

REFLEKSI IMPLEMENTASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA KOTA TANGERANG TAHUN 2017

REFLECTION ON IMPLEMENTATION OF NATIONAL HEALTH INSURANCE ON DENTAL SERVICE AT TANGERANG CITY FIRST LEVEL HEALTH FACILITIES 2017

Indra Rachmad Darmawan¹, Hasbullah Thabrany²

¹Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Indonesia

²Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Indonesia

Abstract

This study aims to find out how the reflection of the implementation of national health insurance (JKN) in dentistry services at first-rate health facilities (FKTP) Tangerang City in 2017. The condition of awareness of Indonesian people for oral health is still not good, thus requiring process improvement, and The concept of better service. Such improvements can be implemented in the form of dental services in FKTP. This research uses qualitative method that aims to know the implementation of dental services in health insurance, in accordance with the rules, conditions and regulations that apply. The research was conducted in FKTP of Tangerang City Health Office, 15 Puskesmas and 15 pratama clinics in collaboration with BPJS health. The results showed the presence of dentists in each FKTP has been fulfilled as well as the condition of dental infrastructure facilities is sufficient. In terms of utilization of dentistry services, JKN participants in Puskesmas are very low. There are still differences in the number of JKN participants in each FKTP. Dentistry services in JKN are still many kinds of service in serving JKN participants, the highest number of dental disease cases in the community in JKN not all can be served in primary service so there are still many references.

Keywords: Implementation; Health insurance; Dental service

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana refleksi implementasi jaminan kesehatan nasional (JKN) pada pelayanan kedokteran gigi di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) Kota Tangerang tahun 2017. Kondisi kesadaran masyarakat Indonesia untuk kesehatan gigi dan mulut masih belum baik, sehingga memerlukan perbaikan proses, dan konsep pelayanan yang lebih baik. Perbaikan tersebut dapat dilaksanakan dalam bentuk pelayanan kedokteran gigi di FKTP. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif yang bertujuan mengetahui implementasi pelayanan kedokteran gigi dalam jaminan kesehatan, sesuai dengan kaedah, kondisi dan peraturan yang berlaku. Penelitian dilakukan di FKTP wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Tangerang, yaitu sebanyak 15 Puskesmas, dan 15 klinik pratama yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan keberadaan dokter gigi di tiap FKTP sudah terpenuhi begitupun kondisi sarana prasarana kedokteran gigi sudah mencukupi. Dalam hal pemanfaatan pelayanan kedokteran gigi peserta JKN di Puskesmas sangat rendah. Masih terdapat perbedaan jumlah

peserta JKN di tiap – tiap FKTP. Pelayanan kedokteran gigi dalam JKN masih banyak ketidak sesuaian jenis pelayanan dalam melayani peserta JKN, jumlah kasus penyakit gigi tertinggi di masyarakat dalam JKN belum semua dapat dilayani di pelayanan primer sehingga masih banyak dilakukan rujukan.

Kata Kunci: Implementasi; Jaminan kesehatan; Pelayanan kedokteran gigi

Pendahuluan

Menurut *Regional Oral Health Strategy 2013 – 2020*, penyakit gigi dan mulut merupakan penyakit termahal keempat untuk diobati dan seringkali memerlukan pembiayaan *out of pocket* yang tinggi. Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa 25,9% penduduk Indonesia mempunyai masalah gigi dan mulut dalam 12 tahun terakhir (*potential demand*). Diantara mereka, terdapat hanya 31,1% yang menerima perawatan dan pengobatan dari tenaga kesehatan (perawat gigi, dokter gigi atau dokter gigi spesialis), sementara 68,9% lainnya tidak dilakukan perawatan.

Saat ini masyarakat tidak dapat sepenuhnya bergantung pada fasilitas pelayanan kesehatan publik yang ada untuk memenuhi kebutuhan kesehatan gigi dan mulutnya karena ketersediaan finansial, sarana dan prasarana belum optimal. Hal ini mengakibatkan masyarakat mencari perawatan kesehatan gigi dan mulut dari praktisi tradisional dan penyedia pelayanan kesehatan ilegal atau tidak mencari perawatan sama sekali. Sehingga diperlukan intervensi promotif dan preventif.

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia merupakan tantangan untuk dapat melakukan perubahan pelayanan yang lebih terstruktur. Konsep pelayanan sistem JKN membagi pelayanan menjadi 3 struktur layanan yaitu pelayanan primer, pelayanan sekunder dan pelayanan tersier. Pada jenjang pelayanan primer dengan mempertimbangkan kemampuan nilai kapitasi dan kompetensi dokter gigi hanya terdapat 8 paket manfaat tindakan dalam pelayanan gigi dan mulut. Sedangkan laporan kasus terbanyak

dalam bidang kedokteran gigi adalah pulpitis yang tidak termasuk paket manfaat pada pelayanan primer. Selain itu, diketahui beberapa kondisi yang dapat diintervensi oleh pemberi pelayanan kesehatan pertama ternyata dirujuk. Semua itu berakibat pada penumpukan pasien yang terjadi di FKRTL dan berdampak pada menurunnya kualitas pelayanan kesehatan.

Berdasarkan profil kesehatan Kota Tangerang tahun 2014 dan 2015, diketahui bahwa laporan pola penyakit gigi dan mulut berdasarkan ICD 9 dalam 2 tahun terakhir selalu masuk kedalam peringkat 10 besar.

Dengan adanya kendala yang terjadi pada pelaksanaan Program Jaminan kesehatan Nasional oleh karena itu diperlukan analisis lebih lanjut tentang Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Tangerang khususnya dalam pelayanan kedokteran gigi, sehingga efektifitas dan efisiensi pelayanan menjadi terwujud.

Tinjauan Teoritis

Jaminan Kesehatan Nasional

JKN adalah perlindungan kesehatan dimana peserta, yaitu orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah, memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. (BPJS, 2014). Salah satu misi BPJS Kesehatan melalui JKN adalah menjalankan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan. Sesuai amanat UU No. 32 Tahun 2004 dan UU No. 40 Tahun 2004, Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program JKN. Dalam menata pelayanan kesehatan dalam sistem jaminan kesehatan perlu diberlakukan pelayanan terstruktur dan berjenjang melalui mekanisme rujukan dengan tujuan pengendalian biaya dan keteraturan pelayanan kesehatan (Wardoyo, 2014). Sistem JKN menggunakan skema rujukan berjenjang yang dimulai dari pelayanan primer.

