

ANALISIS KEBIJAKAN PEMAHIRAN LULUSAN DOKTER MELALUI PROGRAM INTERNSIP DOKTER INDONESIA (PIDI)

POLICY ANALYSIS ON COMPETENCY ENHANCEMENT OF MEDICAL GRADUATE THROUGH INDONESIA MEDICAL INTERNSHIP PROGRAM (PIDI)

Fitra Sugiharto¹, Anhari Achadi²

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

²Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

ABSTRACT

Background: As the consequence of Competency-Based Curriculum (KBK) implementation, Indonesia Medical Internship Program (PIDI) has been conducted since 2010 as a continuation of the medical education. In practice, a number of pros and cons emerges from the various parties among students, education institutions, professional organizations, and the general public. **Objective:** This study aimed to analyze the policy of PIDI **Methods:** through a retrospective approach. **Results:** The results showed the stage of agenda-setting and policy formulation has been relatively well conducted but not optimal in the legitimacy and implementation phases. **Conclusion:** The role of policy actors have not been clearly delegated with the strong legal protection and details of functions. Therefore, it is recommended to do a comprehensive evaluation of the implementation of PIDI involving the key stakeholders.

Keywords: PIDI, Internship, Medical intern, Doctor, Policy

ABSTRAK

Latar Belakang: Program Internsip Dokter Indonesia (PIDI) diimplementasikan sejak tahun 2010 sebagai kelanjutan pendidikan profesi setelah diimplemetasikannya kurikulum berbasis kompetensi (KBK) di Indonesia. Dalam pelaksanaannya, sejumlah pro-kontra muncul dari berbagai pihak di antaranya mahasiswa, institusi pendidikan, organisasi profesi, dan masyarakat umum. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kebijakan PIDI **Metode:** melalui pendekatan retrospektif. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan tahapan pengagendaaan kebijakan dan formulasi yang relatif baik namun kurang optimal pada saat legitimasi dan implementasi kebijakan. **Kesimpulan:** Peran aktor kebijakan terpotret belum terdelegasi dengan payung hukum dan rincian fungsi yang kuat. Oleh karenanya, direkomendasikan untuk dilakukan evaluasi komprehensif terhadap pelaksanaan PIDI yang melibatkan stakeholder kunci.

Kata kunci: PIDI, Internsip, Intern, Dokter, Kebijakan

PENGANTAR

Menurut UUD 1945 pasal 28H, setiap warga negara berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Amanat ini dijabarkan lebih lanjut dalam UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, antara

lain menyatakan setiap orang mempunyai hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau dan merupakan tanggung jawab Negara atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau.

Pelayanan kesehatan yang bermutu tidak terlepas dari profesionalisme dan kualitas tenaga kesehatan. Dengan demikian, peningkatan kompetensi tenaga kesehatan menjadi tuntutan yang relevan terutama bagi tenaga dokter sebagai salah satu ujung tombak dalam pelayanan kesehatan di Indonesia.

Berdasarkan perspektif pembangunan sumber daya manusia, permasalahan ketenagaan dipandang sebagai bagian tidak terpisahkan dari kerangka multi sistem termasuk di dalamnya sistem kesehatan dan sistem pendidikan nasional. Beranjak dari pemikiran tersebut, sejak tahun 2005 secara bertahap semua fakultas kedokteran di Indonesia telah memberlakukan metode pembelajaran kurikulum berbasis kompetensi (KBK). Kemudian sebagai hasil pilot project pengembangan kurikulum kedokteran dari Health Workforce and Services (HWS), pada tahun 2010 dirintis suatu program pemagangan bagi dokter lulusan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas yang dikenal sebagai Program Internsip Dokter Indonesia (PIDI). Hal ini juga sejalan dengan standard World Federation of Medical Education (WFME), suatu badan pendidikan dibawah WHO, yang menyatakan bahwa pendidikan dokter terdiri dari dua tahap, yaitu tahap pertama disebut *basic medical education* yang meluluskan dokter dan tahap kedua yaitu PGME (*post graduate medical education*) yang salah satunya adalah *pre registration training atau internsip*.

Merujuk kepada UU Nomor 29 tahun 2004, untuk memberikan kompetensi dokter dilaksanakan pendidikan dan pelatihan kedokteran sesuai dengan standar pendidikan profesi

kedokteran, untuk itu kolegium Dokter dan Dokter keluarga Indonesia merancang dokter internsip Indonesia. Program internsip dirancang sebagai tahapan pendampingan bagi seorang dokter baru dalam menerapkan keseluruhan keahlian yang telah dicapai pada wahana tertentu selama 12 bulan. Program diarahkan untuk meningkatkan kemahiran dan penyesuaian antara hasil pendidikan dengan praktik di lapangan.

