

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. *Utilization Rate*

a) Pengertian

Utilization rate didefinisikan sebagai angka probabiliti terjadinya suatu jenis pelayanan kesehatan oleh *provider* kepada pasien (Dewanto dan Lestari, 2014). *Utilization rate* merupakan salah satu unsur di dalam *utilization review*, sedangkan unsur yang lain di dalam *utilization review* terdapat *claim review* dan *pattern review*. *Claim review* merupakan kajian untuk menggambarkan kesesuaian klaim dengan jaminan yang telah ditentukan atau disepakati, sedangkan *pattern review* adalah kajian yang menggambarkan pola utilisasi sebuah pelayanan kesehatan pada masing-masing unit pelayanan (Ilyas,2003 dalam Kongstved, 2009). Rasio utilisasi perbulan didapatkan melalui rumus sebagai berikut :

$$\text{Rasio utilisasi per bulan : } \frac{\text{Jumlah kunjungan dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah peserta}} \times 100 \%$$

Menurut Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat (2003) menyebutkan bahwa dari pandangan pengguna jasa pelayanan kesehatan, kegiatan utilisasi dapat mengurangi terjadinya :

(a) *Over utilization*

Kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK kepada pasien yang sebenarnya tidak diperlukan dalam proses pengobatan, sehingga tingkat pendayaagunaan PPK melampaui batas ideal

(b) *Under utilization*

Keadaan dimana suatu jenis pelayanan kesehatan tidak diberikan oleh PPK kepada pasien, meskipun pelayanan tersebut sangat dibutuhkan dalam proses pengobatan

(c) *Misuse utilization*

Suatu keadaan dimana suatu jenis pelayanan kesehatan tertentu diberikan secara tidak tepat atau dengan kualitas dibawah standar

b) Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Utilization Rate*

Menurut Pride (1995) disebutkan ada berbagai faktor yang mempengaruhi keputusan seseorang untuk menggunakan pelayanan kesehatan, diantaranya :

(i) Faktor pribadi

(a) Demografi : umur, jenis kelamin, suku bangsa, pekerjaan

(b) Situasional : keadaan eksternal yang mempengaruhi keputusan

(c) Tingkat keterlibatan : pendidikan, pengetahuan dan minat

(ii) Faktor psikologis

(a) Persepsi : proses penginterpretasian informasi yang diperoleh untuk menghasilkan sebuah makna/pandangan

(b) Motivasi : kekuatan internal yang mengarahkan kegiatan untuk memutuskan sesuatu

- (c) Kemampuan
- (d) Sikap
- (e) Kepribadian
- (iii) Faktor sosial
 - (a) Peran dan pengaruh keluarga dan kerabat
 - (b) Kelompok referensi : kelompok yang dijadikan titik perbandingan dan sumber informasi
 - (c) Kelas sosial ekonomi : terkait dalam pemilihan pelayanan dan fasilitas kesehatan yang disanggupi
 - (d) Budaya : nilai dan perilaku yang ada di dalam masyarakat dalam memutuskan penggunaan pelayanan kesehatan

Akses dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh lima dimensi spesifik yang dikenal dengan istilah “ *The Penchansky taxonomy*” yang terdiri dari :

- (i) *Approachability* (kedekatan)
Berhubungan dengan bentuk ketersediaan dan keberadaan pelayanan yang terjangkau
- (ii) *Acceptability* (penerimaan)
Berkaitan dengan keadaan sosial budaya setempat yang memungkinkan seseorang menerima pelayanan kesehatan
- (iii) *Availability and accomodation* (ketersediaan dan akomodasi)
Berkaitan dengan ketersediaan dan akomodasi pelayanan kesehatan yang dapat diakses setiap saat

(iv) *Affordability* (keterjangkauan)

Berhubungan dengan keterjangkauan pelayanan kesehatan dilihat dari faktor sosial ekonomi seseorang

(v) *Appropriateness* (kesesuaian)

Berkaitan dengan kebutuhan pelayanan kesehatan dengan pelayanan yang ditawarkan dan diberikan oleh provider (Penchansky, 1981 dalam Clark & Coffe, 2011)

2. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

a) Pengertian

Menurut *World Health Assosiation* (WHO) (2008), pelayanan kesehatan gigi dan mulut merupakan integral dari pelayanan kesehatan secara keseluruhan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dalam bidang kedokteran gigi. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut dilakukan melalui pendekatan pelayanan kedokteran gigi keluarga, yang berarti Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) strata pertama dalam bidang kesehatan gigi dan mulut secara paripurna yang meliputi kegiatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif dengan pusat layanan individu dalam suatu keluarga binaan (Kepmenkes, 2007). Pembentukan dokter gigi keluarga mengarah pada model *The Five Star Doctor*, dimana seorang dokter gigi keluarga berfungsi sebagai *care provider* (pemelihara kesehatan), *decision maker* (pengambil keputusan), *communicator* (komunikator), *community leader* (pemuka masyarakat), dan *manager* (manajer) (Kepmenkes, 2005).

b) Pelayanan Kedokteran Gigi dalam Sistem JKN

Pemberlakuan pelayanan kesehatan berjenjang pada program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, telah memetakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut menjadi 3 tingkatan, yakni :

- (1) Pelayanan primer, dilakukan oleh seorang dokter gigi umum
- (2) Pelayanan sekunder, oleh dokter gigi spesialis
- (3) Pelayanan tersier, oleh dokter gigi sub spesialis atau konsultan (Dewanto dan Lestari, 2014)

c) Sistem Pembiayaan

Sistem pembiayaan terhadap pelayanan kesehatan yang diterapkan dalam pelaksanaan program JKN adalah sistem pembiayaan *prospesctive payment* yang terdiri dari 2 sistem pembiayaan pokok, yakni sistem pembiayaan kapitasi untuk pelayanan kesehatan tingkat primer dan sistem pembiayaan *Diagnosis Related Group (DRG)* berdasarkan kelompok diagnosa *Indonesian Case Based Group (INA CBG's)* untuk pelayanan kesehatan tingkat lanjutan atau sekunder (Keprmenkes, 2013). Sistem pembiayaan kapitasi diartikan sebagai besaran pembayaran per bulan yang dibayarkan dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada *provider/FTKP* berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang telah diberikan oleh *provider* kepada peserta BPJS Kesehatan (Kepmenkes, 2014b). Tiga faktor penentu besaran kapitasi dokter gigi FTKP, yakni :

- (1) Paket *benefit* (manfaat) yang ditawarkan oleh BPJS Kesehatan dalam pelayanan kedokteran gigi primer, meliputi : konsultasi, pencabutan gigi

sulung, pencabutan gigi permanen, tumpatan resin komposit (sinar), tumpatan semen ionomer kaca, *pulp capping*, kegawatdaruratan orodental, scaling, premedikasi dan protesa gigi sebagai alternatif pilihan.

(2) Utilisasi per jenis tindakan

Menurut Dewanto dan Lestari (2014), pelayanan kesehatan gigi dan mulut era JKN, diperoleh perhitungan estimasi kunjungan per bulan per jenis tindakan sebesar $\pm 2.03\%$, dimana 1 dokter gigi mencakup 10.000 peserta, dengan keterangan tabel estimasi dibawah ini :

Jenis Pelayanan	Utilisasi	Estimasi Angka Kunjungan/Bln
Pencabutan 1 Gigi + Injeksi (Gigi Sulung dan Permanen)	0,6	60
Pencabutan 1 Gigi + Topikal Anastesi (Gigi Sulung & Permanen)	0,23	23
Tumpatan Komposite Direct (Gigi Sulung dan Permanen)	0,2	20
Pemeriksaan dengan Pemberian Obat	0,1	10
Tumpatan GIC Direct (Gigi Sulung dan Gigi Permanen)	0,2	20
Kegawat-daruratan Dental	0,5	50
Scaling (1 tahun sekali)	0,2	20
Utilisasi Total	2,03	203

Gambar. 2.1 Tabel estimasi angka kunjungan menurut utilisasi (Dewanto dan Lestari,2014)

(3) *Unit cost* per jenis tindakan

Unit cost adalah kisaran besarnya nominal dari jenis pelayanan yang diberikan berdasarkan perhitungan tarif pada umumnya. Besaran kapitasi untuk dokter gigi sebesar Rp 2000,-/bulan/peserta dan untuk puskesmas yang terdapat pelayanan kesehatan gigi dan mulutnya sebesar Rp 6000,-/bulan/peserta, selanjutnya asumsi pemecahan iuran tersebut digunakan untuk paket perawatan sebagai berikut : (1) Rp 720,- untuk pencabutan

dengan anastesi injeksi, (2) Rp 161,- untuk pencabutan dengan anastesi topikal, (3) Rp 270,- untuk tumpatan *direct* resin komposit, (4) Rp 84,- untuk pemeriksaan dan medikasi, (5) Rp 240,- untuk tumpatan *direct* dengan semen ionomer kaca, (6) Rp 325,- untuk kegawatdaruratan orodental, dan (7) Rp 200,- untuk scalling dalam jangka waktu satu tahun sekali (Kepmenkes, 2014a).

