

## BAB II

### PEMBAHASAN

#### 2.1. Kepuasan

Kepuasan adalah penilaian yang sangat pribadi yang dipengaruhi oleh harapan. Kepuasan juga didasarkan pada pengalaman dari pelayanan yang diberikan (Cengiz, 2010).

Oliver (dalam Koentjoro, 2007) menyatakan bahwa kepuasan merupakan respon pelanggan terhadap dipenuhinya kebutuhan dan harapan. Kepuasan pelanggan terbentuk dari penilaian pelanggan terhadap kinerja suatu perusahaan dalam merumuskan tujuan dan manfaat produk atau pelayanan yang diberikan dalam memenuhi kebutuhan, keinginan, dan harapan pelanggan. Dengan demikian, kepuasan terjadi karena adanya suatu pemenuhan terhadap apa yang dibutuhkan dan diharapkan oleh pelanggan.

Menurut Kreitner dan Kinicki (2010) dalam Andestia (2012) terdapat lima faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya kepuasan yaitu:

- 1 *Need fulfillment* (pemenuhan kebutuhan). Model ini mengajukan bahwa kepuasan ditentukan tingkatan karakteristik pekerjaan yang memungkinkan kesempatan pada individu untuk memenuhi kebutuhannya.
- 2 *Discrepancies* (perbedaan). Model ini menyatakan bahwa kepuasan merupakan suatu hasil memenuhi harapan. Pemenuhan harapan mencerminkan perbedaan antara apa yang diharapkan dan yang diperoleh individu dari pekerjaan. Apabila harapan lebih besar daripada apa yang

diterima, orang akan tidak puas. Sebaliknya diperkirakan individu akan puas apabila mereka menerima manfaat diatas harapan.

- 3 *Value attainment* (pencapaian nilai). Gagasan *value attainment* adalah bahwa kepuasan merupakan hasil dari persepsi pekerjaan memberikan pemenuhan nilai kerja individual yang penting.
- 4 *Equity* (keadilan). Dalam model ini dimaksudkan bahwa kepuasan merupakan fungsi dari seberapa adil individu diperlakukan di tempat kerja. Kepuasan merupakan hasil dari persepsi orang bahwa perbandingan antara hasil kerja dan inputnya relatif lebih menguntungkan dibandingkan dengan perbandingan antara keluaran dan masukkan pekerjaan lainnya.
- 5 *Dispositional/genetic components* (komponen genetik). Beberapa rekan kerja atau teman tampak puas terhadap variasi lingkungan kerja, sedangkan lainnya kelihatan tidak puas. Model ini didasarkan pada keyakinan bahwa kepuasan kerja sebagian merupakan fungsi sifat pribadi dan faktor genetik. Model menyiratkan perbedaan individu hanya mempunyai arti penting untuk menjelaskan kepuasan kerja seperti halnya karakteristik lingkungan pekerjaan.

Menurut Gaspersz dalam (Nasution, 2005), [faktor](#) yang mempengaruhi persepsi dan harapan adalah sebagai berikut:

- 1 Kebutuhan dan keinginan yang berkaitan dengan hal-hal yang dirasakan pelanggan ketika ia sedang mencoba melakukan transaksi dengan produsen/pemasok produk (perusahaan). Jika pada saat itu kebutuhan dan keinginannya besar, harapan atau ekspektasi pelanggan akan tinggi, demikian pula sebaliknya.

2. Pengalaman masa lalu ketika mengkonsumsi produk dari perusahaan maupun pesaing-pesaingnya.
3. Pengalaman dari teman-teman, dimana mereka akan menceritakan kualitas produk yang akan dibeli oleh pelanggan itu. Hal ini jelas mempengaruhi persepsi pelanggan terutama pada produk-produk yang dirasakan berisiko tinggi.
4. Komunikasi melalui iklan dan pemasaran juga mempengaruhi persepsi pelanggan. Orang-orang di bagian penjualan dan periklanan seyogianya tidak membuat kampanye yang berlebihan melewati tingkat ekspektasi pelanggan.

