

STUDI PUSTAKA

Penetapan Dokter Gigi Layanan Primer Di Indonesia

Iwan Dewanto,

Program Studi Pendidikan Dokter Gigi Fakultas Ilmu Kesehatan dan Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
Jalan Lingkar Selatan, Kasihan, Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta 55183, Indonesia; e-mail: iwanjoedewanto@gmail.com

ABSTRAK

Pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN) di Indonesia yang di implementasikan pada tahun 2014 merupakan tantangan untuk dapat melakukan perubahan pelayanan yang lebih terstruktur. Konsep pelayanan sistem jaminan kesehatan nasional di Indonesia membagi pelayanan menjadi 3 struktur layanan yaitu pelayanan primer, pelayanan sekunder dan pelayanan tersier. Pola pembiayaan yang digunakan untuk pelayanan primer adalah sistem kapitasi, sedangkan untuk pelayanan sekunder dan tersier menggunakan sistem DRG (*Diagnosis Related Group*) yang di Indonesia digunakan istilah *Indonesia Case-Based Group* (INA CBG's). Kondisi kesadaran masyarakat Indonesia untuk kesehatan gigi dan mulut masih belum baik, sehingga memerlukan perbaikan proses, aksesibilitas, dan konsep pelayanan yang lebih baik. Perbaikan tersebut dapat dilaksanakan dalam bentuk pelayanan primer kedokteran gigi, dengan konsep kendali mutu dan kendali biaya. Tujuan dari penulisan telaah ilmiah ini adalah memberikan kajian pada penetapan pelayanan di bidang kedokteran gigi menjadi pelayanan primer dalam sistem JKN, sesuai dengan kaedah, kondisi dan peraturan yang berlaku. Dokter gigi layanan primer sebagai *first professional degree* yang peran dan fungsinya adalah di pelayanan tingkat primer (*primary health services*) berfungsi sebagai *gate-keeper* pada pemberi pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang diharapkan dapat menertibkan sistem rujukan dalam Sistem Kesehatan Nasional. Dokter gigi layanan primer diharapkan dapat menyelesaikan keluhan masyarakat akan kesehatan gigi yang termasuk dalam batas kompetensi dan kewenangannya, sehingga masyarakat tidak perlu mengorbankan sumber daya yang lebih besar untuk mendapatkan perawatan tingkat spesialis yang sesungguhnya tidak mereka perlukan. Peningkatan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan gigi dan mulut kepada masyarakat merupakan hal yang mutlak diperlukan oleh masyarakat Indonesia di masa yang akan datang.

Maj Ked Gi. Desember 2014; 21(2): 109 - 116

Kata Kunci: dokter gigi layanan primer, jaminan kesehatan nasional

ABSTRACT: Determination Of Primary Dental Services In Indonesia. *The implementation of Indonesia National Health Security (JKN) is a challenge from developing a better structure of healthcare. The structure of health services is divided into three tiered system, which is primary care, secondary care, and tertiary care. Model of financing used for the primary care is capitation system, while for secondary and tertiary care system is claim system based on Indonesia Case-Based Group (CBG INA's). Improvement of oral health services by general dentist can be carried out in the form of primary care dentistry by quality and cost control. The aim of this study is to provide a scientific study on the determination of dental services offered by general dentist as primary care in National Health Security system, according to the rules, conditions and regulations. Primary care dentists have function at the main level of care (primary health services) as a gate-keeper. They are expected to enforce referral system in the National Health Security System. Primary care dentist is supposed to resolve oral health problem within their competence and authority, so people do not need to go to specialist care that is not needed. Thus, improving the quality of oral health services provided for the public is a must.*

