

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan adalah jaminan perlindungan kesehatan agar masyarakat yang menjadi peserta mendapat manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah (Permenkes No.71 tahun 2013 pasal 1).

a. Tujuan JKN

Program Jaminan Kesehatan Nasional disingkat Program JKN adalah suatu program pemerintah dan masyarakat/rakyat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera (Jamsos Indonesia, 2013).

b. Manfaat untuk pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas:

- 1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialisistik yang mencakup:
 - a) Administrasi pelayanan
 - b) Pelayanan *promotif* dan *preventif*
 - c) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis

- d) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif
 - e) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - f) Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis
 - g) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama
 - h) Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi.
- 2) Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:
- a) Rawat jalan yang meliputi:

Administrasi pelayanan, pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspesialis, tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, pelayanan alat kesehatan implant, pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis, rehabilitasi medis, pelayanan darah, pelayanan kedokteran forensik dan pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan.
 - b) Rawat inap yang meliputi:

Perawatan inap non intensif dan perawatan inap di ruang intensif.
 - c) Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri (Permenkes No.71 tahun 2013 pasal 16 dan 17).

c. Pembiayaan

Sistem pembiayaan menurut Permenkes No.71 tahun 2013 pasal 32 ayat 1-5 mengemukakan bahwa BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada fasilitas kesehatan yang memberikan layanan kepada peserta. Besaran pembayaran yang dilakukan BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah fasilitas kesehatan tersebut serta mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri. Sistem pembiayaan yang digunakan dalam sistem JKN untuk pelayanan primer adalah sistem kapitasi, sedangkan untuk pelayanan sekunder dan tersier dengan menggunakan sistem *DRG (Diagnosis Related Group)*, dimana besaran tarif ditentukan berdasarkan kelompok diagnosa, yang di Indonesia digunakan istilah *Indonesia Case Based Group (INA CBG`s)* (Dewanto dan Lestari, 2013).

d. Kelembagaan

Undang-Undang RI No. 24 Tahun 2011 menetapkan bahwa Pemerintah secara khusus membentuk badan penyelenggara untuk Jaminan Kesehatan Nasional ini yang diberi nama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terbagi menjadi BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Peserta BPJS Kesehatan terbagi menjadi dua yaitu peserta dengan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan dan non penerima bantuan iuran jaminan kesehatan.

Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.

Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu (Perpres No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan pasal 3 dan 4).

e. Dasar hukum

- 1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- 2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- 3) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- 4) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- 5) Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
- 6) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan

2. Jaminan Kesehatan Nasional di Kedokteran Gigi

Pelayanan kedokteran 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 (Direktorat BUK Dasar Kemenkes RI 2013 *cit.* BPJS, 2014).

a. Prinsip pelayanan kedokteran gigi

1) Kontak pertama (*first contact*)

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

2) Layanan bersifat pribadi (*personal care*)

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

3) Pelayanan paripurna (*comprehensive*)

Pemberi pelayanan kesehatan memberikan pelayanan menyeluruh dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan (*kuratif*) dan pemulihan (*rehabilitative*) sesuai kebutuhan pasien. Pelayanan kesehatan gigi keluarga berorientasi pada paradigma sehat.

4) Paradigma sehat

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

5) Pelayanan berkesinambungan (*continous care*)

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

6) Koordinasi dan kolaborasi

Upaya mengatasi masalah pasien, dokter gigi di fasilitas kesehatan Tingkat Pertama perlu berkonsultasi dengan disiplin ilmu lain, merujuk ke spesialis dan memberikan informasi yang sejelas-jelasnya kepada pasien.

7) *Family and community oriented*

Dokter gigi di fasilitas kesehatan tingkat pertama mempertimbangkan kondisi pasien terhadap keluarga tanpa mengesampingkan pengaruh lingkungan sosial dan budaya setempat (BPJS Kesehatan, 2014).

b. Pemberi Pelayanan kesehatan

Peserta BPJS Kesehatan mendapatkan pelayanan gigi di fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu dokter gigi di puskesmas, dokter gigi di klinik atau dokter gigi praktek mandiri/perorangan, sedangkan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan yaitu dokter gigi spesialis/sub spesialis (BPJS Kesehatan, 2014).