3. Jaminan Kesehatan Nasional

a) Pengertian

Jaminan kesehatan adalah jaminan yang diberikan oleh pemerintah 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 (Kepmenkes, 2013). Jaminan kesehatan merupakan salah satu dari kelima program pokok Sistem Jaminan Sosial Nasional (Kepmenkes, 2004).

b) Sistem Jaminan Sosial Nasional

Sistem Jaminan Sosial Nasiona (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial yang terdiri dari jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian oleh BPJS (Putri, 2014). Undang-Undang SJSN Nomor 1 tahun 2004 menyebutkan bahwa, SJSN merupakan sebuah instrumen negara yang dijalankan untuk memberikan perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia serta mengalihkan risiko individu secara nasional. Asas penyelenggaraan SJSN, meliputi : (1) asas kemanusiaan, (2) asas manfaat, dan (3) asas keadilan sosial

bagi seluruh rakyat Indonesia (Putri, 2014). Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan dengan menganut 9 prinsip utama, yakni : (1) kegotongroyongan, (2) nirlaba, (3) keterbukaan, (4) kehati-hatian, (5) akuntabilitas, (6) portabilitas, (7) kepesertaan wajib, (8) dana amanat, dan (9) hasil pengelolaan dana (Kepmenkes, 2004)

SJSN diselenggarakan oleh 2 organ inti di dalam kepengurusan sistemnya, yakni Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) yang berfungsi sebagai dewan perumus kebijakan umum yang ada dalam SJSN dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai lembaga/badan penyelenggara dari program pokok yang ada di dalam SJSN (Putri, 2014). Menurut Undang-Undang BPJS Nomor 24 tahun 2011, BPJS sebagai badan penyelenggara dibagi menjadi 2 tim dengan pembagian masing-masing program, yakni BPJS Kesehatan yang bertugas mengemban program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan yang bertanggung jawab terhadap 4 program lain yang ada di dalam SJSN, yakni jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

c) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

BPJS Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan salah satu program SJSN, yakni jaminan kesehatan yang memberikan perlindungan kepada peserta agar memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Lestari, 2013). Peserta BPJS Kesehatan adalah setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran ataupun

iurannya dibayarkan oleh pemerintah (BPJS Kesehatan, 2014b). Peserta BPJS Kesehatan dibagi menjadi 2 kelompok, yakni :

(1)Penerima Bantuan Iuran (PBI)

(2)Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non PBI), yang meliputi :

(a)Pekerja penerima upah : PNS, TNI/Polri, pejabat negara, pegawai pemerintah non PNS, pegawai swasta, dan pegawai yang tidak termasuk di atas yang menerima upah

(b)Pekerja bukan penerima upah : pekerja mandiri dan sektor informal

(c)Bukan pekerja : investor, pemberi pekerja, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan, dan bukan pekerja yang tidak termasuk di atas yang mampu membayar iuran (Lestari, 2013)

Jenis pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan adalah jenis pelayanan yang mencakup aspek preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

Jenis pelayanan tersebut meliputi :

(1) Pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FTKP), yang terdiri dari puskesmas, praktek dokter/dokter gigi, klinik pratama, dan rumah sakit tipe D atau yang setara

(2) Pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) yang terdiri dari klinik utama, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus

(3) Pelayanan gawat darurat

(4) Pelayanan penunjang yang terdiri dari instalasi farmasi rumah sakit, apotek, laboratorium, unit transfusi darah, optik, dan pelayanan *consumable*

(5) Pelayanan *ambulance*

(6) Pelayanan skrining kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014)

4. Puskesmas

a) Pengertian

Puskesmas merupakan suatu kesatuan organisasi fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya (Depkes, 1991). Puskesmas menurut definisi Azwar (1996), adalah unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu. Puskesmas adalah fasilitas sarana pelayanan kesehatan terdepan dan merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di seluruh tanah air, utamanya dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (Kepmenkes, 2014c). Berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan, puskesmas dikategorikan menjadi 3 kawasan, yakni :

- a. Puskesmas kawasan perkotaan
- b. Puskesmas kawasan pedesaan
- c. Puskesmas kawasan terpencil atau sangat terpencil (Kepmenkes, 2004)

b) Puskesmas Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) memiliki 122 unit puskesmas yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (BPJS, 2015).