Maj Ked Gi. Desember 2014; 21(2): 109 - 116

Keywords: primary care dentists, national health insurance

PENDAHULUAN

Pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN) di Indonesia yang di implementasikan pada tahun 2014 merupakan tantangan untuk dapat melakukan perubahan pelayanan yang lebih terstruktur. Tidak menutup kemungkinan bahwa dalam pelaksanaannya masih belum dipahami dengan baik, namun demikian hal tersebut

sebenarnya merupakan proses tahapan yang harus dilalui oleh dokter gigi di Indonesia. Konsep pelayanan sistem jaminan kesehatan nasional di Indonesia membagi pelayanan menjadi 3 struktur layanan yaitu pelayanan primer, pelayanan sekunder dan pelayanan tersier. Pembiayaan yang digunakan untuk pelayanan primer adalah sistem kapitasi, sedangkan untuk pelayanan sekunder

dan tersier menggunakan sistem DRG (*diagnosis related Group*) yang di Indonesia digunakan istilah *Indonesia Case-Based Group* (INA CBG`s).¹ PDGI sebagai organisasi profesi bidang kedokteran gigi telah menetapkan bahwa pelayanan kedokteran gigi berada dalam strata pelayanan primer dan sekunder pada sistem jaminan kesehatan nasional. Perubahan yang akan terjadi dengan penerapan sistem kapitasi di JKN mungkin akan mendapatkan reaksi oleh dokter gigi yang berbeda-beda bahkan sampai mengusik rasa yang tidak nyaman (*uncomfort zone*).

Menurut *World Health Organization, Regional Office for South-East Asia* melalui *Regional Oral Health Strategy 2013–2020*,² mengeluarkan pernyataan, bahwa penyakit gigi dan mulut merupakan penyakit termahal keempat untuk diobati dan seringkali memerlukan pembiayaan secara *out of pocket* yang tinggi. Pada umumnya, fokus untuk melakukan intervensi dalam pelayanan gigi adalah penambalan dengan perawatan yang membutuhkan sarana dan prasarana yang mahal. Di sisi lain upaya pencegahan dan intervensi pada hulu penyebab penyakit gigi dan mulut yang membutuhkan biaya lebih murah seringkali dilupakan. Selain itu, masyarakat tidak dapat bergantung sepenuhnya pada fasilitas pelayanan kesehatan publik yang ada untuk memenuhi kebutuhan kesehatan gigi dan mulutnya dikarenakan belum optimalnya ketersediaan finansial, sarana dan prasarana yang memadai sebagai akibat dari tidak diprioritaskannya kesehatan gigi dan mulut oleh pemerintah. Hal ini mengakibatkan masyarakat mencoba untuk mendapatkan perawatan kesehatan gigi dan mulut dari praktisi tradisional dan penyedia pelayanan kesehatan ilegal, dimana pelayanan yang dilakukan tersebut dapat menimbulkan risiko medis yang sangat tinggi. Akibat yang lain yang mungkin akan timbul adalah permasalahan gigi dan mulut tersebut akan dibiarkan tanpa perawatan.

Saat ini kesadaran masyarakat akan kesehatan gigi dan mulut masih rendah dan cenderung melakukan perawatan pada dokter gigi hanya pada saat ada keluhan, sehingga rata – rata masyarakat berkunjung ke dokter gigi dalam keadaan sudah memerlukan perawatan kompleks dan yang berdampak pada biaya yang

lebih tinggi. Keadaan ini menunjukkan bahwa *effective demand* untuk berobat gigi di Indonesia menjadi rendah, yaitu menurut risekedas tahun 2007³ hanya 7% sedangkan menurut data riskedas tahun 2013⁴ menunjukkan bahwa sebesar 25,9% penduduk Indonesia mempunyai masalah gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir (*potential demand*). Diantara mereka, terdapat 31,1% yang menerima perawatan dan pengobatan dari tenaga medis gigi (perawat gigi, dokter gigi atau dokter gigi spesialis), sementara 68,9% lainnya tidak dilakukan perawatan. Secara keseluruhan keterjangkauan/kemampuan untuk mendapatkan pelayanan dari tenaga medis gigi/EMD hanya 8,1%. Pola perilaku masyarakat yang seperti ini memerlukan tindakan pencegahan dan promosi yang bersifat intervensi yang hanya dapat dilakukan apabila dokter gigi didudukkan pada pelayanan primer. Namun, melihat pola pembiayaan saat ini yang masih menggunakan sistem *out of pocket* atau *fee for service*, maka akan timbul permasalahan dalam penetapan keberadaan pelayanan bidang kedokteran gigi dalam sistem JKN. Hal ini dikarenakan paradigma yang dilakukan dengan sistem *out of pocket* adalah paradigma sakit, yaitu semakin banyak orang yang sakit, maka meningkat juga pendapatan yang diterima oleh dokter gigi. Sistem *out of pocket* yang sudah dijalankan cukup lama ini telah memberikan kenyamanan pada pola praktek dokter gigi di Indonesia⁵

