

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Keaslian Penelitian

Penelitian yang sudah pernah dilakukan sebelumnya dan mengangkat masalah kecemasan pre-operasi dan pre anestesi adalah :

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Desain & Metodologi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Ardiansyah (2015)	Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kepuasan Pasien Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Tentang Pelayanan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2015	Desain penelitian ini adalah <i>deskriptif analitik</i> dengan metode <i>cross sectional</i>	Hasil univariat 63% pasien mengatakan puas tentang pelayanan perawat dan 60% pasien mengatakan puas dengan pelayanan dokter. Hasil bivariat tidak ada hubungan bermakna karakteristik pasien dengan kepuasan, dengan p value > 0,05. Ada hubungan bermakna kualitas pelayanan:	Persamaan dengan penelitian ini adalah sama sama membahas mengenai kualitas pelayanan pasien JKN.	Perbedaan terdapat pada tempat penelitian, waktu penelitian, populasi dan sampel penelitian

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Desain & Metodologi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
				bukti langsung, kehandalan, cepat tanggap, jaminan, empati petugas kesehatan (dokter, perawat) dengan kepuasan, dengan p value $< 0,05$. Kehandalan dokter dan perawat, mempunyai pengaruh paling tinggi untuk kepuasan, dengan nilai $Exp. (B) 19,023$ dan $Exp. (B) 6,680$.		
2.	Supartiningsih (2017)	Kualitas Pelayanan Kepuasan Pasien Rumah Sakit Sarila Husada Sragen : Kasus Pada Pasien Rawat Jalan	Desain penelitian ini adalah <i>deskriptif analitik</i> dengan metode <i>cross sectional</i>	<i>Tangibel</i> dan <i>assurance</i> berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan dengan nilai <i>p-value tangibel</i> sebesar 0.004 dan nilai <i>p-value assurance</i>	Persamaan dengan penelitian ini adalah sama sama membahas mengenai tentang kualitas pelayanan.	Perbedaan terdapat pada tempat penelitian, waktu penelitian, populasi dan sampel penelitian

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Desain & Metodologi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
				sebesar 0.22.		
3.	Yurniwati (2019)	“Analisis Kualitas Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Kabupaten Kerinci”	Desain penelitian ini adalah <i>deskriptif analitik</i> dengan metode <i>cross sectional</i>	Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa kebijakan belum tersosialisasi dengan optimal, SDM masih kurang, serta sarana prasarana diruang rawat inap masih kurang. Komponen proses, dimensi mutu tangibility terdapat kekurangan pada fasilitas diruang rawat inap seperti tidak adanya tirai pembatas, pendingin ruangan serta ruangan penuh sesak, dimensi mutu	Persamaan dengan penelitian ini adalah sama sama membahas mengenai tentang kualitas pelayanan.	Perbedaan terdapat pada tempat penelitian, waktu penelitian, populasi dan sampel penelitian

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Desain & Metodologi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
				reability, responsiveness, assurance, dan empathaty mendapat penilaian yang baik dan pada proses pengajuan klaim RS selalu terlambat setiap bulannya karena RS belum menggunakan SIMRS. Komponen output dimensi mutu Tangibility responden belum merasa puas, dimensi mutu reability, responsiveness, assurance, empathaty sudah bisa menjawab kebutuhan responden.		



B. Landasan Teori

1. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Kualitas layanan adalah cara melayani, membantu menyiapkan, mengurus, menyelesaikan keperluan, kebutuhan seseorang atau sekelompok orang. Artinya objek yang dilayani adalah masyarakat yang terdiri dari individu, golongan dan organisasi. Sedangkan menurut Levey dan Loomba dalam Azwar (2011), pelayanan kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan mencembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat.

Pelayanan adalah perbandingan antara layanan yang dirasakan (persepsi) konsumen dengan kualitas layanan yang diharapkan konsumen. Jika kualitas layanan yang dirasakan sama atau melebihi kualitas layanan yang diharapkan, maka layanan dikatakan berkualitas dan memuaskan, hal tersebut berkaitan erat dengan kualitas layanan dimana seberapa jauh perbedaan antara harapan dan kenyataan para pelanggan atas layanan yang mereka terima. Service quality dapat diketahui dengan cara membandingkan persepsi pelanggan atas layanan yang benar-benar mereka terima dengan layanan sesungguhnya yang mereka harapkan (Royanah, 2015)

a. Aspek-Aspek Pelayanan Kesehatan Aspek-aspek pelayanan kesehatan (*SERVQUAL*) Menurut Parasuraman (1988) dalam (Azwar, 2011), meliputi:

a) *Tangibles* (bukti fisik)