Usman (2013) kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi/kesannya terhadap kinerja (atau hasil) suatu produk/jasa dan harapan- harapannya. Persamaan ini menghasilkan tiga kemungkinan, yaitu:

1. *Performance < Expectation*

Bila ini terjadi maka konsumen mengatakan bahwa pelayanan yang diberikan jelek, karena harapan konsumen tidak terpenuhi atau pelayanannya kurang baik, belum memuaskan konsumen.

2. *Performance = Expectation*

Bila ini terjadi, maka bagi konsumen tidak ada istimewanya, pelayanan yang diberikan biasa-biasa saja, karena belum memuaskan konsumen.

3. *Performance > Expectation*

Bila keadaan ini tercapai, maka konsumen merasakan bahwa pelayanan yang diberikan adalah baik dan menyenangkan.

Untuk mengetahui tingkat kepuasan dapat digunakan Indeks. Salah satu indeks yang lazim digunakan adalah *Customer Satisfaction Index* (CSI). CSI digunakan untuk mengetahui tingkat kepuasan pengguna jasa secara menyeluruh dengan melihat tingkat kinerja dan tingkat kepentingan/harapan dari atribut-atribut jasa pelayanan. Menurut Aritonang (2005), untuk mengetahui besarnya nilai CSI, maka langkah-langkah yang dilakukan yaitu :

1. Menentukan *Mean Importance Score* (MIS) atau rata-rata skor kepentingan. Nilai ini diperoleh dari rata-rata tingkat kepentingan/ harapan pengguna jasa.

$$MIS = \frac{[\sum_{i=1}^n Y_i]}{n}$$

2. Menghitung *Weight Factor* (WF) atau faktor tertimbang. Bobot ini merupakan prosentase nilai MIS per indikator terhadap total MIS seluruh indikator.

$$WF = \frac{MIS_i}{\sum_{i=1}^p MIS_i} \times 100\%$$

3. Menghitung *Weight Score* (WS) atau Skor tertimbang. Bobot ini merupakan perkalian antara WF dengan rata-rata tingkat kinerja (*Mean Performance Score* = MPS)

$$WS_i = WFi \times MPS$$

4. Menentukan *Customer Satisfaction Index* (CSI)

$$CSI = \frac{\sum_{i=1}^P WSi}{HS} \times 100\%$$

Bila nilai CSI > 50% maka dapat dikatakan bahwa pengguna jasa telah merasa puas, sebaliknya bila CSI < 50% maka pengguna jasa belum merasa puas. Nilai CSI dalam penelitian ini dibagi dalam lima kriteria dari tidak puas sampai dengan sangat puas (Usman, 2013).

## 2.2. Harapan

Teori Harapan/Teori Ekspektansi (*Expectancy Theory of Motivation*) dikemukakan oleh Victor H. Vroom pada tahun 1964. Tiga asumsi pokok Vroom dari teorinya adalah sebagai berikut :

1. Setiap individu percaya bahwa bila ia berperilaku dengan cara tertentu, ia akan memperoleh hal tertentu. Ini disebut sebuah harapan hasil (*outcome expectancy*) sebagai penilaian subjektif seseorang atas kemungkinan bahwa suatu hasil tertentu akan muncul dari tindakan orang tersebut.
2. Setiap hasil mempunyai nilai, atau daya tarik bagi orang tertentu. Ini disebut valensi (*valence*) sebagai nilai yang orang berikan kepada suatu hasil yang diharapkan.
3. Setiap hasil berkaitan dengan suatu persepsi mengenai seberapa sulit mencapai hasil tersebut. Ini disebut harapan usaha (*effort expectancy*) sebagai kemungkinan bahwa usaha seseorang akan menghasilkan pencapaian suatu tujuan tertentu.

