

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Pustaka**

##### **1. *Utilization Review***

*Utilization review* merupakan suatu metode untuk menjamin mutu pelayanan terkait penghematan biaya. Manfaat dari *utilization review* adalah mengevaluasi ketepatan penggunaan pelayanan kesehatan agar menghilangkan dan mengurangi hal-hal yang tidak perlu serta resiko potensial pasien (Aden, 2013). *Utilization review* ini meliputi kegiatan *prospective*, *concurrent*, dan *restrospective* (Mukti dan Yuniarti, 2011).

Kegiatan *prospective* adalah kegiatan yang dilakukan untuk menentukan kebutuhan pelayanan kesehatan sebelum dimulainya kegiatan pelayanan kesehatan, misalnya adanya surat jaminan dari badan penyelenggara yang menyatakan bahwa peserta dapat dirawat sesuai dengan paket pelayanan yang telah disetujui. Kegiatan *concurrent* adalah kegiatan yang bertujuan untuk mempengaruhi pemanfaatan pada saat kegiatan pelayanan kesehatan sedang berlangsung. Kegiatan *retrospective* adalah *utilization review* yang dilakukan setelah pelayanan kesehatan diberikan kepada pasien, biasanya dilakukan dengan *claim review* kajian apakah klaim sesuai *review* (kajian terhadap pola pemanfaatan pelayanan kesehatan dan pola pembiayaan pada masing–masing unit PPK) (Aden, 2013). Menurut Ilyas ( 2014), *utilization review* sebagai sistem pengendali dimaksudkan agar pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan

kebutuhan pasien, sehingga tidak akan ada kecurangan dari pihak PPK dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berlebihan (*over utilization*), mengurangi pelayanan kesehatan yang diberikan (*under utilization*), atau bahkan memberikan pelayanan yang tidak semestinya (*inappropriate*).

## 2. *Utilization Rate*

*Utilization rate* adalah tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan dilihat dari jumlah kunjungan dibanding populasi. Rasio utilisasi per bulan dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut :

$$\frac{\text{jumlah kunjungan (JK) pasien BPJS per bulan}}{\text{jumlah total peserta (JP) BPJS}} \times 100 \%$$

Angka utilisasi ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain karakteristik populasi, sifat sistem pelayanan, manfaat yang ditawarkan, dan kebijakan asuransi. Menurut Walia,dkk. (2014), ada beberapa faktor yang mempengaruhi kunjungan pasien ke penyedia layanan kesehatan antara lain karakter demografi, faktor kebutuhan, pola penyakit, dan pelayanan yang diberikan oleh penyedia layanan.

Menurut Dewanto dan Lestari (2014) perhitungan perkiraan angka kunjungan berdasarkan utilisasi yang ditetapkan dan perkiraan jumlah peserta yang dapat di layani dokter gigi adalah 10.000, maka perkiraan jumlah kunjungan per bulan untuk tiap tindakan adalah :

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
<b>Utilisasi Total</b>	<b>2,03</b>	<b>203</b>

Sumber : Panduan Pelaksanaan Pelayanan Kedokteran Gigi dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional

Gambar 1. Estimasi jumlah kunjungan perbulan berdasarkan utilisasi

Perkiraan *utilization rate* dengan jumlah peserta 10.000 adalah sebesar 2% karena bila jumlah peserta dibawah 10.000 dengan *utilization rate* diatas 2% maka akan mengakibatkan dokter gigi mengalami kerugian karena biaya yang akan dikeluarkan oleh dokter gigi akan lebih banyak, dan apabila jumlah peserta melebihi 10.000 maka dikhawatirkan mutu dari pelayanan akan berkurang.

Utilisasi pelayanan kesehatan merupakan interaksi antara konsumen dan provider. Konsumen tersebut yaitu meliputi masyarakat, keluarga, atau individu-individu sebagai sasaran dari pelayanan kesehatan, sedangkan provider merupakan tenaga kesehatan yang melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Hasil dari interaksi ini adalah adanya pemahaman antara konsumen dan provider tentang kesehatan sebagai

kebutuhan. Data utilisasi sangat dibutuhkan untuk menentukan besaran kapitasi (Dewanto dan Lestari, 2014).

