

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Jaminan Kesehatan**

##### **2.1.1 Pengertian Jaminan Kesehatan**

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Jaminan kesehatan yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari system jaminan sosial nasional yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan undang-undang no. 40 tahun 2004 tentang SJSN (Menkes RI, 2014).

Jaminan kesehatan berperan dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat (Zheng, 2021). Jaminan kesehatan terbagi menjadi tiga kelompok yaitu : jaminan kesehatan tingkat pertama, jaminan kesehatan tingkat lanjutan dan jaminan kesehatan tingkat pendukung. Jaminan kesehatan tingkat pertama menyediakan pelayanan kesehatan umum, sedangkan jaminan kesehatan tingkat lanjutan menyediakan pelayanan kesehatan spesialis dan subspesialis. Jaminan kesehatan pendukung memberikan pelayanan obat, alat optik dan dukungan medis lainnya. (Menkes RI , 2014).

##### **2.1.2 Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional**

Jaminan Kesehatan menurut Bandiyono (2016) berperan mengajak masyarakat terlibat dalam program kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang masalah kesehatan. Jaminan kesehatan diselenggarakan

secara nasional berdasarkan prinsip-prinsip asuransi sosial yang diatur dalam UU No. 40 Tahun 2004. Berikut prinsip-prinsip yang terdapat dalam program JKN :

1. Prinsip gotong-royong

Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong-royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat. Melalui prinsip kegotong-royongan ini jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2. Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan mencari laba (nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi kepentingan sebesar-besarnya peserta. Dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan untuk kepentingan peserta.

3. Prinsip keterbukaan

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

4. Prinsip portabilitas

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

5. Prinsip kepesertaan bersifat wajib

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

6. Prinsip dana amanat

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

7. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk kepentingan peserta.

### 2.1.3 Jenis Jaminan Kesehatan

Menurut (Nainggolan & Tarumanagara, 2022) ada beberapa jenis fasilitas kesehatan yang bertujuan meningkatkan mutu kesehatan yaitu :

a. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional bertujuan memberikan akses kesehatan yang sehat, sejahtera, dan produktif bagi seluruh warga Indonesia.

b. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

BPJS merupakan badan penyelenggara jaminan sosial dari JKN yang berlaku sejak 1 Januari 2014. Ada dua jenis: BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Keanggotaan BPJS Kesehatan bersifat wajib bagi seluruh warga Indonesia dan diwajibkan

membayar iuran sesuai ketentuan yang ditetapkan. Pemerintah juga memberikan fasilitas kesehatan kepada warga miskin dan kurang mampu, yang disebut peserta BPJS PBI (Peserta Bantuan Iuran) untuk menerima pelayanan tanpa membayar iuran.

c. Kartu Indonesia Sehat (KIS)

Kartu Indonesia Sehat (KIS) diperkenalkan selama masa pemerintahan presiden Jokowi dan memiliki kesamaan dengan JKN pada masa pemerintahan presiden SBY. Namun dalam implementasinya menunjukkan kurangnya efektivitas. Penerima KIS berasal dari kalangan miskin dan tidak mampu dengan data yang diambil dari peserta BPJS PBI untuk menghindari tumpang tindih dengan data BPJS Kesehatan.

d. KJS (Kartu Jakarta Sehat)

Penerima Kartu Jakarta Sehat (KJS) adalah warga miskin Jakarta yang telah terdaftar sebagai peserta Jamkesda, KJS, dan KIS. Seperti KIS, data penerima KJS juga diperoleh dari data peserta BPJS PBI. Oleh karena itu, tidak terjadi tumpang tindih antara data peserta BPJS PBI dan penerima KJS.

e. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)

Program Jamkesmas dan Jamkesda dirancang untuk memberikan jaminan kesehatan kepada warga miskin. Jamkesmas diselenggarakan oleh pemerintah bertujuan untuk membiayai kesehatan penduduk miskin agar dapat hidup sehat dan produktif. Kepemilikan Jamkesmas diukur bersama BPJS

Penerima Bantuan Iuran (PBI) karena kesamaan programnya. BPJS Kesehatan PBI memberikan keanggotaan tanpa iuran kepada penduduk miskin. Jamkesda memiliki skema yang serupa dengan Jamkesmas, namun sumber dan tujuannya berbeda. Jamkesda menggunakan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dengan tujuan menutupi kekurangan penerima bantuan Jamkesmas di suatu daerah. Perbedaan utama antara keduanya terletak pada pendanaan, di mana Jamkesmas dibiayai oleh Anggaran Pendapatan Negara (APBN) sebagai program pemerintah pusat.