Teori ini menyatakan bahwa kekuatan yang memotivasi seseorang untuk bekerja giat dalam mengerjakan pekerjaannya tergantung dari hubungan timbal

balik antara apa yang diinginkan dan dibutuhkan dari hasil pekerjaan itu (Saktiyanto dkk, 2013). Vroom dalam Koontz (1990) mengemukakan bahwa orang-orang akan termotivasi untuk melakukan hal-hal tertentu guna mencapai tujuan apabila mereka yakin bahwa tindakan mereka akan mengarah pada pencapaian tujuan tersebut. Teori harapan ini didasarkan atas :

- a. Harapan (*Expectancy*) adalah suatu kesempatan yang diberikan akan terjadi karena perilaku atau suatu penilaian bahwa kemungkinan sebuah upaya akan menyebabkan kinerja yang diharapkan.
- b. Nilai (*Valence*) adalah akibat dari perilaku tertentu mempunyai nilai/martabat tertentu (daya/nilai motivasi) bagi setiap individu yang bersangkutan. Dengan kata lain, *valence* merupakan hasil dari seberapa jauh seseorang menginginkan imbalan/ signifikansi yang dikaitkan oleh individu tentang hasil yang diharapkan.
- c. Pertautan (*Instrumentality*) adalah persepsi dari individu bahwa hasil tingkat pertama ekspektansi merupakan sesuatu yang ada dalam diri individu yang terjadi karena adanya keinginan untuk mencapai hasil sesuai dengan tujuan atau keyakinan bahwa kinerja akan mengakibatkan penghargaan.

*Expectancy Theory* berasumsi bahwa seseorang mempunyai keinginan untuk menghasilkan suatu karya pada waktu tertentu tergantung pada tujuan-tujuan khusus orang yang bersangkutan dan juga pemahaman seseorang tersebut tentang nilai suatu prestasi kerja sebagai alat untuk mencapai tujuan tersebut. Harapan adalah keyakinan bahwa upaya yang lebih baik akan menghasilkan kinerja yang lebih baik (Saktiyanto dkk, 2013).

### 2.3. Jaminan Kesehatan

Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan pada pasal 1 disebutkan bahwa Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.

Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disingkat PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.

Secara singkat, dijelaskan pada Pasal 2 bahwa Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan meliputi:

- a. kepesertaan;
- b. iuran kepesertaan;
- c. penyelenggara pelayanan kesehatan;
- d. kendali mutu dan kendali biaya; dan
- e. pelaporan dan *utilization review*

### 2.3.1. Jaminan Sosial di Indonesia

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, menyebutkan dalam Pasal 14 ayat (1) "Pemerintah secara bertahap mendaftarkan penerima bantuan iuran sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial". Kemudian Pasal 14 ayat (2) berbunyi "Penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu". Kemudian Pasal 17 ayat (4) menyebutkan bahwa "Iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah". Selanjutnya, Pasal 10 ayat (1) Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial menyatakan bahwa "Asuransi kesejahteraan sosial diselenggarakan untuk melindungi warga negara yang tidak mampu membayar premi agar mampu memelihara dan mempertahankan taraf kesejahteraan sosialnya". Ayat selanjutnya menyatakan "Asuransi kesejahteraan sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk bantuan iuran oleh Pemerintah". Dalam Pasal 5 ayat (2) huruf b Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara menyebutkan bahwa urusan sosial masuk dalam urusan Pemerintahan yang ruang lingkupnya disebutkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

Hendra (2012) menyebutkan bahwa Negara Indonesia menganut paham sebagai negara kesejahteraan yang berarti terdapat tanggung jawab negara untuk mengembangkan kebijakan negara di berbagai bidang kesejahteraan serta meningkatkan kualitas pelayanan umum melalui penyediaan fasilitas yang diperlukan. Pembangunan kesejahteraan sosial sesungguhnya mengacu pada



sila kelima yang menekankan prinsip keadilan sosial. Pembangunan kesejahteraan sosial baru sebatas wacana dan belum terintegrasi dengan strategi pembangunan ekonomi. Pembangunan dalam bidang sosial ekonomi sebagai salah satu pelaksanaan kebijakan pembangunan nasional yang mendapat perhatian cukup memadai dari pemerintah sehingga dari waktu ke waktu pembangunan bidang sosial ekonomi mengalami banyak kemajuan yang pada gilirannya diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan rakyat. Dengan demikian pada gilirannya pula kesejahteraan tersebut dapat dijangkau dan dapat dinikmati secara adil, berkelanjutan, merata bagi seluruh rakyat Indonesia. Salah satu bentuk pembangunan sosial ekonomi menjadi dinamika tersendiri dalam pembangunan nasional bangsa Indonesia karena dalam praktiknya masih banyak mengalami tantangan dan tuntutan yang harus dipecahkan.

