia beli (Tjiptono, 1995).

b. Penilaian kepuasan

Kepuasan pasien merupakan hal yang amat penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, karena pasien mempunyai hak untuk memilih dalam menggunakan pelayanan kesehatan yang dianggapnya bermutu sehingga dapat memuaskan keinginannya. Salah

satu cara untuk mengukur mutu jasa pelayanan adalah dengan mengukur tingkat kepuasan pasien. Salah satunya adalah dengan menggunakan Survei *Servqual* untuk menilai mutu pelayanan sesuai dengan dimensi mutu pelayanan memiliki dua bagian yaitu harapan pelanggan dan persepsi pelanggan. Harapan dan persepsi pelanggan tersebut dilihat dari lima dimensi mutu yaitu : *reliability, responsiveness, assurance, empathy, dan tangible*. Harapan dan persepsi dapat membentuk kepuasan. Kepuasan merupakan kesesuaian antara persepsi jasa yang diterima atau dirasakan dengan yang diharapkan Parasuraman, dkk (1996) (cit. Tjiptono, 1996). Berdasarkan pengukuran kualitas pelayanan jasa dengan menggunakan metode diatas, maka kita dapat mengetahui tingkat kepuasan pasien dalam menggunakan jasa pelayanan kesehatan, sehingga para penyedia pelayanan kesehatan dapat meningkatkan mutu pelayanan dan memberikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pelanggan sehingga nantinya akan memberikan kepuasan kepada pelanggan.

Zeithmal, dkk (1993) (cit. Ngadiman, 2008) mengemukakan bahwa harapan pelanggan diyakini mempunyai peranan yang besar dalam menentukan kualitas produk (barang dan jasa) dan kepuasan pelanggan. Pada dasarnya adalah hubungan yang erat antara penentuan kualitas dan kepuasan pelanggan. Dalam mengevaluasinya, pelanggan akan menggunakan harapannya sebagai standar atau acuan. Dengan demikian, harapan pelangganlah yang melatarbelakangi mengapa dua organisasi

pada bisnis yang sama dapat dinilai berbeda oleh pelanggannya. Dalam konteks kepuasan pelanggan, umumnya harapan merupakan perkiraan atau keyakinan pelanggan tentang apa yang akan diterimanya. Pengertian ini didasarkan pada pandangan bahwa harapan merupakan standar prediksi. Selain standar prediksi, ada pula yang menggunakan harapan sebagai standar ideal.

### 3. Asuransi kesehatan

#### a. Pengertian Asuransi

##### 1) Berdasarkan KUHD Pasal 246

Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang tertanggung, dengan menerima suatu premi untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan, atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin terjadi karena suatu peristiwa tak tertentu .

##### 2) Berdasarkan undang-undang No.2 tahun 1992

Asuransi atau Pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau

kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungjawabkan.

b. Tujuan Asuransi Kesehatan menurut Azwar, (1992) (cit. Jati, 2009) antara lain:

- 1) Mewujudkan ketentraman jasmani dan rohani.
- 2) Mendapatkan jaminan dalam mengurangi ketidakpastian dimasa yang akan datang.
- 3) Memperoleh jaminan sosial dan ekonomi dalam rangka mewujudkan kesejahteraan.

c. Peranan Asuransi Kesehatan menurut Azwar, (1981) adalah:

Apabila asuransi kesehatan dapat dilaksanakan, akan diperoleh beberapa manfaat yang secara sederhana dapat disimpulkan sebagai berikut :

- 1) Membebaskan peserta dari kesulitan mendapatkan dana tunai.
- 2) Biaya kesehatan dapat diawasi.
- 3) Mutu pelayanan dapat diawasi.
- 4) Tersedianya data kesehatan.

d. Sistem Jaminan Kesehatan Daerah

1) Pengertian Sistem Jaminan Kesehatan Daerah

Sistem Jaminan Kesehatan Daerah merupakan suatu tatanan yang mengatur penyelenggaraan Jaminan Kesehatan di daerah dengan menggunakan prinsip asuransi kesehatan sosial. Sistem ini merupakan subsistem jaminan sosial yang bersifat jangka pendek dan sekaligus merupakan perwujudan subsistem pembiayaan kesehatan pada upaya kesehatan perorangan dalam sistem kesehatan daerah maupun sistem kesehatan nasional. Sehingga segala prinsip yang dianut dalam sistem jaminan sosial dengan sendirinya harus dianut pula dalam sistem ini (Moertjahjo, 2008).

2) Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten Jembrana Bali

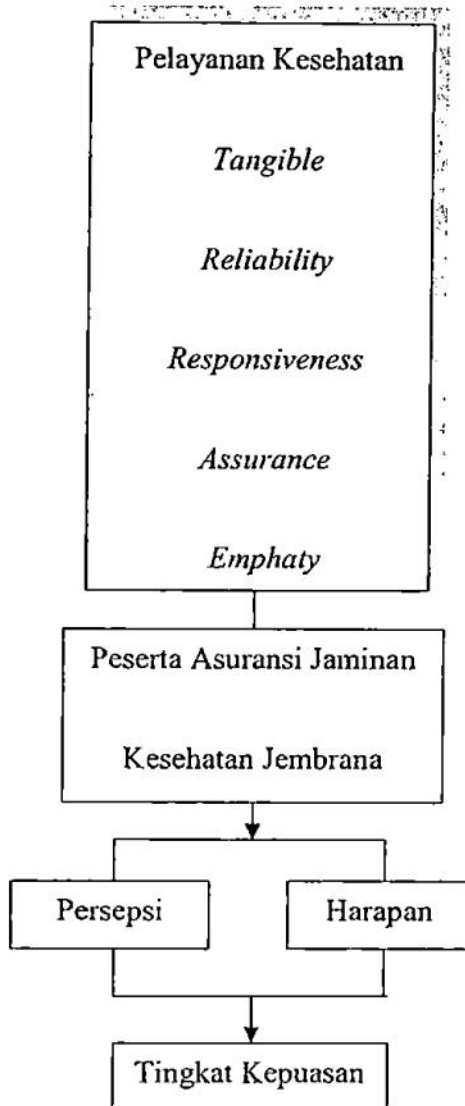
Era otonomi daerah dengan munculnya berbagai UU baru termasuk UU No 22 tahun 1999 tentang pemerintahan daerah dirasakan sebagai peluang bagi Kabupaten Jembrana yang memiliki PAD terkecil di Propinsi Bali. Beberapa kebijakan baru yang termasuk inovasi baru di era desentralisasi sekarang ini adalah pemberian subsidi biaya rawat jalan bagi seluruh penduduk Jembrana melalui program Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) sejak tahun 2003 (Sudaarsana, 2004).

JKJ merupakan salah satu strategi utama Pemkab Jembrana dalam pembangunan disamping pendidikan dan pemberdayaan ekonomi

.Disamping membuka akses masyarakat ke pelayanan kesehatan dasar, JKJ juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Jembrana, khususnya pelayanan kesehatan pemerintah (Puskesmas dan RS daerah) melalui mekanisme persaingan pasar dengan membuka persaingan antara institusi pelayanan kesehatan dasar (PPKI), PPKI mendapat insentif finansial untuk meningkatkan mutu pelayanan (Trisna & Muninjaya, 2005).

JKJ dibangun sebagai satu inovasi pilihan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat Jembrana, dan dengan program JKJ ini dimungkinkan terjadinya demokratisasi dibidang kesehatan oleh karena masyarakat secara bebas dapat menggunakan sarana pelayanan kesehatan (PPK-1) yang ada di seluruh wilayah Jembrana, dan dengan program JKJ ini masyarakat tidak perlu menyediakan uang untuk biaya rawat jalan, sehingga pemanfaatan sarana kesehatan oleh masyarakat menjadi tinggi, dan dapat menekan angka pemakaian rumah sakit (Sudaarsana, 2004).

## B. Kerangka Konsep



Keterangan :

Kepuasan pasien merupakan hal yang amat penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, salah satu cara untuk mengukur

mutu jasa pelayanan adalah dengan mengukur tingkat kepuasan pasien yang dalam penelitian ini adalah pasien peserta Asuransi Kesehatan Jembrana. Salah satunya adalah dengan menggunakan Survei *Servqual* untuk menilai mutu pelayanan sesuai dengan dimensi mutu pelayanan memiliki dua bagian yaitu harapan pelanggan dan persepsi pelanggan. Harapan dan persepsi pelanggan tersebut dilihat dari lima dimensi mutu yaitu : *reliability, responsiveness, assurance, emphaty, dan tangible*. Harapan dan persepsi dapat membentuk kepuasan. Kepuasan merupakan kesesuaian antara persepsi jasa yang diterima atau dirasakan dengan yang diharapkan Parasuraman, dkk (1996) (cit. Tjiptono, 1996).

### C. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana kepuasan peserta Asuransi Jaminan Kesehatan Jembrana terhadap pelayanan kesehatan di puskesmas Melaya ?