

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Jaminan Kesehatan Nasional

Perpres nomor 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan pasal 1 berbunyi jaminan kesehatan adalah 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.

a. Prinsip JKN

Menurut Kemenkes (2013), prinsip JKN mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berikut:

1) Prinsip kegotongroyongan

Prinsip gotong royong memiliki arti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sakit dibantu yang sehat dan peserta yang sehat membantu yang sakit. prinsip ini dapat terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk Indonesia, tanpa pengecualian. Keadilan sosial akan timbul dari prinsip gotong royong ini.

2) Prinsip nirlaba

Dana amanat yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Dana amanat yang dikumpulkan dari masyarakat hasilnya akan dimanfaatkan dan ditujukan sebesar besarnya untuk kepentingan peserta.

3) Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas. Prinsip prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

4) Prinsip portabilitas

Prinsip portabilitas dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka 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. Penerapan kepesertaan yang bersifat wajib tidak serta merta semua masyarakat dibebani dengan beban yang sama, namun tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

6) Prinsip dana amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-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 sebesar-besar kepentingan peserta.

b. Pelayanan

Menurut Kemenkes (2013), ada dua jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh Peserta JKN, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

1) Prosedur pelayanan

Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertamanya harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama, bila peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.

2) Penyelenggara pelayanan kesehatan

Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS kesehatan baik fasilitas kesehatan milik pemerintah, pemerintah daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan melalui proses kredensialing dan rekredensialing.

c. Pembiayaan

Menurut Perpres no. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, sistem pembiayaan JKN berupa iuran, baik yang dibayarkan oleh peserta maupun pemerintah. Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan. PMK nomor 69 tahun 2013 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Program JKN menyatakan, untuk pelayanan kesehatan tingkat pertama menggunakan sistem pembiayaan kapitasi dan non kapitasi. Tarif kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif non kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Menurut SK Menkes nomor 69 tahun 2013, besaran kapitasi untuk rumah sakit pratama, klinik pratama, atau fasilitas kesehatan yang setara adalah sebesar Rp 8.000,- sampai Rp 10.000,- sedangkan untuk praktik dokter gigi di luar fasilitas kesehatan tersebut adalah sebesar Rp 2.000,-. Perhitungan pendapatan yang diperoleh *provider* melalui sistem kapitasi adalah hasil dari besaran kapitasi dikalikan dengan jumlah peserta yang terdaftar pada *provider* tersebut. Menurut Kemenkes (2013), bagi peserta PBI jaminan kesehatan dibayar oleh pemerintah, bagi peserta pekerja penerima upah dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja, iuran jaminan kesehatan bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dibayar oleh peserta yang bersangkutan. Besarnya iuran jaminan kesehatan ditetapkan melalui peraturan presiden.

d. Kepesertaan

Menurut kemenkes (2013) Peserta tersebut meliputi: Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan rincian sebagai berikut:

- 1) Peserta PBI jaminan kesehatan, meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
- 2) Peserta bukan PBI adalah peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
 - a) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya.
 - b) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya.

- c) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya.
- d) Penerima pensiun.
- e) WNI di Luar Negeri.

e. Dasar hukum

- 1) Undang Undang Dasar 1945 pasal 28H ayat (1) (2) (3)
 - a) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
 - b) Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan.
 - c) Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.
- 2) Undang Undang Dasar 1945 pasal 34 ayat (1) (2) (3)
 - a) Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara.
 - b) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.

c) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

- 3) UU No 40 tahun 2004 tentang SJSN
- 4) UU No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- 5) UU No.24 Tahun 2011 tentang BPJS
- 6) PP No.101 Tahun 2012 tentang PBI
- 7) Perpres No 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan
- 8) PMKL no. 69 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan.
- 9) PMK No.71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN
- 10) Keputusan Menteri Kesehatan No. 326 Tentang Penyiapan Penyelenggaraan JKN

2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

a. Pengertian

Menurut Undang Undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.

b. Jenis BPJS

Menurut Undang Undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, adalah:

- 1) BPJS Kesehatan, yang berfungsi menyelenggarakan jaminan kesehatan.
- 2) BPJS Ketenagakerjaan, yang berfungsi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun, dan jaminan hari tua.

c. Tugas BPJS

Menurut Undang Undang nomor 24 tahun 2011, BPJS bertugas untuk:

- 1) Melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta
- 2) Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
- 3) Menerima bantuan iuran dari pemerintah
- 4) Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta
- 5) Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
- 6) Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial
- 7) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

3. *Utilization Review*

Utilization review merupakan suatu metode untuk menjamin mutu pelayanan terkait penghematan biaya. Mekanisme pengendalian biaya *utilization review* dengan memeriksa apakah pelayanan secara

medis perlu diberikan dan apakah pelayanan diberikan secara tepat (Aden, 2013). Mekanisme *utilization review* ini meliputi kegiatan *prospective*, *concurrent*, dan *restrospective* (Yuniarti dan Mukti, 2011). *Prospective review* adalah peninjauan terhadap suatu layanan sebelum layanan tersebut diberikan, *concurrent review* adalah peninjauan terhadap suatu layanan selama layanan tersebut diberikan, *retrospective review* adalah peninjauan terhadap suatu layanan setelah layanan tersebut diberikan (Gardner, 2017).

Menurut (Orszag, 2008) utilization review diharapkan mampu mengurangi terjadinya tiga jenis kekurangan dalam kualitas perawatan yang diterima pasien yaitu:

a. Overuse

Adalah keadaan ketika pelayanan kesehatan diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan (PPK) kepada pasien meskipun risiko bahayanya melebihi manfaat yang mungkin atau dengan kata lain tidak dijamin atas dasar medis.

b. Underuse

Adalah keadaan ketika suatu pelayanan kesehatan tidak diberikan kepada pasien meskipun pelayanan tersebut sebenarnya sangat dibutuhkan dalam proses pengobatan.

c. Misuse

Adalah keadaan ketika suatu jenis pelayanan kesehatan diberikan secara tidak tepat atau dengan kualitas dibawah standar.

Overuse terjadi ketika obat atau pengobatan diberikan tanpa pembenaran medis, *underuse* terjadi ketika dokter atau rumah sakit lalai memberi pasien perawatan medis yang diperlukan, *misuse* adalah istilah lain untuk mendeskripsikan kesalahan medis. Ini terjadi ketika perawatan yang diberikan kepada pasien tidak memberikan manfaat atau malah merugikan kepada pasien tersebut.

4. *Utilization Rate*

a. Pengertian

Tingkat utilisasi (*utilization Rate*) merupakan probabilitas terjadinya suatu jenis pelayanan kesehatan, jumlah utilisasi di banding populasi (rerata perbulan) (Dewanto & Lestari, 2014). Angka utilisasi (*utilization rate*) adalah rata-rata jumlah kunjungan rawat jalan baik tingkat pertama atau tingkat lanjut dari seluruh peserta ke sarana pelayanan kesehatan dalam kurun waktu tertentu. Angka kunjungan atau angka utilisasi dinyatakan dalam *rate* dengan formula sebagai berikut:

$$Rate = \frac{X}{Y} \times K$$

Keterangan:

X = jumlah kunjungan

Y = jumlah peserta

K = konstanta (100, 1.000, atau 10.000 dan seterusnya)

b. Faktor yang mempengaruhi *utilization rate*

Menurut Jahangir dan Rubinstein (2012) model pemanfaatan perawatan kesehatan dari Andersen, yang awalnya dikembangkan pada akhir 1960 menunjukkan bahwa penggunaan layanan kesehatan oleh orang-orang merupakan fungsi dari kecenderungan mereka untuk menggunakan layanan, faktor yang memungkinkan atau menghambat penggunaan. Penggunaan layanan dalam model pemanfaatan perawatan kesehatan ini didefinisikan sebagai fungsi dari 3 elemen utama: *need*, *enabling*, dan *predisposing factors*. Faktor *need* meliputi kebutuhan perawatan kesehatan yang dirasakan individu dan indikator lain dari status kesehatan mereka. Faktor *enabling* mencakup item seperti penghasilan individu, status asuransi kesehatan, dan akses ke sumber perawatan reguler. *Predisposing factor* termasuk variabel demografi, status sosial ekonomi, sikap, dan keyakinan.

