

ANALISIS IMPAK KEBIJAKAN DOKTER LAYANAN PRIMER (DLP) DI INDONESIA TAHUN 2018

(IMPACT ANALYSIS OF PRIMARY CARE DOCTOR POLICY (DLP) IN INDONESIA, 2018)

Mimi Sumiarsih¹, Wiku Adisasmito²

¹Mahasiswa S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

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

ABSTRAK

Belum optimalnya pengelolaan masalah kesehatan di pelayanan kesehatan tingkat primer menyebabkan tingginya angka rujukan ke rumah sakit. Hal ini berimplikasi terhadap pembengkakan biaya kesehatan yang harus ditanggung pemerintah melalui program JKN. Kehadiran kebijakan Dokter Layanan Primer yang ditetapkan pemerintah sebagai solusi justru menyimpan persoalan. Sejumlah pihak menolak dengan alasan tidak mengurai akar permasalahan, memboroskan anggaran, dan mengacaukan peran interprofesi kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penyusunan kebijakan DLP dan potensi dampak yang ditimbulkan dari sisi politik, sosial, lingkungan, dan ekonomi. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan untuk mengembangkan strategi kebijakan atau tindakan koreksi yang tepat. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan teknik wawancara mendalam dan telaah dokumen. Hasil penelitian menunjukkan proses penyusunan kebijakan yang prematur dan penuh dinamika politik. Titik risiko kebijakan meliputi perbedaan dalam identifikasi masalah, komunikasi tujuan kebijakan yang tidak baik, persaingan dalam pengembangan opsi kebijakan, alur penetapan kebijakan yang terbalik, serta penyusunan strategi kebijakan dan konsultasi publik yang tidak efektif menghimpun dukungan penuh kebijakan. Penilaian analisis dampak kebijakan memperlihatkan implikasi positif dan negatif yang berimbang diikaji dari sejumlah aspek. Potensi manfaat kebijakan antara lain dari sisi perbaikan pendekatan pelayanan kesehatan, pencegahan keparahan penyakit, penghematan biaya kesehatan, kesejajaran kedudukan FKTP dalam sistem kesehatan, kepuasan masyarakat, dan efisiensi waktu kunjungan. Di sisi lain, DLP dapat memunculkan sejumlah kerugian seperti pertentangan legal, kecemburuan sosial, konflik horizontal antar tenaga, peningkatan biaya pemerintah maupun publik, *opportunity loss* akibat tambahan masa studi, dan peningkatan beban kerja dokter. Oleh karena itu dinilai perlu untuk segera dilakukan evaluasi kebijakan DLP dengan mempertimbangkan opsi reformulasi, reorganisasi, dan terminasi kebijakan. Selain itu disarankan penguatan peran analisis kebijakan dan peneliti dalam mengkaji proses pengembangan kebijakan kesehatan di masa mendatang.

Kata kunci : Analisis dampak, DLP, Dokter layanan primer, Analisis kebijakan kesehatan.

ABSTRACT

The health problem management inadequacy at primary health services has led to the higher hospital referral rate. This has implications for excessive health costs that must be

compensated by the government through the JKN program. The Policy of Primary Care Doctor (DLP) which issued by the government as a solution has created problems. Some parties refused to implement DLP policy since it did not solved the root causes of the problem, wasted their budget, and disrupted the role of health interprofessionals. This study has the objectives to analyze the DLP policy making and the potential impact of political, social, environmental and economic aspects. The results of this study are expected to be included in policy strategies development or appropriate corrective actions. This qualitative research are using qualitative methods such as in-depth interview techniques and document review. The results of the study show a premature and full of political dynamics policy formulation process. Policy risk points include differences in problem identification, poor communication of policy objectives, competition in developing policy options, reverse policy setting, and ineffective policy strategies and public consultation in gathering full support of the policy. Policy impact analysis shows balanced positive and negative implications from a number of aspects. The potential benefits of the policy include improving the health care approach, preventing disease severity, saving health costs, aligning FKTP's position in the health system, community satisfaction, and efficiency of visit time. On the other hand, DLP could lead to a number of potential disadvantages such as legal conflict, social jealousy, horizontal conflict between health personnel, increased government and public costs, opportunity loss due to additional study periods, and increased workload of doctors. As a result, it is necessary to immediately evaluate the DLP policy by considering the options for reformulation, reorganization and termination of policies. In addition, it is suggested to strengthen the role of policy analysts and researchers in reviewing the process of developing health policies in the future.

Keywords: Impact analysis, DLP, Primary care doctor, Health policy analysis.

PENDAHULUAN

Transisi epidemiologi penyakit menyisakan beban penyakit degeneratif sebagai tantangan pelayanan kesehatan global. Selain itu, peningkatan usia tua, kekurangan tenaga kesehatan di wilayah perifer, serta besarnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan menambah kompleks situasi kesehatan (Hays dan Morgan, 2011). Dalam laporan WHO (2008) "Primary Health Care (PHC) now more

than ever” menyiratkan upaya penguatan kembali pelayanan kesehatan di tingkat primer. Hal ini ditindaklanjuti pada konferensi global WHO tahun 2009 yang mengusulkan pembaharuan dalam pendekatan pelayanan kesehatan dimana salah satunya mendorong praktik layanan tenaga dokter yang baik (Hartini dkk, 2012; Annisa dkk, 2013).

Penguatan kualitas pelayanan kesehatan primer telah disadari menjadi faktor kunci di Indonesia tercermin dalam Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Pelayanan primer ditempatkan sebagai komponen vital dalam memenuhi hak rakyat untuk hidup sehat sesuai amanat konstitusi. Sayangnya, kinerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) saat ini dinilai belum optimal dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Tercatat bahwa sepanjang tahun 2014-2017 terjadi 1,8 juta kasus dengan diagnosa rujuk balik berkunjung ke RS, ada 1, 2 juta kasus rujukan langsung ke RS tipe A dan 714 ribu kasus non spesialistik. Padahal, target yang diharapkan lebih dari 80 persen permasalahan kesehatan dapat ditangani di tingkat pelayanan primer (CHEPS, 2017; UGM, 2015; Republik Indonesia, 2004; Kemenkes, 2009).

Mengingat adanya kecenderungan permintaan pelayanan kesehatan di masa JKN, maka FKTP perlu memperkuat basis pengetahuan klinis dokter dan kompetensi penunjang lainnya di level primer. Dalam situasi ini, WHO mengusulkan sebuah konsep yang dinamakan *family doctor* atau dokter keluarga yang berfokus pada penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berkesinambungan melalui sejumlah penguatan kompetensi khusus. Gagasan ini kemudian terus berkembang dan diadopsi secara luas termasuk Asia. Istilah kedokteran keluarga sendiri tidak identik di masing-masing negara, namun memiliki titik fokus yang sama yakni penguatan peran dokter pada layanan primer (CHEPS, 2017; UGM, 2015a; Weel et al, 2004; BPJS, 2014, Gohn, 2014).

Family medicine sendiri mulai diperkenalkan di Indonesia tahun 1980 dengan penyebutan dokter keluarga. Dalam perkembangannya, kedudukan dokter keluarga belum optimal pelaksanaannya hingga konsep ini diinisiasi ke dalam sistem pendidikan melalui amanat Undang-Undang Nomor 20 tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran dengan penyebutan Dokter Layanan Primer atau DLP (Hartini, 2012; Kemenkes, 2016). DLP mengedepankan paradigma pelayanan kesehatan paripurna yang berorientasi pada kebutuhan pasien secara utuh sehingga mengefektifkan penyelesaian masalah kesehatan di tingkat individu, keluarga maupun komunitas

(UGM, 2015b; Harris dan Zwar, 2014, Hanan, 2017). DLP merupakan jenjang baru dengan kerangka kualifikasi nasional 8 atau setara dengan pendidikan dokter spesialis sebagai kelanjutan program profesi dokter dan internsip. Dengan demikian, masa pendidikan untuk menyelesaikan program dokter hingga menjadi DLP adalah sembilan tahun (UGM, 2015a Republik Indonesia, 2013).