Pelayanan primer merupakan kontak pertama pasien dengan sistem pelayanan kesehatan nasional dan mengutamakan kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit dengan sasaran keluarga, kelompok dan masyarakat. Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dapat berupa: puskesmas atau yang setara; praktik dokter; praktik dokter gigi; klinik pratama atau yang setara; dan Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara. Pada sistem rujukan berjenjang FKTP berperan dalam melakukan penapisan pelayanan yang perlu dirujuk. Hal ini diharapkan mengurangi beban kerja rumah sakit sehingga mutu dan biaya pelayanan kesehatan dapat dikendalikan (BPJS, 2014)

Pelayanan Kesehatan Gigi

Menurut Riskesdas 2013 terjadi peningkatan prevalensi terjadinya karies aktif pada penduduk Indonesia dibandingkan tahun 2007, yaitu dari 43,4 % (2007) menjadi 53,2%. Data estimasi yang didapat dari Pusdatin tentang penduduk usia 15 tahun ke atas sebesar 176.689.336 jiwa. Sehingga pada tahun 2013 diproyeksikan di Indonesia terdapat 93.998.727 jiwa yang menderita karies aktif.

Saat ini di Indonesia sudah terdapat sekitar 26.000 dokter gigi untuk memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut bagi 257 juta penduduk Indonesia. Maka setiap rasio dokter gigi terhadap penduduk adalah 1:10.700 orang. Namun penyebaran dokter gigi di Indonesia belum merata serta terpusat di pulau Jawa, Bali dan Sumatra.

Pelayanan kesehatan gigi saat ini masih mengarah pada pelayanan kuratif dan rehabilitatif. Sehingga biaya yang dibutuhkan masih sangat tinggi. Sebelum pemberlakuan JKN, pola pembiayaan pelayanan kesehatan gigi berdasarkan *fee for service* atau *out of pocket* yang berlaku di Indonesia, mengakibatkan ketidakseimbangan dari pelayanan kesehatan ini. Tarif harga yang ada di daerah tersebut berbeda-beda berdasarkan pada kemampuan membayar dan keinginan membayar masyarakat sehingga kebutuhan dan tingkat kunjungan masyarakat di Indonesia terhadap pelayanan kesehatan gigi dan mulut menjadi rendah. Pada era JKN, pelayanan kedokteran gigi di tingkat primer menggunakan sistem pembayaran kapitasi sesuai dengan kepesertaan di FKTP bersangkutan.

Teori Implementasi Kebijakan

Model Van Meter dan Van Horn (1975)

Model ini menjelaskan bahwa Kinerja kebijakan dipengaruhi oleh beberapa variabel bebas yang saling berkaitan yaitu sasaran kebijakan, sumberdaya kebijakan, komunikasi dan evaluasi inter organisasi, karakteristik pelaksanaan, kondisi sosial, ekonomi dan politik dan terakhir sikap pelaksanaan dalam memahami kebijakan yang akan ditetapkan.

Model George Edwards III (1980)

Menurut kerangka pemikiran George Edwards III (1980 : 10-11) keberhasilan implementasi kebijakan publik dipengaruhi oleh faktor-komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokratik.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Data primer dikumpulkan oleh peneliti observasi terhadap sistem yang sedang berjalan pada 15 puskesmas dan 15 klinik pratama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan; dan *focus group discussion* (FGD) serta wawancara mendalam pada beberapa sumber yang terlibat dalam pelaksanaan pelayanan kedokteran gigi

di Kota Tangerang. Jenis penelitian dengan *Rapid Assessment Procedures (RAP)*, yang dapat dilakukan dalam waktu singkat, untuk mengidentifikasi masalah dan mencari alternatif solusinya. Sedangkan data sekunder didapatkan dari data laporan puskesmas, regulasi dan telaah dokumen lain yang menunjang penelitian.

Penelitian ini dilakukan pada bulan April sampai dengan Mei 2017 pada fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kota Tangerang. Analisis data bersifat induktif berdasarkan data yang diperoleh kemudian dikembangkan menjadi hipotesis. Validasi data menggunakan triangulasi antara teori, metode, dan sumber.

Hasil dan Pembahasan Sumber Daya Manusia

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP

Pemerintah dan FKTP Swasta) jumlah tenaga dokter gigi di Puskesmas ada yang memiliki 2 dan ada yang hanya memiliki 1 dokter gigi. Jika dibandingkan dengan standar tenaga Puskesmas dan syarat sebuah Klinik pratama jumlah tersebut sudah memenuhi standar yakni masing – masing FKTP memiliki 1 dokter gigi. Puskesmas yang hanya memiliki 1 dokter gigi, kesulitan dalam membagi jadwal melaksanakan program promotif dan preventif seperti Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) atau Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat (UKGM), sehingga kurang optimal. Selain itu baik dokter gigi Puskesmas maupun klinik pratama juga praktik mandiri atau bekerja di klinik lainnya. Untuk meningkatkan kesehatan gigi dan mulut pemerintah kota Tangerang sudah melakukan penambahan tenaga dokter gigi di Puskesmas secara bertahap.

Tabel 7.1
Jumlah Tenaga Dokter Gigi 15 Puskesmas dan 15 Klinik Pratama

NAMA PUSKESMAS	JUMLAH PESERTA JKN (DESEMBER 2016)	JUMLAH DOKTER GIGI	KLINIK PRATAMA	JUMLAH PESERTA JKN (DESEMBER 2016)	JUMLAH DOKTER GIGI
PKM CILEDUG	37913	3	KLINIK PRATAMA 1	17872	5
PKM LARUT	28898	2	KLINIK PRATAMA 2	18579	1
PKM PEDURENAN	6317	1	KLINIK PRATAMA 3	5767	3
PKM CIPONDOH	27147	2	KLINIK PRATAMA 4	12310	6
PKM PORIS PELAWAT	9090	1	KLINIK PRATAMA 5	360	2
PKM KUNCIRAN	26155	2	KLINIK PRATAMA 6	14607	2
PKM PANUNGGANGAN	17187	2	KLINIK PRATAMA 7	10547	1
PKM TANAH TINGGI	14468	2	KLINIK PRATAMA 8	8168	4
PKM JATI UWUNG	22671	2	KLINIK PRATAMA 9	10739	3
PKM BAJA	17734	2	KLINIK PRATAMA 10	2256	1
PKM GEMBOR	14147	1	KLINIK PRATAMA 11	8784	1
PKM BATU CEPER	18637	2	KLINIK PRATAMA 12	3014	4
PKM NEGLASARI	31762	2	KLINIK PRATAMA 13	6800	4
PKM KEDAUNG	22670	2	KLINIK PRATAMA 14	40000	2
PKM JURUMUDI	16250	2	KLINIK PRATAMA 15	1560	3