5. Kendali mutu dan kendali biaya

Peraturan BPJS nomor 8 tahun 2016 menyatakan, kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan dilakukan untuk menjamin agar pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai dengan mutu yang ditetapkan dan diselenggarakan secara efisien. Sistem kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan, berkoordinasi dengan organisasi profesi, asosiasi fasilitas kesehatan, Dinas Kesehatan

Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kementerian Kesehatan. Penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan dilakukan melalui pemenuhan standar mutu yang meliputi:

- a. Standar input pada fasilitas kesehatan;
- b. Standar proses pelayanan kesehatan; dan
- c. Standar luaran kualitas kesehatan Peserta

BPJS Kesehatan menerapkan strategi pengendalian mutu dan biaya pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan baik di FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan) melalui:

- a. Pembentukan tim kendali mutu dan kendali biaya
- b. Pembentukan dewan pertimbangan medik
- c. Peningkatan kerjasama fasilitas kesehatan
- d. Penerapan pembayaran berbasis kinerja

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya yang terbagi atas tim koordinasi dan tim teknis. Tim koordinasi terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi, dan pakar klinis. Tim teknis terdiri dari unsur klinisi yang merupakan komite medis rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Tim koordinasi memiliki wewenang sebagai berikut:

- a. Sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai dengan kompetensi

- b. *Utilization review* dan audit medis
- c. Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan
- d. Berkoordinasi dengan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam hal:
 - 1) Pengaturan kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi
 - 2) *Utilization review* dan audit medis
 - 3) Pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.

Wewenang tim teknis adalah:

- a. Meminta informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan peserta dalam bentuk salinan/fotokopi rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai kebutuhan.
 - b. Melakukan pemantauan dan evaluasi penggunaan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam pelayanan kesehatan secara berkala melalui pemanfaatan sistem informasi kesehatan.
6. Jenis skema pembiayaan

Menurut Park, *et al.* (2007) terdapat enam jenis skema pembiayaan kesehatan yaitu:

a. *Salary*

Pembiayaan salary memiliki skema pendapatan dokter tidak terkait dengan output seperti jumlah layanan atau kualitas layanan. *Salary* adalah sistem pembiayaan dimana penyedia menerima gaji baik dari

fasilitas kesehatan pemerintah atau swasta (Robyn, *et al.*, 2012). Menurut Grignon, *et al.* (2002) dalam sistem *salary*, pendapatan tidak berubah terlepas dari tingkat aktivitas dokter dalam hal jumlah pasien dalam perawatan atau kuantitas layanan yang disediakan per pasien. Sistem *salary* atau gaji ini *provider* dibayar gaji tahunan biasanya untuk bekerja satu set jumlah jam per minggu per tahun (Gosden, 2006). Menurut Econex (2010) insentif yang diciptakan dari skema *salary* berada diantara FFS dan Kapitasi. Skema ini memiliki tingkat keamanan yang cukup baik, namun dokter tidak secara langsung bertanggung jawab atas resiko kerugian yang terjadi dan tidak ada dorongan untuk mengelola biaya. Skema ini identik dengan lebih sedikit tindakan rujukan dibandingkan FFS dan kapitasi, dan lebih sedikit prosedur per pasien, jumlah pasien per dokter lebih rendah, durasi konsultasi lebih lama, dan tindakan lebih ke arah preventif dibandingkan dengan FFS.

Kelebihan skema *salary* :

- 1) Administrasi mudah
- 2) Pembiayaan yang adil
- 3) Pengeluaran dapat dikontrol

Kekurangan skema *salary*:

- 1) Produktivitas rendah
- 2) Kualitas layanan cenderung rendah
- 3) Moral penyedia layanan rendah

b. *Fee for service (FFS)*

Skema pembiayaan FFS melakukan pembayaran kepada dokter sesuai dengan jumlah layanan yang diberikan, oleh karena itu skema ini mendorong dokter untuk memberikan lebih banyak layanan, namun skema ini buruk untuk melakukan kontrol pengeluaran. *Fee for service* adalah sistem pembiayaan berupa penggantian biaya layanan yang ditimbulkan oleh skema asuransi (Robyn, *et al.*, 2012). Menurut Grignon, *et al.* (2002) FFS adalah bentuk pembayaran yang paling spesifik dan paling inklusif untuk layanan medis. Bentuk pembayaran dalam FFS masih merupakan harga tetap, ketika konsultasi dibayar dengan tarif tetap, tidak ada bedanya apakah itu panjang atau pendek, apakah dilakukan pemeriksaan klinis atau hanya memperbarui resep. Menurut Econex (2010) kritik dari skema ini adalah insentif untuk *overutilization* dan *supplier induced demand*, karena semakin banyak layanan yang diberikan semakin tinggi pula pendapatan dokter namun pengeluaran penyedia semakin besar. Inti masalah dari skema ini adalah FFS memberikan *reward* berdasarkan volume dan intensitas dibandingkan nilai layanan.