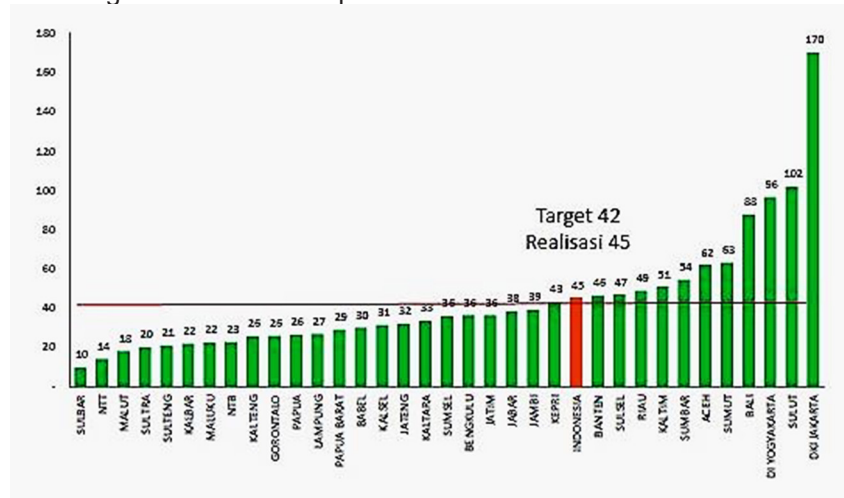
Keberadaan kebijakan DLP, memunculkan sejumlah pertentangan di tengah masyarakat. Sejumlah pihak menilai DLP sebagai jawaban permasalahan pelayanan kesehatan primer yang diakibatkan rendahnya kemandirian tenaga dokter. Berdasarkan penelitian yang melibatkan 184 dokter di layanan primer pada 8 Kabupaten/Kota memperlihatkan tingkat kemampuan pengelolaan penyakit secara mandiri masih berkisar 15,5% hingga 55,5%. Selain disebabkan kurangnya dukungan fasilitas, ketidakmampuan ini dipercaya disebabkan minimnya pemahaman prinsip-prinsip layanan sehingga cenderung mengandalkan rujukan ke tingkat yang lebih tinggi. Kondisi ini mengkhawatirkan karena selain berimplikasi terhadap status kesehatan dan kepuasan pasien, juga dapat mempengaruhi besaran biaya kesehatan (UGM, 2015b, BPJS 2014).

Respon yang berseberangan menyatakan bahwa DLP bukan solusi terbaik dalam memperkuat pelayanan primer di Indonesia. Penyelesaian masalah justru harus lebih dulu difokuskan pada pemenuhan tenaga dokter secara merata di daerah (IDI, 2017a). Gambaran keberadaan tenaga dokter di Indonesia secara nasional memang relatif ideal dengan total rasio 45 dokter dari 100.000 penduduk. Akan tetapi, keterpenuhannya terbatas pada beberapa daerah saja. Berdasarkan gambar 1 dapat diketahui bahwa masih ada 22 provinsi yang belum melampaui target sebesar 42 per 100.000 penduduk atau setara dengan rasio 1 : 2.380. Target tersebut masih tergolong rendah apabila dibandingkan Malaysia dengan rasio 1 : 1.100 penduduk dan Singapura dengan rasio 1 : 513 penduduk (Anna, 2016). Tambahan masa pendidikan yang perlu ditempuh untuk mengikuti program studi DLP justru dianggap kontradiktif dan memperparah problematika maldistribusi. Alokasi anggaran untuk program DLP oleh pemerintah dinilai lebih efektif apabila ditujukan bagi penambahan penempatan dokter ke daerah yang masih kurang (Hanan, 2017; IDI, 2017a).

Kalangan profesi dokter menganggap program studi DLP terkesan dipaksakan. Apabila urgensi DLP dibangun atas argumentasi lemahnya kompetensi dokter di layanan primer sebagai *output* pendidikan saat ini, maka diperlukan pengkajian yang lebih mendalam mengenai akar

permasalahan tersebut. Pengaturan DLP juga dinilai sangat memberatkan bagi lulusan baru kedokteran. Selain itu, kompetensi DLP juga diperkirakan akan dipersyaratkan dalam sistem JKN di masa mendatang untuk melakukan praktik

di pelayanan kesehatan primer sehingga sulit untuk dihindarkan, kecuali bagi lulusan yang telah mantap dengan pilihan karir lain ((Hanan, 2017; IDI, 2017; Annisa, 2013).



Gambar 1 Rasio Tenaga Dokter di Indonesia

Sumber : Badan PPSDMK, 2017

Berdasarkan Data Konsil Kedokteran Indonesia Kondisi Desember 2016

Secara *evidence-based*, pelaksanaan DLP di negara lain memperlihatkan gambaran yang sangat bervariasi. Keberhasilan pelaksanaan dilaporkan di Brazil dimana program DLP mampu menurunkan angka kematian bayi, penurunan kunjungan rumah sakit yang bisa ditangani di FKTP, dan perbaikan indikator sosial ekonomi. Situasi positif juga terjadi di Kuba dimana masyarakat lebih memilih pelayanan DLP karena berjalannya pendekatan pelayanan preventif dan rehabilitatif secara optimal melalui sesi kunjungan rumah dan penyuluhan (WHO, 2014). Bahkan, di Thailand DLP dinilai mampu menurunkan tingkat rujukan RS 11,28% lebih baik dibandingkan dokter umum (Jaturapatpom and Hathirat, 2006).

Sebaliknya, pengimplementasian DLP di beberapa negara menunjukkan hasil yang belum menggembirakan. Hasil kajian di Iran memperlihatkan bahwa DLP tidak berpengaruh signifikan terhadap rujukan jaminan kesehatan. Dari segi kepuasan pelayanan, justru memperlihatkan adanya pandangan negatif terhadap kompetensi DLP dalam menyelesaikan keluhan kesehatan pasien, dan dianggap mempersulit akses pasien ke rumah sakit. Hambatan pelaksanaan di antaranya dipengaruhi faktor dukungan politis seperti yang terjadi di Thailand serta rendahnya kepercayaan masyarakat terhadap praktik DLP karena kurang terinformasi program sebagaimana terjadi di Iran dan Vietnam (Harnorvar, 2016; WHO, 2014).

Dalam rangka menyusun sebuah kebijakan publik, membutuhkan langkah-langkah yang dipersiapkan dengan baik. Salah satu caranya

adalah mempertimbangkan unsur risiko saat ini dan masa depan apabila kebijakan tersebut ditetapkan (Nugroho, 2017). Salah satu metode yang diperkenalkan adalah *Regulatory Impact Analysis* atau dikenal juga sebagai *Regulatory Impact Assessment* (RIA) untuk mengkaji kebijakan baru maupun kebijakan yang sudah ada. RIA dinilai sebagai alat untuk menghasilkan kebijakan yang berkualitas dan berstandar internasional. Pendekatan sistemik dilakukan untuk menilai secara kritis dampak positif dan negatif kebijakan. Komponen RIA lain yang tidak kalah penting adalah konsultasi kebijakan agar tidak menimbulkan resistensi dalam implementasinya (OECD, 2008; Suska, 2012; Kurniawan, 2018).

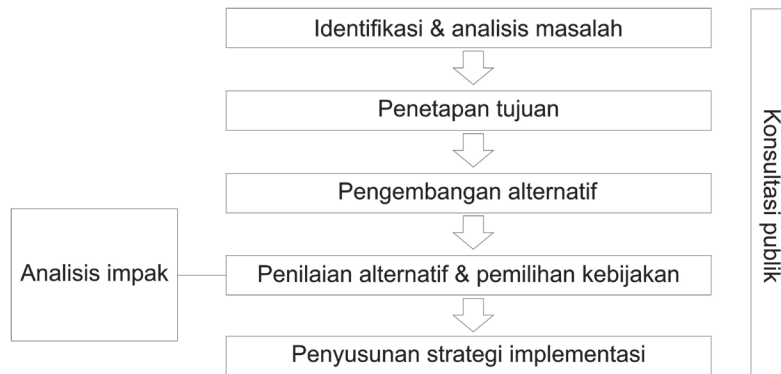
Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, peneliti berkesimpulan bahwa kebijakan DLP yang ditetapkan pemerintah sebagai solusi permasalahan pengelolaan masalah kesehatan ditingkat primer mengundang reaksi bertentangan dari berbagai pihak. Adanya resistensi mengindikasikan bahwa penyusunan kebijakan DLP menyimpan sejumlah potensi permasalahan. Dalam lingkup penyusunan kebijakan yang baik, diperlukan analisis sistematis untuk mengkritisi pertimbangan dampak yang muncul dari suatu kebijakan (Nugroho, 2017; Bappenas, 2011). Salah satu metode yang dikenal luas saat ini dan menjadi standar internasional adalah *Regulatory Impact Analysis* (RIA). Agar lebih komprehensif dampak yang dilihat sebaiknya meliputi aspek politik/hukum, sosial, ekonomi, dan lingkungan. (Kurniawan, 2018; Nugroho, 2017). Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk

menganalisis penyusunan dan dampak kebijakan Dokter Layanan Primer (DLP) di Indonesia tahun 2018 dengan menggunakan pendekatan RIA.