Sarana Prasarana Pelayanan Kedokteran Gigi di FK

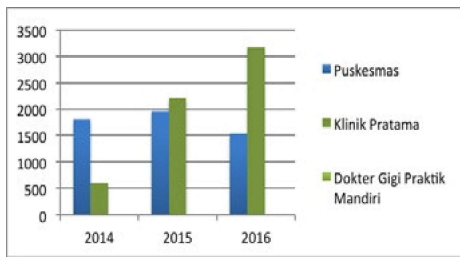
Sarana prasarana terkait infrastruktur berupa ruangan poli gigi di Puskesmas dan Klinik pratama sudah memiliki hanya ukuran ruangan yang tidak seragam. Sedangkan untuk alat kesehatan khususnya alat dan bahan kedokteran gigi di puskesmas sudah lengkap. Dari 15 puskesmas yang dilakukan observasi peralatan minimal yang disyaratkan sudah terpenuhi kecuali alat perawatan pulpa, sedangkan bahan diluar peralatan minimal yaitu bahan cetak untuk pembuatan gigi palsu belum tersedia di puskesmas. Sedangkan 15 klinik pratama semua sudah memiliki peralatan dasar sama seperti yang disyaratkan untuk puskesmas dan kondisi yang ada sudah melebihi dari peralatan dasar seperti bahan mencetak gigi untuk pembuatan gigi palsu,

alat dan bahan perawatan pulpa.

Distribusi Peserta JKN di FKTP

Berdasarkan telaah dokumen jumlah peserta JKN di 15 Puskesmas antara 5.000 – 40.000 peserta dan 15 klinik pratama 300 – 40.000 peserta di Kota Tangerang. Peserta JKN yang terdaftar di 33 Puskesmas sebagai PPK I milik Pemerintah di Kota Tangerang pada tahun 2014 sebanyak 478.383, pada tahun 2015 sebanyak 535.885 dan pada tahun 2016 sebanyak 549.234. Setiap tahun terlihat adanya peningkatan peserta yang terdaftar di puskesmas. Dan sampai 2016 ada 60 klinik pratama di Kota Tangerang yang bekerjasama dengan BPJS dengan jumlah peserta JKN di Klinik Pratama tahun 2014 sebanyak 299.342, tahun 2015 sebanyak 481.505 dan tahun 2016 sebanyak 619.866 peserta.

Grafik 6.1
Jumlah Peserta JKN di FKTP Kota Tangerang tahun 2014 - 2016



Dari grafik diatas bahwa peserta JKN di Kota Tangerang tahun 2016 terdapat lebih banyak di klinik pratama daripada puskesmas, berbeda dengan tahun sebelumnya pada saat mulainya JKN. Tetapi rata-rata FKTP mengalami peningkatan jumlah peserta tiap tahun. Menurut beberapa informan belum meratanya jumlah peserta di suatu FKTP terkadang tidak sesuai dengan jumlah tenaga maka akan dilakukan peninjauan kembali terkait distribusi peserta dan sebelumnya dilakukan pemetaan.

Kunjungan Peserta JKN Pada Pelayanan Gigi di FKTP

Angka utilisasi layanan kesehatan gigi peserta JKN di Puskesmas pada tahun 2016 adalah 0.5% untuk peserta JKN murni yang

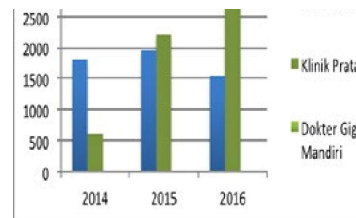
terdaftar di Puskesmas tersebut. Sedangkan pada klinik pratama angka utilitasinya adalah sebesar 2%.

Rujukan Peserta JKN Pada Pelayanan Gigi

Di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pelayanan yang dilakukan oleh puskesmas terhadap pasien BPJS dibayarkan dengan sistem kapitasi. Untuk puskesmas mulai April 2017 sudah diberlakukan kapitasi berbasis kinerja (KBK) bahwa jika puskesmas banyak merujuk akan berkurang nilai kapitasinya.

Rujukan dari FKTP ke FKTL untuk Puskesmas pada tahun 2014 sebanyak 1.816, tahun 2015 sebanyak 1.966 dan tahun 2016 sebanyak 1.537. klinik pratama pada tahun 2014 sebanyak 608, tahun 2015 sebanyak 2.211 dan tahun 2016 sebanyak 3.167. Pada grafik dibawah ini dapat digambarkan rujukan anatara Puskesmas dan Klinik Pratama di Kota Tangerang.

Grafik 6.3
Jumlah Rujukan Kasus Gigi



Tabel 6.13
10 Penyakit Gigi Yang Sering Dirujuk Di Kota Tangerang tahun 2014 - 2016

No	TAHUN 2014		TAHUN 2015		TAHUN 2016	
	NAMA PENYAKIT	JUMLAH	NAMA PENYAKIT	JUMLAH	NAMA PENYAKIT	JUMLAH
1	Necrosis of pulp	851	Necrosis of pulp	1397	Necrosis of pulp	1849
2	Pulpitis	410	Impacted tooth	786	Impacted tooth	992
3	Impacted tooth	208	Pulpitis	565	Pulpitis	575
4	Dental caries	193	Periapical abses without sinus	229	Retained dental root	209
5	Periapical abses without sinus	147	Dental caries	197	Dental caries	191
6	Anodontia	77	Retained dental root	185	Periapical abses without sinus	153
7	Chronic gingivitis	67	Caries of dentine	89	Chronic periodontitis	97
8	Caries of dentine	50	Acute periodontitis	80	Acute periodontitis	66
9	Other specified disorder	37	Chronic periodontitis	67	Disorder of tooth development	59
10	Lost of teeth accident	36	Lost of teeth accident	60	Anodontia	27

Pembahasan

Sumber Daya Manusia Dokter Gigi

Salah satu standar dalam pelaksanaan kerja sama yaitu ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM) yang harus dipenuhi oleh FKTP termasuk ketersediaan tenaga dokter gigi yang menjalankan pelayanan kedokteran gigi sesuai dengan kompetensinya termasuk di dalamnya peran penapisan. Ketersediaan dokter gigi di FKTP diharapkan dapat menjaga mutu pelayanan kesehatan primer.