Dasar hukum penyelenggaraan program internsip dokter di Indonesia adalah Peraturan Menteri kesehatan Republik Indonesia No.299/Menkes/Per/II/2010 tentang Penyelenggaraan Program Internsip dan Penempatan Dokter Pasca Internsip. Konsil Kedokteran Indonesia juga menerbitkan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No. 1/KKI/Per/2010 tentang Registrasi Dokter Program Internsip. Pada Tahun 2013, legal aspek pelaksanaan PIDI diperkuat dengan ditetapkannya Undang-Undang No.20 tentang Pendidikan Kedokteran. Berdasarkan Undang-undang No.20 Tahun 2013. Internsip adalah pemahiran dan pemandirian dokter yang merupakan bagian dari Program penempatan wajib sementara paling lama 1 (satu) tahun.

Sejak bergulirnya PIDI tahun 2010, seluruh anggaran pelaksanaan PIDI dibebankan pada anggaran Pemerintah Pusat melalui APBN Kementerian Kesehatan. Jumlah peserta PIDI yang meningkat setiap tahunnya sesuai dengan jumlah lulusan Fakultas Kedokteran membawa konsekuensi peningkatan besaran anggaran. Anggaran tersebut akan terus meningkat mengingat terus bertambahnya peserta PIDI sekaligus jumlah pendamping dan perubahan besaran nilai bantuan biaya hidup.

Program internsip di Indonesia dalam pelaksanaannya menuai kontroversi. Sejumlah pihak menilai bahwa proses pendidikan kedokteran di Indonesia masih belum menjamin dihasilkannya lulusan yang mandiri dan siap terjun. Di sisi lain, keberadaan program ini dinilai memberatkan dan merugikan lulusan dokter yang baru dikarenakan perlunya tambahan alokasi waktu, tenaga, dan pikiran untuk menjalani proses PIDI sebelum praktek mandiri.

Hal ini yang mendorong peneliti untuk melakukan analisis mengenai kebijakan pemahiran lulusan

dokter melalui program internsip dokter Indonesia untuk mengetahui bagaimana kebijakan PIDI berjalan serta peran dan fungsi aktor-aktor yang terlibat. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai rekomendasi kebijakan untuk penyempurnaan kebijakan pemahiran lulusan dokter melalui PIDI.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif Dengan pendekatan kualitatif peneliti mengharapkan mendapat informasi yang mendalam serta fakta-fakta yang jelas tentang analisis kebijakan pemahiran lulusan dokter melalui program internsip dokter Indonesia.

Pemilihan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik sampling yang biasa digunakan dalam metode penelitian kualitatif yaitu *Nonprobability purposive*. *Nonprobability purposive* merupakan teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. (Sugiyono, 2014). Pertimbangan yang digunakan untuk memilih informan dalam penelitian ini adalah kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*), sehingga terpilihlah sebanyak 5 (lima) informan dari Badan PPSDMK, Badan Litbangkes, Biro Hukum dan Organisasi Kemenkes dan dari Komite Internsip Dokter Indonesia.

Untuk pengumpulan data primer diperoleh melalui wawancara mendalam. Sedangkan untuk data sekunder didapatkan dari buku, peraturan perundangan, kajian-kajian, artikel, jurnal publikasi serta referensi lain yang berhubungan dengan penelitian yang dilakukan.

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan sejak sebelum memasuki lapangan, selama di lapangan dan setelah selesai di lapangan. Analisis data kualitatif adalah bersifat induktif, yaitu suatu analisis berdasarkan data yang diperoleh, selanjutnya dikembangkan menjadi hipotesis (Sugiyono, 2014). Proses analisis data dimulai dari mendeskripsikan karakteristik informan, mengkategorisasi data untuk diringkas dalam bentuk matriks sampai pada akhirnya diperoleh kesimpulan dari data yang dianalisis. Untuk menjaga validitas data dalam penelitian ini dilakukan metode triangulasi, yang meliputi triangulasi metode, sumber dan teori.