TINJAUAN TEORITIS

Metode *Regulatory Impact Assessment* (RIA) dipahami sebagai proses analisis dan

pengkomunikasian secara sistematis terhadap kebijakan, baik kebijakan baru maupun kebijakan yang sudah ada. RIA dinilai sebagai alat untuk menghasilkan kebijakan yang berkualitas dan berstandar internasional. Sebagai suatu proses, metode RIA meliputi beberapa langkah sebagai berikut:



Gambar 2 Kerangka Metode IRA (OECD, 2008)

Sumber : Bappenas, 2011

Metode RIA di samping sebagai sebuah proses, juga dapat diposisikan sebagai alat. Dalam hal ini ditujukan untuk menghasilkan kebijakan, tata kelola, dan pembangunan yang lebih baik. Terdapat dua komponen kunci dalam metode RIA terkait hal tersebut. Pertama, adanya keterlibatan masyarakat untuk memperkuat transparansi dan kepercayaan masyarakat serta mengurangi risiko sebuah kebijakan. Kedua, menemukan pilihan yang dinilai paling efektif dan efisien sehingga dapat mengurangi biaya implementasi bagi pemerintah dan biaya transaksi bagi masyarakat Sementara sebagai logika berpikir, RIA dapat dimanfaatkan oleh pengambil kebijakan untuk berfikir logis, mulai dari identifikasi permasalahan, pengembangan pilihan kebijakan sebagai upaya pemecahan masalah, serta pemilihan kebijakan berbasis analisis terhadap semua pilihan (Bappenas, 2011).

Sebagai salah satu kerangka alternatif dalam menaksir risiko suatu kebijakan publik, Nugroho (2014) memperkenalkan suatu model yang dinamakan "Impact Approach Risk Management " atau IARM dengan menganalisis risiko kebijakan berdasarkan kemungkinan akibat atau implikasi yang terjadi pada masa mendatang. Model ini dinilai paling sesuai untuk diterapkan untuk kebijakan yang bersifat non ekonomi. Model analisis risiko untuk kebijakan publik memang tidak bisa disamakan dengan kebijakan di sektor bisnis atau swasta. Oleh karena itu, dimensi analisis harus relatif komprehensif meliputi ekonomi, politik, hukum, sosial, dan lingkungan (Nugroho 2014).

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang bertujuan untuk menganalisis pengimplementasian *Regulatory Impact Assessment (RIA)* dalam kebijakan DLP di Indonesia tahun 2018. Analisis dilakukan untuk memberikan deskripsi dan eksplanasi terhadap tahapan penelitian penyusunan kebijakan DLP sesuai prinsip RIA terutama difokuskan pada pengimplementasian analisis dampak dalam rangka penilaian alternatif kebijakan meliputi aspek politik, sosial, ekonomi, dan lingkungan. Penelitian dilakukan pada bulan Mei s.d Juli 2018 di DKI Jakarta, Kota Depok, dan Kota Bandung. Untuk mendapatkan hasil yang valid, peneliti melakukan triangulasi data dengan teknik *Indepth Interview* (wawancara mendalam) dan telaah dokumen yang berkaitan dengan kebijakan DLP. Penelitian ini dilakukan setelah mendapat rekomendasi dari Tim Kaji Etik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Analisis data dalam penelitian ini dilakukan melalui kajian data (*analysis content*) untuk membuat kesimpulan, melalui usaha menemukan karakteristik pesan yang dilakukan secara objektif dan sistematis. Pada tahap analisis juga dilakukan pengelompokan data uraian informan dan melakukan *cleaning* data yang relevan terhadap penelitian. Data tersebut selanjutnya dianalisis untuk menemukan makna dan dideskripsikan dalam bentuk narasi dan matriks.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penggalian Isu

Gagasan diperlukannya suatu profesi khusus

DLP diawali sejumlah permasalahan pelayanan kesehatan di tingkat primer. Tingginya tingkat rujukan ke rumah sakit dinilai sebagai parameter kurangnya kualitas pelayanan kesehatan primer. Padahal penanganan yang belum optimal di tingkat primer akan berimbas terhadap Oleh karena itu diperlukan dokter dengan tambahan keahlian untuk menjadi ujung tombak dalam penanganan pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan esensi konsep DLP secara global yaitu adanya kesinambungan pelayanan dan bukti kontribusinya terhadap perbaikan kualitas pelayanan dan outcome kesehatan (Murtagh, 2011).

Kualitas tenaga dokter saat ini dinilai belum cukup untuk menyelesaikan persoalan di level primer. Terkait hal ini IDI berpendapat bahwa ketidakefektifan pendidikan dasar kedokteran lebih disebabkan karena kurangnya pemerataan kualitas FK di Indonesia. Adapun SKDI tahun 2012 telah didesain untuk memenuhi kebutuhan kompetensi sebagai dokter layanan primer dengan pendekatan individual, keluarga, atau masyarakat (IDI, 2017b). Meskipun demikian, sejumlah informan menyatakan bahwa implementasi SKDI 2012 sulit tercapai karena dalam proses pendidikan masih ditemui kendala seperti kuota mahasiswa-dosen yang tidak berimbang, keterbatasan lahan praktek, dan keterbatasan waktu studi. Oleh karena itu diperlukan dokter dengan tambahan keahlian untuk menjadi ujung tombak dalam penanganan pelayanan kesehatan.

Meskipun muatan DLP tertuang dalam UU Pendidikan Kedokteran yang diinisiasi oleh DPR penyusunannya, gagasan kebijakan ini diakui memang datang dari sisi pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan karena adanya kebutuhan penguatan di tingkat pelayanan kesehatan primer. Hal ini dinilai tidak sesuai dengan landasan awal penyusunan UU pendidikan kedokteran yang hendak memperbaiki sistem pendidikan kedokteran saat ini agar sesuai dengan kondisi di Indonesia dan terjangkau secara biaya (IDI, 2017b).

Berdasarkan pendalaman isu yang bergulir, pengaturan kebijakan DLP difokuskan untuk menjawab 2 (dua) permasalahan. Pertama, pola pelayanan kesehatan berjenjang yang tidak berjalan optimal sehingga angka rujukan tinggi akibat keterbatasan kompetensi dokter. Kedua, belum tersedia pilihan karir yang menarik bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer untuk menjaga agar pelayanan kesehatan yang berkualitas tetap berkesinambungan. Ada anggapan bahwa selama ini kesehatan primer hanya sebagai batu loncatan karir ataupun sekedar pemenuhan syarat untuk mendaftar program

pendidikan spesialis. Tahapan ini sesuai dengan yang disampaikan Ayuningtyas (2014) bahwa penggalian isu dapat diwakilkan dengan tiga variabel kunci yaitu permasalahan yang memicu diambil kebijakan, *possible solutions* dimana mengarah pada kemungkinan penyelesaian yang mampu pemerintah lakukan, dan kondisi politik yang tidak bisa dipisahkan sebagai bagian penyelenggaraan pemerintahan.

Klarifikasi Tujuan Kebijakan

Menurut Hamdi (2014) setiap kebijakan publik selalu memiliki tujuan yaitu menyelesaikan masalah publik. Kebijakan publik dianggap sebagai upaya untuk menyelesaikan permasalahan bersama yang tidak dapat ditanggulangi secara perseorangan. Dalam konteks ini Tujuan kebijakan DLP dipahami secara umum untuk memperkuat pelayanan kesehatan primer. Keberadaan DLP akan mengoptimalkan aspek promotif dan preventif sehingga pemberian pelayanan kesehatan lebih komprehensif. Pendalaman kompetensi dari DLP akan memperluas paradigma penanganan kesehatan dengan memperhatikan situasi pasien pada tingkat individu, keluarga, dan lingkungan sekaligus.