Tujuan dari penulisan telaah ilmiah ini adalah memberikan kajian pada penetapan pelayanan di bidang kedokteran gigi menjadi pelayanan primer dalam sistem JKN, sesuai dengan kaedah, kondisi dan peraturan yang berlaku.

TINJAUAN PUSTAKA

1. Gambaran bidang kedokteran gigi di Indonesia. Indonesia merupakan sebuah negara dengan jumlah penduduk yang cukup besar. Berdasarkan sensus penduduk tahun 2010, jumlah penduduk Indonesia adalah 237.556.363 jiwa.⁶ Permasalahan kesehatan pada negara dengan jumlah penduduk yang begitu besar, tentunya memerlukan perhatian dan manajemen pelayanan kesehatan yang baik. Kesehatan gigi dan mulut

yang merupakan bagian integral dari kesehatan umum tentunya sangat perlu mendapatkan perhatian. Berbagai indikator capaian kesehatan gigi berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan tahun 2007,³ dapat diketahui bahwa 23,43% penduduk mengalami permasalahan gigi dan mulut, dan dari penduduk yang mengalami permasalahan gigi dan mulut tersebut, hanya sejumlah 32,73% yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga kesehatan gigi. Masalah terbanyak adalah penyakit karies, dimana prevalensi nasional karies aktif adalah 43,4% dan 75% penduduk Indonesia mengalami riwayat karies gigi dengan nilai DMF-T adalah 4,85. Prevalensi karies berkisar antara 74,4 sampai 93,4%. Proporsi penduduk berobat gigi berdasarkan jenis tenaga pelayanan menurut provinsi. Proporsi penduduk yang berobat ke dokter gigi spesialis terbanyak di DI Yogyakarta (16,4%). Responden yang berobat ke dokter gigi lebih banyak di kota besar, seperti di DKI Jakarta (76,3%), dan Banten sebesar (61,5%). Pemanfaatan pelayanan dokter gigi terendah di Kalimantan Barat (19,5%). Pemanfaatan pelayanan perawat gigi terbanyak di Kalimantan Barat (51,2%) dan terendah di DKI Jakarta (5,8%)⁴. Terdapat tiga penyakit gigi dan mulut yang masuk dalam 10 besar penyakit di Puskesmas yaitu penyakit gusi dan jaringan periodontal, penyakit pulpa dan jaringan periapikal, dan penyakit jaringan keras gigi/karies gigi.

Sistem pembiayaan bidang kedokteran gigi saat ini berdasarkan pada permintaan pasien untuk mendapatkan perawatan. Dokter gigi yang melaksanakan praktek mandiri ataupun bekerja dalam sebuah klinik akan memberikan pelayanan kedokteran gigi yang canggih untuk melakukan perawatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan yang diberikan akan lebih cenderung untuk memuaskan permintaan pasien yang dianggap sebagai konsumen. Hal tersebut dilakukan dengan atau tanpa skema pembiayaan kesehatan dengan pihak ketiga (asuransi). Di negara Industri yang tidak memasukkan skema pembiayaan untuk pelayanan primer di bidang kedokteran gigi, anggaran pengeluaran untuk kesehatan masyarakat berkisar antara 5%-10% dan hal ini berhubungan dengan kesehatan gigi dan

mulut pada skema level/tingkat kedua/rujukan yang bersifat kuratif. Pola pemikiran ini menerangkan bahwa perawatan kuratif gigi dan mulut untuk menanggulangi permasalahan penyakit-penyakit gigi dan mulut menjadi sesuatu yang sangat mahal, dan akhirnya menjadikan beban negara di dalam bidang ekonomi.⁷