c. Cakupan pelayanan kesehatan gigi dan mulut

Menurut Peraturan BPJS Nomor 1 tahun 2014 pasal 52, pelayanan kesehatan gigi meliputi :

- 1) Administrasi pelayanan terdiri atas biaya pendaftaran pasien dan biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan atau pelayanan kesehatan pasien
- 2) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
- 3) Premedikasi
- 4) Kegawatdaruratan oro-dental
- 5) Pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi)
- 6) Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit
- 7) Obat pasca ekstraksi
- 8) Tumpatan komposit atau GIC
- 9) Skeling gigi.

d. Pelayanan kedokteran gigi yang tidak dicakup

- 1) Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku
- 2) Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat
- 3) Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri
- 4) Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik
- 5) Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi)

6) Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan BPJS Kesehatan, 2014 (BPJS Kesehatan, 2014).

e. Pembiayaan pelayanan kedokteran gigi

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan melakukan pembayaran ke fasilitas kesehatan tingkat pertama melalui pola pembayaran kapitasi dengan ketentuan dokter gigi praktek mandiri/perorangan dibayarkan langsung ke dokter gigi berdasarkan jumlah peserta terdaftar sedangkan dokter gigi di klinik/puskesmas tidak dibayarkan langsung ke dokter gigi yang menjadi jejaring melainkan melalui klinik /puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertamanya (BPJS Kesehatan, 2014).

Pemerintah menetapkan besaran kapitasi di puskesmas yang memiliki poli gigi dan dokter gigi di dalamnya adalah Rp. 6.000,-per peserta per bulan. Pembagian dana kapitasi di puskesmas mengacu pada Peraturan Presiden nomor 32 Tahun 2014 pada bab III pasal 12 disebutkan bahwa jasa pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) ditetapkan sekurang-kurangnya 60% (enam puluh persen) dari penerimaan dana kapitasi JKN, dan sisanya dimanfaatkan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan (Dewanto dan Lestari, 2013).

3. Puskesmas di Era Jaminan Kesehatan Nasional

Puskesmas adalah pusat kesehatan masyarakat yang berfungsi sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya *promotif* dan *preventif*, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas sebagai salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional, khususnya subsistem upaya kesehatan (Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat). *Australia Indonesia Partnership for Health System Strengthening* (2013), menyebutkan bahwa pada sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pemerintah memberikan tanggung jawab besar dan strategis kepada puskesmas dengan menjadikannya sebagai sebagai “*gate keeper*” dari penyelenggara dan penyampaian pelayanan dasar kesehatan yaitu, puskesmas menjadi kontak pertama pasien dalam pelayanan kesehatan formal sekaligus penapis rujukan sesuai standar pelayanan medik.

4. Puskesmas di Kabupaten Bantul

Kabupaten Bantul memiliki jumlah penduduk sebanyak 938.433 orang, 906.726 orang diantaranya sudah memiliki jaminan kesehatan. Berdasarkan data di atas dapat disimpulkan bahwa sekitar 96,62% warganya mempunyai jaminan kesehatan sosial. Kabupaten Bantul memiliki 27 puskesmas dengan 17 kecamatan yang terdiri dari 75 desa

dan 933 dusun. Jenis Puskesmas tersebut terdiri dari 16 puskesmas rawat inap dan 11 puskesmas non rawat inap.

Jumlah dokter gigi yang bekerja di puskesmas Kabupaten Bantul sebanyak 42 orang. Jumlah kepesertaan BPJS masing-masing Puskesmas berbeda-beda, namun berdasarkan pengamatan di lapangan dapat disimpulkan bahwa ada 3 jenis Puskesmas menurut jumlah kepesertaannya yaitu Puskesmas dengan jumlah peserta yang ekstrim/tinggi lebih dari 25.000 peserta contohnya Puskesmas Piyungan. Puskesmas dengan jumlah peserta ideal antara 10.000-20.000 peserta contohnya Puskesmas Banguntapan II dan yang terakhir Puskesmas dengan jumlah kepesertaan kurang dari 10.000, hanya ada satu Puskesmas yaitu Puskesmas Banguntapan III (Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, 2015).