HASIL DAN PEMBAHASAN

No	Tahap	Hasil Penelitian
1	Pengidentifikasi masalah	Pada tahap indentifikasi masalah telah berhasil diidentifikasi permasalahan awal terkait perlu dibuatnya kebijakan internsip dokter yaitu kesadaran Hukum Masyarakat yang meningkat mengenai keselamatan pasien, diberlakukannya UU Praktik Kedokteran dan diberlakukannya KBK
2	Penyusunan Agenda	Pada tahap penyusunan agenda didapatkan bahwa lulusan dokter yang telah menggunakan KBK secara kompetensi belum siap turun lapangan
3	Formulasi Kebijakan	Pada tahap formulasi dilakukan penetapan tujuan dan alternatif-alternatif kebijakan dan dilakukan pembagian peran mengenai tugas fungsinya. Secara keseluruhan para pemangku kebijakan telah memiliki kesamaan tujuan
4	Legitimasi Kebijakan	Pada tahap legitimasi ini muncul pro-kontra, pro dan kontra ini disuarakan dari berbagai kelompok, mahasiswa, orangtua, organisasi profesi maupun dari institusi pendidikan. Penetapan keputusan akhir stakeholder pada akhirnya dikoordinasikan oleh Kemkes dibuatkan Permenkes No. 299/2010 Tahun 2010
5	Implementasi Kebijakan	Pelaksanaan PIDI mendapat minat yang cukup besar dari pemda dan respon yang positif. Namun di beberapa daerah hal ini tidak diiringi dengan kesiapan sumber daya yang memadai, baik dari sisi wahana maupun kualitas pendamping.
6	Evaluasi Kebijakan	ebagian besar peserta internsip menilai bahwa program internsip bermanfaat untuk peningkatan pemahiran dan rasa percaya diri. Kendati demikian, beberapa peserta menganggap bahwa program ini tidak perlu karena merasa bahwa ilmu yang diperoleh selama pendidikan sudah memadai Evaluasi terhadap pelaksanaan PIDI melahirkan sejumlah masukan terkait permasalahan sumber daya dan manajemen misalnya wahana dan pendamping, dan besaran bantuan biaya hidup
7	Reformulasi Kebijakan	KIDI menyuarakan agar manajemen pelaksanaan diubah menjadi in-house training yang artinya pemahiran dikembalikan ke institusi pendidik dimana standarisasi kelayakan wahana dan pendamping sudah terjamin. Opsi tersebut dinilai efektif untuk menyasar tujuan peningkatan mutu sekaligus efisien dari segi sumber daya
8	Aktor Kebijakan	Menunjukkan bahwa aktor yang lebih banyak berperan adalah hal ini adalah Kementerian Kesehatan bersama-sama KIDI yang meresprentasikan <i>public interest</i> terkait mutu pelayanan dan <i>patient safety</i>
9	Rekomendasi Kebijakan	Rekomendasi yang muncul juga beragam yang bersifat usulan perbaikan program hingga terkait keberlangsungan program. Ada opsi yang muncul untuk mengembalikan manajemen PIDI kepada institusi pendidikan namun adapula yang menyampaikan opsi agar menghentikan program PIDI sama sekali.

Tabel 1. Hasil Penelitian

Pengidentifikasi Masalah Kebijakan Internsip Dokter

Dalam proses ini, para pemangku kebijakan telah mengidentifikasi masalah terkait perlunya Kebijakan Pemahiran Lulusan Dokter melalui Program Internsip Dokter Indonesia. Kebijakan Pemahiran Lulusan Dokter melalui Program Internsip Dokter Indonesia lahir dilatarbelakangi isu meningkatnya kesadaran hukum dan ditetapkannya Undang-Undang tentang praktik Kedokteran serta pemberlakuan Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK) dalam pendidikan kedokteran yang bertujuan untuk menghasilkan lulusan dokter Indonesia yang sesuai standar global.

Pengidentifikasi isu terkadang memang merupakan kepentingan dari kelompok atau individu. Pada dasarnya pengidentifikasi isu kebijakan merupakan hal yang alamiah. Dapat merupakan sebuah isu yang sengaja dipilih, dapat pula sebuah isu yang muncul di luar proses yang normal dari sebuah review dan monitoring, atau dorongan Pemerintah untuk mengatasi krisis tertentu. Telah menjadi perdebatan bahwa proses formulasi kebijakan berbeda-beda bergantung pada penerimaan elit-elit tertentu dalam mengatasi krisis tertentu atau permintaan program agenda politik tertentu. (Grindle dan Thomas, 1991).

Pada proses ini seharusnya inisiasi awal adalah organisasi profesi sebagai sebuah “*interest group*” dalam rangka peningkatan mutu profesinya. Dalam hal ini pemerintah sebagai regulator merasa perlu untuk melakukan inisiasi kebijakan dengan mengidentifikasi permasalahan yang ada kemudian mencari pemecahan permasalahan dalam bentuk kebijakan.