Yang termasuk didalam dimensi ini adalah fasilitas fisik, peralatan, dan penampilan karyawan atau personel dari penyedia layanan.

b) *Reliability* (reliabilitas)

Reliabilitas dalam hal ini berarti kemampuan penyedia layanan untuk memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan akurat.

c) *Responsiveness* (daya tanggap)

Daya tanggap berkenaan dengan kesediaan penyedia layanan untuk membantu konsumen dan memberikan respon permintaan konsumen dengan segera.

d) *Assurance* (jaminan)

Merupakan pengetahuan dan kesopanan personel penyedia layanan serta kemampuannya dalam membangun kepercayaan dan keyakinan konsumen. Dimensi ini sebenarnya merupakan gabungan dari empat dimensi yang mengalami overlapping seperti disebutkan diatas. Keempat dimensi tersebut adalah *competence, courtesy, credibility, dan security*. *Competence* merupakan kemampuan dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk menyediakan jasa. *Courtesy* merupakan kesopanan,

hormat, pertimbangan dan keramahan dari personnel contact. *Credibility* menyatakan kejujuran dari penyedia layanan. *Security* menyatakan kebebasan dari bahaya, resiko, atau keraguan.

e) *Empathy* (empati)

Berkenaan dengan kepedulian dan pemberian perhatian personal kepada para konsumen. Dimensi empati merupakan gabungan dari tiga dimensi yang mengalami *overlapping*, yaitu *access*, *communication*, dan *understanding the customer*. *Access* menyatakan kesanggupan melakukan kontak yang dengan konsumen. *Communication* merupakan kemampuan untuk memberikan informasi sehingga konsumen mengerti dan memahami maksud penyedia layanan. *Understanding the customer* menyatakan proses pengupayaan pemahaman terhadap konsumen dan kebutuhannya (Setianto, 2010).

b. Faktor-faktor Kualitas Layanan Kesehatan Faktor-faktor kualitas layanan kesehatan menurut Azwar (2011) , meliputi:

a) Masukan

Telah disebutkan yang dimaksud dengan unsur masukan adalah tenaga, dana dan sarana. Secara umum disebutkan apabila tenaga dan sarana tidak sesuai dengan standar yang diterapkan, serta jika dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan, maka sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan.

b) Lingkungan

Telah disebutkan yang dimaksud dengan unsur lingkungan adalah kebijakan, organisasi dan manajemen. Menurut Dona Bedian, secara umum disebutkan apabila kebijakan, organisasi dan manajemen tersebut tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dan atau tidak bersifat mendukung maka sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan kesehatan

c) Proses Proses

adalah tindakan medis dan tindakan non medis. Secara umum disebutkan apabila kedua tindakan ini tidak sesuai dengan tindakan yang ditetapkan maka sulitlah diharapkan baiknya mutu pelayanan kesehatan.

Selanjutnya menurut Muninjaya (2012), kepuasan pengguna jasa pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

- 1) Pemahaman pengguna jasa tentang jenis pelayanan yang akan diterimanya. Dalam hal ini, aspek komunikasi memegang peranan penting.
- 2) Empati (sikap peduli) yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan. Sikap ini akan menyentuh emosi pasien dan faktor ini akan berpengaruh pada tingkat kepatuhan pasien.
- 3) Biaya (*cost*) Tingginya biaya pelayanan dapat dianggap sebagai sumber *moral hazard* bagi pasien dan keluarganya. Sikap

kurang peduli pasien dan keluarganya “yang penting sembuh” menyebabkan mereka menerima saja jenis pelayanan yang diberikan dari teknologi kedokteran yang ditawarkan oleh petugas kesehatan yang pada akhirnya biaya perawatan akan menjadi sumber keluhan pasien.

- 4) Penampilan fisik (kerapian) petugas, kondisi kebersihan dan kenyamanan ruangan.
- 5) Jaminan keamanan yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan. Ketepatan jadwal pemeriksaan dan kunjungan dokter juga termasuk pada faktor ini.
- 6) Keandalan dan keterampilan petugas kesehatan dalam memberikan perawatan.
- 7) Kecepatan petugas memberikan tanggapan terhadap pasien.

2. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Kemenkes-RI, 2014).