Tabel 2. 2 Puskesmas Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (Dinkes Propinsi DIY, 2015)

Kabupaten	Puskesmas Rawat Inap 24 Jam (unit)	Puskesmas Non Rawat Inap (unit)	Total (unit)
Kota Yogyakarta	3	17	20
Bantul	16	11	27
Sleman	6	19	25
Gunung kidul	13	14	27
Kulon progo	6	15	21

Berdasarkan data di atas, Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) memiliki 44 unit puskesmas yang menyediakan fasilitas rawat inap 24 jam, dan 78 unit puskesmas non rawat inap. Masing-masing puskesmas memiliki 1 unit poligigi, dengan 1-2 dokter gigi dalam 1 poligigi.

c) Puskesmas Mergangsan

Puskesmas Mergangsan merupakan salah satu dari tiga puskesmas rawat inap 24 jam yang berada di wilayah Kota Yogyakarta dan telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (Dinkes Kota Yogyakarta, 2015). Jumlah kepesertaan BPJS Kesehatan di wilayah kerja puskesmas tersebut telah mencapai 14.608 jiwa (BPJS, 2015). Jumlah kepesertaan tersebut masuk dalam kategori jumlah kepesertaan ideal yang mencapai target 10.000 atau dalam rentang 10.000 – 15.000 untuk 1 orang dokter gigi (Dewanto dan Lestari, 2014). Poli gigi di puskesmas tersebut memberikan pelayanan dan pemeriksaan standar FTKP, baik untuk pasien umum (Non BPJS Kesehatan) ataupun untuk pasien BPJS Kesehatan, antara lain : (1) pencabutan gigi, (2) perawatan jaringan pendukung gigi melalui scalling, (3) penumpatan gigi, (4) pemeriksaan dan

pengobatan/premedikasi untuk infeksi atau abses rongga mulut (Profil Puskesmas Mergangsan, 2013). Puskesmas Mergangsan merupakan puskesmas yang berada di kawasan perkotaan (*urban*), yang memiliki kriteria sebagai berikut :

- i. Aktivitas penduduk lebih dari 50% non agraris, namun lebih kepada sektor industri, perdagangan, dan jasa
- ii. Memiliki fasilitas perkotaan, seperti sekolah, pasar, rumah sakit, bioskop, dan hotel dalam radius dekat
- iii. Lebih dari 90% rumah tangga memiliki listrik
- iv. Terdapat akses jalan raya dan transportasi (Permenkes, 2004)

d) Puskesmas Temon I

Puskesmas Temon I merupakan puskesmas rawat inap di wilayah Kabupaten Kulonprogo yang telah dia klamasi dan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (Dinkes Kabupaten Kulonprogo, 2015). Jumlah kepesertaan BPJS Kesehatan di puskesmas ini telah mencapai standart ideal, yakni sebanyak 10.981 kepesertaan untuk 1 orang dokter gigi (BPJS, 2014). Puskesmas Temon I merupakan puskesmas yang berada di wilayah pedesaan (*sub urban*) dengan kriteria :

- i. Aktivitas penduduk lebih dari 50% masih pada sektor agraris
- ii. Memiliki fasilitas publik seperti sekolah, pasar, rumah sakit, namun tidak terdapat bioskop maupun hotel dalam radius dekat
- iii. Rumah tangga memiliki listrik kurang dari 90%
- iv. Terdapat akses jalan raya dan transportasi baik (Permenkes, 2004)

e) Puskesmas Dlingo I

Puskesmas Dlingo I adalah puskesmas di wilayah Kabupaten Bantul yang menyediakan pelayanan rawat inap 24 jam dan telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Kepesertaan BPJS Kesehatan untuk penduduk wilayah kerja puskesmas ini telah mencapai 13.696 jiwa, yang terdiri dari 12.589 peserta PBI dan 1.107 peserta Non PBI (BPJS, 2015). Puskesmas Dlingo I merupakan puskesmas yang berada dalam kawasan terpencil (*rural*) dengan kategori, sebagai berikut :

