

IMPLEMENTASI FUNGSI POKOK PELAYANAN PRIMER PUSKESMAS SEBAGAI GATEKEEPER DALAM PROGRAM JKN (STUDI DI PUSKESMAS JUWANA KABUPATEN PATI)

Ainur Rahma, Septo Pawelas Arso, Anneke Suparwati

Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Diponegoro

Email: rahmainur@gmail.com

Abstract : *The National Health Insurance (NHI) program which embracing the principles of Managed Care, focuses on the health care needs of first level Health Care Provider, where the first level Health Care Provider have an important role because as the main gate of patients who need health care utilization (Gatekeeper), so hopefully most of health services finished at primary level. Primary Health Center (PHC) as first level health facilitation have strategic role and advantages for supporting the implementation of NHI compared to family doctors and private clinics because it has two functions, that are the function of organizing Primary Health Efforts and Individual Health Efforts. Where the principal function of Individual Health Efforts in NHI as gatekeeper are strengthening the function of first contact care, continuity care, comprehensive care, and coordination care. The purpose of this study was to analyze implementation of 4 primary care principal function of PHC as gatekeeper in NHI program in Juwana PHC, Pati, guidelines with "Manual Pelaksanaan JKN-BPJS Kesehatan" and performance indicators "Quality Indicators 9". This research was carried out to the stakeholders that related with the implementation of primary care principal functions in Juwana PHC, there are five main informants. Triangulation informant is the Head of Primary Health Care Management Unit from BPJS and Head of Basic Health Efforts and Referral Unit from Dinas Kesehatan Kabupaten Pati. The research used qualitative methods of collecting data through in-depth interviews. The results showed that the implementation of the primary care principal functions of Juwana PHC is 70% in accordance with the Guidelines for the 'Manual Pelaksanaan JKN-BPJS Kesehatan'. While based on 3 indicators from QI9 assessment in terms of commitment of service for the determination of performance-based capitation norm, PHC Juwana only get a capitation Rp. 4500.00 on January-March 2015.*

Keywords : *National Health Insurance, Gatekeeper, Juwana Primary Health Center, Primary Care Functions*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Pengembangan jaminan kesehatan dalam salah satu program jaminan sosial merupakan amanat konstitusi Undang-

Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dengan berlandaskan hak asasi manusia. Hak tersebut meliputi memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau, serta berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau tersebut direncanakan, diatur, diselenggarakan, dibina dan diawasi oleh Pemerintah sesuai dengan amanat Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

BPJS merupakan transformasi dari empat badan usaha milik negara (BUMN) yang telah dirintis pemerintah dalam rangka menyelenggarakan jaminan sosial yaitu PT. Askes, Jamsostek, Taspen dan Asabri, yang kemudian dibentuk menjadi BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan sebagai Badan Pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia sebagai upaya pemerintah dalam pemenuhan hak setiap individu atas jaminan sosial untuk memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan

sosial secara menyeluruh untuk mencapai *Universal Health Coverage (UHC)*, sebagaimana yang diamanatkan resolusi *World Health Assembly (WHA)* ke-58 tahun 2005 di Jenewa.^{1,2} BPJS Kesehatan, implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

BPJS Kesehatan menerapkan prinsip *managed care* dimana suatu sistem ini mengintegrasikan pembiayaan dan pelayanan kesehatan.³ *Managed care* dilakukan guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang optimal sesuai dengan kebutuhan biaya yang efisien.

Adanya program JKN ini menitikberatkan kebutuhan pelayanan kesehatan pada PPK tingkat pertama, dimana FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan pelayanan kesehatan darurat medis, termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan kefarmasian. Hal ini sesuai dengan artikel yang dilangsir dalam web BPJS Kesehatan yang menyatakan bahwa "Dalam implementasi sistem kesehatan nasional prinsip *managed care* diberlakukan,

dimana terdapat 4 (empat) pilar yaitu Promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif. Prinsip ini akan memberlakukan pelayanan kesehatan akan difokuskan di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)/Faskes Primer seperti di Puskesmas, klinik atau dokter praktek perseorangan yang akan menjadi gerbang utama peserta BPJS Kesehatan dalam mengakses pelayanan kesehatan". Untuk itu kualitas faskes primer harus dijaga, mengingat efek dari implementasi Jaminan Kesehatan Nasional, akan mengakibatkan naiknya permintaan (*demand*) masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan karena kepastian jaminan sudah didapatkan. Jika FKTP/faskes primer tidak diperkuat, masyarakat akan mengakses faskes tingkat lanjutan sehingga akan terjadi kembali fenomena rumah sakit sebagai puskesmas raksasa.⁴