### **3. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut**

Pelayanan kesehatan gigi primer adalah suatu pelayanan kesehatan dasar paripurna dalam bidang kesehatan gigi dan mulut yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan gigi dan mulut setiap individu dalam keluarga binaannya. Pemberi pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang ada pada fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah dokter gigi di puskesmas, dokter gigi di klinik dan dokter gigi praktik mandiri atau perorangan, sedangkan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan adalah dokter gigi spesialis dan atau dokter gigi subspecialis (BPJS Kesehatan, 2014).

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut merupakan bagian dari integral pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Sebanyak 87% warga Indonesia pernah mengeluhkan sakit gigi tetapi mereka tidak berobat, dan 69,3 % mengobati dirinya sendiri. Langkah yang diambil pemerintah Indonesia untuk meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut penduduk Indonesia adalah melalui pelayanan kesehatan tingkat pertama yang dilaksanakan secara efisien, efektif, dan berkualitas. Salah satu cara untuk mencapai hal tersebut adalah dengan cara pendekatan pelayanan kedokteran gigi keluarga (KMK Nomor 1415, 2005).

Pelayanan kedokteran gigi keluarga adalah suatu pelayanan kesehatan dasar perorangan paripurna dalam bidang kesehatan gigi dan mulut yang memusatkan layanan kepada individu dalam keluarga binaan.

Pelayanan kedokteran ini bersifat paripurna yaitu bersifat promotif, preventif kuratif, dan rehabilitatif serta berkesinambungan. Sesuai dengan KMK Nomor 62 HK.02.02 (2015), seorang dokter gigi diharapkan mampu memberikan pelayanan untuk semua jenis layanan kesehatan gigi dan mulut sesuai dengan kompetensinya, namun belum semua penyakit gigi dan mulut yang menjadi kompetensi dokter gigi dapat menjadi paket manfaat dalam JKN karena adanya keterbatasan. Jenis penyakit gigi dan mulut telah diberikan kode tersendiri dengan menggunakan kode *international classification of disease 10* ( ICD-10 ), misalnya untuk karies dentin diberikan kode K02, penyakit pulpa dan jaringan periapikal dengan kode K04, gingivitis dan penyakit periodontal dengan kode K05 dan lain sebagainya, sedangkan tindakan perawatan yang dilakukan dokter gigi harus sesuai dengan ICD-9CM, berikut adalah tabel kesesuaian diagnosa penyakit dengan tindakan perawatannya :

Tabel 1. Kesesuaian Diagnosa Penyakit dengan Tindakan Perawatan sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9CM

Kode Penyakit	Tindakan Perawatan ICD-9 CM
K00	1. Dental examination 2. Pencabutan gigi permanen 3. pencabutan gigi decidui 4. Pencabutan sisa akar
K01	1. Dental examination 2. Xray 3. Pencabutan gigi
K02	1. Dental examination 2. Tumpat 3. PSA 4. DHE 5. Devitalisasi 6. Pulpektomi

Lanjutan tabel 1

K03	1. Dental examination 2. Tumpat 3. Inlay 4. DHE 5. TAF 6. Scalling
K04	1. Tumpat 2. PSA 3. Devitalisasi 4. Xray 5. Pencabutan gigi 6. Incisi 7. Premedikasi
K05	1. Dental examination 2. Scalling 3. Incisi 4. Debridemen 5. Plaque removal
K06	—
K07	1. Xray 2. Perawatan Orthodontic
K08	1. Pencabutan gigi 2. Pencabutan sisa akar 3. Denture
K09	—
K10	—
K11	—
K12	1. Dental examination
K13	—
K14	—

Sumber : KMK Nomor 62 HK.02.02, 2015

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang dapat dilayani dengan menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional sesuai dengan surat edaran BPJS Kesehatan nomor 011 (2014) adalah administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyedia dan pemberi surat rujukan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di fasilitas tingkat pertama; pemeriksaan, pengobatan, konsultasi

medis; premediaksi; kegawatdaruratan oro-dental; pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi); pencabutan gigi permanen tanpa penyulit; tumpatan komposit atau GIC.

Pelayanan kedokteran gigi yang tidak dapat dilayani menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional antara lain pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku; pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat; pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri; pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik; pelayanan meratakan gigi (orthodonsi); biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan BPJS (Kementerian Kesehatan,2014)

Prinsip dari pelayanan kedokteran gigi primer antara lain :

a. Kontak pertama

Dokter gigi sebagai pemberi pelayanan yang pertama kali ditemui pasien dalam masalah kesehatan gigi dan mulut.

b. Layanan bersifat pribadi (*personal care*).