Program internsip pada prinsipnya merupakan bentuk pendidikan pra registrasi yang menjadi bagian yang tak terpisahkan dalam adaptasi kurikulum KBK yang ditetapkan oleh *World Federation for Medical Education (WFME)*. Dalam KBK ada dua jenis pendidikan dokter, pendidikan dasar dan pendidikan lanjutan. Pendidikan dasar adalah yang dilaksanakan di FK dan pendidikan lanjutan itu adalah internship.

Penyusunan Agenda Kebijakan Internsip Dokter

Penyusunan agenda merupakan kegiatan membuat masalah publik menjadi masalah kebijakan. Proses penyusunan agenda kebijakan, menurut Anderson dalam (Lembaga Administrasi Negara, 2002) secara runut terdiri atas (a) *private problems*, (b) *publics problem*, (c) *issues*, (d) *systemic agenda*, dan (e) *institutional agenda*. Proses Penyusunan agenda pelaksanaan

PIDI menjadi sebuah kebijakan, didasari sejumlah penilaian dimana permasalahan kompetensi lulusan yang dirasakan bersama baik kalangan pemerintah maupun profesi (*privates problems*). Namun ketika aktivitas utama: pertama, perancangan tujuan kebijakan dan kedua, strategi pencapaian tujuan.

Dalam hal perancangan tujuan kebijakan, Para perumus kebijakan telah memiliki kesamaan pemahaman mengenai tujuan PIDI yaitu untuk pemahiran lulusan dalam rangka mengikuti standar profesi standar kompetensi dokter dan menjaga mutu pelayanan kedokteran.

Selanjutnya yang perlu dilakukan dalam formulasi kebijakan adalah identifikasi alternatif-alternatif kebijakan. Perumusan alternatif kebijakan pada dasarnya adalah hasil dari kegiatan peramalan (*forecasting*) mengenai kondisi yang perlu, atau dapat diwujudkan berkaitan dengan pemecahan masalah kebijakan (Hamdi, 2014). Dalam kebijakan pelaksanaan program internsip yang dituangkan dalam Permenkes Nomor 299 tahun 2010 diatur adanya alternatif pelaksanaan internsip dengan 2 (dua) metode yaitu ikatan dinas dan mandiri. Apabila mengacu pada konsep tersebut, maka PIDI yang berjalan saat ini merupakan perpaduan keduanya (*mix-method*) akan terjun dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, permasalahan kompetensi ini menjadi masalah publik.

Pemerintah dan pemangku kepentingan terkait melakukan proses Penyusunan agenda kebijakan berdasarkan berbagai pertimbangan yang meliputi faktor politik, dan sosial masyarakat Berdasarkan aspek sosial, program pemahiran merupakan sebuah komitmen dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang bermutu dan memenuhi prinsip keamanan pasien (*patient safety*) sebagai bentuk tanggung jawab penyediaan pelayanan publik. Dalam UU nomor 29 tahun 2004 dijelaskan bahwa Tindakan medis terhadap tubuh manusia yang dilakukan bukan oleh dokter atau dokter gigi dapat digolongkan sebagai tindak pidana.

Pertimbangan dari sisi politik terutama dalam konteks internasional, PIDI menjadi krusial untuk diimplementasikan. Di satu sisi internsip ditujukan agar lulusan dokter Indonesia dapat diakui secara global. Di sisi lain, dengan adanya standarisasi pendidikan kedokteran sesuai regulasi internasional akan memberikan posisi menguntungkan menghadapi era globalisasi terkait potensi masuknya tenaga kesehatan asing.

Formulasi Kebijakan Internsip Dokter

Proses formulasi kebijakan (*policy formulation*) menurut Kraft & Furlong (dalam Hamdi: 2014) paling tidak harus memuat dua

Unsur yang idealnya ditemukan dalam proses formulasi kebijakan adalah penyusunan strategi dari masing-masing alternatif kebijakan. Setiap alternatif kebijakan, sejak awal perlu dirumuskan langkah-langkah yang semestinya dilakukan apabila alternatif tersebut dipilih menjadi kebijakan (Hamdi, 2014). Hal ini belum banyak tergali dalam Permenkes Nomor 299 Tahun 2010.

Proses formulasi kebijakan PIDI ini telah melibatkan berbagai unsur lintas kementerian, organisasi profesi dan asosiasi pendidikan meliputi Kemenristek Dikti (saat itu bernama Depdiknas) yang mengawali perubahan kurikulum, Kementerian Kesehatan, kolegium, Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia (AIPKI), dan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).