Puskesmas sebagai FKTP mempunyai peran strategis dan keunggulan dalam mendukung terlaksananya JKN dibandingkan dengan praktik dokter, dan klinik swasta. Hal ini disebabkan karena penyelenggaraan puskesmas yang berdasarkan prinsip paradigma sehat, pertanggungjawaban wilayah, kemandirian masyarakat, pemerataan, teknologi tepat guna serta keterpaduan dan kesinambungan sehingga puskesmas berfungsi sebagai

pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama.^{5,6}

Disamping itu, menurut studi literatur yang dilakukan oleh peneliti, birokrasi Puskesmas dapat dikategorikan sebagai *street level bureaucracy* yang tidak hanya menghadapi dilema antara tuntutan birokrasi yang menuntut profesionalitas, hierarkis dan kaku dengan ekspektasi masyarakat yang membutuhkan fleksibilitas dan efisiensi. Profesionalitas dan sifat hierarki birokrasi akan selalu bertentangan dengan ekspektasi masyarakat. Pertentangan itulah yang pada akhirnya membuat *street level bureaucracy* menghadapi dilema dalam melakukan implementasi sebuah kebijakan. Sehingga dapat dikatakan bahwa Puskesmas sebagai *street level bureaucrat* mempunyai kewenangan interpretasi dan diskresi atas implementasi suatu kebijakan *Universal Health Coverage*. Puskesmas memiliki nilai strategis karena merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan yang sekaligus titik rentan dalam sebuah implementasi kebijakan tersebut.⁷

Puskesmas menerima dana kapitasi dari BPJS Kesehatan yang kemudian dimanfaatkan seluruhnya untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan untuk dukungan biaya operasional

elayanan kesehatan. Untuk itu puskesmas harus dapat mengelola dana kapitasi tersebut sebaik-baiknya, sehingga dapat memenuhi kebutuhan peserta Jaminan Kesehatan Nasional dan mengoptimalkan fungsinya sebagai pelaksana *gatekeeper* dalam program JKN tersebut.

Gatekeeper concept dalam program JKN adalah konsep sistem pelayanan kesehatan dimana FKTP yang berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan medik.⁸ Untuk dapat menjalankan perannya tersebut, FKTP harus menjadi pelaksana *gatekeeper concept* dengan melakukan kredensialing dan re-kredensialing, penguatan empat fungsi pokok pelayanan primer yaitu fungsi kontak pertama (*first contact*), fungsi pelayanan berkelanjutan (*continuity*), fungsi pelayanan paripurna (*comprehensive*), dan fungsi koordinasi pelayanan (*coordination*), serta melakukan peningkatan kompetensi FKTP, kendali mutu dan kendali biaya.⁸ Keempat fungsi pokok pelayanan primer merupakan inti dari peran dan fungsinya sebagai *gatekeeper*. Kredensialing dan re-kredensialing merupakan syarat awal FKTP yang akan bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kemudian pelaksanaan

peningkatan kompetensi FKTP adalah kegiatan penunjang dalam menjalankan keempat fungsi pelayanan primer tersebut. Sedangkan kendali mutu dan biaya akan berjalan ketika implementasi keempat fungsi pelayanan primer tersebut telah dioptimalkan.

Direktur Utama BPJS Kesehatan mengeluarkan Peraturan Direksi Nomor 085 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Peningkatan Mutu Pelayanan Primer, yang memfokuskan pada evaluasi mutu pelayanan kesehatan dari FKTP dengan adanya standar indikator penilaian performa pelayanan primer sehingga dapat memastikan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Untuk mengetahui kualitas pelaksanaan fungsi pelayanan primer tersebut menggunakan Indikator Kinerja "*Quality Indicator 9*" (QI9). QI9 digunakan sebagai salah satu komponen pembayaran kapitasi FKTP dan bahan pertimbangan kontrak kerjasama dengan BPJS Kesehatan di tahun berikutnya.⁹