Adanya hubungan yang baik dengan pasien dan seluruh keluarganya akan memberi peluang dokter gigi untuk memahami masalah pasien secara lebih luas.

c. Pelayanan paripurna (*comprehensive*)

Dokter gigi memberikan pelayanan menyeluruh dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan (*kuratif*), dan

pemulihan (*rehabilitative*), dengan demikian pelayanan kesehatan gigi akan berorientasi pada paradigme sehat.

d. Paradigma sehat

Dokter gigi mampu mendorong masyarakat untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri.

e. Pelayanan berkesinambungan (*continous care*)

Prinsip ini yang melandasi hubungan jangka panjang antara Dokter gigi dan pasien dengan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang berkesinambungan dalam beberapa tahap kehidupan pasien.

f. Koordinasi dan kolaborasi

Dokter gigi di fasilitas kesehatan tingkat pertama perlu berkonsultasi dengan disiplin lain, merujuk ke spesialis dan memberikan informasi yang sejelas-jelasnya kepada pasien, untuk mengatasi masalah pasiennya.

g. *Family and community oriented*

Dokter gigi di fasilitas kesehatan tingkat pertama mempertimbangkan kondisi pasien terhadap keluarga tanpa mengesampingkan pengaruh lingkungan sosial dan budaya setempat.

(Kementerian Kesehatan, 2014).

#### **4. Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun *rehabilitative* yang dilakukan oleh pemerintah daerah dan atau masyarakat (Permenkes Nomor 75, 2014). Berdasarkan Permenkes



Nomor 6 (2013), untuk menyelenggarakan suatu upaya pelayanan kesehatan diperlukan suatu fasilitas pelayanan kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan terdiri dari :

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, merupakan tempat diselenggarakannya upaya pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Fasilitas pelayanan kesehatan ini hanya memberikan pelayanan kesehatan dasar saja, fasilitas ini meliputi puskesmas, rumah sakit kelas D pratama, klinik pratama, praktik dokter, dan praktik dokter gigi (Permenkes Nomor.71 , 2013),
- b. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat kedua, merupakan fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan spesialistik,
- c. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat ketiga, merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dasar, spesialistik, dan sub-spesialistik.
- d. Jumlah dari fasilitas pelayanan kesehatan di setiap daerah berbeda-beda jumlah dan jenisnya tergantung kebijakan dari pemerintah daerah tersebut. Jumlah dan jenis fasilitas kesehatan tiap daerah ditentukan berdasarkan luas wilayah, kebutuhan kesehatan, jumlah persebaran penduduk, pola penyakit, pemanfaatan, fungsi sosial, dan kemampuan dalam memanfaatkan teknologinya (UU Nomor 36, 2009). Berdasarkan Permenkes Nomor 71 (2013), fasilitas kesehatan yang

bekerja sama dengan BPJS kesehatan adalah fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama tersebut terdiri dari puskesmas atau yang setara; praktik dokter; praktik dokter gigi; klinik pratama atau yang setara; Rumah Sakit kelas D pratama atau yang setara; sedangkan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan adalah klinik utama atau yang setara; Rumah Sakit Umum; Rumah Sakit Khusus.

#### **5. Puskesmas Kota Yogyakarta**

Puskemas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, yang lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Setiap kecamatan harus mempunyai setidaknya satu puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama tetapi dalam keadaan tertentu dalam satu kecamatan boleh memiliki lebih dari satu puskesmas. Pertimbangan mendirikan lebih dari satu puskesmas di suatu kecamatan antara lain pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan, jumlah penduduk dan aksesibilitas (Permenkes nomor 75, 2014).

Puskesmas sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan tingkat pertama, menerapkan dua tipe tarif yang meliputi tarif kapitasi dan tarif non kapitasi. Besarnya tarif kapitasi ini ditentukan berdasarkan seleksi dan kredensial yang dilakukan BPJS kesehatan dan Dinas Kesehatan

Kabupaten atau Kota, sedangkan tarif non kapitasi diberlakukan bila pelayanan yang diberikan oleh puskesmas diluar dari lingkup pembayaran kapitasi (Permenkes Nomor 59, 2014).