Pada awal proses perumusan kebijakan, terjadi tarik-ulur pendapat mengenai siapa yang seharusnya menjadi pemegang inti kebijakan PIDI dan aloaksi penganggarannya. Apakah seharusnya berada di bawah urusan pendidikan (Kemenristek Dikti) ataupun pendayagunaan (Kemenkes). Menteri Kesehatan yang menjabat saat itu akhirnya memutuskan untuk mengambil alih koordinasi formulasi kebijakan program internsip dokter didukung oleh pemangku kepentingan terkait.

Pertimbangan lain yang meramalkan adalah beban pembiayaan yang menjadi sorotan publik terutama DPR, mengingat besarnya anggaran yang diperlukan untuk kebutuhan penempatan dan bantuan biaya hidup. Oleh karenanya, dilakukan harmonisasi berbagai muatan kebijakan dan teknis pelaksanaan di tingkat internal kementerian maupun lintas kementerian seperti kalangan profesi. Terkait hal di atas, Abidin (2012) mengemukakan bahwa proses perumusan kebijakan memang pada akhirnya bersifat kompromistik, yakni rumusan jalan tengah melalui proses "tolak-tarik (*take and give*)". Dalam keadaan ini, nilai-nilai yang dipertahankan seringkali hanya yang prinsip-prinsip saja terutama di lingkungan pemerintahan yang sifatnya koalisi.

Legitimasi Kebijakan Internsip Dokter

Proses legitimasi kebijakan bergantung dukungan aktor-aktor pembuat kebijakan hingga kebijakan ditetapkan menjadi suatu aturan yang diakui. Di awal terangkatnya isu pelaksanaan PIDI, melahirkan pro-kontra di masyarakat. Penolakan disuarakan dari berbagai kelompok meliputi mahasiswa, institusi pendidikan, organisasi, DPR, bahkan orangtua mahasiswa. Kajian Priantono (2013) mengungkapkan bahwa reaksi negatif dari kalangan sejawat bahkan masyarakat memperlihatkan kurangnya informasi

yang diberikan pemerintah mengenai PIDI.

Penetapan keputusan akhir mengenai kebijakan yang diambil beserta pemetaan peran dan tanggung jawab *stakeholder* pada akhirnya dikoordinasikan oleh Kementerian Kesehatan dan dibuatkan payung hukumnya melalui Permenkes Nomor 299 Tahun 2010 tentang penyelenggaraan Program Internsip dan Penempatan Pasca Internsip. Pengkomunikasian kebijakan PIDI secara hukum dilakukan oleh Kementerian Kesehatan melalui Biro Hukum dan Organisasi. Sementara peran kunci sosialisasi program secara substansi kebijakan dikoordinasikan oleh Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan melalui KIDI sebagai representasi *stakeholder* terkait.

Dalam pelaksanaannya, legitimasi kebijakan internsip dinilai kurang kuat mengingat pijakan regulasinya yang berawal dari Permenkes dengan daya jangkau terbatas. Kedepannya, untuk lebih menguatkan dari aspek kelembagaan, tengah dibahas RPP UU Pendidikan Kedokteran yang salah satu muatannya mengatur internsip sehingga posisi hukumnya lebih kuat dari regulasi saat ini (Permenkes).

Implementasi Kebijakan Internsip Dokter

Dalam proses implementasinya, PIDI mendapat minat yang cukup besar dari pemerintah daerah. Akan tetapi, tidak semua ditindaklanjuti dengan persiapan sumber daya yang memadai, baik yang sifatnya fasilitas maupun SDM (kualitas pendampingan). Gambaran mengenai kelayakan wahana penempatan dan kesejahteraan dokter internsip memperlihatkan kesenjangan antar wahana mengingat kondisi fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia yang begitu beragam. Ada wahana yang memberikan akomodasi dan transportasi kepada para peserta adapula yang tidak. Dari segi pelayanan, ada wahana membatasi peserta hanya sebagai pengamat (*observer*) namun adapula wahana yang justru melimpahkan sebagian besar pelayanan pasien kepada para dokter internsip. Hal tersebut terjadi dikarenakan dalam pedoman pelaksanaan PIDI dinyatakan bahwa pengaturan tata tertib, hak, dan kewajiban peserta sebagian diserahkan kepada wahana setempat. Namun sayangnya, tidak ada standarisasi untuk pelaksanaan tersebut yang memastikan kompetensi yang diharapkan dapat tercapai sesuai standar (Priantono, 2013).