Jumlah kepesertaan JKN yang terdistribusi di fasilitas kesehatan tingkat pertama belum berbanding lurus dengan rasio SDM dokter gigi. Berdasarkan distribusi kepesertaan, diketahui terdapat klinik pratama dengan peserta JKN sebesar 40.000 hanya memiliki 2 dokter gigi dan klinik yang memiliki 20.000 peserta dengan 1 dokter gigi, sedangkan Puskesmas dengan peserta lebih dari 25.000 hanya memiliki 2 dokter gigi. Rasio ideal dokter gigi saat ini di Indonesia adalah 1:10.000 jadi 1 dokter gigi dapat melayani 10.000 penduduk, artinya beban dokter gigi pada FKTP di Tangerang lebih besar dari ideal sehingga mungkin berdampak pada kualitas pelayanan.

Pada klinik pratama beberapa tenaga dokter gigi hanya bekerja sebagai *parttimer* dengan pembagian waktu atau hari kerja sebagai strategi dalam variasi pelayanan kepada peserta dengan menyediakan pilihan dokter gigi dan cara penyegaran kepada tenaga dokter gigi. Hal ini berbeda dengan tenaga dokter gigi yang bekerja di Puskesmas sebagai tenaga *fulltimer*. Kondisi ini menunjukkan bahwa jumlah dokter gigi di klinik pratama yang banyak ternyata tidak menggambarkan kecukupan tenaga jika dibandingkan dengan jumlah peserta JKN di tiap FKTP.

Pada aspek pelayanan, dokter gigi di klinik pratama dalam menjalankan perannya sebagai dokter gigi dengan lebih baik dibandingkan dengan dokter gigi yang berada di Puskesmas. Mengingat fungsi Puskesmas sebagai FKTP milik pemerintah yang menganut sistem pertanggungjawaban wilayah, sehingga harus melaksanakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan sehingga dokter gigi merangkap dengan tugas/pekerjaan lain. Kondisi ini juga merupakan salah satu penyebab dari masih tingginya angka kesakitan gigi di Kota Tangerang yang bisa dilihat dari angka kunjungan pasien gigi.

Perlu diingat bahwa jika proporsi tenaga ahli tidak sesuai dengan kebutuhan maka tidak mungkin mengharapakan kualitas kerja yang tinggi. Dengan kata lain, agar mutu pelayanan kesehatan yang optimal tercapai diperlukan ketersediaan tenaga ahli dalam jumlah dan jenis yang cukup. Untuk mengetahui proporsi yang tepat maka dapat dilakukan analisis beban kerja dan identifikasi pola beban kerja pada tenaga ahli yang ada sehingga perencanaan Sumber Daya Manusia yang dibuat menjadi akurat dan bisa terealisasi secara maksimal.

Sarana Prasarana Pelayanan Kedokteran Gigi

Standar ketersediaan sarana dan prasarana di FKTP juga sudah diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas dan Nomor 9 Tahun 2014 tentang klinik, termasuk di dalamnya standar peralatan kedokteran gigi. Gambaran ketersediaan sarana dan prasarana kedokteran gigi di 15 (lima belas) baik Puskesmas dan klinik Kota Tangerang dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 7.3.1

Sarana prasarana Kedokteran Gigi di Puskesmas dan Klinik

NO	FKTP	
	Puskesmas	Klinik Pratama
1.	Sudah sebagian semua sesuai dengan permenkes nomor 75 tahun 2014. Kekurangan hanya alat instrument perawatan syaraf gigi	Sudah sesuai dengan standar minimal alat kedokteran gigi (permenkes no.75 tahun 2014)
2.	Tidak tersedia alat atau bahan untuk pembuatan gigi palsu	Tersedia alat dan bahan untuk pembuatan gigi palsu
3	Memiliki 2 kursi gigi (untuk 2 atau lebih dokter gigi)	Hanya memiliki 1 kursi gigi

Tabel di atas menunjukkan bahwa pada umumnya FKTP sudah memenuhi standar minimal yang dipersyaratkan. Pemenuhan sarana dan prasarana khusus di Puskesmas tidak lepas dari dukungan dari Dinas Kesehatan Kota Tangerang yang selalu berupaya menyediakan sarana dan prasarana sesuai dengan kebutuhan paket manfaat yang dipersyaratkan dalam JKN khususnya pada pelayanan gigi. Dalam hal sarana prasarana klinik pratama jauh lebih siap dibandingkan Puskesmas, misal pembuatan gigi palsu dan perawatan saluran akar. Untuk pelayanan ini, Puskesmas melakukan rujukan ke FKRTL karena sarana prasarana pendukung belum disediakan oleh Puskesmas.

Sementara dalam menyediakan sarana dan prasarana kedokteran gigi, Puskesmas jauh lebih mudah dibandingkan klinik pratama karena dukungan pembiayaan telah tersedia baik yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), di luar dari dana kapitasi yang diperoleh Puskesmas setiap bulannya.

Puskesmas dalam hal ini tidak murni menjalankan sistem kapitasi namun juga menerapkan sistem pembiayaan *budget system* dengan penetapan pembiayaan pelayanan kesehatan pada suatu kelompok berdasarkan suatu anggaran tertentu yang telah disepakati bersama (Sulastomo, 2000). Anggaran pembiayaan untuk pelayanan kesehatan gigi di puskesmas ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kota setempat sehingga puskesmas terlebih lagi dokter gigi tidak terjun langsung dalam manajemen kapitasi.

Berbeda dengan klinik pratama yang bekerjasama dengan BPJS dimana sumber pendanaan diperoleh dari dana kapitasi. Kondisi ini membuat klinik harus bagus dalam mengatur sistem keuangan termasuk di dalamnya alokasi biaya operasional alat dan bahan kedokteran gigi. Klinik pratama yang memiliki kurang dari 3000 peserta dituntut memiliki strategi agar bertahan dengan pendapatan kapitasi yang terbatas, salah satunya dengan cara pembatasan jam pelayanan. Sehingga perlu dipertimbangkan penentuan minimal jumlah kepesertaan bagi setiap provider karena berkaitan dengan besaran kapitasi yang diperoleh guna mendukung operasional klinik. Kondisi ini akan berdampak pada kualitas pelayanan yang diterima oleh peserta dan untuk memberikan persaingan sehat antar provider FKTP.