Tabel 1. Jumlah Kepesertaan Puskesmas Kabupaten Bantul
Akhir Tahun 2014

Puskesmas	Jumlah Kepesertaan Akhir Tahun 2014
Jumlah kepesertaan tinggi (>20.000)	
Bantul I	21.328
Sewon I	25.238
Sewon II	22.133
Kasihani I	26.516
Pajangan	27.352
Pandak I	20.850
Srandakan	24.411
Sanden	24.404
Bambang Lipuro	32.459
Kretek	20.954
Pundong	26.663
Jetis I	20.216
Pleret	26.985
Piyungan	28.385
Jumlah kepesertaan ideal (10.000-20.000)	
Bantul II	16.834
Kasihani II	19.591
Sedayu I	14.105
Sedayu II	15.751
Pandak II	19.391
Jetis II	14.967
Imogiri I	18.306
Imogiri II	18.252
Banguntapan I	17.954
Banguntapan II	15.758
Dlingo I	13.603
Dlingo II	14.954
Jumlah kepesertaan rendah (<10.000)	
Banguntapan III	7.669

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul 2015

5. Permasalahan Kepesertaan BPJS

Jumlah peserta dokter gigi yang seyogyanya mendapatkan 10.000 peserta namun pada pelaksanaannya jumlah kepesertaan dokter gigi saat ini rata-rata hanya 500-3000 peserta yang diikuti. Besaran kepesertaan dokter gigi ini memang akan bertambah, namun perlu diketahui juga

bahwa pendaftar pada saat awal lebih banyak diikuti oleh peserta yang mempunyai masalah gigi dan mulut, sehingga jumlah 3.000 peserta yang diikuti tersebut adalah peserta yang mempunyai resiko penyakit gigi dan mulut tinggi (Dewanto dan Lestari, 2014).

Berdasarkan perhitungan jika dokter gigi mendapatkan kapitasi Rp. 2.000,00 /peserta dengan kepesertaan sejumlah 3.000 akan mendapatkan kapitasi perbulan sebesar Rp. 6.000.000,00, namun mayoritas pesertanya mempunyai resiko penyakit gigi dan mulut, sehingga akan membuat utilisasi ke dokter gigi naik dan pengeluaran dokter gigi akan meningkat, resiko besar juga akan diterima oleh dokter gigi. Permasalahan ini akan berdampak pada pelayanan kepada peserta dan masyarakat Indonesia. Seyogyanya masalah penentuan kepesertaan ini harus dilaksanakan sesuai perhitungan kapitasi (jumlah 10.000 peserta dengan utilisasi 2%), karena perhitungan ini diasumsikan sudah menghitung resiko dan pembiayaan yang seimbang pada pelayanan dokter gigi di Indonesia (Dewanto dan Lestari, 2014).

Dokter gigi yang mempunyai besaran peserta di bawah angka yang ditetapkan tersebut maka akan mengalami kerugian, karena konsep kapitasi yang seharusnya terjadi subsidi silang antara yang sehat dan yang sakit tidak berlaku disini. Dokter gigi yang mempunyai peserta lebih banyak dari pada yang ditargetkan misalnya lebih dari 20.000 peserta, cenderung akan memberi pelayanan kesehatan yang kurang bermutu dan

tidak maksimal bagi pasiennya karena merasa kewalahan menangani pasien yang banyak jumlahnya (Dewanto dan Lestari, 2014).

6. Sistem Kapitasi

Kapitasi merupakan salah satu mekanisme perubahan cara pembayaran dari bentuk *fee for service* (FFS) ke bentuk *prospective payment system*. Kapitasi adalah metode pembayaran untuk jasa pelayanan kesehatan dimana pemberi pelayanan kesehatan (dokter atau rumah sakit) menerima sejumlah tetap penghasilan per peserta, per periode waktu (biasanya bulan), untuk pelayanan yang telah ditentukan per periode waktu tertentu. Kapitasi didasarkan atas jumlah tertanggung (orang yang dijamin atau anggota) baik anggota itu dalam keadaan sakit atau dalam keadaan sehat yang besarnya ditetapkan dan umumnya dibayarkan di muka tanpa memperhitungkan jumlah konsultasi atau pemakaian pelayanan di pusat pelayanan kesehatan tersebut (Dewanto dan Lestari, 2013).