Evaluasi Kebijakan Internsip Dokter

Dalam rangka pemantauan pelaksanaan PIDI baik dari aspek substansi maupun teknis dibentuk suatu komite khusus yaitu Komisi Internsip Dokter Indonesia (KIDI). KIDI bertanggung jawab

mengawal praktek PIDI di lapangan dengan konsep pemantauan secara berjenjang. KIDI pusat memutuskan kelayakan wahana untuk menjadi lokasi penempatan peserta internsip dengan bantuan perwakilan (KIDI Provinsi) di daerah. Sementara penilaian yang sifatnya evaluasi program diserahkan pelaksanaannya kepada Badan Litbang Kesehatan Kemenkes RI terkait ketercapaian tujuan, kendala, besaran kebutuhan biaya hidup, hingga tinjauan kesinambungan program.

Hasil evaluasi Badan Litbang Kesehatan Kemenkes memperlihatkan temuan yang positif mengenai pencapaian kemahiran peserta internsip. Secara umum, terjadi peningkatan pengetahuan peserta internsip mengenai Upaya Kesehatan Masyarakat. Selain itu, penilaian pemahiran peserta secara observasional menggunakan instrumen DOPS dan MINI CEX menunjukkan telah terjadi peningkatan pemahiran dalam keterampilan klinis dan diagnosis antara sebelum dan sesudah menjalani PIDI (Hendarwan, 2015)

Evaluasi terhadap pelaksanaan PIDI melahirkan sejumlah masukan terkait permasalahan sumber daya dan manajemen misalnya kelayakan wahana dan pendamping, sistem reward, dan besaran bantuan biaya hidup.

Dari hasil analisis data kualitatif, sebagian besar peserta internsip menilai bahwa program internsip bermanfaat untuk peningkatan pemahiran dan rasa percaya diri. Kendati demikian, beberapa peserta menganggap bahwa program ini tidak perlu karena merasa bahwa ilmu yang diperoleh selama pendidikan sudah memadai.

Reformulasi Kebijakan

Temuan dan hasil yang diperoleh dari evaluasi pelaksanaan PIDI menjadi landasan para pemangku kepentingan untuk melakukan perbaikan bahkan pertimbangan kesinambungan (*sustainability*) PIDI. Tercatat sejumlah penyesuaian atau reformulasi kebijakan ditetapkan dalam masa pelaksanaan PIDI mulai dari perbaikan pedoman hingga peningkatan besaran Bantuan Biaya Hidup (BHH) dokter internsip.

Sejumlah masukan dan temuan yang hingga saat ini belum ditindaklanjuti melalui reformulasi kebijakan adalah yang terkait manajemen pelaksanaan PIDI seperti standarisasi kelayakan wahana dan kompetensi pendamping. Hal tersebut diakui Kementerian Kesehatan disebabkan kewenangan yang terbatas sementara *stakeholder* terkait belum optimal berperan. Oleh karenanya, KIDI menyuarakan agar manajemen pelaksanaan diubah menjadi *in-house training* yang artinya pemahiran dikembalikan ke institusi pendidik dimana standarisasi kelayakan wahana

dan pendamping sudah terjamin. Opsi tersebut dinilai efektif untuk menyasar tujuan peningkatan mutu sekaligus efisien dari segi sumber daya.

Alternatif di atas sejalan dengan rekomendasi kebijakan yang disusun oleh tim Badan Litbang Kesehatan agar PIDI tetap dilaksanakan dengan institus pendidikan sebagai pengelola. Melanjutkan PIDI dengan melakukan perbaikan manajemen secara menyeluruh, tidak menjadi pilihan utama dikarenakan setelah 5 tahun PIDI berjalan, masih banyak wahana yang tidak memenuhi persyaratan. Kondisi ini akan membahayakan seiring meningkatnya jumlah peserta internsip di masa yang akan datang (Hendarwan, 2015)

Aktor Kebijakan

Berdasarkan hasil penggalian melalui wawancara, menunjukkan bahwa aktor yang lebih banyak berperan adalah hal ini adalah Kementerian Kesehatan bersama-sama KIDI yang merespons *public interest* terkait mutu pelayan dan *patient safety*. Kemenkes berperan sebagai regulator dalam program internsip dokter sementara KIDI sebagai komite khusus menjalankan peran yang jauh lebih strategis mulai dari perencanaan, penetapan wahana, rekrutmen, pendampingan, pemantauan, dan pembinaan (Kemenkes, 2010)