Kelebihan skema FFS :

- 1) Aksesibilitas tinggi
- 2) Kompetitif

Kekurangan skema FFS:

- 1) Overprovisi
- 2) Biaya administrasi tinggi

c. *Diagnostic Related Grouping (DRG)*

Diagnostic Related Grouping adalah harga tetap per penerimaan, dengan pembayaran yang mencerminkan karakteristik pasien (diagnosis dan usia mereka), layanan kesehatan yang disediakan (kode prosedur), dan karakteristik penyedia (tipe rumah sakit) (Ellis, *et al.*, 2015). Menurut Szende dan Mogyorosy (2004) dalam sistem DRG dasar penggantian biaya merupakan pasien individu tetapi dengan penekanan khusus pada diagnosis rinci dan faktor tambahan yang mempengaruhi pengobatan, seperti keparahan, status komorbiditas dan jenis intervensi.

Kelebihan skema DRG :

- 1) Kontrol pengeluaran baik
- 2) Perawatan hemat biaya

Kekurangan skema DRG:

- 1) Seleksi pasien
- 2) *Under-treatment*

d. *Capitation*

Capitation adalah sistem pembiayaan dimana penyedia menerima pembayaran tetap per peserta yang terdaftar. Sebagai imbalan atas pembayaran tetap ini, pasien berhak atas layanan paket

tunjangan yang telah ditentukan sebelumnya (Robyn, *et al.*, 2012). Menurut Barnum, *et al.* (1995) dalam sistem kapitasi penyedia dibayar secara berkala sejumlah tetap per orang yang diasuransikan untuk membiayai biaya paket layanan yang ditetapkan. Menurut Grignon, *et al.* (2002) dalam sistem kapitasi dokter dibayar dengan jumlah yang sama untuk pasien tanpa memperhatikan jumlah layanan yang diberikan. Penghasilan dokter bervariasi hanya sesuai dengan jumlah pasien yang diambil. Menurut Barnum, *et al.* (1995) sistem kapitasi memiliki keuntungan dan kerugian, keuntungan sistem kapitasi adalah:

- 1) Biaya yang dapat diprediksi untuk pemegang dana
- 2) Penyedia memiliki insentif untuk beroperasi secara efisien
- 3) Menghilangkan permintaan yang diinduksi oleh pemasok
- 4) Biaya administrasi sedang

Sedangkan kerugiannya adalah:

- 1) *Provider* beresiko bangkrut, *provider* mungkin berusaha meminimalkan risiko dengan “*cream skimming*” atau mendaftarkan pasien beresiko rendah.
- 2) *Provider* beresiko menyediakan layanan di bawah standar atau tidak sesuai dengan ketentuan

e. *Budgetary transfer*

Budgetary transfer adalah bentuk pembayaran yang paling umum untuk fasilitas umum, biasanya melalui alokasi *line-item* dari

otoritas kesehatan pemerintah (biasanya kementerian kesehatan) untuk program atau fasilitas tertentu (Barnum, *et al.*, 1995).

f. Per diem

Skema pembiayaan per diem melibatkan jumlah tetap harian yang tidak dibedakan terhadap tingkat layanan yang diberikan tetapi spesifik terhadap jenis perawatan yang diberikan, misalnya ICU dibandingkan bangsal umum atau dengan perawatan bersalin (Econex, 2010). Insentif dominannya diperoleh dari jumlah hari di rumah sakit, hal tersebut dapat dicapai dengan meningkatkan penerimaan di rumah sakit dan rata-rata lama tinggal.

Skema pembayaran lainnya adalah *Case based reimbursement (CBR)*. *Case based reimbursement* adalah sistem pembiayaan dimana penyedia dibayar sejumlah yang telah ditentukan meliputi semua layanan per kasus atau episode penyakit. Metode dasar penggantian berbasis kasus adalah untuk menggabungkan layanan ke dalam kategori kasus berbeda yang cukup homogen sehubungan dengan penggunaan sumber daya dan mengganti jumlah tetap per kategori (Barnum, *et al.*, 1995).

7. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut dalam JKN

a. Jenis pelayanan

Menurut Dewanto dan Lestari (2014), pada sistem JKN pelayanan kedokteran gigi oleh PDGI sebagai organisasi profesi bidang kedokteran gigi ditetapkan berada dalam strata pelayanan

primer dan sekunder. Berdasarkan peraturan BPJS kesehatan nomor 1 tahun 2014, pelayanan kesehatan gigi primer antara lain:

- 1) Konsultasi
- 2) Pencabutan gigi sulung
- 3) Pencabutan gigi permanen
- 4) Tumpatan dengan Resin Komposit (tumpatan sinar)
- 5) Tumpatan dengan Semen Ionomer Kaca
- 6) *Pulp capping* (proteksi pulpa)
- 7) Kegawatdaruratan Oro-dental
- 8) *Scaling* (pembersihan karang gigi) dibatasi satu kali per tahun
- 9) Premedikasi/Pemberian obat

b. Sistem pembiayaan JKN

Sistem pembiayaan dalam pelayanan kedokteran gigi pelayanan primer adalah *fee for service* untuk pasien mandiri dan sistem pembiayaan kapitasi untuk pasien program JKN. *Fee for service* adalah sistem pembiayaan dimana *provider* dibayar oleh pasien untuk setiap layanan yang mereka berikan (Spector, 2015). Menurut Dewanto dan Lestari (2014) kapitasi adalah metode pembayaran pelayanan kesehatan dimana *provider* dibayar dengan jumlah yang tetap per peserta per periode waktu untuk pelayanan kesehatan yang telah ditentukan, pembayaran dilakukan dimuka tanpa memperhatikan jumlah pemakaian pelayanan kesehatan pada *provider* tersebut. Rumus untuk menghitung kapitasi yang diperoleh

provider adalah angka utilisasi dikalikan dengan *unit cost* (Hendratini, 2012). Angka utilisasi adalah tingkat pemanfaatan suatu fasilitas pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh provider yang dinyatakan dalam bentuk persen (Budiarto dan Kristiana, 2015). Sistem pembiayaan DRG (*diagnosis related group*) digunakan pada pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (Dewanto & Lestari, 2014). Menurut Spector, *et al.* (2015) sistem pembiayaan DRG adalah sistem pembiayaan yang menggabungkan semua layanan rumah sakit yang terkait dengan masuk rawat inap medis atau bedah tunggal. Idenya adalah bahwa rumah sakit dibayar satu harga, atau tingkat kasus, untuk masuk daripada membayar harga per hari untuk menginap rawat inap (alias per *diem rate*) atau untuk setiap layanan yang disediakan selama masa tinggal itu. Menurut Dewanto dan Lestari (2014) besar tarif yang dibayarkan kepada *provider* berdasarkan kelompok diagnosa, di Indonesia menggunakan kelompok diagnosa INA CBG`s (*Indonesia Case Based Group*).

Berdasarkan keputusan besaran kapitasi untuk Dokter Gigi oleh pemerintah sesuai dengan SK Menkes Nomor 69 Tahun 2013 adalah sebesar Rp. 2.000,-/orang/bulan. Berdasarkan simulasi perhitungan kapitasi menurut PDGI dalam Dewanto dan Lestari (2014), rasio utilisasi per tindakan adalah:

- 1) Pencabutan satu gigi dengan injeksi: 0,6
- 2) Pencabutan satu gigi dengan topical anestesi: 0,23

- 3) Tumpatan *direct composite*: 0,2
 - 4) Pemeriksaan dengan pemberian obat: 0,1
 - 5) Tumpatan direct GIC: 0,2
 - 6) Kegawat-daruratan dental: 0,5
 - 7) Scalling (1 tahun sekali): 0,2
- c. Pemanfaatan dana kapitasi JKN

Berdasarkan PMK nomor 21 tahun 2016, dana kapitasi yang diberikan oleh BPJS kepada *provier* sepenuhnya dimanfaatkan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Alokasi biaya operasional meliputi biaya kegiatan operasional pelayanan kesehatan, kebutuhan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.