Berdasarkan uraian di atas, tanggung jawab Negara terhadap amanat UUD beserta turunannya yang dibebankan kepada FKTP (salah satunya adalah Puskesmas) dianggap sebagai tuntutan regulasi yang harus dilaksanakan, yang dalam pelaksanaannya kemungkinan menemui beberapa kendala sehingga

tidak sesuai dengan panduan teknis/manual pelaksanaannya. Oleh karena itu, analisis implementasi fungsi pokok pelayanan primer Puskesmas sebagai *gatekeeper* dalam program JKN diperlukan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif. Subjek penelitian ini diambil dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, dengan informan utama adalah penanggungjawab Puskesmas beserta petugas yang terkait dengan pelayanan primer Puskesmas, yaitu: kepala Puskesmas (sebagai penanggungjawab program), dokter atau tenaga medis (sebagai tenaga kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien dan memberikan pelayanan primer), tenaga kesehatan yang bertugas untuk menginput data P-Care, serta petugas loket administrasi.

Sedangkan informan triangulasi pada penelitian ini adalah Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer (MPKP) BPJS Kesehatan dan Kepala Seksi Upaya Kesehatan Dasar dan Rujukan (UKDR) DKK Pati

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Pelaksanaan Fungsi Kontak Pertama (*First Contact*)

Berdasarkan pedoman “Manual Pelaksanaan JKN-BPJS Kesehatan, pelaksanaan fungsi kontak pertama di Puskesmas Juwana belum dapat dikatakan baik. Puskesmas masih memiliki beban kerja yang berlebih (*overload*) yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan yang berikan. Dimana sebanyak 38.609 peserta terdaftar BPJS Kesehatan di Puskesmas Juwana pada bulan Mei 2015, Puskesmas ini hanya mempunyai 2 dokter fungsional dan 1 dokter gigi. Sedangkan di Indonesia, ketentuan jumlah peserta terdaftar yaitu dengan rasio 1 dokter umum melayani maksimal 5.000 peserta.

Adanya tugas yang terlalu banyak (beban kerja berlebih) dapat menimbulkan stres kerja oleh karyawan/pekerja. Dimana stres yang dirasakan dapat menimbulkan konsekuensi-konsekuensi tertentu yang berkaitan dengan pekerjaan mereka.¹⁰ Stres dapat memberikan efek pada tingkah laku, psikologis dan fisiologis sehingga menurunkan produktifitas dan kualitas kerja, cenderung berbuat kesalahan, kurang perhatian terhadap detail, dan sukar berkonsentrasi.¹¹

Kemudian peserta belum menjadikan Puskesmas ini sebagai tempat pertama untuk mengakses

pelayanan kesehatan, berkonsultasi dan menyampaikan keluhannya, dimana dibuktikan dalam penilaian QI9 kunjungan dalam artian 'kontak pertama' (bukan hanya dalam kondisi sakit) masih jauh dibawah target indikatornya yaitu $\geq 150\%$ yang artinya lebih dari 150 peserta melakukan kontak komunikasi per 1000 peserta terdaftar.

Kurangnya pelaksanaan fungsi kontak pertama di Puskesmas Juwana dikarenakan rendahnya pemanfaatan peserta terdaftar untuk melakukan kontak komunikasi dengan Puskesmas dimana peserta terdaftar masih mempunyai *mindset* bahwa PPK II memiliki pelayanan kesehatan lebih bagus sehingga PPK I hanya dimanfaatkan untuk meminta surat rujuk ke PPK II. Selain itu, juga dikarenakan oleh keterbatasan tenaga dan banyaknya peserta terdaftar yang menyebabkan kurang optimalnya pelayanan di Puskesmas Juwana, misalnya kunjungan peserta banyak yang tidak terekap sehingga rate kunjungan rendah, persepsi kunjungan pasien oleh petugas hanya pada yang melakukan konsultasi keluhan sakit, serta kurangnya keterjangkauan Puskesmas dalam melakukan penyuluhan, posyandu,

kunjungan rumah ataupun kontak lain melalui telepon dan email.

Puskesmas juga belum menjadwalkan konsultasinon-akut dimana beban kerja yang berlebih dapat membuat waktu konsultasi yang dimiliki oleh pasien sangat terbatas. Sesuai dengan pernyataan informan utama bahwa waktu konsultasi rata-rata yang dimiliki hanya 3-10 menit per pasien.