Terkait dengan kejelasan tujuan kebijakan memang diakui terkendala dalam aspek penyampaian informasi masyarakat. Padahal secara teori, tujuan kebijakan merupakan komponen penting dalam formulasi. Pernyataan tujuan harus dapat menjelaskan secara akurat mengapa sebuah kebijakan dirumuskan dan dampak yang hendak dicapai. Pelaksanaan kebijakan yang efektif dapat terjadi apabila standar dan tujuan kebijakan dirumuskan dan dikomunikasikan dengan baik (Dunn, 2012; Winarno, 2016; Bapennas, 2011).

Muatan kebijakan DLP ditemukan belum terkomunikasi dengan baik hingga ke level pelaksana. Hal tersebut mengakibatkan multiinterpretasi kebijakan salah satunya terkait kehadiran DLP sebagai substitusi kedudukan dokter umum di FKTP.

Padahal faktanya, kedudukan dokter umum dalam pemberian pelayanan kesehatan di tingkat primer masih diakui oleh regulasi yang berlaku saat ini. Sebagaimana secara lugas dinyatakan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2017 dalam bab penjelasan menyatakan bahwa bahwa program DLP merupakan salah satu pilihan karir dokter sehingga ada kepastian hukum bahwa DLP tidak bertujuan untuk mengganti peran dokter umum atau dokter keluarga. Sebaliknya, dokter umum atau dokter keluarga dapat memilih DLP sebagai pilihan peningkatan karir (Republik Indonesia, 2017).

Informasi mengenai kerangka waktu kebijakan juga disampaikan belum terinternalisasi pihak-pihak terkait sebagai acuan pelaksanaan kebijakan.. Tujuan dan sasaran kebijakan semestinya dirumuskan dengan tegas dan jelas termasuk dalam hal waktu. Hal ini akan menjadi dasar merumuskan strategi kebijakan sekaligus menjadi standar penilaian apakah suatu kebijakan berhasil atau gagal diimplementasikan. Tanpa *time frame* yang jelas sulit diperoleh penilaian efektifitas yang terukur (Hamdi, 2014; Widodo, 2013).

Dalam upaya memahami implementasi kebijakan maka tujuan dan strategi penting dikenali oleh semua pihak termasuk di tingkat pelaksana. Hal tersebut dikarenakan pengaruh kebijakan pada level mikro yang justru secara langsung dirasakan oleh masyarakat. Selain itu, tujuan kebijakan menjadi pijakan penting dalam menilai efektivitas kebijakan di masa mendatang. Kejelasan tujuan berkaitan dengan bagaimana pemerintah mengoperasikan kebijakan agar melahirkan keadaan yang direncanakan (Winarno, 2016; Hamdi, 2014; Dunn, 2012; Bapennas, 2011).

Pengembangan Alternatif Kebijakan

Sejumlah pihak mengungkapkan bahwa DLP memang opsi kebijakan yang relevan untuk memperkuat kualitas pelayanan kesehatan primer karena pendalaman kompetensi yang dibutuhkan harus melalui pendidikan yang terstruktur. Selain itu konsep kebijakan DLP saat ini dinilai mempertimbangkan kedudukan pada Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) yang setimpal dengan beban profesinya. Terkait isu tingginya angka rujukan, kajian IDI memperlihatkan bahwa data nasional rasio rujukan peserta BPJS dari FKTP tahun 2015-2016 yang dinilai masih dibawah patokan BPJS sebesar 15%, yaitu 12%. Kondisi tersebut cenderung seragam di seluruh Indonesia sehingga IDI menilai bahwa sebab tingginya angka rujukan tidak tepat semata-mata dialamatkan kepada isu ketidakmampuan dokter di layanan primer. Sejumlah faktor diyakini IDI menjadi akar permasalahan lemahnya FKTP antara lain fasilitas yang kurang memadai, perbekalan obat yang mencukupi, dan adanya rujukan atas permintaan sendiri atau APS (IDI, 2017b)

Pengembangan alternatif kebijakan pada prinsipnya merupakan hasil pengenalan mengenai kondisi yang perlu atau dapat diwujudkan berkenaan dengan pemecahan masalah kebijakan. Dalam merumuskannya dapat diperoleh dari berbagai sumber yaitu otoritas, pandangan (*insight*), metode, teori

ilmiah, motivasi, kasus paralel, analogi, dan sistem etik (Hamdi, 2014). Salah satu oposisi menyampaikan bahwa program DLP dinilai sebagai pemborosan anggaran karena pencapaian pembelajaran yang dimaksud bisa ditempuh melalui sejumlah metode tanpa harus melalui pendidikan formal. Opsi kebijakan lain yang muncul antara lain : 1) perbaikan sektor pendidikan melalui pemerataan kualitas FK dan inisiasi tambahan kompetensidalam kurikulum pendidikan kedokteran; 2) fokus penyelesaian di samping *skill* dokter sebagai penyebab lemahnya layanan kesehatan primer seperti pemerataan tenaga dokter, sarana prasarana, dan kesejahateraan; (3) penempatan tenaga spesialis di klinik pelayanan kesehatan tingkat primer .

Pihak profesi menilai bahwa opsi pembukaan program studi DLP dinilai tidak sesuai dengan ketentuan yang ada karena tidak memiliki perbedaan kompetensi yang signifikan dengan yang ada saat ini. Kurikulum DLP dapat dikatakan komposisinya 80% program studi dokter keluarga, 10% kedokteran komunitas, dan 10% kesehatan masyarakat (IDI, 2017b).

Penilaian Impak Kebijakan

Impak politik

Keterarikan terhadap kebijakan DLP secara politik cukup besar dikarenakan impaknya yang dinilai mempengaruhi banyak pihak. Kebijakan DLP dinilai akan memiliki pengaruh positif dalam hal menempatkan kesejajaran kedudukan pelayanan kesehatan primer di bandingkan kondisi sebelumnya. Menurut BPJS (2014) DLP nantinya akan mengoptimalkan pengelolaan masalah kesehatan sesuai dengan kewenangannya yang dimiliki untuk menangani 155 diagnosa penyakit. Selain itu, melalui DLP disediakan jenjang karir untuk tenaga dokter di layanan primer yang ingin mempertahankan karirnya pada jalur klinis. Selama ini bagi dokter umum yang ingin meningkatkan kapasitas dan karirnya dihadapkan pada dua pilihan, mengambil pendidikan spesialis lalu berkarir di luar pelayanan primer atau memilih pendidikan lanjutan non klinis dan berkiprah di area manajemen.

Namun demikian, diakui bahwa DLP memiliki potensi dampak yang merugikan yaitu 1) munculnya sejumlah pertentangan politik di level penerima kebijakan yang berkembang di lingkungan institusi pendidikan, organisasi profesi, bahkan pelaksana tenaga dokter itu sendiri; 2) adanya konflik legal karena ketidaksesuaian muatan hukum DLP dengan regulasi misalnya dalam hal pembukaan prodi,taksonomi, dan kewenangan DLP. Hal ini nantinya dikhawatirkan akan memunculkan

potensi kriminalisasi maupun kekisruhan akibat munculnya kastanisasi dalam keprofesian dokter. Permasalahan disharmonisasi ini bahkan sudah ditindaklanjuti secara legal melalui uji materi UU Pendidikan Kedokteran oleh PDUI (IDI, 2017b).

Terkait permasalahan hukum tersebut, pemerintah menilai bahwa dari aspek legal DLP tidak bertentangan dan sesuai batas kewenangan masing-masing institusi karena telah melewati proses harmonisasi peraturan sebagaimana mestinya. Hal tersebut turut dikuatkan secara konstitusional dengan ketetapan MK atas permohonan uji materi UU Dikdok. Kebijakan publik dalam bidang tertentu akan selalu berkaitan dengan kebijakan publik dalam bidang lain. Oleh karena itu muatan kebijakan terkait harus bersifat saling melengkapi satu sama lain (Hamdi, 2014). Meskipun demikian, ada masukan kepada pemerintah untuk terus mencari solusi terbaik dalam menyikapi potensi konflik legal dari kebijakan DLP. Masukan yang diberikan oleh pihak oposisi sekalipun perlu ditindaklanjuti dengan upaya harmonisasi peraturan dengan seksama agar tidak ada aturan hukum maupun kewenangan pihak lain yang dilanggar.