Kota Yogyakarta memiliki luas wilayah 32, 5 km<sup>2</sup> , terdiri dari 14 kecamatan, 45 kelurahan, 617 RW, dan 2532 RT (Profil Kota Yogyakarta, 2012). Kota Yogyakarta mempunyai 18 puskesmas yang semuanya belum terakreditasi namun sudah bekerja sama dengan BPJS kesehatan (Dinkes, 2014). Jumlah peserta dari tiap puskesmas tersebut berbeda-beda yang dapat dikelompokkan menjadi 3 yaitu puskesmas :

Tabel 2. Jumlah Kepesertaan BPJS Kesehatan Puskesmas Kota Yogyakarta Tahun 2014

Puskesmas	Jumlah Kepesertaan BPJS Kesehatan Akhir Tahun 2014
Jumlah Kepesertaan Rendah (<10.000)	
Gondokusuman II	4.204
Danurejan I	7.197
Danurejan II	3.136
Pakualaman	4.529
Gondomanan	7.544
Kota Gede II	5.339
Jumlah Kepesertaan Rendah (<10.000)	
Umbul Harjo II	8.157
Kraton	8.850
Ngampilan	7.551
Jumlah kepesertaan mendekati ideal (10.000)	
Kota Gede I	10.891
Gedong Tengen	10.176
Gondokusuman I	11.034
Jumlah Kepesertaan Tinggi (>10.000)	
Jetis	13.715
Mergangsan	14.608
Wirobrajan	14.977
Tegal Rejo	18.931
Umbul Harjo I	18.937
Mantriweron	17.904

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 2015

Puskesmas dengan jumlah peserta BPJS kesehatan paling sedikit adalah Puskesmas Danurejan II, puskesmas dengan jumlah peserta yang ideal adalah Puskesmas Gedong Tengen, dan puskesmas dengan jumlah peserta terbanyak adalah Puskesmas Umbul Harjo I.

## **6. Jaminan Kesehatan Nasional**

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan yang mempunyai tujuan agar pesertanya memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan pemerintah (Permenkes Nomor 71, 2013). Program JKN ini diselenggarakan oleh pemerintah melalui mekanisme asuransi sosial, program ini merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Unsur–unsur penting yang harus ada dalam penyelenggaraan JKN antara lain regulator, peserta, pemberi pelayanan kesehatan, dan badan penyelenggara (Permenkes Nomor 28, 2014).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 (2013) pelayanan kesehatan tingkat pertama yang dijamin oleh JKN adalah:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialisistik yang terdiri dari administrasi pelayanan; pelayanan promotif dan preventif; pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis; tindakan medis non spesialisistik, baik operatif maupun non operatif; pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis; pemeriksaan penunjang diagnostic

laboratorium tingkat pertama; Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis.

- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut mencakup administrasi pelayanan; pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialis oleh dokter spesialis dan subspesialis; tindakan medis spesialisik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis; pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis; rehabilitasi medis; pelayanan darah; pelayanan kedokteran forensik klinik; pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan; perawatan inap non intensif dan; perawatan inap di ruang intensif.

Jaminan Kesehatan Nasional menggunakan sistem kapitasi dalam sistem pembiayaan pelayanan primer, sedangkan untuk pelayanan sekunder dan tersier menggunakan system *Diagnosis Related Group* (DRG). Sistem kapitasi adalah pembayaran di muka yang diberikan kepada pemberi pelayanan kesehatan berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar dan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan yang dibayarkan setiap bulannya (Permenkes Nomor 69, 2013), sedangkan sistem DRG besarnya tarif ditentukan berdasarkan kelompok diagnosa yang kita kenal dengan istilah INA CBG's atau *Indonesia Case Based Group* (Dewanto dan Lestari, 2013).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan melakukan pembayaran ke fasilitas kesehatan tingkat pertama melalui sistem kapitasi dengan ketentuan apabila dokter gigi tersebut praktik mandiri pembayaran

diberikan langsung kepada dokter gigi berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar, sedangkan untuk dokter gigi yang praktik di klinik atau puskesmas pembayaran tidak diberikan langsung kepada dokter gigi melainkan kepada klinik atau puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama. Pemerintah telah menetapkan besarnya kapitasi untuk puskesmas yang mempunyai poli gigi dan dokter gigi adalah sebesar Rp. 6000,- per peserta/bulan. Pembagian dana kapitasi mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 yang menyebutkan bahwa jasa pelayanan kesehatan di Fasilitas kesehatan tingkat pertama ditetapkan sekurang-kurangnya 60% dari penerimaan dana kapitasi JKN, dan sisanya dimanfaatkan untuk biaya operasional pelayanan kesehatan.