Menurut Undang-Undang No 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) program JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) khususnya BPJS Kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan suatu badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan SJSN dan bertujuan agar jaminan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya dapat terpenuhi. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan serentak diseluruh Indonesia mulai 1 Januari 2014.

Menurut Peraturan Presiden No.12 pasal 16 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan, pembiayaan JKN berasal dari iuran peserta, pemberi kerja, dan atau Pemerintah untuk program jaminan kesehatan yang dibayarkan secara teratur. Pembayaran dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan sistem kapitasi untuk fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan sistem Indonesia Case Based Groups (INA CBG's) untuk fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mempunyai wewenang untuk melakukan pembayaran dengan cara lain, jika tidak memungkinkan pembayaran secara kapitasi pada daerah dengan kondisi geografis tertentu.

Kapitasi adalah metode pembayaran jasa pelayanan kesehatan dimana pemberi pelayanan jasa kesehatan yaitu dokter atau rumah sakit mendapat penghasilan tetap per peserta, per periode waktu, untuk

pelayanan yang telah ditentukan untuk periode waktu tertentu (Dewanto dan Lestari, 2014).

Besaran kapitasi untuk Puskesmas rawat jalan dengan minimal 2 orang dokter umum dan 1 dokter gigi serta 1 apoteker menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014. 12 adalah ditetapkan Rp. 6.000,- per orang per bulan. Berdasarkan Peraturan Presiden No. 32 tahun 2014 jasa pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FTKP) adalah sekurang-kurangnya 60% dari total dana kapitasi JKN dan sisanya dimanfaatkan untuk biaya operasional. Pembagian jasa pelayanan kesehatan menurut pertimbangan jenis ketenagaan dan/atau jabatan dan kehadiran.

Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Manfaat yang diterima peserta dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri atas manfaat medis dan non medis.

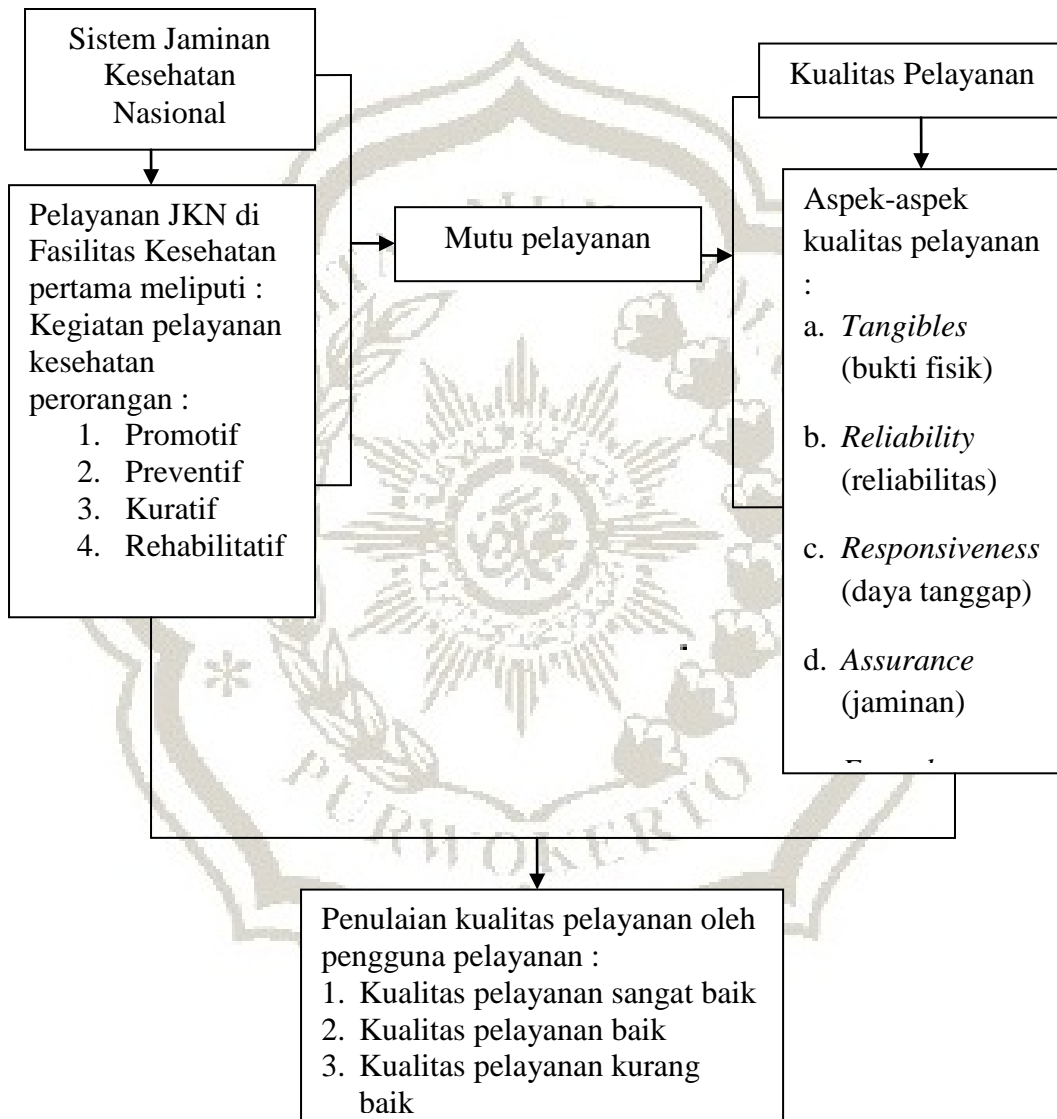
Manfaat medis yang di terima oleh peserta tidak bergantung pada besarnya iuran yang dibayarkan. Sedangkan untuk manfaat non medis yang dimaksud meliputi manfaat akomodasi dan ambulans (Pasal 20 PP No. 12 Tahun 2013). Manfaat pelayanan promotif dan preventif yang diterima oleh peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