Uraian diatas menggambarkan kondisi kesadaran masyarakat Indonesia untuk kesehatan gigi dan mulut masih belum memadai, sehingga memerlukan perbaikan proses, aksesibilitas, dan konsep pelayanan yang lebih baik. Perbaikan tersebut dapat dilaksanakan dalam bentuk pelayanan primer kedokteran gigi, dengan konsep kendali mutu dan kendali biaya.

2. Sistem *managed-care* dari beberapa negara. Ada dua hal yang tampak relevan untuk dapat mengoptimalkan sistem kapitasi agar berpengaruh pada kesehatan gigi dan mulut. Pertama, sistem kapitasi harus menguntungkan bagi pasien dan dokter gigi, sehingga kondisi gigi dan mulut pasien sebaiknya selalu dikendalikan dalam kondisi yang baik. Pembatasan pembiayaan yang berlaku ekonomis dalam sistem ini apabila tidak dijalankan dengan benar akan membuat perawatan restorasi gigi menjadi lebih banyak dari pada kebutuhan tindakan pencegahannya. Jika demikian, maka akan mengakibatkan peningkatan biaya sistem kapitasi, ataulayanan pencegahan akan menjadi sulit untuk dilaksanakan karena kebutuhan untuk memberikan tindakan pelayanannya meluas. Kedua, filosofi pencegahan dalam sistem kapitasi mengasumsikan bahwa pasien bersedia untuk menjaga kesehatan mulutnya dengan pencegahan perawatan secara mandiri. Kesediaan pasien untuk mematuhi dalam melaksanakan tindakan pencegahan dapat dipengaruhi oleh situasi kehidupan pasien itu sendiri. Pemberian informasi individu mengenai tindakan pencegahan harus disesuaikan dengan kemampuan pasien dalam menerima informasi tentang tindakan pencegahan yang harus dilakukan.⁸

Pelayanan kesehatan di berbagai negara di belahan dunia mempunyai berbagai ciri khas yang mencerminkan karakteristik dan kebutuhan akan kesehatan yang dimiliki masing-masing

negara. Akan tetapi, pada dasarnya hampir semua negara di dunia menggunakan sistem pelayanan kesehatan berjenjang seperti halnya Sistem Kesehatan Nasional yang telah ada di Indonesia. Perbedaan yang dapat diamati adalah implementasi dari sistem tersebut, dimana pada negara-negara maju seperti Inggris, Amerika Serikat, Selandia Baru dan Jepang sistem rujukan berjalan dengan sangat baik, yang tentunya telah didukung oleh sistem jaminan kesehatan/ sistem asuransi yang memadai.⁹ Beberapa negara maju yang telah mengimplementasikan jaminan kesehatan dengan baik telah menjalani proses yang panjang dan melalui perbaikan-perbaikan yang menyempurnakan. Keadaan sosial masyarakat tentu sangat mempengaruhi tingkat keberhasilan dalam tujuan akhir untuk pelaksanaan jaminan kesehatan suatu negara. Penetapan pembagian jumlah populasi dalam pola kepesertaan jaminan kesehatan memberikan kontribusi yang bermakna dalam peningkatan kesehatan gigi dan mulut. Suatu kelompok sosial masyarakat yang memberikan efek kohesi di negara ASIA memiliki hubungan dan solidaritas yang tinggi dalam meningkatkan kesehatan gigi dan mulut. Solidaritas masyarakat yang saling terhubung satu dengan yang lainnya akan memudahkan dalam memberikan dampak informasi dan referensi tentang penyakit serta upaya agar meningkatkan keadaan kesehatan gigi dan mulut mereka.¹⁰