#### **7. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan suatu badan hukum yang dibentuk oleh pemerintah yang bertujuan untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (UU Nomor 24, 2011). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan ini bertugas menyelenggarakan program JKN, yang implementasinya telah dimulai sejak tanggal 1 Januari 2014 (Permenkes Nomor 28, 2014). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dibentuk dengan tujuan mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan anggota keluarganya (UU Nomor 24,2011).

Kepesertaan BPJS menurut Perpres Nomor 12 (2013) dibagi menjadi dua kelompok yaitu Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan mengembangkan sistem kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan medik peserta. Kendali mutu dan kendali biaya pada tingkat fasilitas kesehatan dilakukan oleh fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan. Penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya oleh BPJS Kesehatan dilakukan melalui pemenuhan standar mutu fasilitas kesehatan, pemenuhan standar proses pelayanan kesehatan, dan pemantauan terhadap luaran kesehatan peserta (permenkes nomor 71, 2013).

## **B. Landasan Teori**

Jaminan Kesehatan Nasional adalah salah satu bagian dari program jaminan sosial yang bergerak di bidang kesehatan, diselenggarakan oleh pemerintah dengan tujuan memberikan perlindungan kesehatan bagi setiap pesertanya melalui mekanisme asuransi yang iurannya dibayarkan oleh peserta maupun pemerintah. Program ini resmi dilaksanakan mulai tanggal 1 Januari 2014. Pemerintah juga membentuk suatu badan yang bertugas menyelenggarakan jaminan kesehatan tersebut, yaitu BPJS Kesehatan. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS adalah pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut. Sistem JKN, pelayanan kedokteran gigi masuk dalam pelayanan primer dan sekunder yang

dapat dilayani di fasilitas kesehatan tingkat pertama terutama di puskesmas. Layanan kesehatan gigi dan mulut yang dapat dilayani di fasilitas kesehatan tingkat pertama antara lain administrasi kesehatan, pemeriksaan, pengobatan, konsultasi, premedikasi, kegawatdaruratan oro-dental, pencabutan gigi sulung, pencabutan gigi permanen tanpa penyulit, tumpatan GIC atau komposit, dan skeling gigi 1 kali setahun.

Berbeda dengan era sebelumnya, pada era jaminan kesehatan, sistem pembayaran berubah dari *fee for service* menjadi sistem kapitasi. Pemberi Pelayanan Kesehatan akan mendapatkan uang muka dari BPJS setiap awal bulan sesuai dengan jumlah peserta yang terdaftar. Sistem ini bertujuan agar nantinya PPK memberikan pelayanan yang berkualitas dan efektif sehingga biaya yang akan dikeluarkan menjadi sedikit.