meliputi: (1) penyuluhan kesehatan perorangan; (2) imunisasi dasar; (3) Keluarga Berencana; dan (4) *skrining* kesehatan (Pasal 21 ayat 1 PP No. 12 Tahun 2013).



C. Kerangka Teori

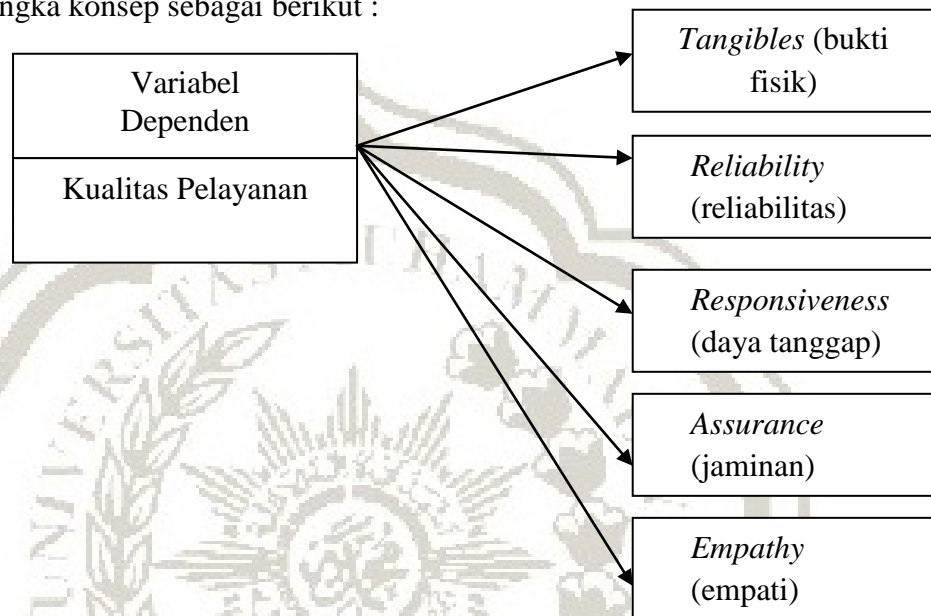
Berdasarkan landasan teori menurut Azwar (2011), Royanah (2015), dan Kemenkes RI (2014), Yuniati (2016) maka dapat dimodifikasi kerangka teori sebagai berikut :



Gambar 2.1. Kerangka Teori Menurut Azwar (2011), Royanah (2015), dan Kemenkes RI (2014), Yuniati (2016). dimodifikasi.

D. Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori menurut Azwar (2011), Royanah (2015), dan Kemenkes RI (2014), Yuniati (2016) dapat dimodifikasi kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 2.2. Kerangka konsep.
Menurut Azwar (2011), Royana (2015), dan Kemenkes RI (2014), Yuniati (2016).dimodifikasi.