Sistem pembayaran kapitasi merupakan pembayaran dimuka berdasarkan jumlah peserta terdaftar tanpa memperhatikan jenis pelayanan yang diberikan, biasanya dilakukan pihak asuransi kepada pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama, sedangkan sistem pembayaran FFS merupakan cara pembayaran berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan primer dan lanjutan. Semua sistem tersebut memiliki reaksi masing-masing yang berdampak pada pelayanan kepada pasien oleh pemberi pelayanan kesehatan. Reaksi positif pembayaran dengan sistem FFS, antara lain dokter lebih puas karena

pembagian jasa berdasarkan sumber daya yang digunakan, sedangkan reaksi negatifnya yaitu tidak terkendalinya biaya pelayanan kesehatan karena dokter cenderung melakukan *over* utilisasi, kunjungan pasien meningkat, prosedur pelayanan yang tidak sesuai, meningkatkan rujukan inter dan antar spesialis (Kongsvelt dkk. 2000 *cit.* Dewanto dan Lestari, 2013).

7. Utilization Review

Utilization review merupakan suatu program yang dirancang agar dapat mengurangi pelayanan kesehatan yang secara medis tidak diperlukan. Parameternya adalah kesesuaian antara pelayanan yang diberikan secara medis berdasarkan tingkat kebutuhan pasien. *Utilization review* dapat disimpulkan merupakan sebuah upaya yang dilakukan untuk meminimalisir “*unnecessary service*” agar terjaminnya mutu pelayanan yang diberikan serta pengendalian biaya (Ilyas 2003 *cit.* Kusuma R, 2014).

Jaminan Kesehatan Nasional yang berlaku di Indonesia mempunyai kecenderungan terjadinya peningkatan utilisasi pelayanan kesehatan. Hal ini dipengaruhi oleh mudahnya akses yang didapat oleh peserta, sehingga memberikan peluang bagi pemberi pelayanan kesehatan untuk mendapatkan keuntungan *financial* dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berlebihan (*over utilization*) atau mengurangi pelayanan yang seharusnya diberikan (*under utilization*) bahkan intervensi yang tidak sesuai (*in-appropriate*) (Ilyas 2003 *cit.* Kusuma R, 2014). *Utilization review* sebagai sistem pengendali dimaksudkan agar pelayanan kesehatan

yang diberikan sesuai dengan kebutuhan medis pasien dan besarnya biaya kesehatan.

8. *Utilization Rate*

Menurut Dewanto dan Lestari (2014), tingkat utilisasi (*Utilization Rate*) merupakan probabilitas terjadinya suatu jenis pelayanan kesehatan, jumlah utilisasi dibanding populasi (rerata perbulan). Rasio utilisasi perbulan adalah jumlah kunjungan pasien dalam satu bulan dibagi dengan jumlah seluruh peserta dikalikan dengan 100%. Utilisasi pelayanan kesehatan adalah interaksi antara *consumen* dan *provider*.

Utilization rate adalah tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh pasien. Derajat kesehatan pasien dipengaruhi dalam proporsi kecil oleh faktor keturunan, selanjutnya oleh faktor pelayanan kesehatan, faktor perilaku dan proporsi paling besar oleh faktor lingkungan (fisik dan nonfisik) (Blum H L 1974 *cit.* Hartono B, 2010). Menurut Green L (*cit.* Notoatmodjo, 2007), perilaku orang sakit berobat ke pelayanan kesehatan secara bersama dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor kebutuhan.

a. *Predisposing factors* (faktor predisposisi)

Faktor predisposisi adalah faktor yang mempermudah dan mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan.

b. *Enabling factors* (faktor pemungkin atau pendukung)

Status ekonomi keluarga, ketercapaian pelayanan meliputi: Akses (jarak, waktu tempuh dan biaya) dan ketersediaan sarana dan prasarana

atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat serta peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat.

c. *Reinforcing factors* (faktor penguat)

Faktor penguat contohnya sikap dan perilaku tokoh masyarakat dan tokoh agama serta perilaku petugas kesehatan.

d. *Need factors* (faktor kebutuhan)

Kebutuhan yang dirasakan individu terhadap pelayanan kesehatan.