B. Pelaksanaan Fungsi Pelayanan Berkelanjutan (*Continuity*)

Berdasarkan pedoman "Manual Pelaksanaan JKN-BPJS Kesehatan Pelaksanaan fungsi pelayanan berkelanjutan di Puskesmas Juwana telah berjalan dengan baik, meskipun dengan jumlah peserta terdaftar yang tidak ideal sehingga rata-rata waktu konsultasi setiap pasien kurang dari 15 menit. Hal ini dapat diketahui melalui jumlah peserta terdaftar di Puskesmas Juwana yang tetap stabil dan bahkan bertambah setiap bulannya. Peserta terdaftar mulai dari bulan Januari 2015 adalah 38.266 jiwa, bulan Februari sebanyak 38.445 jiwa, pada bulan Maret 38.418 jiwa, bulan April sebanyak 38.347 jiwa dan meningkat di bulan Mei sebanyak 38.609 jiwa. Sebagian peserta

terdaftar merupakan pengalihan total dari Jamkesmas yang kemudian masuk dalam kategori PBI (Penerima Bantuan Iuran), sehingga peserta terdaftar selama 3 bulan lebih tanpa ada keinginan untuk berpindah ke FKTP lain (*trust building*). Seperti yang dikatakan oleh informan utama bahwa memang belum pernah ada peserta yang menyatakan berpindah ke FKTP lain. Hal ini dinyatakan dalam perhitungan Q19 pada aspek fungsi kontinuitas layanan (layanan berkelanjutan) yang kemudian didapatkan bahwa angka perpindahan peserta ke faskes lain memiliki kinerja unggul dan rasio *family folder* dengan kriteria baik yaitu kepemilikan *family folder* sebesar 45-55%.

Sesuai dengan pernyataan informan triangulasi, bahwa untuk Puskesmas Juwana sendiri implementasinya sudah bagus, dalam artian Puskesmas sebagai Puskesmas perawatan memiliki tanggung jawab terhadap kebutuhan medik pesertanya, serta memiliki fasilitas pendukung pelayanan yang lengkap sehingga diharapkan peserta mendapatkan pelayanan yang sebaik-baiknya yang nantinya dapat meningkatkan kepercayaan peserta kepada Puskesmas itu sendiri.

Berdasarkan referensi, kualitas pelayanan dapat meningkatkan loyalitas pasien melalui kepuasan pasien.¹² Hal ini diartikan bahwa kualitas pelayanan dapat menjadi sumber loyalitas bagi pasien apabila kebutuhan-kebutuhan yang menjadi kepuasan pasien semakin terpenuhi.¹² Kualitas pelayanan yang semakin meningkat dan baik dapat meningkatkan kepuasan pasien, dan kepuasan pasien yang semakin meningkat dan tinggi akan menaikkan suatu kepercayaan dan loyalitas yang ada pada pasien.

C. Pelaksanaan Fungsi Pelayanan Paripurna (*Comprehensive*)

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti, Puskesmas Juwana dalam aspek fungsi pelayanan paripurna dapat dikatakan baik namun belum optimal.

Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di Puskesmas Juwana belum berjalan. Dari 29 Puskesmas yang ada, hanya 4 Puskesmas yang telah membentuk program Prolanis dengan kegiatan senam dan edukasi.

BPJS Kesehatan mewajibkan program Prolanis sebagai indikator komitmen layanan dalam Q19 dengan target indikator rasio peserta Prolanis

yang rutin berkunjung ke FKTP \geq 50%. Dalam fungsi komprehensivitasnya yang diukur melalui indikator frekuensi edukasi FKTP pada kegiatan kelompok RISTI didapatkan penilaian tidak berprestasi, karena memang program ini belum dijalankan.

Padahal, sebagai tulang punggung pelayanan kesehatan, titik berat pelayanan kesehatan primer adalah promosi, prevensi dan edukasi yang mendorong meningkatnya peran dan kemandirian masyarakat dalam mengatasi berbagai faktor risiko kesehatan, dimana akan mengurangi biaya pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif.¹³ Keberhasilan pelayanan kesehatan primer yang mendukung pelaksanaan JKN diharapkan dapat mengurangi jumlah pasien yang dirujuk.¹³

Puskesmas juga belum dapat mengurangi rujukan untuk pelayanan non-spesialisasi yang bisa di FKTP. Dalam penilaian QI9, angka rasio rujukan kasus non-spesialistik (KNS) di Puskesmas Juwana pada bulan Januari-Maret belum dapat memenuhi target indikatornya yaitu \leq 10%, yakni sebesar 11,33% pada bulan Januari, 16,67% pada bulan Februari dan 11,29% pada bulan Maret. Sekalipun ratio rujukan keseluruhan telah

dibawah standart 15% dan telah menurun setiap bulannya.