Majelis Permusyawaratan Rakyat dalam TAP MPR Nomor X/MPR/2001 menugaskan kepada Presiden untuk membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dalam rangka memberikan perlindungan sosial kepada seluruh rakyat Indonesia yang menyeluruh dan terpadu. SJSN pada dasarnya merupakan program pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian atas perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program SJSN diharapkan setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak yang sewaktu-waktu dapat hilang atau berkurang antara lain karena berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan akibat pemutusan hubungan kerja (PHK), habis masa bekerja (pensiun) maupun karena memasuki usia lanjut.

Pasal 4 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menyebutkan bahwa Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan prinsip-prinsip:

1. Prinsip kegotong-royongan, prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong-royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat, peserta yang beresiko rendah membantu yang beresiko tinggi dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip kegotongroyongan ini jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
2. Prinsip nirlaba, bahwa pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan untuk mencari keuntungan bagi badan penyelenggara jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.
3. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektifitas, prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan dari hasil pengembangannya.
4. Prinsip kehati-hatian, pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman dan tertib.
5. Prinsip akuntabilitas, pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
6. Prinsip portabilitas, bahwa jaminan sosial yang dimaksud untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal, tetapi masih dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia. Bertambah majunya pertumbuhan ekonomi

lebih lancarnya transportasi nusantara dan meluasnya usaha-usaha pemerintah maupun sektor swasta di seluruh nusantara menyebabkan penduduk akan lebih sering berpindah-pindah.

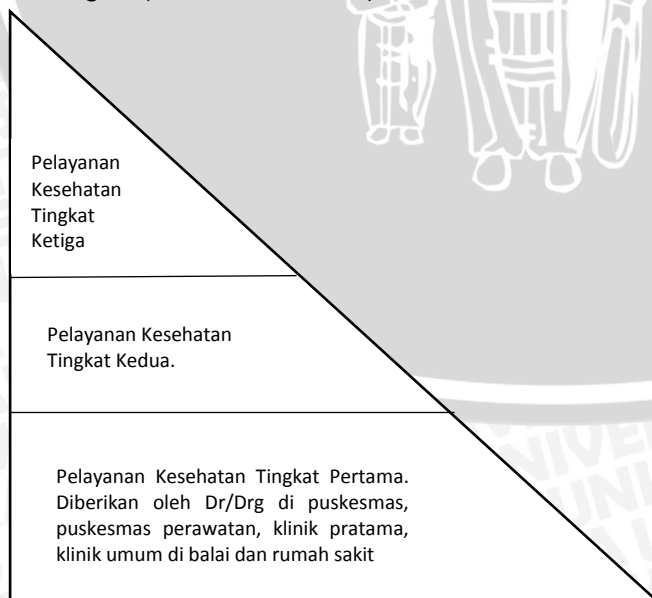
7. Prinsip kepesertaan yang bersifat wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat Indonesia menjadi peserta walaupun dalam penerapannya tetap menyesuaikan dan mempertimbangkan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Peserta dimulai dari pekerja pada sektor formal dan pekerja pada sektor informal yang dapat menjadi peserta acara sukarela.
8. Prinsip dana amanat, bahwa dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.
9. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial nasional bahwa hasil berupa deviden dari para pemegang saham dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

Dengan demikian tampak jelas bahwa dengan hadirnya Undang- Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dimaksudkan untuk memberikan jaminan dasar yang layak bagi seluruh masyarakat karena itu menjadi kewajiban konstitusional pemerintah terhadap rakyatnya yang harus dikelola langsung oleh pemerintah agar terciptanya suatu pemerataan dan keadilan di seluruh Negara Kesatuan Republik Indonesia (Pakpahan & Sihombing 2012).

**2.4. Fasilitas kesehatan**

Berdasarkan Pasal 5, ayat 1 menyebutkan bahwa sistem rujukan diwajibkan bagi pasien yang merupakan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan pemberi pelayanan kesehatan. Ayat 2 menyebutkan, Peserta asuransi komersial mengikuti aturan yang berlaku sesuai dengan ketentuan dalam polis asuransi dengan tetap mengikuti pelayanan kesehatan yang berjenjang. Ayat 3 menyebutkan, Setiap orang yang bukan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat mengikuti sistem rujukan (Yustiawan, 2013).