Impact Sosial

Hampir seluruh informan mengakui adanya peningkatan kompetensi dokter umum di layanan primer nantinya akan memberikan manfaat besar. Tidak hanya bagi masyarakat sebagai penerima layanan karena peningkatan kualitas layanan namun juga mitra kerja lainnya sebab pola rujukan berjenjang akan berjalan optimal sehingga RS bisa lebih fokus dalam meningkatkan mutu pelayanan spesialistik dalam menangani pasien rujukan FKTP. Bagi masyarakat, DLP akan mewujudkan pendekatan pelayanan kesehatan yang lebih asertif, komunikatif, dan holistik. Menurut Vidiawati (2014) pelayanan DLP yang diberikan bukan hanya berupa penyuluhan kepada masyarakat namun dapat juga berupa edukasi kesehatan sesuai sosial-budaya, identifikasi risiko kesehatan pasien, keluarga, dan masyarakat serta pengembangan inovasi pemberian layanan untuk menunjang perubahan gaya hidup.

Akan tetapi, tidak dapat dipungkiri bahwa implementasi kebijakan DLP dikhawatirkan akan memunculkan suatu keresahan sosial. Keberadaan DLP dinilai sebagai sebuah ancaman bagi dokter umum non DLP dalam hal kesempatan bekerjasama dengan BPSJ, bagi mahasiswa kedokteran berarti penambahan masa studi kembali, dari sisi dokter spesialis memiliki kecemburuan karena perlakuan istimewa masa studi yang relatif pendek.

Pertentangan pendapat terhadap DLP juga diakui memunculkan ketegangan sosial di profesi dokter dan menjadi ganjalan dalam berinteraksi di lingkungan profesional. Aspek lain yang patut dilihat sebagai risiko kebijakan adalah potensi ketidakpuasan terhadap impact sosial yang diharapkan muncul dari program DLP seperti peningkatan kesejahteraan dan pengakuan lainnya supaya pengorbanan yang dilakukan terbayar.

Konsep kebijakan DLP dinilai menuntut tenaga dokter sebagai profesi kesehatan yang serba bisa sehingga dikhawatirkan akan memicu konflik horizontal di lingkup keprofesian kesehatan. Dalam konteks pemberian pelayanan kesehatan di tingkat primer, superioritas peran ini selain menambah beban kerja tenaga dokter juga dikhawatirkan mengkerdilkan kompetensi dan profesi tenaga kesehatan lain. Padahal keterampilan yang ingin disasar melalui kebijakan DLP dinilai secara umum sudah mampu dijalankan oleh profesi lain. Kolaborasi peran interprofesi lebih relevan dengan situasi ketersediaan tenaga dokter yang tidak merata saat ini. Pendayagunaan jenis profesi lain seperti ahli kesehatan masyarakat tentu lebih sesuai dalam memperkuat fungsi promotif dan preventif mengingat aspek kompetensi dan jumlah ketersediaannya di pasar kerja. Melalui keunggulan kompetensi dalam hal komunikasi efektif, pengenalan budaya setempat, dan pemberdayaan masyarakat diyakini tenaga kesmas mampu melaksanakan peran tersebut (IDI, 2017b; Kusumayati, 2016).

Impact Lingkungan

Kebijakan DLP diakui membawa nuansa positif dalam aspek pembangunan kesehatan secara umum. Diyakini bahwa DLP akan memberikan perbaikan layanan kesehatan yang lebih komprehensif. Penanganan permasalahan kesehatan pasien tidak lagi dilihat secara parsial melainkan terintegrasi dengan kedudukannya sebagai unit keluarga dan lingkungan masyarakat. Dari sisi tenaga kesehatan, DLP justru seharusnya mendorong pemerataan beban kerja klinis ke arah hulu atau pelayanan tingkat primer dan meningkatkan daya saing di tingkat global. Selain itu DLP akan memicu pemerataan kesejahteraan melalui mekanisme imbal jasa yang progresif sesuai jenjang pelayanan. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan primer nantinya akan memperluas akses masyarakat, mengurangi tingkat keparahan penyakit, dan pada akhirnya efisiensi pembiayaan kesehatan (Tim Panitia Pemerintah, 2013).

Dalam konteks menjawab tantangan kesehatan, DLP dinilai sebagai upaya responsif

menangani penyakit tidak menular dan katastrofik yang menjadi masalah di seluruh dunia. Dari perspektif nasional, pendekatan DLP ini juga sesuai untuk menjawab permasalahan pelayanan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) yang memiliki sejumlah keterbatasan akses karena penanganan keluhan kesehatan akan dioptimalkan di level primer Akan tetapi perlu dilakukan analisis kritis penanganan penyakit katastrofik. Idealnya, penyakit katastrofik diatasi dengan menjalankan program promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan perlindungan khusus, serta deteksi dini dan pengobatan segera (IDI, 2017b).

Di sisi lain, ada kekhawatiran bahwa kebijakan DLP nantinya tidak membawa perubahan lingkungan sesuai yang diharapkan. Misalnya terkait dengan retensi DLP pada daerah DTPK terlebih dengan jenjang setara spesialis. Sesuai dengan hasil evaluasi pelaksanaan DLP di

sejumlah negara yang memperlihatkan gambaran bervariasi akibat berbagai determinan antara lain situasi ekonomi, politik, sosial, dan karakteristik masyarakat (WHO, 2014). Kondisi negara Indonesia yang berupa kepulauan dengan karakteristik beragam memerlukan solusi khusus dan tidak bisa disamakan dengan negara tertentu apalagi negara maju (IDI, 2017b).

Selain itu dampak yang perlu dipertimbangkan dari lingkungan pelayanan kesehatan adalah penambahan beban pelayanan tenaga dokter di FKTP. Hal ini berkaitan dengan situasi ketersediaan tenaga dokter dan beban pelayanan kesehatan di era JKN. Berdasarkan studi literatur yang dilakukan, hasil penelitian di Kabupaten Bogor diperoleh gambaran kualitas pelayanan yang menurun dari aspek ketersediaan waktu penanganan pasien sebagaimana terlihat dalam Tabel 1.

Tabel 1. Estimasi Rata-rata Waktu Penanganan Pasien di Puskesmas

Komponen	Situasi Beban rata-rata	Situasi Beban Maksimal	Keterangan
Cakupan pasien Rasio dokter (1: 6,765)	= 6.765	30,006	Hasan dan Adisasmito, 2017
Estimasi utilisasi /bulan Standar kunjungan 15%	= 15 %x 6.765 = 1.015	= 15 % x 30.006 = 4.501	Hasan dan Adisasmito, 2017
Standar waktu 5 jam perhari 25 hari kerja per bulan	= 5 x 25 x 60 menit = 7.500 menit	= 5 x 25 x 60 menit = 7.500 menit	MKEKI,2002
Estimasi rata-rata waktu penanganan pasien	= 7.500/1.1015 = 7,4 menit	=7.500/4,501 = 1,7 menit	

Berdasarkan Tabel 2 diketahui bahwa rata-rata alokasi waktu penanganan pasien di FKTP adalah 7,4 menit. Hasil ini belum memperhitungkan beban aktivitas lain seperti UKM dan manajerial. Padahal kode etik kedokteran di Indonesia menargetkan rasio dokter-pasien 1: 5.000 dengan estimasi penanganan pasien selama 10 menit per pasien (MKEKI, 2002). Hasil penelitian bahkan menyatakan bahwa idealnya penanganan setiap pasien yang berkunjung berkisar 15 – 20 menit (Linzer, 2015) atau 18 – 20, 9 menit (Abbo, E. D. et al, 2008). Berdasarkan beban yang ada saat ini saja tergambar beban kerja yang sudah melampaui standar, apalagi jika harus diberikan tambahan kompetensi pelayanan yang mensyaratkan pengelolaan pasien yang lebih ekstensif dan holistik. Banyak konsekuensi dari pemberian beban pekerjaan yang tinggi untuk dokter. Hasil penelitian Mitchalik et al (2013) menyebutkan bahwa beban kerja yang berlebihan dapat mengancam keselamatan pasien dan seringkali menjadi penyebab kesalahan medis. Kelebihan beban kerja dapat mempengaruhi kinerja dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan seperti ketepatan diagnosis dan tindakan medis (Akbar dkk, 2017; Dharmayuda, 2015).