Pola jaminan kesehatan yang diterapkan di negara yang mempunyai sosial masyarakat yang menyerupai Indonesia sebagai negara berkembang, perlu disimak. Negara ASEAN yang mengembangkan jaminan kesehatan gigi dan mulut kedalam sistem jaminan kesehatannya adalah Thailand. Thailand membuat skema baru untuk mereformasi sistem pembiayaan dan penguatan jaringan pelayanan kesehatannya yang bernaung dalam *Contracting unit of primary care* (CUP). CUP harus mempunyai jejaring kesehatan yang terdiri dari 1 rumah sakit daerah yang mempunyai jejaring pusat pelayanan kesehatan di daerah tersebut. CUP merupakan distrik/lokal jejaring pelayanan kesehatan dengan basis rumah sakit daerah, akan mendapatkan pembayaran pelayanan kesehatan dengan sistem kapitasi. Registrasi keanggotaan

masyarakat hanya dilakukan untuk mengikuti program dari CUP tersebut, dimana seorang dokter gigi akan bertanggung jawab kepada populasi antara 20.000 sampai dengan maksimal 40.000 peserta. Pelayanan praktek mandiri dan klinik swasta bukan merupakan bagian dari sistem CUP baik yang berada di daerah, maupun propinsi. Jenis pelayanan yang ditanggung dalam sistem jaminan kesehatan di Thailand ini adalah pelayanan gigi dasar sederhana yang meliputi pencabutan, penambalan, skeling, gigi tiruan sebagian lepasan dari akrilik, perawatan syaraf untuk gigi decidui, dan konsultasi untuk promosi kesehatan.¹¹

Pola pelayanan primer kesehatan gigi dan mulut di Thailand dilakukan dibawah kendali pemerintah dilaksanakan dengan baik oleh *public sector*. Namun disisi lain, Thailand menempatkan sektor swasta (praktek mandiri dan klinik) diluar sistem jaminan kesehatan sebagai bagian pelayanan kuratif telah mengakibatkan harga layanan kesehatan gigi dan mulut untuk layanan sekunder ini tetap mahal. Thailand berasumsi agar masyarakat disana dapat meningkat kesadaran akan kesehatan gigi dan mulutnya sehingga lebih cenderung melakukan pencegahan dengan merubah perilaku mereka daripada terkena dampak harus mengeluarkan biaya yang lebih mahal apabila memerlukan pelayanan yang bersifat kuratif. Meskipun pelaksanaan kebijakan *universal coverage* dengan metode jejaring CUP telah membuat langkah yang mengesankan terhadap meningkatnya cakupan kesejahteraan dan peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan gigi dan mulut di kalangan masyarakat Thailand, namun ketimpangan dan ketidakadilan dalam pemanfaatan perawatan kesehatan mulut tetap ada.¹¹ Hal ini menunjukkan bahwa dengan pola kepesertaan semesta, namun tidak menggunakan sistem pelayanan primer yang terpadu, ternyata masih memberikan dampak ketidaksetaraan pelayanan kesehatan gigi dan mulut sehingga belum dapat dilaksanakan dengan optimal.

PEMBAHASAN

Pada *sixtieth world health assembly* (WHA60.17)¹³ agenda item 12.9 dalam bidang *Oral*

health action and plan for promotion and integrated disease prevention, pada poin ketiga disebutkan bahwa menyediakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut primer (esensial), meningkatkan pengintegrasian perawatan kesehatan gigi dan mulut dalam perawatan kesehatan primer pada penyakit kronis tidak menular, mengutamakan pendekatan preventif dan promotif pada masyarakat miskin dan kaum marginal yang terintegrasi dengan program preventif penyakit kronis tidak menular, merupakan suatu hal yang perlu mendapatkan perhatian khusus.