Sayangnya, Kemenristek dikti yang diharapkan mengambil posisi yang sama hanya banyak terlibat di awal melalui pilot project HWS sebagai cikal bakal pelaksanaan PIDI. Dalam rangkaian proses selanjutnya, peran Kemenristek Dikti dinilai belum optimal. Padahal, dalam pengimplementasiannya sejumlah kendala yang banyak dimunculkan dalam evaluasi adalah belum standarnya kompetensi pendamping yang berada dalam kewenangan pengaturan Kemenristek Dikti. Melalui kajian mengenai pelaksanaan PIDI Priantono (2014) kembali mengingatkan bahwa gagasan PIDI sejatinya berasal dari kebutuhan untuk meningkatkan kompetensi lulusan dokter yang artinya bukan merupakan tanggung jawab KIDI semata apalagi kementerian Kesehatan. Fakultas Kedokteran di bawah naungan Kemenristik-Dikti sebagai institusi pendidikan bertanggungjawab untuk memberikan kompetensi yang dibutuhkan.

Selain itu, unsur lain seperti profesi juga masih perlu digali dan dipertegas perannya termasuk Kementerian Dalam Negeri sebagai regulator yang membawahi pemerintahan daerah. Kebutuhan tersebut muncul untuk menciptakan wahana yang kondusif dalam masa penugasan dokter internsip melalui dukungan sarana, *reward*, dan jaminan keamanan. Kelompok kemahasiswaan, IDI, dan sebagian

kalangan institusi pendidik terutama pada awal proses formulasi kebijakan, lebih mengambil peran sebagai "*group interest*". Mereka menilai PIDI hanya menjadi hambatan lulusan berkakir dan bentuk ketidakpercayaan terhadap kualitas lulusan dokter.

Rekomendasi Kebijakan

Rekomendasi kebijakan yang bermunculan untuk menjadi masukan kebijakan PIDI secara umum berdasarkan evaluasi pelaksanaan PIDI. Sebagian besar menyampaikan kekhawatiran terhadap kualitas pendampingan yang dinilai belum merata dan representatif. Pada akhirnya kondisi tersebut berujung pada efektif tidaknya PIDI dalam hal pemahiran lulusan dokter mengingat besarnya sumber daya dan upaya yang telah dikeluarkan untuk menunjang pelaksanaannya.

Dari dua rekomendasi yang muncul saat penggalian informasi, keduanya memiliki benang merah yang sama bahwa kualitas lulusan seharusnya menjadi kewenangan institusi pendidikan. Terkait dengan isu pendayagunaan yang bersifat jangka pendek utamanya di masa implemetasi JKN yang membutuhkan tenaga dokter pelayanan primer dengan jumlah besar, memang tidak bisa dielakkan perlunya tahapan pemahiran untuk memastikan kualitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien. Untuk itu, diangkatlah gagasan agar dilakukan proses pemahiran di unit pengguna masing-masing tentunya dengan standarisasi tertentu. Ujung rekomendasi ini pada akhirnya memaksa institusi pendidikan untuk berkomitmen memberikan pendidikan kedokteran yang lebih berkualitas yang bisa jadi di antaranya mengimplementasikan tahapan pra-registrasi di RS pendidikan atau fasilitas pelayanan kesehatan lain yang lebih representatif kualitas pendampingannya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Formulasi kebijakan kebijakan Program Internsip Dokter Indonesia (PIDI) didasari proses identifikasi permasalahan dan penetapan agenda kebijakan yang memadai dengan mempertimbangkan aspek politik, sosial, dan ekoomi melalui serangkaian rapat dan konsolidasi. Proses legitimasi kebijakan menghadapi perbedaan pendapat mengenai stakeholder kunci serta penyusunan rancangan implementasi kebijakan yang belum komprehensif. Dalam tahap implementasi, PIDI cukup diminati oleh pemerintah daerah untuk menjadi lokasi penempatan namun tidak diiringi ketersediaan sumber daya (fasilitas maupun kompetensi pendamping). Evaluasi kebijakan telah dilakukan dengan cukup memadai bekerjasama dengan

Litbang Kemenkes. Namun, perlu dikuatkan untuk pemantauan dan pembinaan rutin. Berangkat dari hasil evaluasi, telah dieksekusi sejumlah reformulasi kebijakan yang terkait kewenangan Kemenkes seperti kenaikan Bantuan Biaya Hidup.

Pembuat kebijakan atau aktor yang berperan dalam merumuskan kebijakan ini masih didominasi oleh Kementerian Kesehatan dan KIDI. Kementerian Kesehatan merupakan regulator dan sebagai "public interest". Kemenristek dikti yang diharapkan memiliki posisi sama terkait dengan domain pendidikan belum optimal peranannya bersama-sama. Begitu juga dengan Kemendagri yang memiliki kewenangan mendorong pemerintah daerah dalam hal penempatan. Kelompok mahasiswa, IDI, dan sebagian kalangan institusi pendidik terutama pada awal proses formulasi kebijakan, lebih mengambil peran sebagai "group interest".