- i. Aktivitas berpusat pada sektor agraris
- ii. Berada di wilayah yang sulit dijangkau
- iii. Memiliki sekolah, pasar, dan rumah sakit yang memiliki jarak tempuh jauh
- iv. Akses transportasi umum jarang dan jarak tempuh ke kota terlampau jauh
- v. Kondisi keamanan tidak stabil (Permenkes, 2004)

5. Rekam Medis

a) Pengertian

Rekam Medis adalah sebuah berkas yang berisikan catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan oleh seorang tenaga kesehatan kepada pasiennya yang ditulis secara manual lengkap dan jelas ataupun secara elektronik yang dijaga kerahasiaannya serta dapat digunakan ataupun disimpan sekurang-kurangnya 5 tahun atau selambat-lambatnya 10 tahun (Kepmenkes, 2008). Berdasarkan aspek administrasi, aspek medis, aspek hukum, aspek keuangan, aspek penelitian, aspek pendidikan, dan aspek dokumentasi, rekam medis mempunyai kegunaan yang luas, yaitu :

- i. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga kesehatan lain
- ii. Sebagai dasar perencanaan perawatan
- iii. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan kesehatan
- iv. Sebagai bahan untuk analisa, penelitian, dan evaluasi pelayanan
- v. Melindungi kepentingan hukum pasien
- vi. Menyediakan data dan informasi untuk pengembangan penelitian, program, dan pendidikan
- vii. Sebagai dasar perhitungan biaya pelayanan
- viii. Sebagai berkas pelengkap administrasi dan dokumentasi (WHO, 2006)

b) Simpus

Simpus adalah program sistem informasi kesehatan daerah yang memberikan informasi tentang segala keadaan kesehatan masyarakat di tingkat puskesmas mulai dari data orang yang sakit, ketersediaan obat sampai data penyuluhan kesehatan masyarakat (Sutanto, 2015). Dalam menginput data pasien kedalam rekam medis maupun ke dalam program simpus, dibuatkan kode jenis penyakit dan jenis tindakan agar terjadi keseragaman data dari berbagai pihak PPK. Menurut Sistematika Panduan Praktik Klinis Dokter Gigi (2015) dituliskan bahwa, pengkodean jenis penyakit yang digunakan saat ini adalah berdasarkan *International Classification of Diseases (ICD) 10* untuk kode jenis penyakit dan *ICD CM 9* untuk kode jenis perawatan. Kode jenis penyakit dan jenis perawatan ini diberlakukan agar setiap diagnosa memperoleh penatalaksanaan sesuai standarisasi yang telah ditetapkan secara internasional (Kepmenkes, 2015). Standar Kompetensi Dokter Gigi yang terdapat dalam ICD, mewajibkan seorang

dokter gigi umum mampu melakukan perawatan minimal terhadap 60 jenis penyakit (Perkonsil, 2006).