Distribusi dan Kunjungan Peserta JKN Pada Pelayanan Kedokteran Gigi

Dari hasil penelitian diperoleh data bahwa distribusi peserta JKN di Puskesmas rata – rata sudah lebih dari 10.000 peserta, ini berarti sudah memenuhi rasio jumlah peserta dan dokter gigi di Puskesmas sudah lebih dari cukup. Sedangkan untuk distribusi peserta di klinik sangat bervariasi dengan rentang yang cukup jauh yaitu masih ada dibawah 3.000 sampai dengan 40.000 peserta, yang secara tidak langsung menggambarkan tingkat pendapatan kapitasi yang diperoleh dan ini bahwa ketegasan dalam menetapkan minimal kepesertaan belum berjalan.

Angka utilisasi puskesmas yang diteliti sangat rendah yaitu 0,5%. Rendahnya kunjungan peserta JKN antara lain disebabkan karena karakteristik daerah penelitian adalah perkotaan dan menurut data BPS Kota Tangerang (2016) sebagian besar adalah pekerja yang kecenderungan memiliki waktu untuk memeriksakan kesehatannya di luar jam kerja. Adapun hal lain yang menjadi penyebab yang belum dilihat adalah apakah peserta yang terdaftar di puskesmas itu tinggal jauh dari puskesmas tersebut atau tidak mengetahui bahwa terdaftar di Puskesmas tersebut. Kunjungan pasien yang berobat pada pelayanan gigi di puskesmas lebih banyak pasien yang belum terdaftar sebagai peserta JKN dan pasien JKN yang terdaftar di FKTP lain.

Permasalahan lain di puskesmas adalah banyak pasien yang datang untuk mendapatkan pelayanan gigi yang bukan peserta JKN dan peserta JKN yang terdaftar di FKTP lain berkunjung ke puskesmas, hal ini mengakibatkan meskipun *utilisasi rate* puskesmas sangat rendah puskesmas juga tidak dapat menolak pasien yang bukan peserta JKN sehingga kunjungan tetap banyak. Kebijakan ini di satu sisi dinilai cukup baik tetapi di satu sisi tidak mendidik peserta JKN. Dengan kebijakan ini bisa terjadi bahwa peserta JKN mandiri akan berkurang, karena hanya mereka mengandalkan kebijakan pemerintah

daerah.

Rata – rata angka utilisasi klinik pratama adalah 2%, meskipun ada klinik yang mencapai 6% karena peserta JKN hingga 40.000. Hal ini dikarenakan jam pelayanan klinik pratama rata – rata melayani di sore atau malam hari. Menurut Dewanto dan Lestari (2014) angka utilisasi yang baik atau ideal minimal 2%. *Utilization rate* di bawah 2% menunjukkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut di puskesmas tersebut dalam kategori rendah. *Utilization rate* di atas 3% menunjukkan pelayanan kesehatan gigi dan mulut dalam kategori tinggi, hal ini dapat menyebabkan ketidakseimbangan resiko dan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan gigi dan mulut oleh dokter gigi. Maka melihat distribusi dan kunjungan peserta JKN di FKTP Kota Tangerang diperlukan mapping untuk melakukan redistribusi peserta dan peserta mendapatkan pelayanan gigi yang bermutu dan optimal, sehingga angka penyakit gigi dan mulut menurun.

Pelayanan Kedokteran Gigi dalam JKN

Jenis tindakan atau paket manfaat dalam pelayanan kedokteran gigi ditentukan oleh besaran kapitasi yang ditetapkan, maka untuk pelayanan kedokteran gigi mengacu kepada peraturan BPJS nomor 1 tentang pelaksanaan jaminan kesehatan tahun 2014. Semua puskesmas sudah membuat SOP pelayanan terkait pelayanan gigi secara tertulis dan terdokumentasi. Sedangkan klinik pratama belum terdokumentasi dengan baik. Namun Dinas kesehatan sudah berupaya dalam meningkatkan mutu pelayanan untuk klinik pratama dengan membuat target untuk 25 klinik pratama sudah terakreditasi pada tahun 2018.

Tingginya angka dalam penanganan penyakit kronis gigi dan mulut di FKTP, berdampak pada tingginya pelayanan kesehatan gigi dan mulut dalam sektor pelayanan kuratif dan rehabilitatif daripada preventif maupun promotif (Brickhouse, et.al., 2006). Berdasarkan paket manfaat terdapat beberapa tindakan yang perlu diperhatikan seperti perawatan jaringan pulpa tidak termasuk paket manfaat sehingga sering dilakukan rujukan dan tingginya angka rujukan untuk tindakan pencabutan. Hal ini dapat terjadi karena kemampuan dan pengalaman kerja dokter gigi yang berbeda-beda. Selain itu pemberian premedikasi/medikasi untuk menghilangkan rasa nyeri untuk sementara atau menunda perawatan dalam setiap penyakit gigi dan mulut yang menjadi trend di puskesmas dan klinik pratama. Hal ini dikhawatirkan dapat menyebabkan pasien kebal akan medikasi dan ketidakpuasan pasien akan perawatan. Jika terjadi terus menerus akan mengalami *over utilization* dalam pemberian premedikasi dalam pelayanan kedokteran gigi.

Ada perbedaan tindakan juga dilihat dari definisi jenis pelayanan yang diberikan oleh dokter gigi. seperti *scalling* atau pembersihan karang gigi pencabutan gigi permanen tanpa penyulit,

perawatan syaraf gigi. Hal ini menyebabkan kasus gigi yang seharusnya dapat dilayani di FKTP masih banyak dilakukan rujukan. Pelayanan yang dilakukan oleh dokter gigi belum semua mengacu pada standar kompetensi dokter gigi Indonesia dan panduan praktik klinis bagi dokter gigi (Kemenkes, 2015).

Pelayanan kedokteran gigi dipengaruhi oleh besaran kapitasi klinik sesuai dengan peneliti sebelumnya bahwa Budi (2010) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara sistem pembiayaan dengan kualitas pelayanan. Kualitas pelayanan yang diterima pasien dengan jaminan kesehatan lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang membayar langsung jasa pelayanan kesehatan. Menurut Grumbach, dkk. (1998 Cit. Hendrartini, 2008) pembayaran dengan sistem kapitasi dapat menurunkan kualitas pelayanan kesehatan. Sistem kapitasi dianggap sebagai pembatasan dalam pelayanan sehingga akan berpengaruh pada pengobatan pasien yang menjadi kurang optimal.