Impact Ekonomi

Secara ekonomi, kebijakan DLP memiliki benefit ekonomi yang cukup besar di masa mendatang. Manfaat tersebut dapat dihitung secara moneter maupun non moneter. Dampak yang sifatnya finansial meliputi efisiensi biaya kesehatan akibat pengurangan kasus rujukan dan peningkatan pendapatan bagi institusi penyelenggara pendidikan DLP (FK). Sementara itu, benefit *non finansial* yang diperoleh adalah efisiensi waktu yang diperoleh apabila penanganan masalah kesehatan bisa ditangani secara baik di tingkat primer tanpa harus berkunjung ke RS dan angka kesakitan yang bisa dicegah melalui pelayanan komprehensif dalam aspek promotif dan preventif

Hasil kajian CHEPS (2017) bersama BPJS mencantumkan bahwa sepanjang tahun 2014-2017 ditemukan 1,8 juta kasus dengan diagnosa rujuk balik berkunjung ke RS, kemudian 1,2 juta kasus yang dirujuk langsung ke RS tipe A dari FKTP, dan 714 ribu kasus non spesialisistik. Berdasarkan data tersebut, maka secara ilustratif estimasi potensi penghematan ekonomi yang bisa terjadi apabila dicapai penguatan pelayanan kesehatan primer akibat DLP dijabarkan dalam tabel 2 berikut :

Tabel 2. Estimasi Potensi Penghematan Biaya Kesehatan Bersumber BPJS Akibat Penguatan Pelayanan Primer oleh DLP

Komponen	Perhitungan	Keterangan
Jumlah rujukan ke RS selama 4 tahun	1.800.000	CHEPS, 207
Jumlah rujukan yang bisa dicegah dengan kompetensi DLP sebesar 11,28%	= 11,28% x 1.800.000 = 203.004	Penelitian di Thailand tahun 2003-2004 (Jaturapatpom and Hathirat, 2006)
Rata-rata tarif INA CBG's (RI dan RJ)	Rp 968.254	CHEPS, 2017
Estimasi penghematan yang bisa dilakukan selama 4 tahun	= 203.004 x Rp 968.254 = Rp 196.559.435.016	
Estimasi rata-rata penghematan biaya kesehatan bersumber BPJS yang bisa dilakukan pertahun Rp 49.139.858.754 (Rp 49,1 milyar)		

Berdasarkan estimasi pada tabel 2 di atas dengan adanya penguatan layanan primer oleh DLP diharapkan tingkat rujukan ke RS dapat dikurangi. Hasil perhitungan mengestimasi adanya potensi penghematan biaya kesehatan melalui pelayanan kesehatan oleh DLP sebesar 49, 1 Milyar per tahun. Jumlah tersebut belum memperhitungkan potensi penghematan biaya kesehatan melalui sumber pembiayaan di luar BPJS yang tentunya juga signifikan besarnya.

Di sisi lain, ongkos kebijakan tercermin dalam besaran anggaran yang harus dikeluarkan pemerintah antara lain anggaran bantuan biaya pendidikan dan pembukaan prodi baru. Selain

itu, dari sisi non pemerintah disampaikan bahwa adanya DLP dinilai berpotensi menambah biaya yang dikeluarkan dokter umum untuk menempuh pendidikan. Hal tersebut nantinya akan berimbas lagi terhadap kemungkinan kenaikan gaji dokter karena ada peningkatan ongkos pendidikan DLP.

Salah satu pendekatan yang bisa diambil untuk menggambarkan biaya yang ditimbulkan adalah melalui pengkajian anggaran pemerintah terkait DLP. Dikarenakan keterbatasan sumber data, maka potret biaya kebijakan hanya dilakukan pada lingkup kementerian kesehatan sebagaimana ditunjukkan pada 4 sebagai berikut :

Tabel 3. Rekapitulasi Anggaran di Lingkungan Kementerian Kesehatan Dalam Rangka Kebijakan DLP Tahun 2017-2018

Komponen	2017	2018
Pelatihan DLP (TOT, Pembimbing Lapangan, Preceptor)	2,718,310,000	4,631,013,000
Bantuan Pendidikan DLP	493,540,000	5,672,860,000
Pertemuan Koordinasi LP/LS	388,184,000	484,140,000
Advokasi Wahana Pendidikan DLP	619,000,000	799,430,000
Penyusunan dan Pencetakan Pedoman serta Materi Publikasi	657,620,000	152,550,000
Pemantauan dan Evaluasi Program Bantuan Pendidikan	-	128,900,000
Pengembangan IT DLP	-	50,000,000
Total Anggaran	4,876,654,000	11,918,893,000
Estimasi rata-rata anggaran Kemenkes terkait DLP pertahun Rp 8,397,773,500 (Rp 8, 3 milyar)		

Sumber : Biro Perencanaan dan Anggaran Kementerian Kesehatan, 2018

Besaran biaya kebijakan DLP di atas belum menggambarkan komponen pengeluaran rencana pemberian insentif terhadap dokter DLP selama masa transisi dan biaya lain yang terimbas kebijakan DLP di lingkungan kementerian/lembaga lain. Selain

itu potensi biaya pendidikan yang harus dikeluarkan oleh dokter umum yang melanjutkan pendidikan DLP secara mandiri juga harus diperhitungkan karena memiliki daya ungkit yang cukup besar. Sebagai simulasi dapat diperhitungkan sebagai berikut :

Tabel 4. Estimasi Impak Biaya Pendidikan DLP dari Persepsi Peserta Mandiri

Komponen	Perhitungan (per Tahun)	Keterangan
Biaya pendidikan DLP Rp 13.500.000 per semester	27,000,000	Tarif Biaya Pendidikan DLP Unpad
Biaya transportasi Rp500.000/bulan	6,000,000	Besaran bantuan Biaya PPDS-BK
Buku dan Literatur Rp500.000/bulan	6,000,000	Besaran bantuan Biaya PPDS-BK
Biaya Hidup dan akomodasi Rp1.000.000/bulan	12,000,000	Besaran bantuan Biaya PPDS-BK
Opportunity Cost Penghasilan per orang/tbulan dokter umum Rp 6.872.071	82,464,856	Hasil Kajian Insentif Tenaga Kesehatan di Puskesmas (Kemenkes, 2016)
Total biaya per orang per tahun	133,464,856	
Estimasi kapasitas	100	
Estimasi rata-rata biaya peserta mandiri yang pendidikan DLP pertahun dengan asumsi 100 peserta Rp 13.346.485.600 (Rp 13, 4 milyar)		

Berdasarkan hasil evaluasi dampak ekonomi akibat implementasi DLP di dunia memperlihatkan gambaran yang variatif. Potret keberhasilan DLP terjadi di Brazil dimana program DLP mampu menurunkan angka kematian bayi, penurunan kunjungan rumah sakit yang bisa ditangani FKP dan perbaikan indikator sosial ekonomi. Penurunan angka kematian maupun rujukan ke RS tentu akan memberi benefit yang signifikan baik secara finansial maupun non finansial (WHO, 2014). Sebaliknya evaluasi terhadap implementasi *family doctor* di Iran memperlihatkan pengaruh yang tidak signifikan terhadap rujukan jaminan kesehatan karena isu ketidakpercayaan masyarakat sehingga utilisasi kurang (Hanover, 2016).

Penetapan Kebijakan

Kajian IDI menyatakan bahwa proses penetapan kebijakan DLP dinilai dipaksakan mengingat muatan mengenai DLP dalam rancangan UU Pendidikan Kedokteran baru disisipkan dalam rapat pembahasan. DLP tidak tercantum dalam naskah akademik yang dikeluarkan KKI tahun 2011 sebagai kerangka acuan pembentukan draf undang-undang. Bahkan istilah DLP belum tercantum pada saat dikeluarkan RUU Pendidikan kedokteran untuk kepentingan uji publik. Materi DLP baru diusulkan dalam rapat tim perumus tanggal 26 Juni 2013 oleh pemerintah dan langsung disepakati dalam 1 sesi sidang yang berlangsung kurang lebih 3 jam. Proses penetapan muatan DLP dalam UU pendidikan kedokteran memang diakui termasuk dalam fase akhir pembahasan regulasi tersebut. Proses formulasi kebijakan berproses terbalik, ditetapkan terlebih dahulu baru diinternalisasi agenda kebijakannya. Terkait hal itu, muncul respon negatif yang salah satunya mempertanyakan pengkajian secara mendalam kebijakan DLP.