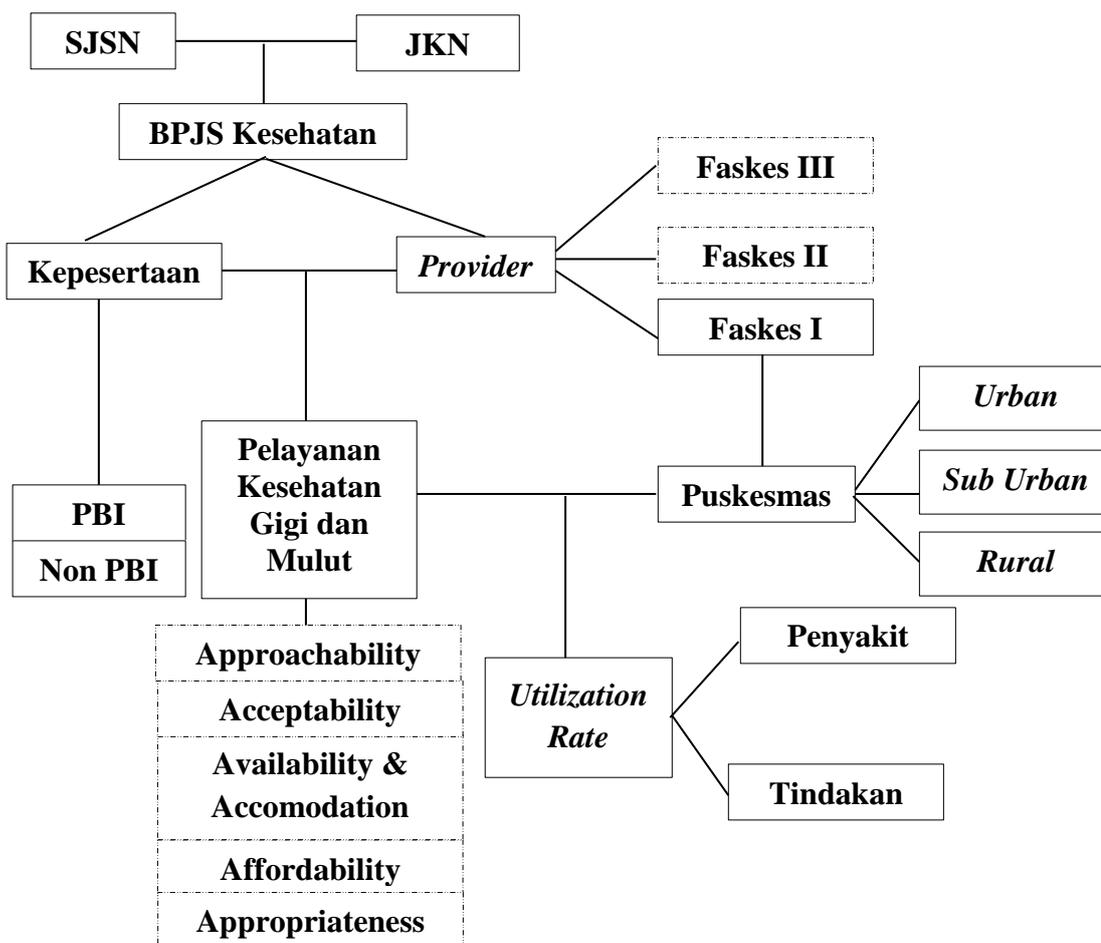
B. Landasan Teori

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut merupakan salah satu pelayanan kesehatan tingkat primer yang berhak diterima oleh pasien dengan/tanpa jaminan kesehatan. Berbagai faktor yang selalu mempengaruhi dinamika pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, yakni terkait faktor lingkungan atau geografis, perilaku pasien berdasarkan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan sosial ekonomi yang secara tidak langsung berpengaruh terhadap pembiayaan yang disanggupi dalam pemilihan pelayanan. Sistem Jaminan Sosial Nasional bidang kesehatan yang sekarang diselenggarakan melalui BPJS Kesehatan telah memberikan penjaminan pembiayaan terhadap pelayanan kesehatan yang telah disepakati oleh setiap fasilitas kesehatan, baik tingkat pertama maupun lanjutan dengan menawarkan paket manfaat.

Puskesmas merupakan salah satu FKTP yang dapat bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Pada bidang kedokteran gigi, BPJS Kesehatan menawarkan 9 paket manfaat pelayanan primer yang pembiayaannya dapat dijamin, sehingga secara tidak langsung kebijakan ini akan mempengaruhi tingkat pemanfaatan (*utilization rate*) pelayanan kesehatannya. *Utilization rate* merupakan sebuah angka yang menunjukkan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan yang diberikan *provider* kepada pasien. Pencatatan utilisasi dalam pelayanan kesehatan, khususnya bidang kedokteran gigi sangat penting dilakukan untuk mengetahui tingkat keselarasan *supply* dan *demand*, terlebih sejak diberlakukannya program

Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan. *Utilization rate* selanjutnya oleh BPJS Kesehatan akan digunakan untuk menetapkan besaran kapitasi yang akan diterima oleh *provider*.

C. Kerangka Konsep



D. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah *utilization rate* pelayanan kesehatan gigi dan mulut berdasarkan jenis penyakit era JKN periode 2014 di Puskesmas Mergangsan, Puskesmas Temon I, dan Puskesmas Dlingo I?

2. Bagaimanakah *utilization rate* pelayanan kesehatan gigi dan mulut berdasarkan jenis tindakan era JKN periode 2014 di Puskesmas Mergangsan, Puskesmas Temon I, dan Puskesmas Dlingo I?
3. Bagaimanakah rata – rata *utilization rate* pelayanan kesehatan gigi dan mulut era JKN periode 2014 di Puskesmas Mergangsan, Puskesmas Temon I, dan Puskesmas Dlingo I jika ditinjau berdasarkan jenis penyakit dan jenis tindakannya?