Rekomendasi kebijakan yang diajukan adalah program PIDI perlu untuk tetap dilaksanakan dengan perbaikan yang mendasar dalam hal pembagian peran dan rancangan implementasi dengan payung hukum dan uraian kerja yang jelas serta menuangkannya dalam draft RPP terkait internsip yang saat ini tengah disusun. Oleh karenanya perlu ada pertemuan evaluasi skala besar yang melibatkan semua stakeholder untuk menjembatani permasalahan pelaksanaan program internsip termasuk DPR, anggota profesi, institusi pendidikan untuk menyepakati pembagian peran lintas Kementerian/sector yang lebih berimbang antara Kementerian Kesehatan, Kemenristek Dikti, Kementerian Dalam Negeri, dan Organisasi Profesi.

Saran

1. Bagi Kementerian Kesehatan
 - a. Kemenkes melakukan evaluasi 5 tahun pelaksanaan internsip berdasarkan hasil-hasil dengan melibatkan semua pemangku kebijakan termasuk Kemenristek Dikti, Kemendagri, dan Institusi Pendidikan untuk mendapatkan gambaran pelaksanaan PIDI yang komprehensif. Evaluasi dapat dilakukan melalui kajian khusus atau seminar hasil evaluasi dan kajian yang selama ini sudah ada baik yang dilakukan Kemenkes, KIDI, organisasi profesi, maupun institusi pendidikan.
 - b. Melakukan pertemuan pendalaman dengan mengundang lintas Kementerian, kalangan profesi, asosiasi institusi pendidikan, dan stakeholder terkait untuk membahas opsi – opsi kebijakan yang terkait regulasi implementasi PIDI ke depan (misalnya mengenai pengembalian pengelolaan

PIDI kepada institusi pendidik) sebagai masukan terhadap substansi pengaturan yang sedang dibahas di RPP pendidikan kedokteran.

- c. Menguatkan koordinasi lintas sektor terutama Kemenristek dikti, institusi pendidikan, organisasi profesi, dan pemerintah daerah melalui pembentukan tim khusus dengan pembagian peran/fungsi, alur, penganggaran, dan payung hukum yang tegas.
 - d. Dalam melakukan formulasi kebijakan, sebaiknya melakukan penajaman pemetaan stakeholder terutama yang berada di luar domain kewenangan Kemenkes dan mendorong keterlibatannya dalam keseluruhan proses formulasi.
2. Bagi Organisasi Profesi Kesehatan
 - a. Meningkatkan peran organisasi profesi dalam membantu sosialisasi dan pemahaman mengenai PIDI untuk mendorong akseptabilitas PIDI
 - b. Memberikan masukan dan evaluasi terkait pelaksanaan PIDI dari perspektif profesi dan pembinaan dokter pendamping di daerah

REFERENSI

1. Abidin, Said Zainal. 2012. *Kebijakan Publik*. Jakarta: Salemba Humanika
2. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI (2011) *Hasil Riset Fasilitas Kesehatan 2011*, Jakarta:Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI.
3. Grindle, Merilee dan Thomas, John, W. (1991) *Public Choice and Policy Change, The Political Economic Reform in Developing Countries*, Maryland: The John Hopkins University Press.
4. Hamdi Muchlis (2014). *Kebijakan Publik: Proses, Analisis dan Partisipasi*. Bogor: Ghalia Indonesia
5. Hasibuan, M. (2003) *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Bumi Aksara
6. Indonesia, K.K. (2010) *Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 1 tahun 2010 tentang Registrasi Dokter Program Internsip*
7. Kementerian Kesehatan RI (2014). *Profil Kesehatan Indonesia*, Jakarta: Kemenkes RI
8. Kemenkes RI. (2010). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 299/Menkes/PER/II/2010 tentang Penyelenggaraan Program Internsip dan Penempatan Dokter Pasca Internsip*.
9. Kementerian Kesehatan (2013). *Laporan Assesment Program Internsip Dokter Indonesia tahun 2013*. Tidak dipublikasi

10. Kementerian Kesehatan (2015). *Laporan Assesment Program Internsip Dokter Indonesia tahun 2015*. Tidak dipublikasi
11. Kurniati, A. dan Efendi, F. (2012) *Kajian SDM Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Salemba Medika
12. Notoadmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
13. Priantono, D.(2013). *Pelaksanaan Internsip di Indonesia*. Journal Kedokteran Indonesia Vol 01 Nomor 03