Hal itu merupakan reaksi FKTP terhadap sistem pembayaran kapitasi yang negatif. Beberapa reaksi PPK terkait sistem pembayaran kapitasi (Thabrany, 2000) yaitu : 1) reaksi positif, memberikan pelayanan berkualitas tinggi dengan diagnosa yang tepat dan pengobatan/tindakan yang paling efektif, pelayanan promotif dan preventif untuk mencegah insidens kesakitan sehingga utilisasi ke PPK rendah dan biaya pelayanan kesehatan menjadi lebih kecil, pelayanan yang efisien. 2) reaksi negatif PPK akan dengan mudah merujuk pasiennya ke spesialis, mempercepat waktu pelayanan sehingga tersedia waktu lebih banyak, tidak memberikan pelayanan dengan baik, agar kunjungan pasien kapitasi tidak cukup banyak. Dari penjabaran di atas, pelayanan yang diberikan oleh dokter gigi dalam JKN di layanan primer ini belum maksimal.

Rujukan Peserta JKN Dalam Pelayanan Kedokteran Gigi

Jumlah kasus gigi yang dilakukan rujukan di Kota Tangerang dilakukan oleh klinik pratama lebih tinggi dibandingkan puskesmas. Namun jika kita melihat rasio rujukan maka didapatkan hal yang kontras, rasio rujukan kasus gigi maka puskesmas lebih banyak melakukan rujukan yaitu 55/100 peserta sedangkan klinik pratama sebesar 25/100 peserta seperti tabel dibawah ini :

Tabel 7.3

Rasio Rujukan di Puskesmas dan Klinik Pratama Kota Tangerang Tahun 2016

FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA	Jumlah Peserta 2016	Utilartion rate	Jumlah kunjungan	Jumlah yang dirujuk
PUSKESMAS	549234	0,5%	2,746	1537
KLINIK PRATAMA	619866	2%	12,397	3167

Salah satu penyebabnya dokter gigi di puskesmas terjadi beban kerja (*over load*) yang berlebih dalam penanganan pasien yang bukan peserta JKN dan tanggung jawab program puskesmas yang harus dijalankan. Sehingga untuk mengurangi pekerjaan dengan cara melakukan rujukan. Adapun penyebab lain adalah kemungkinan terjadi karena konsep kapitasi dan sistem jasa pelayanan yang diterima oleh dokter gigi yang berjalan di puskesmas tidak saling melengkapi. Berdasarkan kasus, diagnosis gigi yang sering dirujuk adalah kasus *necrosis pulpa*, *impacted tooth* dan *pulpitis*. Jika melihat standar kompetensi untuk dokter gigi kasus – kasus tersebut sebenarnya masih dapat dikerjakan oleh dokter gigi di pelayanan primer. Penyebab terjadinya rujukan disebabkan oleh banyaknya pasien yang datang sudah dalam keadaan kronis dan parah sehingga membutuhkan perawatan lebih lanjut, sudah tidak dapat dirawat dengan paket manfaat dalam JKN, atau terdapat penyakit penyerta seperti hipertensi dan *diabetes mellitus*.

Selain itu perbedaan persepsi definisi tindakan dalam paket manfaat juga menyebabkan angka rujukan di klinik tinggi. Tingginya angka rujukan di klinik dalam kasus pencabutan dibandingkan Puskesmas karena tenaga dokter gigi di Puskesmas memanfaatkan semua pelayanan tidak hanya mengacu dalam paket manfaat saja dan faktor masa kerja dokter gigi yang lebih lama sehingga lebih berpengalaman.

Dari data tersebut maka bisa disimpulkan bahwa klinik pratama memiliki efisiensi pelayanan yang paling baik dibandingkan dengan puskesmas, khususnya dalam pelayanan kedokteran gigi bagi peserta JKN. Hal ini harus menjadi perhatian oleh BPJS Kesehatan dalam meningkatkan mutu pelayanan primer yang berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien serta efisiensi biaya, BPJS kesehatan menerapkan pembayaran kapitasi berbasis kinerja (KBK) di FKTP. Tujuan umum dari KBK adalah agar tercapainya fasilitas kesehatan tingkat pertama yang memberikan pelayanan kesehatan bermutu bagi peserta JKN. Sedangkan tujuan khususnya untuk mengukur kualitas layanan yang diberikan FKTP sesuai dengan indikator kinerja dan adanya insentif yang diberikan kepada FKTP sesuai dengan standar kualitas layanan. Kebijakan ini sudah diterapkan untuk Puskesmas di Kota Tangerang, namun untuk klinik pratama belum. Rate rujukan akan memiliki resiko keuangan terhadap kapitasi yang diterima oleh puskesmas. Dari hasil wawancara mendalam diperoleh kesimpulan bahwasannya KBK yang sudah berjalan di Puskesmas berdampak yaitu berupa pengurangan kapitasi yang diterima jika rate rujukan non indikasinya melebihi ketentuan. Namun perhitungan rujukan tidak hanya melihat rujukan kasus gigi saja, namun juga melihat kasus rujukan yang dilakukan dokter umum. Sedangkan untuk klinik pratama belum diberlakukan, masih

tahap sosialisasi dan masih banyak pelaksana khususnya dokter gigi belum paham terkait KBK ini. Dan melihat angka rujukan kasus gigi di klinik pratama yang tinggi maka nantinya kemungkinan besaran kapitasi yang diterima akan berubah, meskipun penyebabnya bukan hanya rujukan dalam pelayanan gigi.