9. Kemenkes Nomor 64 Tahun 2015 tentang Panduan Praktik Klinis

Dokter Gigi

Panduan praktik klinis bagi dokter gigi adalah acuan pelaksanaan tindakan yang dapat dipertanggungjawabkan untuk dapat melindungi masyarakat sebagai penerima layanan. Modifikasi terhadap Panduan praktik klinis bagi dokter gigi dapat dilakukan atas dasar keadaan yang memaksa untuk kepentingan pasien, antara lain keadaan khusus pasien, kedaruratan dan keterbatasan sumber daya yang dicatat dalam rekam medis. Pedoman ini ditujukan untuk dokter gigi pemberi pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan.

Panduan praktik klinis dokter gigi memuat kode *International Classification of Diseases* (ICD)10 yang digunakan untuk mempermudah pencatatan dan pelaporan serta pengolahan data di sarana pelayanan kesehatan gigi dan mulut, keanekaragaman informasi menyangkut jenis-jenis penyakit, tanda dan gejala penyakit, penyebab, laboratorium dan

faktor-faktor yang memengaruhi status kesehatan dan kontak dengan pelayanan kesehatan.

Tujuan Penggunaan ICD-10 adalah:

- a. Sebagai panduan bagi petugas rekam medik (*coder*) dalam pengkodean penyakit gigi dan mulut memakai ICD-10.
- b. Memperoleh keseragaman/standarisasi dalam klasifikasi pengkodean penyakit gigi dan mulut dalam rangka mendukung sistem pencatatan dan pelaporan penyakit dan manajemen data di puskesmas.
- c. Memperoleh keseragaman/standarisasi dalam klasifikasi pengkodean penyakit dalam pelayanan kesehatan gigi dan mulut.

Penggunaan kode ICD-10 yaitu K00 (*Disorder of tooth development and eruption*), K01 (*Embedded and impacted teeth*), K02 (*Dental caries*), K03 (*Other diseases of hard tissue of teeth*), K04 (*Diseases of pulp and periapical tissues*), K05 (*Gingivitis and periodontal diseases*), K06 (*Other disorders of gingival and edentulous alveolar ridge*), K07 (*Dentofacial anomalies including malocclusion*), K08 (*Other disorder of teeth and supporting structures*), K09 (*Cysts of oral region, not elsewhere classified*), K10 (*Other diseases of jaws*), K11 (*Diseases of salivary glands*), K12 (*Stomatitis and related lesions*), K13 (*Other diseases of lip and oral mucosa*), dan K14 (*Diseases of tongue*) (Kemenkes, 2015).

Tabel 2. Kesesuaian Pola Penyakit dan Pola Tindakan Perawatan yang dilakukan Menurut Kemenkes Nomor 62 tahun 2015 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter Gigi

No	Kode Penyakit	Tren Tindakan	No	Kode Penyakit	Tren Tindakan
1	K00 (<i>Disorder of tooth development and eruption</i>)	DHE Premedikasi <i>Dental Examination</i> EXO Decidui <i>Removal of residual root</i> Rujuk	7	K06 (<i>Other disorders of gingival and edentulous alveolar ridge</i>)	DHE Premedikasi <i>Dental Examination</i> Scalling <i>Incisi dan Drainase</i> Rujuk Perawatan lain-lain
2	K01 (<i>Embedded and impacted teeth</i>)	DHE Premedikasi <i>Dental Examination</i> <i>Full mouth x-ray of teeth</i> <i>Other dental x-ray extraction of tooth</i> Rujuk	8	K07 (<i>Dentofacial anomalies</i>)	DHE Premedikasi <i>Dental Examination</i> <i>full mouth x-ray of teeth</i> <i>orthodontic cephalogram</i> <i>Orthodontic appliance</i> Rujuk Perawatan lain-lain
3	K02 (<i>Dental caries</i>)	DHE Premedikasi <i>Dental Examination</i> <i>Application of crown</i> <i>Filling</i> PSA Rujuk Perawatan lain-lain	9	K08 (<i>Other disorder of teeth and supporting structures</i>)	DHE Premedikasi <i>Dental Examination</i> EXO Permanen Rujuk Perawatan lain-lain
4	K03 (<i>Other diseases of hard tissue of teeth</i>)	DHE Premedikasi <i>Dental Examination</i> <i>Filling</i> Scalling Rujuk Perawatan lain-lain <i>Application of crown</i>	10	K09 (<i>Cysts of oral</i>)	DHE Premedikasi <i>Dental Examination</i> Rujuk Perawatan lain-lain