#### **2.1.4. Manfaat Jaminan Kesehatan**

Menurut (Menkes RI, 2014) manfaat dari jaminan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi dua kategori utama. Pertama, manfaat medis mencakup pelayanan kesehatan yang komprehensif dan tidak tergantung pada jumlah iuran yang dibayarkan. Kedua, manfaat non-medis mencakup fasilitas akomodasi untuk layanan rawat inap sesuai dengan kelas perawatan yang diterima peserta dan pelayanan ambulan diberikan hanya kepada pasien rujukan antar fasilitas kesehatan sesuai dengan rekomendasi dokter.

Manfaat yang di jamin fasilitas kesehatan antara lain :

a. Pelayanan kesehatan di FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama)

merupakan pelayanan kesehatan nonspesialistik yang meliputi :

- 1) Administrasi pelayanan.
- 2) Pelayanan promotif dan preventif.
- 3) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis.
- 4) Tindakan medis non-spesialistik, baik operatif maupun

non-operatif.

- 5) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
- 6) Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis.
- 7) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama.
- 8) Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.

b. Pelayanan Kesehatan di FKRTL/Rujukan Tingkat Lanjutan meliputi :

- 1) Administrasi pelayanan.
- 2) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspecialis.
- 3) Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non-bedah sesuai dengan indikasi medis.
- 4) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.
- 5) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis.
- 6) Rehabilitasi medis.
- 7) Pelayanan darah.
- 8) Pelayanan jenazah (pemulasaran jenazah) pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan (tidak termasuk peti jenazah).
- 9) Pelayanan kedokteran forensik klinik.
- 10) Perawatan inap di ruang intensif dan non-intensif.
- 11) Akupuntur medis.

c. Manfaat pelayanan promotif dan preventif antara lain :

- 1) Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- 2) Imunisasi dasar, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis-B (DPT-HB), Polio, dan Campak.
- 3) Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, tubektomi dan komplikasinya.
- 4) Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
- 5) Pelayanan skrining kesehatan yang diberikan secara selektif untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan, yaitu :
  - a) Diabetes mellitus tipe II
  - b) Hipertensi
  - c) Kanker leher rahim
  - d) Kanker payudara
  - e) Pemeriksaan Gula Darah
  - f) Pemeriksaan IVA untuk kasus *Ca Cervix* dan
  - g) Pemeriksaan *Pap Smear*
- 6) Khusus untuk kasus dengan pemeriksaan IVA positif dapat dilakukan pelayanan Terapi Krio.

d. Manfaat Pelayanan Kebidanan dan Neonatal dalam fasilitas kesehatan meliputi :

- 1) Pemeriksaan ANC berupa pemeriksaan fisik, pengukuran tinggi badan dan berat badan, pemeriksaan tekanan darah, pengukuran lingkaran lengan atas, pemeriksaan tinggi fundus uteri, pemeriksaan denyut jantung janin, pemeriksaan posisi janin, pemeriksaan Hb, pemeriksaan golongan darah, tes celup, glukoprotein urin, imunisasi, pemberian suplemen besi, asam folat, dan konseling.
  - 2) Pemeriksaan ANC sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 4 (empat) kali pemeriksaan.
  - 3) Pemeriksaan PNC/neonatus sesuai standar diberikan dalam bentuk paket minimal 3 (tiga) kali kunjungan ibu dan 3 (tiga) kali kunjungan bayi.
  - 4) Pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter, sesuai kompetensi dan kewenangannya.
- e. Pelayanan alat kesehatan

Pemerintah telah menetapkan jenis dan harga di pelayanan alat kesehatan. Pelayanan alat bantu kesehatan yang dijamin meliputi :

- 1) Kacamata
- 2) Alat bantu dengar
- 3) Protesa alat gerak (kaki palsu dan tangan palsu)
- 4) Protesa gigi
- 5) Korset tulang belakang
- 6) *Collar neck*
- 7) Kruk

## 2.2 Konsep *Waiting Time*

### 2.2.1 Pengertian *Waiting Time*

Menurut (Depkes, 2014), *waiting time* adalah kecepatan penanganan pasien, dihitung sejak pasien tiba di IGD sampai di transfer ke ruangan lain dan dilakukan tindakan primary survey. Primary survey terdiri dari A-B-C dan D-E : *airway* (A: jalan nafas), *breathing* (B: pernafasan), *circulation* (C: sirkulasi), *disability* (D: ketidakmampuan) dan *exposure* (E: penerapan).