Berdasarkan informasi dari beberapa informan utama bahwa rujukan kasus non-spesialistik masih terjadi akibat kemauan pasien. Dalam hal ini terjadi dilema dalam pelaksanaan rujukan oleh Puskesmas Juwana sebagaimana yang telah dibahas dalam teori bahwa dalam birokrasi tingkat paling bawah (Puskesmas) akan mengalami tantangan dimana menghadapi keinginan masyarakat dengan kebijakan yang mengharuskan bertindak sesuai aturan.

Puskesmas sebagai birokrasi pelayanan publik pada akhirnya terkadang menuruti kemauan pasien karena tidak ingin dianggap menyulitkan pasien. Jadi pada dasarnya masyarakat ingin mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan harapannya, yaitu mengharapkan pelayanan yang cepat, bersahabat, dan mudah tanpa prosedur yang berbelit-belit.¹⁴ Namun, *regulatory function* birokrat mutlak terselenggara dengan efektif untuk melaksanakan berbagai peraturan perundang-undangan yang terkadang berupa pembatasan yang diyakini bahwa pembatasan tersebut adalah untuk kepentingan rakyat secara

keseluruhan.¹⁴ Untuk itu, yang diperlukan bagi Puskesmas adalah edukasi kepada peserta bahwa tidak semua kasus mesti ditangani di Rumah Sakit melainkan percaya bahwa dokter Puskesmas mampu melakukan penatalaksanaan penyakit yang masuk dalam kompetensinya. Karena pada hakikatnya birokrat haruslah dapat memenuhi kebutuhan masyarakat.¹⁴

D. Pelaksanaan Fungsi Koordinasi Pelayanan (*Coordination*)

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti, Puskesmas Juwana dalam aspek fungsi koordinasi pelayanan dapat dikatakan baik namun masih kurang optimal. Dikatakan kurang optimal dikarenakan Puskesmas belum aktif menjadi koordinator pelayanan program rujuk balik dan belum melakukan *home visit* ke pasien pasca rawat inap.

Sesuai dengan informasi yang didapat dari informan triangulasi BPJS Kesehatan, untuk PRB sudah berjalan sampai bulan ini, pesertanya sekitar 7.800 jiwa, dengan berbagai jenis penyakit. Implementasi PRB di FKTP sebagian besar yang aktif adalah dari dokter keluarga, sedangkan yang puskesmas masih

sedikit dan tidak bisa dipastikan keberlanjutannya. Hal ini dikarenakan sebagian besar peserta di Puskesmas adalah dari peserta PBI yang notabene adalah masyarakat miskin dengan pendidikan yang rendah, sehingga pengetahuan dan kesadaran *maintenance* penyakitnya masih kurang.

Hal ini didukung dengan teori bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu unsur yang sering dilihat hubungannya dengan angka kesakitan dan kematian, karena hal tersebut dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan termasuk pemeliharaan kesehatan.¹⁵ Sedangkan menurut teori Brunner & Suddarth, pengetahuan tentang kesehatan dapat membantu individu-individu tersebut untuk beradaptasi dengan penyakitnya, mencegah komplikasi dan mematuhi program terapi dan belajar untuk memecahkan masalah ketika menghadapi situasi baru. Hal ini juga akan mencegah rehospitalisasi pasien : individu dengan kondisi kronik sering harus kembali dirawat di rumah sakit, karena tidak mengetahui cara merawat diri sendiri.¹⁶

E. Kapitasi Berbasis Kinerja Puskesmas Juwana

Kapitasi diberikan berdasarkan hasil kinerja FKTP, dimana perubahan kapitasi disesuaikan setiap periode 4 bulan sekali dalam hal ketersediaan tenaga kesehatan, kelengkapan sarana prasarana, cakupan layanan, dan komitmen pelayanan dimana indikator komitmen layanan merupakan bagian dari 9 indikator kualitas pelayanan primer (QI9).