8. Fasilitas Kesehatan

a. Pengertian

Menurut PMK no 71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional, fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.

b. Jenis fasilitas kesehatan

Menurut Undang Undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, menurut jenis

pelayanannya terdiri atas pelayanan kesehatan perseorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu meliputi:

- 1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama
- 2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua
- 3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga.

Fasilitas kesehatan tersebut dilaksanakan oleh pihak pemerintah, pemerintah daerah, dan swasta.

Menurut PMK nomor 89 tahun 2015, Fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut terdiri atas fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut dasar serta melakukan rujukan. Fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut dalam bentuk:

- 1) Pelayanan medik gigi dan mulut dasar;
- 2) Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut; dan
- 3) Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut penunjang.

Menurut PMK nomor 71 tahun 2013, Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dapat berupa:

- 1) Puskesmas atau yang setara;
- 2) Praktik dokter
- 3) Praktik dokter gigi

- 4) Klinik pratama atau yang setara
- 5) Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara

Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan berupa:

- 1) Klinik utama atau yang setara;
- 2) Rumah sakit umum; dan
- 3) Rumah sakit khusus.

Menurut Azwar (1996) syarat pokok pelayanan kesehatan antara lain:

1) *Available and continuous*

Artinya jenis pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan serta tersedia setiap saat dibutuhkan masyarakat.

2) *Acceptable and appropriate*

Artinya pelayanan kesehatan dapat diterima dengan wajar, serta tidak bertentangan dengan keyakinan, kepercayaan, adat, dan budaya masyarakat sekitar.

3) *Accessible*

Artinya pelayanan kesehatan mudah dicapai, terutama dari sudut lokasi penyedia layanan kesehatan.

4) *Affordable*

Artinya pelayanan kesehatan mudah dijangkau oleh masyarakat terutama dari sudut biaya, sehingga diharapkan sesuai dengan kemampuan masyarakat sekitar.

5) *Quality*

Artinya adalah kesempurnaan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, yaitu pemakai jasa pelayanan merasa puas akan pelayanan yang diberikan dan pemberi layanan memberikan pelayanan sesuai kode etik dan standar yang telah ditentukan.

9. Klinik Pratama 24 jam Firdaus UMY

Klinik Pratama 24 jam Firdaus UMY adalah sebuah klinik pratama swasta milik Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yang beralamat di Jalan Kapten Piere Tendean No. 56 Yogyakarta. Berdasarkan profil yang terdapat pada *website* resmi klinik, Klinik Pratama Firdaus didirikan pada tanggal 10 Desember 2014 dan mulai beroperasi pada tanggal 2 Mei 2015. Tenaga kesehatan yang dimiliki Klinik Pratama Firdaus antara lain, dokter umum berjumlah delapan orang, dokter gigi berjumlah lima orang, apoteker berjumlah dua orang, D3 farmasi berjumlah satu orang, perawat berjumlah lima orang, bidan berjumlah satu orang. Tenaga non kesehatan antara lain, administrasi keuangan berjumlah satu orang, petugas rekam medis berjumlah satu orang, ahli IT berjumlah satu orang, *cleaning services* berjumlah dua orang, dan satpam berjumlah tiga orang. Jenis pelayanan dan jam layanan Klinik Pratama Firdaus antara lain:

a. Praktek Dokter Umum

Delapan dokter umum siap memberikan pelayanan kesehatan setiap hari Senin sampai Sabtu 24 jam secara bergantian.

b. Praktek Dokter Gigi

Lima dokter gigi siap untuk memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut setiap hari Senin sampai Sabtu pukul 12.30 – 19.30 secara bergantian. Pembagian shift terdiri dari pukul 12.30 sampai 16.00 untuk shift satu dan pukul 16.00 sampai 19.30 untuk shift dua.

c. Pelayanan KIA/KB dan USG

Pelayanan KIA dilayani setiap hari oleh dokter dan atau bidan. Pelayanan USG kehamilan dan KB IUD/Implant dilayani sesuai perjanjian.

d. Pelayanan Konseling

Pelayanan konseling setiap hari Rabu pukul 14.00 – 21.00 dan hari lain dilayani sesuai perjanjian.

e. Klinik Berhenti Merokok

Pelayanan berhenti merokok komprehensif dilayani setiap hari Rabu pukul 14.00 – 21.00 dan hari lain sesuai perjanjian.

f. Kegiatan Senam, Edukasi, dan *Home Visit* pasien

Kegiatan senam rutin dilakukan setiap hari Rabu pukul 15.30 dengan didampingi oleh dokter sebagai educator. Kegiatan edukasi bulanan dilaksanakan satu kali setiap bulan oleh pakar sesuai topic. Kegiatan

home visit pasien dilaksanakan berkala kepada pasien-pasien yang perlu untuk dimonitor dan evaluasi.