Lanjutan Tabel 2

No	Kode Penyakit	Tren Tindakan	No	Kode Penyakit	Tren Tindakan
5	K04 (Diseases of pulp and periapical tissues)	DHE	11	K10 (Diseases of jaws)	DHE
		Premedikasi			Premedikasi
		EXO Permanen			Rujuk
6	K05 (Gingivitis and periodontal diseases)	EXO Decidui	12	K11 (Diseases of salivary glands)	DHE
		Filling			Premedikasi
		dental x-ray	Rujuk		
		Application of crown	Perawatan lain-lain		
		Incisi dan Drainase	13	K12 (Stomatitis and related lesions)	Premedikasi
		PSA			Dental Examination
Rujuk	14	K13 (Other diseases of lip and oral mucosa)	Rujuk		
Perawatan lain-lain			Perawatan lain-lain		
6			K05 (Gingivitis and periodontal diseases)	DHE	15
	Premedikasi	Premedikasi			
	EXO Permanen	Dental Examination			
Filling	Rujuk				
Incisi dan Drainase	Perawatan lain-lain				
Rujuk					
Perawatan lain-lain					

Sumber : Kemenkes Nomor 62 Tahun 2015 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter Gigi

B. Landasan Teori

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan bentuk usaha pemerintah dalam mewujudkan sistem jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat Indonesia. Program JKN yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar pelayanan kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Peserta yang dapat menikmati jaminan kesehatan adalah setiap orang yang telah membayar iuran maupun yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah.

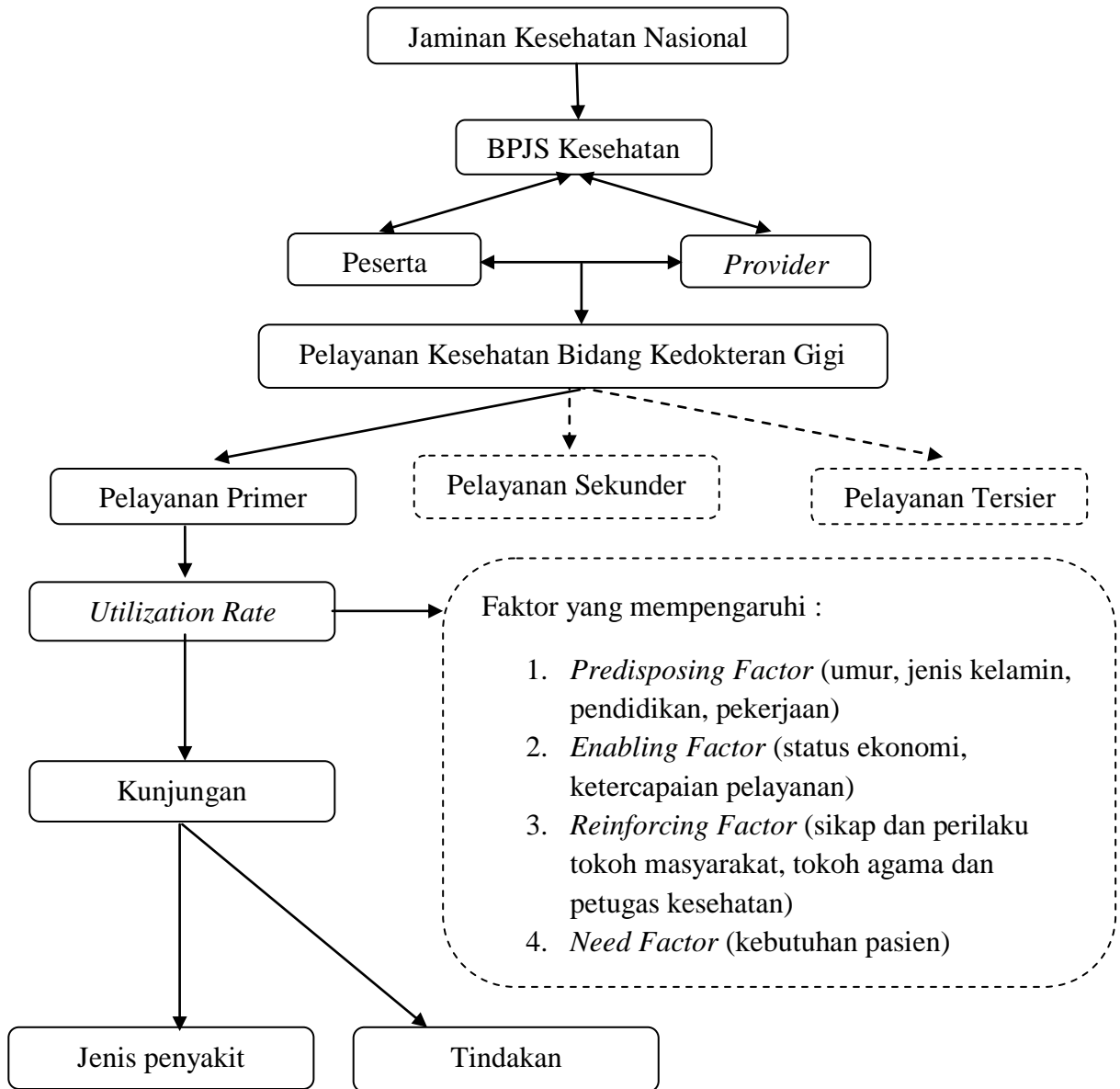
Pemerintah secara khusus membentuk badan penyelenggara yang bertujuan untuk mengatur segala sistem yang ada dalam program JKN yang diberi nama BPJS. Program JKN pada bidang kedokteran gigi, memiliki konsep pelayanan JKN yang dibagi menjadi tiga yaitu pelayanan kesehatan gigi primer, sekunder dan tersier. Sistem pembiayaan yang digunakan dalam sistem JKN untuk pelayanan gigi primer adalah sistem kapitasi, sedangkan untuk pelayanan gigi sekunder dan tersier dengan menggunakan sistem *DRG (Diagnosis Related Group)* berdasarkan ketentuan tarif pada *Indonesia Case Based Group (INA CBG`s)*.