Penetapan kebijakan atau adopsi kebijakan identik dengan proses pengambilan keputusan berdasarkan alternatif yang tersedia. Tahap ini juga berkaitan dengan legitimasi dari alternatif yang dipilih. Dari sekian banyak alternatif kebijakan yang ditawarkan oleh para perumus kebijakan, pada akhirnya salah satu dari alternatif kebijakan tersebut diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus antara direktur lembaga atau putusan peradilan (Hamdi, 2014;Dunn, 2012). Proses penetapan DLP sebagai opsi kebijakan yang dipilih dinyatakan pemerintah telah melalui sejumlah pertimbangan dan proses pembahasan yang melibatkan multi *stakeholder*. Proses penetapan yang terjadi memang seharusnya mengacu kepada tujuan awal dan membandingkannya dengan

pertimbangan mampu laksana, konsekuensi serta prediksi dampak kebijakan (Ayuningtyas, 2018).

Alternatif yang dipilih hendaknya melihat nilai manfaat bersih yang paling besar, yakni semua mafaat (dampak positif) dikurangi biaya (dampak negatif) yang diakibatkan kebijakan. Idealnya penaksiran yang dilakukan menjangkau hingga proyeksi beberapa tahun ke depan, dikarenakan manfaat dan kerugian yang umumnya signifikan terjadi pada masa transisi (DHHS, 2016; Bappenas, 2011). Sejumlah opsi kebijakan yang disampaikan dipertimbangkan termasuk penanganan di sektor hulu melalui perbaikan standar kompetensi yang menjadi acuan pendidikan dasar kedokteran. Begitu juga dengan masukan agar bentuk pendalaman kompetensi yang diberikan berupa pendidikan dan pelatihan berkelanjutan (*Continuing Profesional Development atau CPD*) dinilai tidak cukup terstruktur untuk memenuhi kompetensi yang diharapkan sebagai seorang DLP.

Selain itu, tim Pokja menyatakan bahwa kebijakan ini sudah melalui serangkaian upaya pemenuhan basis ilmiah termasuk perumusan naskah akademik. Sejumlah informan menilai bahwa apabila kebijakan DLP tidak segera dilaksanakan, dalam hal ini ditunda atau dihapus maka perbaikan kualitas kesehatan di Indonesia akan semakin lambat dikejar. Terkait hal tersebut, idealnya dilakukan pengumpulan fakta dan studi lapangan yang seksama terkait hal ini sehingga diperoleh informasi akurat mengenai kebutuhan riil masyarakat di setiap daerah (IDI, 2017b). Hal ini sesuai dengan konsep pengambilan keputusan kebijakan publik dimana disampaikan bahwa meskipun parameter ekonomi dinilai lebih jelas harus tetap diperhitungkan pertimbangan lain seperti parameter politik maupun aspek etika dan filsafat suatu kebijakan. Perlu dipertimbangkan, apakah kebijakan tersebut bertentangan dengan nilai-nilai sosial yang berlaku di masyarakat sehingga berpeluang besar mendapat resistensi masyarakat (Widodo, 2012)

Penyusunan Strategi Kebijakan

Pemerintah melakukan berbagai upaya untuk merangkul dukungan dari berbagai pihak. Dukungan SDM yang sangat krusial salah satunya terkait tenaga pendidik baik yang sifatnya dosen kelas maupun pendamping lapangan. Sementara dukungan politik dibutuhkan untuk memastikan kebijakan DLP dapat diterima secara luas dan resistensi kebijakan mereda. Semua dukungan berusaha diperoleh melalui strategi kebijakan yang memberikan keuntungan luas misalnya dalam hal pemerataan kesejahteraan, bantuan biaya pendidikan, dan wacana pemberian insentif

selama masa transisi. Strategi komunikasi kebijakan diperkuat melalui langkah advokasi dan sosialisasi. Advokasi kebijakan yang dilakukan pernah hingga mencapai tahap fasilitasi oleh Menteri Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Menko PMK). Sosialisasi terkait informasi kebijakan juga dilaksanakan untuk menjangkau *stakeholder* di daerah. Selain itu, aspek legal kebijakan diupayakan terpenuhi melalui pendirian perhimpunan dan kolegium yang diakui secara internasional.

Strategi kebijakan yang ditempuh dinyatakan cukup berhasil menghimpun dukungan beberapa pihak sebagai contoh para dokter umum yang tadinya menolak setelah sosialisasi informasi kebijakan justru tertarik menjadi DLP. Kemenristek dikti sebagai *stakeholder* kunci juga memperkuat dukungannya dengan mengeluarkan rekomendasi pembukaan prodi. Akan tetapi adapula hasil yang tidak sejalan, seperti pengagendaaan revisi UU Pendidikan kedokteran ke dalam program legislasi nasional (prolegnas) tahun 2018 termasuk diantaranya rencana penghapusan muatan terkait DLP sebagai aspirasi yang diperoleh saat *roadshow* peraturan ke daerah. Hal ini sesuai dengan pendapat Ayuningtyas (2018) bahwa pada kenyataannya tidak semua opsi penyelesaian yang ditawarkan mampu mengatasi permasalahan yang ada di lapangan sesuai tujuan semula. Hal tersebut menjadi pengingat pentingnya ketersediaan informasi, terbukanya jalur komunikasi, dan pemanfaatan analisis kebijakan dasar untuk meningkatkan efektivitas pengembangan kebijakan kesehatan.

Konsultasi Publik

Partisipasi publik terutama pihak-pihak yang terkait kebijakan DLP diakui telah dilakukan. Kesadaran akan besarnya harapan terhadap efektivitas kebijakan publik mendorong pemerintah untuk membangun kebijakan publik partisipatif. Oleh karena itu dewasa ini tercermin upaya-upaya untuk memperluas keterlibatan masyarakat dalam proses politik (Hamdi, 2014). Ketika awal penyusunan kebijakan, semua elemen yang dinilai erat kaitannya dengan DLP dilibatkan untuk membangun konsep bersama. Begitu juga halnya pada saat titik kritis kebijakan, pemerintah tetap menggandeng pihak-pihak yang berseberangan dengan kebijakan DLP meskipun pada akhirnya tidak hadir atau tidak memberikan peluang untuk berkompromi.

Partisipasi masyarakat sangat krusial dalam pengembangan kebijakan dikarenakan hakikatnya yang tidak lain ditujukan untuk kepentingan publik. Peran serta masyarakat dibutuhkan dalam fase penyusunan regulasi maupun dalam proses

implementasi. (Adisasmito, 2013). Dalam hal ini, sejumlah pihak justru merasa kurang dilibatkan atau didengarkan aspirasinya dalam proses penyusunan maupun implementasi kebijakan DLP. Hal ini bertentangan dan prinsip pembangunan partisipasi yang hendaknya dibuktikan dengan penguatan semua pihak untuk bersikap aktif dalam menyampaikan aspirasi kebijakan (Hamdi, 2014).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Identifikasi masalah DLP memperlihatkan perbedaan pandangan terutama dalam hal pendefinisian dan spesifikasi masalah. Rendahnya kualitas pelayanan kesehatan primer dipercaya menjadi permasalahan kebijakan yang tepat diintervensi melalui DLP. Sebaliknya, sejumlah pihak meyakini bahwa akar permasalahan tersebut adalah faktor lain di luar aspek *skill* tenaga dokter. Identifikasi tujuan kebijakan disampaikan belum optimal dalam segala aspek baik kejelasan, konsistensi, dan kerangka waktu. Tujuan tidak terkomunikasi secara baik hingga level pelaksana kebijakan dan menjadi ancaman bagi operasional kebijakan. Tahapan pengembangan kebijakan sangat dinamis dengan berbagai opsi kebijakan lain yaitu pemerataan kualitas fakultas kedokteran, inisiasi muatan DLP pada kurikulum pendidikan dasar kedokteran, penambahan kompetensi melalui pelatihan keprofesian, serta perbaikan pada aspek lain di luar kompetensi dokter. Ada kekhawatiran bahwa opsi kebijakan DLP tidak cukup memadai dalam menyelesaikan akar permasalahan kualitas pelayanan kesehatan primer.