Penutup Kesimpulan

Dari penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Secara umum implementasi pelayanan kedokteran gigi tahun 2017 Kota Tangerang sudah berjalan baik. Perlu komitmen kuat dan evaluasi dari dinas kesehatan, BPJS Kesehatan, FKTP untuk pelayanan kedokteran gigi.
2. Sumber daya manusia (tenaga dokter gigi) di puskesmas sudah memenuhi syarat minimal yaitu 1 (satu) dokter gigi di tiap puskesmas sehingga tidak ada lagi pasien dirujuk dengan alasan tidak ada dokter gigi.
3. Ketersediaan sarana prasarana alat kesehatan, obat – obatan dan bahan medis habis pakai dalam mendukung pelayanan kedokteran gigi sudah mencukupi dan dapat melakukan sesuai paket manfaat. Namun klinik pratama sarana prasarana lebih lengkap.
4. Dalam implementasi JKN yang sudah berjalan dari tahun 2014 hingga sekarang di bidang pelayanan kedokteran gigi dan mulut pemanfaatan peserta JKN dalam mendapatkan pelayanan di Puskesmas masih rendah.
5. Distribusi peserta JKN di tiap FKTP masih ada perbedaan yang besar, untuk Puskesmas rata – rata sudah lebih dari 8000 peserta, pada klinik pratama masih ada klinik yang mendapatkan jumlah peserta JKN kurang dari 2000 peserta.
6. Pelayanan kedokteran gigi khususnya dalam tindakan yang terdapat dalam paket manfaat masih ada perbedaan persepsi terkait definisi dan batasan rujukan untuk kasus penyakit gigi dan mulut.
7. Rasio rujukan didapatkan bahwa rujukan dari Puskesmas tinggi daripada klinik pratama,
8. Dari penyakit gigi yang sering dilakukan rujukan masih banyak yang dapat tuntas di pelayanan primer dan sesuai dengan kompetensi dokter gigi. Jika hal ini terus berlanjut maka akan berimplikasi terhadap nilai kapitasi yang diterima FKTP dengan diterapkan KBK baik di Puskesmas dan klinik pratama.
9. Dokter gigi di fasilitas kesehatan tingkat pertama diharapkan dapat menyelesaikan keluhan masyarakat akan kesehatan gigi yang termasuk dalam batas kompetensi dan kewenangannya, sehingga masyarakat tidak perlu mengorbankan sumber daya yang lebih besar untuk mendapatkan perawatan tingkat spesialis yang sesungguhnya tidak mereka perlukan

Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan, maka disampaikan saran sebagai berikut:

1. Dinas kesehatan Kota Tangerang dan BPJS Kesehatan
 - a. melakukan koordinasi mapping FKTP dan distribusi peserta JKN, agar masing – masing FKTP dapat jumlah peserta yang ideal. Dan dapat memberikan pelayanan yang berkualitas. Bahwa distribusi peserta JKN tidak hanya melihat dimana peserta bekerja tetapi dimana peserta tinggal.
 - b. Perlu kiranya adanya proses kredesialing ke puskesmas dan klinik pratama dengan menurunkan tim penilai agar diperoleh data yang valid tentang sumber daya manusia dan kondisi sarana prasarana.
 - c. Sosialisasi kepada peserta JKN agar peserta datang berobat sesuai dengan tempat FKTP yang dipilih dan terdaftar sebagai peserta JKN. Serta kebijakan kapitasi berbasis kinerja (KBK)
 - d. Sosialisasi kepada peserta JKN bahwa jenis pelayanan gigi yang dapat dilayani di FKTP, bahwa tidak semua dapat tuntas di fasilitas kesehatan tingkat pertama.
2. Organisasi profesi
 - a. Membuat usulan penambahan paket manfaat dalam JKN di fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan melihat kasus penyakit gigi tertinggi di masyarakat. Dan menghitung kembali nilai kapitasi yang ideal agar dapat lebih mencakup pelayanan kedokteran lain yang masih kompetensi dokter gigi di FKTP.
3. Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan dan organisasi profesi dokter gigi perlu membuat dan melakukan program preventif dan promotif kesehatan gigi yang bersifat intervensi untuk kelompok Tinggi/High Risk (H) sebagai prioritas utama untuk melakukan intervensi dalam sistem JKN. Apabila banyak peserta yang sehat maka akan mengurangi budget pengeluaran bahan medis habis pakai.
4. Dapat dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya utilisasi pelayanan kesehatan gigi di Puskesmas Kota Tangerang.

Daftar Pustaka

1. Ali, F. A. (2014). Analisis Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Siko dan Puskesmas Kalumata Kota Ternate Tahun 2014.
2. Ayuningtyas, D. (2014). *Kebijakan Kesehatan, Prinsip dan Praktik*. Jakarta: Rajawali Pers.
3. Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Bina Rupa Aksara
4. BPJS. (2013). *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
5. BPJS. (2014 a). Kredensialing dan Kebijakan BPJS.
6. BPJS. (2014 b). *Panduan Praktis Gate Keeper Concept*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
7. BPJS. (2014 c). *Panduan Praktis Program Rujuk Balik bagi Peserta JKN*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
8. BPJS. (2014 d). *Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
9. BPJS. (2014). *Panduan Layanan Bagi Peserta BPJS Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
10. BPJS. (2014). Faskes Tingkat Pertama Tangani 144 Penyakit Hapus «Puskesmas Raksasa». *Info BPJS Kesehatan Edisi XI*.
11. BPJS. (2014 g). Bahan Paparan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional.
12. BPJS. (2014 h). Peran Dokter Umum sebagai pelaksana Layanan Primer dalam Program BPJS Kesehatan.
13. BPJS. (2015 a). Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2015 tentang Norma Penetapan Besaran Kapitasi dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
14. Bungin B. (2003). *Analisis Data Penelitian Kualitatif : Pemahaman Filosofis dan Metodologis ke arah Penguasaan Metode Aplikasi*. Jakarta: Rajagrafindo Persada.
15. Edwards III, George C. 1980. *Implementing Public Policy*. Congressional Quarterly press
16. Gao, et.al. (2013). *Innovative interventions to promote positive dental health behaviors and prevent dental caries in preschool children : study protocol for a randomized controlled trial*. 14-118.
17. Kandelman., et.al. (2012). *Oral health care system in developing and developed countries*. *Periodontology Journal Singapore*, Vol.60, 98-109
18. Kertya Witaradya, 2010. Implementasi Kebijakan Model Edward III.
19. Meter, Donald Van, dan Carl Van Horn, 1975, *The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework* dalam *Administration and Society* 6, 1975, London: Sage
20. Moleong, Lexy J. , 2013, *Metode Penelitian kualitatif*, Penerbit PT Remaja Rosdakarya, Bandung.
21. Notoatmodjo, soekidjo, 2012, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta
22. PE Petersen and S Kwan, 2010, *The 7th Global Conference on Health Promotion-towards Integration of Oral Health*, *Community Dental Health Journal*, Vol 27, page 129-136
23. Johansson V., Axtelius B., Söderfeldt B., Sampogna F., Lannerud M. and Sondell K., 2007, Financial systems' impact on dental care; a review of fee-for-service and capitation systems, *Community Dental Health* (2007) 24, 12-20
24. Thabrany, H., 2000, Rasional pembayaran Kapitasi, *Ikatan Dokter Indonesia (IDI)*, Jakarta.
25. Thabrany, H., 2014, *Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta
26. Boland, P., 1996, *The Capitation Sourcebook: a practical guide to managing at risk arrangements*, Boland Health Care Inc., California.
27. Sturm, R., 2002, Effect of Managed Care and Financing on Practice Constraints and Career Satisfaction in Primary Care, *J Am Board Fam Pract*, 15: 367 - 377.
28. Iwan Dewanto and Naniek Isnaeni L, 2014, *Panduan Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (guide to the implementation of Oral Health service in a national health insurance system, Edisi 1, PB PDGI*, Jakarta
29. Heywood P, Choi Y., 2010., Health System performance at the district level in Indonesia after decentralization., *BMC Int Health and Human Rights*, vol 10:3. Doi:10.1186/1472-698x-10-3.
30. Satinder Singh W, Anup N, Amaninder Kaur and Kamaldeep Kaur, 2014, Type Of Patients, Disease Pattern, Felt Needs And Services Provided To Patients Attending Community Dental Camps In Amritsar District, *Indian Journal of Comprehensive Dental Care*, July-Dec 2014, Vol 4, issue 2, 448-451. Amritsar
31. Sulastomo, 2000. *Manajemen Kesehatan. Jakarta* : PT. Gramedia Pustaka Utama
32. Diah Ayu Maharani, 2012., Do the Indonesians Receive the Dental Care Treatment They Need? A Secondary Analysis on Self-Perceived Dental Care Need., *International Scholarly Research Network, ISRN Dentistry*, Vol 2012, 1-5.
33. Dinas Kesehatan Kota Tangerang, 2015. *Profil Kesehatan Kota Tangerang*. Banten
34. Hartley DA, 2004., Rural health disparities, population health, and rural culture. *Am J Public Health*. 2004;94:1675-1678.
35. Merzel C., 2000., Gender differences in health care access indicators in an urban, low-income community., *Am J Public Health*. 2000;90:909-916.