Fasilitas yang dimiliki Klinik Pratama Firdaus antara lain:

- 1) Gedung satu lantai diatas tanah seluas 748 m²
- 2) Tempat parkir di depan dan samping gedung
- 3) Satu ruang pendaftaran
- 4) Satu ruang tunggu pendaftaran
- 5) Satu ruang tunggu pemeriksaan
- 6) Dua ruang periksa dokter umum
- 7) Satu ruang periksa dokter gigi
- 8) Satu ruang administrasi/manajemen
- 9) Satu ruang tindakan
- 10) Satu ruang edukasi/penyuluhan
- 11) Satu ruang farmasi
- 12) Satu ruang serba guna
- 13) Satu ruang mushola
- 14) Satu ruang ibu menyusui
- 15) Empat ruang toilet

Mulai tanggal 1 Juni 2015 Klinik Pratama Firdaus bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, sehingga pelayanan kesehatan pada Klinik Pratama Firdaus dapat digunakan bagi pemegang kartu BPJS, Dana Sehat Muhammadiyah (DSM) dan pasien umum atau mandiri yang membayarkan pengobatannya sendiri. Berdasarkan rekapitulasi data

peserta JKN di Klinik Pratama Firdaus pada Bulan Oktober 2017 sampai Maret 2018 adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Jumlah peserta JKN dan kunjungan di Klinik Pratama Firdaus Bulan Oktober 2017 sampai Maret 2018

Bulan	Jumlah peserta BPJS terdaftar	Kunjungan BPJS	Kunjungan non BPJS	Jumlah
Oktober 2017	8284	1270	2821	4091
November 2017	8348	2099	2883	4982
Desember 2017	8517	2092	2169	4261
Januari 2018	8698	2365	1254	3619
Februari 2018	8924	231	2759	5110
Maret 2018	9146	2348	2778	5126

Besaran kapitasi yang diterima oleh Klinik Pratama Firdaus berdasarkan SK Menkes nomor 69 tahun 2013 adalah sebesar Rp 10.000,- /orang/bulan hal ini dikarenakan Klinik Pratama Firdaus memiliki pelayanan dokter umum dan dokter gigi.