Peraturan Menteri Kesehatan No. 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, Pasal 2 menyebutkan pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari tingkat yaitu tingkat pertama, tingkat kedua dan tingkat ketiga. Pasal 4 (1) menyebutkan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang, sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Berikut adalah gambar jenjang sistem pelayanan kesehatan perorangan (Yustiawan, 2013).



Gambar 2.1. Tingkatan Pelayanan Kesehatan Perorangan Berdasarkan Permenkes 001/2012



Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2013 tentang Kriteria Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pasal 1, fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan atau masyarakat. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dasar. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan spesialisik. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan spesialisik, dan pelayanan kesehatan sub spesialisik.

#### **2.4.1. Fasilitas Kesehatan Tingkat I**

Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Pelayanan kesehatan tingkat pertama diselenggarakan oleh fasilitas kesehatan (faskes) tingkat pertama tempat peserta terdaftar. Setiap peserta wajib terdaftar pada salah satu faskes tingkat pertama. Saat pertama kali melakukan pendaftaran, BPJS Kesehatan memilihkan fasilitas kesehatan peserta berdasarkan wilayah tempat tinggal (Yustiawan, 2013).

Pelayanan medis tingkat pertama meliputi:

- a. Kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;

- b. Kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan;
- c. Kasus medis rujuk balik;
- d. Pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama;
- e. Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter;
- f. Rehabilitasi medik dasar
- g. Rawat inap pada pengobatan/perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;
- h. Rawat inap pada pertolongan persalinan pervaginam bukan risiko tinggi;
- i. Rawat inap pada pertolongan persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi Puskesmas PONED;
- j. Rawat inap pada pertolongan neonatal dengan komplikasi; dan
- k. Rawat inap pada pelayanan transfusi darah sesuai kompetensi Fasilitas Kesehatan dan/atau kebutuhan medis.

#### **2.4.2. Hak dan Kewajiban BPJS Kesehatan dan Dokter Gigi serta Manajer Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama**

Didalam kontak yang ditandatangani pihak BPJS Kesehatan dan Dokter Gigi serta Manajer Fasilitas Kesehatan Tingkat I Layanan Gigi terdapat hak dan kewajiban yang diperoleh oleh masing-masing pihak, diantaranya:

Hak Dokter Gigi dan Manajer Fasilitas Kesehatan Tingkat I Layanan Gigi

- a. Mendapatkan data awal nama peserta terdaftar dan perubahan data peserta secara berkala setiap bulan;
- b. Menerima pembayaran dari BPJS Kesehatan berdasarkan tarif kapitasi dan/ atau tarif non kapitasi atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta;
- c. Mendapatkan aplikasi pengolahan data pelayanan pasien pada Faskes tingkat pertama dan user manualnya;
- d. Memperoleh informasi tentang ruang lingkup, pembayaran, prosedur pelayanan kesehatan dan mekanisme kerja sama dari BPJS Kesehatan;
- e. Memperoleh format pencatatan pelaporan;
- f. Memperoleh daftar Faskes rujukan dalam wilayah kerja yang ditunjuk atau bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- g. Dalam hal keterlambatan pembayaran kapitasi oleh BPJS Kesehatan sebagaimana diatur dalam Pasal 5 ayat (1), maka BPJS Kesehatan membayar ganti rugi kepada Dokter Gigi dan Manajer Fasilitas Kesehatan Tingkat I Layanan Gigi sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan;

#### Kewajiban Dokter Gigi dan Manajer Fasilitas Kesehatan Tingkat I Layanan Gigi

- a. Melakukan fungsi *gate keeper* sebagai kontak pertama (*first contact*), kontinuitas pelayanan, pelayanan komprehensif dan koordinasi (*care management*);