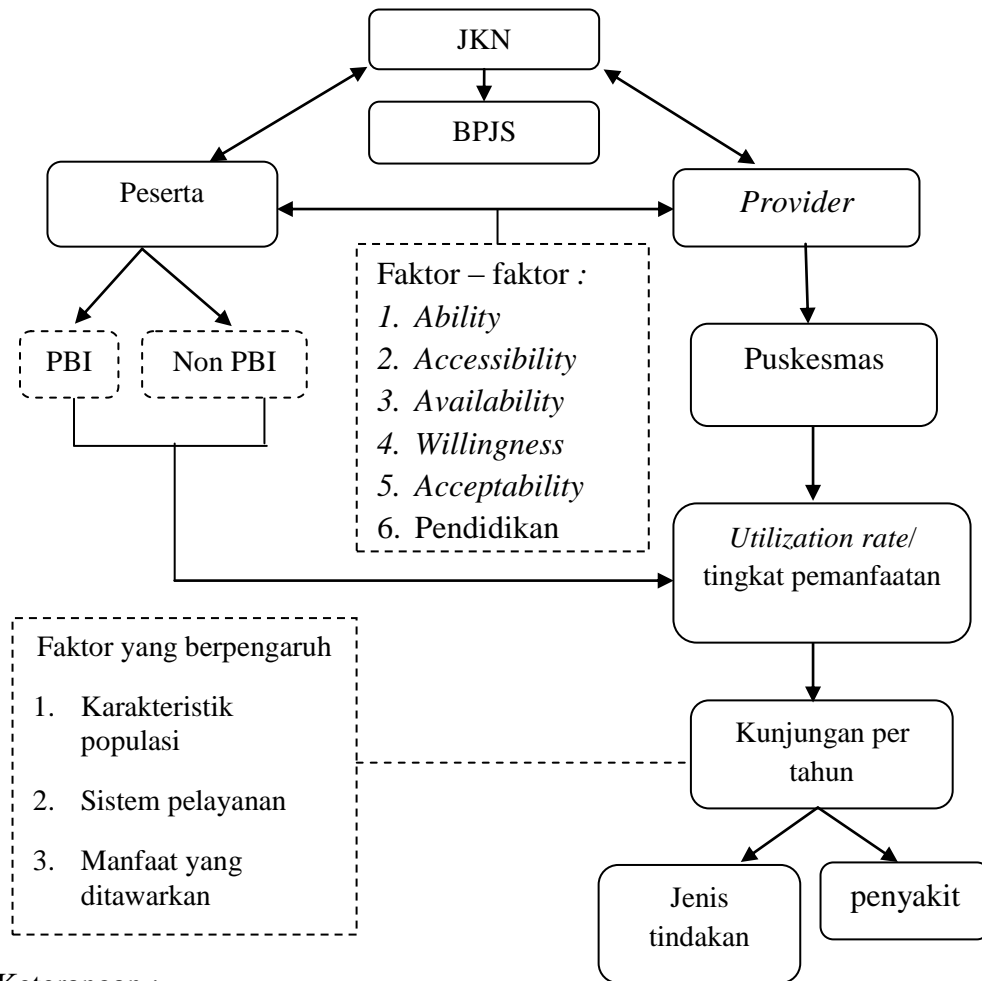
Sistem JKN mempunyai reaksi negatif dari PPK seperti mempercepat waktu pelayanan bagi pasien BPJS sehingga kemungkinan pelayanan yang diberikan kurang berkualitas (*under utilisasi*) PPK akan dengan mudah merujuk pasien ke spesialis, PPK lebih mementingkan pasien yang dari non BPJS yang dirasa akan memberikan bayaran lebih banyak. Perkiraan jumlah peserta sebanyak 10.000 akan menghasilkan tingkat utilisasi sebesar 2% karena perhitungan ini sudah memperkirakan resiko dan pembiayaan yang seimbang untuk pelayanan dokter gigi di Indonesia, karena jika angka peserta dibawah prakiraan maka bisa jadi dokter gigi akan mengalami kerugian. *Utilization review* dilakukan untuk mengevaluasi ketepatan penggunaan pelayanan kesehatan agar menghilangkan dan mengurangi hal-hal yang tidak



perlu serta resiko potensial pasien. Salah satu data yang penting dalam utilisasi adalah data dari *utilization rate* atau data tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan.

*Utilization rate* adalah data yang berfungsi untuk mengetahui tingkat pemanfaatan suatu pelayanan kesehatan yang dapat dihitung dengan membandingkan jumlah kunjungan pasien BPJS perbulan dengan jumlah total peserta BPJS dikalikan 100%. Estimasi angka *utilization rate* yang ideal adalah 2-3% untuk 10.000 peserta, angka ini sudah memperhitungkan resiko pembiayaan pelayanan kedokteran gigi di Indonesia.

### C. Kerangka Konsep



Keterangan :

----- = tidak diteliti

———— = diteliti

Gambar 2. Kerangka konsep

#### **D. Pertanyaan Penelitian**

1. Bagaimana gambaran *utilization rate* pelayanan kesehatan gigi dan mulut era Jaminan Kesehatan Nasional di puskesmas Danurejan II, puskesmas Gedong Tengen, dan puskesmas Umbul Harjo I di Kota Yogyakarta ?
2. Bagaimana gambaran kesesuaian diagnosa penyakit dan tindakan perawatan di poli gigi Puskesmas Danurejan II, Puskesmas Gedong Tengen, dan Puskesmas Umbul Harjo I di Kota Yogyakarta dengan ICD-10 dan ICD-9 CM?