36. Office of Program Development.,1992, Study of Models to Meet Rural Health Care Needs. Rockville, MD: Health Resources and Service Administration, 1992. Publication No. HRS 240- 89-0037.
37. Hartley, D., L. Quam, and N. Lurie., 1994, Urban and rural differences in health insurance and access to care., *Journal of Rural Health*. 1994; 10 (2): 98-108
38. Phillips, CD. & McLeroy, KR., 2004, Health in rural America: Remembering the importance of place. Editorial. *American Journal of Public Health*. 2004;94(10). 1661-1663.
39. Winarno, B. 2004. *Teori dan Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Media Pressindo
40. WHO, Regional Office for South-East Asia, 2013, *Regional Oral Health Strategy 2013–2020*
41. Karleanne, LP. 2015. *Analisis Sistem Rujukan Jaminan Kesehatan Nasional RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak* : Jurnal Arsi, Jakarta
42. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Pedoman Sistem Rujukan Nasional*. Jakarta: Direktorat Jenderal BUK (Bina Upaya Kesehatan) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
43. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, No. 01 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan*. Jakarta.
44. Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*.
45. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomer 9 Tahun 2015 tentang Rencana Aksi Nasional Pelayanan Kesehatan Gigi Dan Mulut 2015 – 2019*
46. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomer 62 Tahun 2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Gigi*
47. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomer 89 Tahun 2015 tentang Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut*.
48. Kementerian Kesehatan RI, 2011. *Riset Fasilitas Kesehatan*
49. Kementerian Kesehatan RI, 2013. *Laporan Riset Kesehatan Dasar*
50. Harris R, Ashcroft A, Burnside G, Dancer J M, Smith D, Grieveson B, 2008, *Facets of Job Satisfaction of Dental Practitioners Working in Different Organizational Settings in England*, *British Dental Journal*; 204:E1
51. Harris R, Burnside G, Ashcroft A, Grieveson B, 2009, *Job Satisfaction of Dental Practitioners Before and After a Change in Incentives and Governance: a Longitudinal Study*, *British Dental Journal*; 207:E4
52. Milsom K M, Threlfall A, Pine K, Tickle M, Blinkhorn A S, Kearney-Mitchell P, 2008, *The Introduction of the New Dental Contract in England – a Baseline Qualitative Assessment*, *British Dental Journal*; 204:59-62
53. Kim J B, 2012, *Oral Health Promotion in Korea*, Lecture Presentation in Pusan National University
54. Bailit H, 1999, *Dental Insurance, Managed Care and Traditional Practice*, *Journal of American Dental Association*; 130
55. Kalsen H J, 2007, *Kaiser Family Foundation, Issue Brief. Medicaid’s Role for Women*, <http://www.kff.org>
56. Rosenblatt R A, Androlla C H A, Curtin T, Hart L G, 2006, *Shortages of Medical Personnel at Community Health Centers. Implications for Planned Expansion*, *Journal of American Medical Association*; 295:1042-1049
57. Renny R S, 2016, *Utilization Rate Pelayanan Kesehatan Gigi Dan Mulut Era Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Periode 2014 Di Puskesmas Urban, Sub Urban, Dan Rural Propinsi DIY*;
58. Suhartati, D. (2014). *Analysis of first level outpatient referral system implementation on BPJS participant in Puskesmas 5 Ilir and Puskesmas Merdeka*
59. Thompson W M, 2001, *Use of Dental Services by 26-year-old New Zealanders*, *New Zealand Dental Journal*; 97:44-48
60. Tewarit S, Leizel PL., *Which Households Are At Risk Of Catastrophic Health Spending: Experience In Thailand After Universal Coverage*. *Health Affairs*. 2012., 28(3): (2009):467-78.
61. Somkotra T, Detsomboonrat P. *Is there equity in oral healthcare utilization:experience after achieving Universal Coverage*. *Community Dental Oral Epidemiology Journal*. 2009; 37: 85–96.
62. *Konsil Kedokteran Indonesia, 2015. Peraturan Konsil Kedokteran 40 tahun 2015 tentang Standar Kompetensi Dokter Gigi Indonesia*
63. WHO. 2010. *Management of Health Facilities: Referral systems (Health Referral System & Minimum Packages of Service)* (diunduh website: <http://www.who.int/management/facility/referral/en/index3.html>).
64. Wardoyo. (2014). *Analisis Permintaan Rujukan Non Indikasi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Psukesmas Wilayah Kota Tangerang*, Tesis