Puskesmas memiliki peran penting pada pelayanan kesehatan gigi primer yaitu sebagai fasilitas pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama dalam menentukan keberhasilan pelaksanaan program JKN. Pelaksanaan program JKN masih belum maksimal hingga saat ini, terbukti dengan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut oleh masyarakat masih sangat rendah, terutama pada daerah sub urban atau daerah peralihan antara kota dan desa yang menjadi jenis daerah mayoritas di Indonesia. Pelaksanaan program JKN di puskesmas mulai dari 1 Januari 2014 sampai sekarang belum ada pengolahan data utilisasi yang digunakan untuk mengetahui persentase *utilization rate* (tingkat pemanfaatan) pelayanan kesehatan gigi dan mulut era JKN.

Utilization rate berguna sebagai parameter derajat kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan gigi dan mulut. Angka utilisasi yang semakin tinggi maka berarti semakin tinggi pula tingkat kesadaran masyarakat akan

pentingnya kesehatan gigi dan mulut. Menurut estimasi perhitungan idealnya angka utilisasi yang baik adalah 2%-3%, karena pada perhitungan tersebut sudah sesuai dengan perhitungan yang merekap resiko dan pembiayaan yang seimbang pada pelayanan dokter gigi di Indonesia. Pengambilan data untuk keperluan perhitungan *utilization rate* juga dapat mengambil data mengenai jenis diagnosa dan tindakan yang dilakukan oleh dokter gigi, sehingga dapat dilihat pula kesesuaian antara pola penyakit dan pola tindakan pada pelayanan kesehatan gigi dan mulut era JKN.

C. Kerangka Konsep



Keterangan :

————— : Diteliti

- - - - - : Tidak diteliti

Gambar 1. Kerangka Konsep

D. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran *Utilization Rate* pelayanan kesehatan gigi dan mulut era Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Piyungan, Puskesmas Banguntapan II dan Puskesmas Banguntapan III tahun 2014?
2. Bagaimana kesesuaian pola penyakit dan pola tindakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut era Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Piyungan, Puskesmas Banguntapan II dan Puskesmas Banguntapan III tahun 2014?
3. Bagaimana gambaran besaran kapitasi yang diterima pada pelayanan kesehatan gigi dan mulut era Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Piyungan, Puskesmas Banguntapan II dan Puskesmas Banguntapan III tahun 2014?