*Waiting time* (waktu tunggu) merupakan salah satu unsur atau aspek yang harus diperhatikan dalam pelayanan rumah sakit yang dapat dinilai atau diukur. Lamanya waktu tunggu dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: waktu kedatangan, triage, waktu konsultasi, waktu pemeriksaan laboratorium, waktu pemeriksaan radiologi dan waktu disposisi fisik (waktu tunggu transfer ke tempat tidur rawat inap). Penundaan transfer pasien ke tempat tidur rawat inap ini kemudian di sebut dengan boarding (Bukhari, 2014).

Waktu tunggu pasien merupakan salah satu komponen yang potensial menyebabkan ketidakpuasan. Pasien akan menganggap pelayanan kesehatan kurang bagus apabila sakitnya tidak sembuh-sembuh, antri lama, dan petugas kesehatan tidak ramah meskipun professional (Wijoyo dalam Yeni, 2014). Hal ini dapat dicapai melalui peningkatan fasilitas, infrastruktur, sumber daya manusia, dan manajemen di unit gawat darurat (Isrofah, 2020).

Tindakan kegawat daruratan membutuhkan kompetensi dan keahlian khusus bagi tenaga kesehatan serta penanganan cepat dan tindakan yang tepat. Dalam memberikan pertolongan kepada pasien waktu penanganan maksimal lima menit pada setiap kejadian pasien (Perceka, 2020). Waktu

tunggu dikatakan cepat apabila waktu tanggap dan waktu tunggu pelayanan tidak melebihi standar waktu yang ditentukan  $\leq 6$  jam (Depkes,2014).

Pasien yang tidak mendapatkan pertolongan kegawat daruratan dengan segera, dapat berakibat fatal yang berpeluang terjadi kematian, kecacatan atau kerusakan organ-organ yang di sebabkan oleh cidera . Terjadinya kasus pasien meninggal saat dalam kondisi kegawat daruratan disebabkan oleh keterlambatan dalam penanganan primer (Abdul, 2016).

Berdasarkan beberapa pendapat di atas maka dapat disimpulkan bahwa waktu tunggu (*waiting time*) merupakan suatu standar pelayanan yang harus dimiliki oleh Instalasi Gawat Darurat di rumah sakit untuk mengurangi kondisi yang tidak diinginkan seperti kematian dan kecacatan.

### **2.2.2 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi *Waiting Time***

Perubahan yang sangat kecil dan sederhana dalam penempatan staf dapat berdampak pada keterlambatan penanganan di IGD (Widodo, 2015). Waktu tunggu yang lama dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain waktu kedatangan, *triage*, waktu konsultasi, waktu pemeriksaan laboratorium, waktu pemeriksaan radiologi dan waktu disposisi fisik (waktu tunggu transfer ke tempat tidur rawat inap). Penundaan transfer pasien ke tempat tidur rawat inap ini kemudian di sebut dengan boarding (Bukhari, 2014).

#### **a. Waktu kedatangan**

Cepatnya waktu tunggu disebabkan karena tidak adanya antrian. Utami (2015) menyatakan waktu tunggu yang berbeda disebabkan oleh beberapa faktor, seperti bagian administrasi terkait dengan status pasien yang dibedakan menjadi pasien umum dan pasien BPJS.

b. Waktu *triage*

Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuan sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan waktu tanggap yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar. Kecepatan dalam penanganan pasien dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan, waktu tanggap yang baik bagi pasien yaitu 5 menit berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesiatahun 2008 (Verawati, 2019).

c. Sarana dan prasarana

Permasalahan yang sering timbul dan sangat serius karena kurangnya sarana dan prasarana yang ada untuk mendukung pelayanan kesehatan, sehingga hal ini sangat mempengaruhi pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

d. Waktu konsultasi

Konsultasi sebagai salah satu parameter pengambilan keputusan disposisi pasien yang dirawat di IGD. Faktor dominan yang mempengaruhi memanjangnya waktu review dan konsultasi adalah adanya prosedur konsultasi bertingkat yang harus dilalui serta evaluasi berulang dan mendalam kondisi pasien yang dilakukan di IGD (Maghfiroh, 2019).