Secara politik DLP dinilai berimplikasi positif terhadap citra pelayanan kesehatan primer dalam hal jenjang dokter dan kesejajaran peran di sistem layanan kesehatan. Namun demikian, DLP menyimpan permasalahan politik dan konflik legal terkait muatan kebijakan dan kewenangan dokter umum. Berdasarkan perspektif sosial DLP mewujudkan pendekatan pelayanan kesehatan yang lebih asertif, komunikatif, dan holistik. Implikasi negatif yang berpotensi melahirkan keresahan sosial akibat mispersepsi pembatasan kewenangan dokter umum, kecemburuan masa studi spesialis yang pendek, dan konsekuensi penambahan masa studi siswa kedokteran. Selain itu pertentangan pandangan politik terkait kebijakan DLP memunculkan ketegangan sosial di lingkungan profesi dokter. Impact kebijakan DLP bagi lingkungan dirasakan dalam pendekatan pemberian pelayanan kesehatan pasien yang lebih humanis dan responsif terhadap permasalahan kesehatan terkini. Akan begitu, pendekatan DLP dinilai dokter sentris sehingga

berimplikasi terhadap over utilisasi tenaga dokter sekaligus pelemahan peran profesi kesehatan lain. Benefit ekonomi kebijakan DLP yang utama adalah penghematan biaya kesehatan karena pengurangan angka rujukan ke RS. Benefit non finansial yang akan diterima adalah efisiensi waktu kunjungan dan peningkatan kualitas kesehatan. Adapun biaya ekonomi akibat kebijakan DLP berupa penambahan penganggaran di sektor pemerintah maupun publik, *opportunity cost*, maupun penderitaan non materiil karena adanya tambahan masa studi untuk menjadi DLP.

Proses penetapan kebijakan DLP dinilai prematur dan dipaksakan karena inisiasinya ke dalam muatan UU pendidikan kedokteran melawan kaidah formulasi kebijakan publik. Meskipun begitu, pemerintah mengupayakan pemenuhan semua kelengkapan legal. DLP sebagai keputusan kebijakan diakui menyimpan potensi manfaat namun perlu diperkuat argumentasi/ basis kebijakan yang kuat. Penyusunan strategi kebijakan yang dilakukan melalui dukungan dana beasiswa pendidikan, konsep pemerataan kesejahteraan, dan wacana pemberian insentif selama masa transisi. Dari sisi politik strategi kebijakan difokuskan pada advokasi, sosialisasi, dan pemenuhan aspek legal kebijakan. Konsultasi publik telah melibatkan sebagian besar partisipasi masyarakat terutama pihak-pihak yang terkait kebijakan meskipun tetap ada kalangan yang lupa diikutkan dalam sepanjang proses kebijakan semisal profesi kesmas.

Saran

Kementerian Kesehatan perlu mengoptimalkan peran analisis kebijakan dalam melakukan asesmen kebijakan sebagai dasar upaya korektif pada berbagai tahap kebijakan, menginisiasi tahapan *pilot project* dalam setiap penyusunan kebijakan untuk mengkaji aspek efektivitas dan mampu laksana, memperkuat konsolidasi, penyusunan strategi dan komunikasi kebijakan salah satunya melalui inovasi jejaring *stakeholder* poros kebijakan, serta segera mengkaji kebijakan DLP sebagai respon atas permasalahan kebijakan dengan mempertimbangkan opsi reformulasi, reorganisasi, ataupun terminasi kebijakan. Diperlukan analisis yang komprehensif dan berimbang dalam menaksir dampak DLP dan mengidentifikasi potensi risiko kebijakan. Idealnya, analisis dampak dilakukan oleh pihak regulator sebagai ikhtiar memperoleh gambaran masa depan kebijakan secara ilmiah.

Terkait opsi kebijakan yang ada, perlu ditindaklanjuti sebagai berikut : 1) Dalam hal opsi reformulasi yang terpilih, perlu dilakukan analisis hukum terkait masukan disharmonisasi kebijakan agar diperoleh titik temu penyelesaian misalnya

dalam hal taksonomi gelar dan interpretasi kewenangan. Penggantian muatan kebijakan DLP dalam UU Kedokteran pada agenda Prolegnas 2018 menjadi momentum yang tepat untuk memperbaiki situasi politik kebijakan; 2) Dalam hal opsi reorganisasi yang terpilih, perlu dilakukan penguatan sosialisasi dan advokasi kebijakan, analisis determinan tingkat rujukan FKTP agar diperoleh gambaran karakteristik FKTP dengan tingkat rujukan tinggi sebagai input dalam menetapkan solusi yang efektif; 3) Dalam hal opsi terminasi yang dipilih, maka perlu segera dirancang intervensi penguatan pelayanan kesehatan primer yang komprehensif melalui peningkatan dukungan pemerataan kualitas FK (akselerasi peningkatan akreditasi), Penyediaan program pendidikan vokasi atau pelatihan terstruktur bagi tenaga dokter maupun profesi kesehatan lain untuk menambah kompetensi yang sedianya ingin disasar oleh program DLP, program pemerataan tenaga dokter di FKTP dan pemerataan sebaran peserta JKN (terutama peserta PBI) agar beban kerja pelayanan dokter terkendali, serta penguatan konsep kolaborasi tim pada pemberian pelayanan kesehatan primer agar aspek holistik dan komprehensif pelayanan tetap berlanjut.

Peneliti selanjutnya hendaknya melakukan penelitian yang lebih ekstensif dalam menggali informasi terkait dampak kebijakan ekonomi dan sosial DLP dengan melibatkan informan yang lebih beragam. Mengingat dimensi ekonomi menjadi pertimbangan yang utama dalam menentukan urgensi/penerimaan suatu kebijakan, penting untuk mengkritisi aspek kebijakan yang perlu direvaluasi karena memiliki dampak negatif besar atau sebaliknya akan menjadi argumentasi kebijakan yang baik karena besarnya daya ungkit manfaat.

DAFTAR REFERENSI

- Abbo, E. D., Zhang, Q., Zelder, M., & H., & E. S. (2008). The Increasing Number of Clinical Items Addressed During the Time of Adult Primary Care Visits. *Journal of General Internal Medicine*, 23(12), 2058-2065. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11606-008-0805-8>.
- Ayuningtyas, D. (2018). *Analisis Kebijakan Kesehatan Prinsip dan Aplikasi*. 1 ed. Jakarta: Rajawali Press
- Bappenas. (2011). *Kajian Ringkas Pengembangan dan Implementasi Metode Regulatory Impact Analysis (RIA) untuk Menilai Kebijakan (Peraturan dan Non Peraturan) di Kementerian PPN/Bappenas*. Jakarta: Bappenas..
- CHEPS. (2017). Ringkasan Eksekutif Kajian Sistem Pembayaran FKTP: Efektifitas dan

Efisiensi Implementasi KBK di FKTP

Hamdi, M. (2014). *Kebijakan Publik: Proses, Analisis, dan Partisipasi*. Bogor: Penerbit Ghalia Indonesia

Honarvar, B, Et Al. (2016). Satisfaction and Dissatisfaction Toward Urban Family Physician Program: A Population Based Study in Shiraz, Southern Iran. *International Journal Prev. Med.* 2016:7-3. doi: 10.4103/2008-7802.173793

Jaturapatpom, D and Hathirat, S. (2006). Specialists' Perception of Referrals from General Doctors and Family Physicians Working as Primary Care Doctors In Thailand. *Quality in Primary Care* 2006; 14:41-8. Available at < www.ingentaconnect.com/content/rmp/qpc>

Kemkes. (2014). Peta Jalan Pengembangan Kebijakan Dokter Layanan Primer Tahun 2014-2030. Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan, Jakarta

Linzer, M., Bitton, A., Tu, S. P., Plews-Ogan, M., & Horowitz, K. R., & Schwartz, M. D. (2015). The End of the 15–20 Minute Primary Care Visit. *Journal of General Internal Medicine*, 30(11), 1584-1586. doi:10.1007/s11606-015-3341-3.

Murtagh. (2011). *Paradigms of Family Medicine: Bridging Traditions with New Concepts; Meeting the Challenge of Being the Good Doctor From 2011*

Nugroho, R.(2017). *Public Policy*. 6 Ed. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

OECD. (2008). *Building an Institutional Framework for Regulatory Impact Analysis (RIA): Guidance for Policy Maker*. Directorate for Public Governance and Territorial development.

Winarto, M. A dkk, 2018. Tingkat Pengetahuan dan Persepsi Dokter Puskesmas di Kota Bandung terhadap Pengembangan Karir sebagai Dokter Layanan Primer Tahun 2018. *JSK*. Volume 3 Nomor 3 Maret Tahun 2018