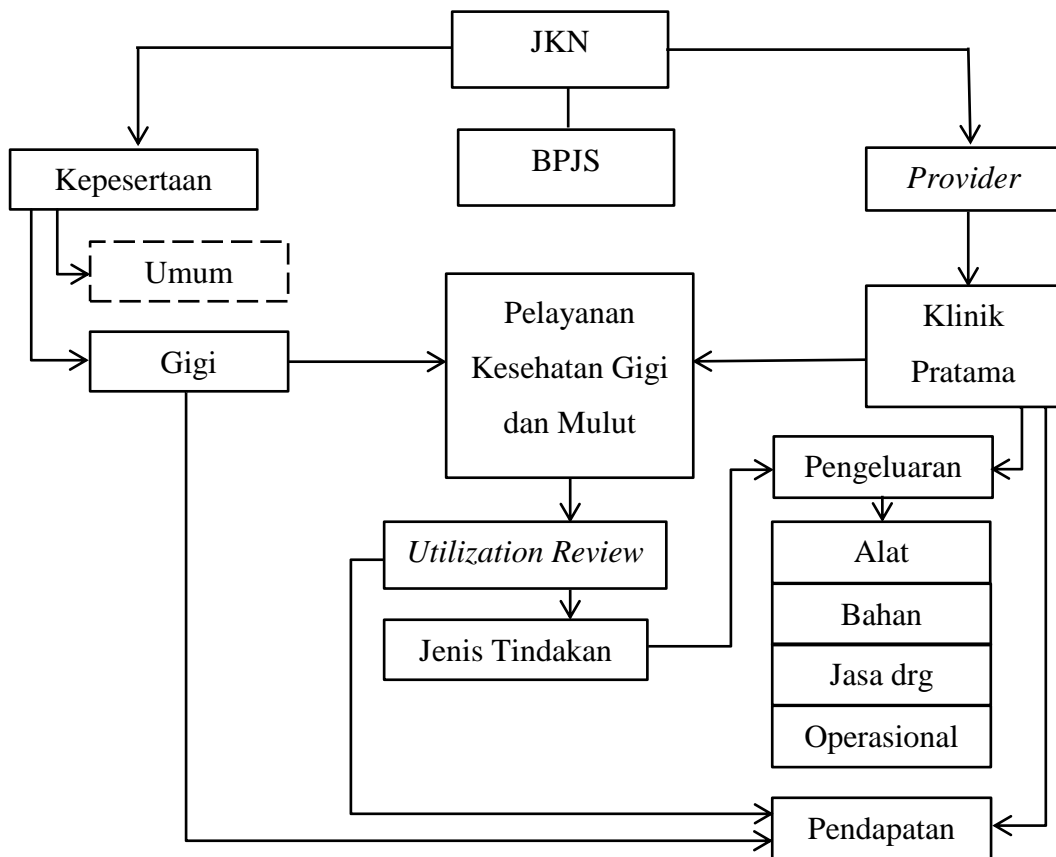
B. Landasan Teori

Jaminan kesehatan nasional adalah 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. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut adalah salah satu jenis pelayanan kesehatan yang dijamin dalam JKN. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut masuk ke dalam tingkat pelayanan kesehatan primer dan sekunder. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut primer dilaksanakan oleh penyedia pelayanan kesehatan tingkat satu, yaitu salah satunya adalah klinik pratama. Sistem pembayaran untuk pelayanan kesehatan primer pada era JKN adalah

menggunakan sistem kapitasi. Kapitasi adalah metode pembayaran pelayanan kesehatan dimana *provider* dibayar dengan jumlah yang tetap per peserta per periode waktu untuk pelayanan kesehatan yang telah ditentukan, Pembayaran dilakukan dimuka tanpa memperhatikan jumlah pemakaian pelayanan kesehatan pada *provider* tersebut, sehingga sistem kapitasi memiliki resiko finansial yang cukup besar. Besaran kapitasi untuk pelayanan kesehatan gigi dan mulut adalah sebesar Rp 2.000,-/orang/bulan, sehingga pendapatan yang diperoleh klinik pratama untuk pelayanan kesehatan gigi dan mulut adalah Rp 2.000,- dikalikan jumlah peserta BPJS yang terdaftar di klinik. Pengeluaran untuk menyediakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut tergantung dari tingkat pemanfaatan layanan (utilisasi), semakin tinggi angka utilisasi maka pengeluaran klinik juga akan semakin besar. Pengeluaran rata-rata dokter gigi untuk satu kali kunjungan menurut BPJS adalah sebesar Rp 115.000,-, nilai tersebut bila dibandingkan dengan rata-rata biaya yang mampu dikeluarkan oleh Klinik Pratama Firdaus dalam satu kali kunjungan pada Desember 2017 sangatlah jauh berbeda, yaitu sebesar Rp 82.689,-. Berdasarkan perhitungan pendapatan dan pengeluaran pelayanan kesehatan gigi dan mulut menurut persepsi PDGI, apabila *provider* memiliki peserta dibawah 10.000 peserta maka *provider* tersebut akan menghadapi resiko kerugian, sedangkan jumlah peserta BPJS Klinik Pratama Firdaus pada Bulan Desember 2017 berjumlah 8.517 orang. Berdasarkan fakta tersebut maka perlu dilakukan perhitungan kecukupan pendapatan dari kapitasi berdasarkan *utilization review* pelayanan

kesehatan gigi dan mulut agar Klinik Pratama Firdaus dapat terhindar dari resiko kerugian finansial.

C. Kerangka Konsep



Gambar 1. kerangka konsep

Keterangan :

————— : Diteliti

----- : Tidak diteliti

D. Pertanyaan penelitian

1. Bagaimanakah gambaran kecukupan pendapatan dari sistem kapitasi berdasarkan *utilization review* di Klinik Pratama Firdaus.