WHO Global conference ke 7, disebutkan bahwa terdapat 3 elemen kunci untuk segera dapat dilaksanakan, yaitu 1. Kesehatan gigi dan mulut adalah hak asasi setiap manusia dan merupakan bagian integral dari kesehatan umum dan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup manusia, 2. Promosi kesehatan gigi dan mulut serta program pencegahan penyakit gigi dan mulut harus disediakan melalui Pelayanan Kesehatan Primer dan tergabung dalam promosi kesehatan umum. Pendekatan yang terintegrasi adalah merupakan cara yang paling efektif, efisien dan realistis untuk menutup kesenjangan perawatan kesehatan gigi dan mulut di seluruh dunia, 3. Pemberdayaan masyarakat dalam promosi kesehatan gigi dan mulut serta pencegahan penyakit gigi dan mulut yang terintegrasi membutuhkan kebijakan dan sumber daya manusia serta finansial yang memadai untuk meminimalkan kesenjangan antara si kaya dan si miskin.¹⁴

Peraturan Menteri Kesehatan No 001 tahun 2012 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan di Indonesia secara jelas telah menempatkan dokter gigi pada posisi sebagai pemberi pelayanan primer/ strata pertama.¹⁵ Peraturan dari kementerian kesehatan ini, sebenarnya telah memberikan arahan bahwa bidang kedokteran gigi sudah diposisikan dalam pelayanan primer/strata pertama dalam sistem kesehatan nasional. Pembiayaan yang diterapkan pada dokter gigi pelayanan primer dalam sistem JKN menggunakan sistem kapitasi. Sistem ini mempunyai harapan agar dokter gigi layanan primer berusaha semaksimal

mungkin untuk menekan penggunaan biaya saat melakukan prosedur kuratif. Dokter gigi layanan primer diharapkan dapat lebih menyentuh dan mengutamakan aspek promotif dan preventif agar sumber daya dan dana dapat dimanfaatkan sebaik-baiknya. Kedudukan badan pengelola jaminan sosial bidang kesehatan (BPJS Kesehatan) dapat mengontrol kualitas pekerjaan dokter gigi layanan primer berdasarkan mekanisme penjaminan mutu yang dapat dilakukan melalui proses *kredensialing* dan kontrol keluhan masyarakat terhadap mutu pelayanan dokter gigi layanan primer tersebut. Beberapa kajian mengenai penempatan pelayanan dokter gigi pada pelayanan primer dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Kajian Epidemiologi. Kedudukan pelayanan kedokteran gigi pada pelayanan sekunder/ strata kedua, maka ujung tombak pelayanan primernya akan dilaksanakan oleh profesi dokter yang berperan sebagai *gate keeper*. Apabila pelayanan kedokteran gigi hanya menjadi rujukan dari dokter, maka ranah kesehatan gigi hanya akan bersifat kuratif. Pola pencegahan penyakit gigi dan mulut yang dilakukan pada pelayanan sekunder ini adalah mencegah supaya tidak bertambah parahnya suatu penyakit. Berbeda apabila berada pada pelayanan primer yang berfungsi untuk mencegah timbulnya suatu penyakit. Dengan kondisi seperti ini maka dapat disimpulkan pola paradigma sehat tidak akan muncul, dimana penyakit gigi dan mulut yang merupakan *non communicable disease* (penyakit yang tidak menular) akibat dari kebiasaan dan kesadaran kesehatan gigi yang belum memadai. Seyogyanya upaya promotif dan preventif pelayanan gigi dan mulut harus dilakukan tidak saja pada UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) tetapi juga pada ranah UKP (Upaya Kesehatan Perorangan). Tanpa upaya preventif yang dilakukan pada kelima tingkat pencegahan pada individu, maka sistem jaminan kesehatan bidang Kedokteran Gigi tidak dapat meningkatkan status kesehatan gigi mulut rakyat Indonesia. Banyak kasus penyakit gigi yang tidak dapat diredakan hanya dengan pengobatan biasa seperti yang dilakukan oleh dokter umum (ex. pulpitis akut, GP dll).