e. Waktu pemeriksaan laboratorium

Waktu kembalinya hasil pemeriksaan laboratorium yang memanjang disebabkan karena ketersediaan sarana dan prasarana serta petugas labor yang terbatas.

f. Waktu pemeriksaan radiologi

Faktor-faktor yang mempengaruhi waktu tunggu pasien yaitu sebagai berikut; Variasi appointment interval, waktu pelayanan yang Panjang, pola kedatangan pasien, pasien tidak datang pada jam perjanjian, jumlah pasien yang datang tanpa perjanjian, pola kedatangan dokter, dan terputusnya pelayanan pasien karena keinginan dokter untuk berhenti sebentar selama jam praktek (Yusri, 2015).

g. Waktu transfer

Faktor utama yang mempengaruhi keterlambatan transfer pasien ke ruangan adalah keterbatasan fasilitas tempat tidur di instalasi rawat inap ataupun alat bantu untuk tindakan khusus yang akan dilakukan. Terbatasnya daya tampung, panjangnya prosedur pelayanan pasien yang dilakukan seperti registrasi, triase, pemeriksaan diagnostik, terapi medikasi, sumber daya yang terbatas dan penempatan ruangan menjadi penyebabnya lama waktu perawatan pasien di IGD (Maghfiroh, 2019).

### 2.2.3 Standar Pengukuran *Waiting Time*

Waktu tunggu pelayanan yang lama dapat terjadi ketika kebutuhan terhadap layanan melebihi kemampuan dan fasilitas yang disediakan sehingga pasien tidak segera mendapatkan pelayanan (Dewi, 2015). Waktu tunggu yang baik dapat meningkatkan mutu pelayanan dan kepuasan yang lebih baik kepada pasien. (Endang, 2019). Terlambatnya pelayanan pasien yang

disebabkan akibat waktu tunggu perlu diperhatikan karena dapat menentukan citra suatu rumah sakit. Waktu tunggu dikatakan cepat apabila waktu tanggap dan waktu tunggu pelayanan tidak melebihi standar waktu yang ditentukan  $\leq$  6 Jam (Depkes,2014).

### **2.3 Hubungan Penggunaan Jaminan Kesehatan dengan *Waiting Time***

Waktu tunggu (*waiting time*) adalah rentang waktu kedatangan pasien ke unit gawat darurat yang diukur mulai dari pasien datang sampai di transfer ke ruangan lain. Dapat juga diartikan waktu tunggu merupakan total waktu yang digunakan oleh pasien untuk menunggu di Instalasi Rawat Jalan. Waktu tunggu yang baik dapat meningkatkan mutu pelayanan dan kepuasan yang lebih baik kepada pasien. (Endang, 2019). Waktu tunggu dikatakan cepat apabila waktu tanggap dan waktu tunggu pelayanan tidak melebihi standar waktu yang ditentukan  $\leq$  6 jam (Depkes,2014). Terdapat 3 faktor utama penyebab lamanya waktu tunggu pelayanan pasien yaitu: lamanya waktu pendaftaran di loket, terbatasnya jumlah dokter dan terbatasnya staf pelayanan kesehatan lainnya (Laelyah, 2017)

Waktu tunggu yang berbeda-beda disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya terkait dengan status pasien yang dibedakan menjadi pasien umum dan pasien JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) yang diselenggarakan oleh BPJS (Badan pelenggara jaminan sosial). Pasien JKN yang akan mendaftar harus melengkapi persyaratan terlebih dahulu antara lain kartu JKN/BPJS, surat rujukan/perintah kontrol, dan foto kopi KTP. Oleh karena itu pasien yang akan mendaftar diperiksa dahulu kelengkapan administrasi tersebut oleh petugas pendaftaran. Hal ini membutuhkan waktu beberapa menit dan menyebabkan waktu tunggu pasien JKN/BPJS lebih lama jika dibandingkan dengan pasien

umum yang tidak memerlukan persyaratan perlengkapan kelengkapan administrasi tersebut (Dewi, 2015).