- b. Memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta dengan baik sesuai Panduan Praktik Klinik (PPK) bagi dokter gigi dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI);
- c. Memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta selain peserta terdaftar dalam kondisikegawatdaruratan medis atau peserta berada diluar wilayah FKTP tempat peserta terdaftar;
- d. Memberikan data dan informasi tentang Sumber Daya Manusia dan sarana prasarana yang didapatkan Dokter Gigi dan Manajer Fasilitas Kesehatan Tingkat I Layanan Gigi dan informasi lain tentang pelayanan kepada peserta yang dianggap perlu oleh BPJS Kesehatan;
- e. Membuat dan menyampaikan laporan bulanan kepada BPJS Kesehatan yang mencakup pencatatan atas jumlah kunjungan peserta dan rujukan serta pelayanan lainnya yang diberikan kepada peserta dengan format terlampir selambat-lambatnya tanggal 10 ntiap bulannya;
- f. Menunjuk pengganti, memberitahukan secara tertulis serta mendapat persetujuan tertulis dari BPJS Kesehatan apabila Dokter Gigi dan Manajer Fasilitas Kesehatan Tingkat I Layanan Gigi tidak dapat meberikan pelayanan kesehatan sesuai waktu praktik yang disepakati;
- g. Memberitahukan secara tertulis kepada BPJS Kesehatan dalam hal terjadi perubahan tempat praktik atau berhenti praktik;
- h. Menyediakan perangkat keras (*hardware*) dan jaringan komunikasi data;
- i. Merekam seluruh data pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta melalui aplikasi Faskes Tingkat pertama (Aplikasi *P-Care*) yang diberikan BPJS kesehatan;



- j. Melaksanakan dan mendukung seluruh program pelayanan kesehatan yang dilaksanakan BPJS Kesehatan;
- k. Menyediakan jejaring pelayanan sesuai kebutuhan; Menyampaikan Perjanjian Kerjasama (PKS) dengan jejaring pelayanan kepada BPJS Kesehatan;
- l. Perjanjian berlaku untuk jangka waktu 1 (satu) tahun
- m. Selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sebelum berakhirnya Jangka Waktu Perjanjian, PARA PIHAK sepakat untuk saling memberitahukan maksudnya apabila hendak memperpanjang Perjanjian ini.
- n. Dalam jangka waktu kontrak tersebut, Dokter Gigi dan Manajer Fasilitas Kesehatan Tingkat I Layanan Gigi akan dinilai oleh BPJS kesehatan atas fasilitas dan kemampuan pelayanan kesehatan, penyelenggaraan pelayanan kesehatan selama jangka waktu Perjanjian dan kepatuhan serta komitmen terhadap Perjanjian
- o. Dalam jangka waktu kontrak tersebut, Dokter Gigi dan Manajer Fasilitas Kesehatan Tingkat I Layanan Gigi akan dinilai oleh BPJS kesehatan meliputi indikator kualitas mutu (QI-9) berupa rate kunjungan dan rasio rujukan, fungsi/kinerja *gatekeeper* yang diperoleh dari hasil *walk trough audit* dan utilisasi review, angka rujukan penyakit dan absensi laporan
- p. Apabila dalam jangka waktu kontrak tersebut, Dokter Gigi dan Manajer Fasilitas Kesehatan Tingkat I Layanan Gigi terbukti tidak melayani Peserta sesuai dengan kewajibannya, tidak memberikan fasilitas dan pelayanan kesehatan kepada Peserta sesuai dengan haknya, memungut biaya tambahan kepada Peserta dan melanggar ketentuan sebagaimana

yang diatur dalam kontrak maka BPJS Kesehatan akan menegur Dokter Gigi dan Manajer Fasilitas Kesehatan Tingkat I Layanan Gigi secara tertulis.

#### **2.4.3. Cakupan Pelayanan Gigi pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama**

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Pasal 52 disebutkan bahwa cakupan pelayanan gigi pada Fasilitas Kesehatan Pertama yaitu meliputi :

- 1) Pelayanan kesehatan gigi meliputi :
  - a. Administrasi pelayanan terdiri atas biaya pendaftaran pasien dan biaya administrasi lain yang terjadi selama proses perawatan atau pelayanan kesehatan pasien;
  - b. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
  - c. Premedikasi;
  - d. Kegawatdaruratan oro-dental;
  - e. Pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi);
  - f. Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit;
  - g. Obat pasca ekstraksi;
  - h. Tumpatan komposit/GIC; dan
  - i. Skeling gigi 1 kali dalam setahun.