Berdasarkan tabel norma sistem Kapitasi Berbasis Kinerja, dimana Puskesmas Juwana dalam aspek sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, dan lingkup penelitian termasuk dalam kapitasi awal Rp 6000,00. Namun untuk aspek komitmen layanan yang dihitung berdasarkan penilaian 3 indikator dari QI9 yaitu Angka Kontak Komunikasi, Angka Rujukan Non Spesialistik dan Rasio peserta BPJS Prolanis yang rutin berkunjung ke FKTP tidak ada komitmen yang tercapai sehingga kapitasi dikurang Rp. 1500,00 dari kapitasi awal menjadi Rp. 4500,00.

KESIMPULAN

Puskesmas Juwana sebesar 70% telah melaksanakan implementasi fungsi pokok pelayanan primer Puskesmas sebagai *gatekeeper* sesuai dengan

Pedoman Manual Pelaksanaan JKN-BPJS Kesehatan. Sedangkan berdasarkan penilaian QI9 yang diambil 3 indikator dalam komitmen layanan untuk penentuan norma Kapitasi Berbasis Kinerja, Puskesmas Juwana hanya berhak memperoleh kapitasi sebesar Rp. 4500,00 di awal kerjanya pada bulan Januari-Maret 2015.

DAFTAR PUSTAKA

1. Direktur Utama BPJS Kesehatan. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan*. 2014.
2. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*.
3. Thabrany, Hasbullah et al. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian B*. Jakarta : PAMJAKI, 2005.
4. BPJS Kesehatan. *Penguatan Faskes Primer Sebagai Ujung Tombak Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS Kesehatan*, 2014. (Online), (<http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2014/278/Penguatan-Faskes-Primer-Sebagai-Ujung-Tombak-pelayanan-Kesehatan-Peserta-BPJS-kesehatan>, diakses 1 Maret 2015)
5. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas*.
6. Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo. *Puskesmas di Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*, 2014. (Online),

- (<http://dkk.sukoharjokab.go.id/read/puskesmas-di-era-jaminan-kesehatan-nasional-jkn>, diakses 10 Maret 2015)
7. Nugroho, Arief Priyo. Potensi Diskresi Street Level Bureaucrat di Puskesmas dalam Implementasi Universal Health Coverage: Studi Kasus Puskesmas Krembangan Selatan, Surabaya. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 3 (3), 2004: hlm 138-145
8. BPJS Kesehatan. *Manual Pelaksanaan JKN-BPJS Kesehatan*. Jakarta, 2014.
9. BPJS Kesehatan. *Petunjuk Pelaksanaan Program Peningkatan Mutu Pelayanan Primer*, 2014.
10. Davis, Keith & Jhon W Newstrom. *Perilaku dalam Organisasi*. Jakarta : Erlangga, 2000.
11. Fauziah, Annisa. *Gambaran Sumber-Sumber Stres Kerja Karyawan Divisi Manufacturing TV PT. Toshiba Consumer Products Indonesia*. 2014 (Online), (<http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2014/12/Karya-Ilmiah.pdf>, diakses tanggal 5 Juni 2015)
12. Fitriani, Sri. *Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Loyalitas Melalui Kepuasan Pasien Pengguna BPJS di Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi*. Surakarta, 2014.
13. Taher, Akmal. *Kesiapan Implementasi JKN dan Peran Fakultas Kedokteran dalam Penyediaan Dokter Layanan Primer*. Bandung, 2013. Disajikan pada acara Seminar Kesiapan Implementasi JKN di Provinsi Jawa Barat, Bandung 21 Desember 2013. (Online), ([http://www.fk.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2013/12/KESIAPAN-](http://www.fk.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2013/12/KESIAPAN-IMPLEMENTASI-JKN-Prof.-Dr.-dr.-Akmal-Taher-Sp.UK_.pdf)
14. Simanbela, Lijan Poltak. *Reformasi Pelayanan Publik. Teori, Kebijakan dan Implementasi*. Jakarta : Sinar Grafika Offset, 2011. ISBN 979-526-184-3
15. Notoatmodjo, Soekidjo. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta, 2007.
16. Ismail, Hasanuddin dan Bahar, Burhanuddin. *Hubungan Pendidikan, Pengetahuan dan Motivasi dengan Kepatuhan Diet pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar*, 1 (3), 2012: hlm 1-8, ISSN 2302-1721.
- IMPLEMENTASI-JKN-Prof.-Dr.-dr.-Akmal-Taher-Sp.UK_.pdf, diakses pada tanggal 5 Juni 2015)