b. Kajian Ekonomi, dari Hasil Surkesnas

1998 yang menyatakan bahwa akibat penyakit gigi menyebabkan pertahun kehilangan 3,86 hari kerja/orang (0,32 hari kerja /orang/bulan), bila dihitung berdasarkan kerugian karena sakit di Indonesia yang besarnya adalah Rp 2.141.524.465.000,- untuk kehilangan hari produktif 1,05 hari kerja/orang/bulan,¹⁶ maka kerugian akibat sakit gigi adalah Rp.652.655.085.000,-/ bulan. Kondisi saat ini menunjukkan bahwa kebutuhan biaya untuk pelayanan kesehatan gigi cenderung semakin besar karena pelayanan promotif dan preventif tidak dapat dilaksanakan secara maksimal. Hal ini menyebabkan pelayanan kuratif semakin meningkat dan kebutuhan biaya untuk pelayanan tersebut menjadi besar. Apabila pelayanan dokter gigi masuk dalam pelayanan sekunder atau strata kedua maka perhitungan untuk perawatan gigi tentunya dihitung berdasarkan tiap perawatan yang dilakukan (menggunakan INA CBG's) yang pasti akan membutuhkan biaya yang lebih tinggi. Dari segi *cost effectiveness*, pemerintah akan menjadi lebih boros, karena sebetulnya sebagian besar kasus gigi bisa diselesaikan pada pelayanan primer/strata satu yang menggunakan sistem kapitasi.

c. Kajian dalam ranah pendidikan.

Sesuai dengan hakekat pendidikannya maka profesi dokter gigi diciptakan sebagai *first professional degree* yang peran dan fungsinya adalah di pelayanan tingkat primer (*primary health services*). Ini terkait dengan struktur layanan yang berjenjang atau tatanan rujukan selanjutnya yang menempatkan *second professional degree* yaitu Dokter Gigi Spesialis untuk *secondary dental service*, dan *third professional degree* yaitu Dokter Gigi Spesialis Konsultan untuk pelayanan tersier.¹⁷ Hakekat pendidikan ini terkait dengan sistem pelayanan kedokteran gigi yang berlaku global. Bila upaya system JKN meletakkan pelayanan kesehatan gigi di pelayanan sekunder maka akan merusak hakekat posisi dokter gigi baik secara filosofis terkait pendidikannya, tidak mengikuti kaidah perjalanan penyakit gigi mulut yang progresif akumulatif, melanggar struktur dan menempatkan dokter gigi Indonesia tidak setara dalam memposisikannya di tatanan sistem pelayanan kesehatan secara global.

Peningkatan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan gigi dan mulut kepada masyarakat merupakan hal yang mutlak diperlukan oleh masyarakat Indonesia di masa yang akan datang. Kebutuhan untuk menerapkan pola *managed-care* pada sistem kesehatan nasional Indonesia mendesak untuk dapat dipenuhi dalam rangka mencapai tujuan tersebut. Skema dokter gigi layanan primer dirancang untuk menjadi elemen utama dalam sebuah sistem pelayanan kesehatan gigi perorangan primer. Dokter gigi layanan primer diharapkan dapat menjadi *gate-keeper* dalam Sistem Kesehatan Nasional sebagai pemberi pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama. Skema dokter gigi layanan primer haruslah dilaksanakan dengan dukungan sistem *managed-care*, dimana dalam sistem tersebut dianjurkan minimal terdapat 3 pihak yang masing-masing melakukan peran sebagai pemberi pelayanan kesehatan (dokter gigi layanan primer), penjamin (pemerintah maupun lembaga asuransi) dan penerima jasa pelayanan kesehatan (masyarakat). Sejalan dengan akan berlakunya Sistem JKN yang mengatur tentang jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia dengan adanya peran lembaga Badan Pelaksana Jaminan Sosial (BPJS), maka implementasi dokter gigi layanan primer bukanlah suatu hal yang sulit untuk dilakukan, bahkan mutlak untuk diimplementasikan.

Di lain pihak, masyarakat dapat meningkatkan aksesnya terhadap pelayanan primer kedokteran gigi dan diharapkan kesadaran dan derajat kesehatan gigi dan mulut masyarakat lebih meningkat dengan peran aktif dokter gigi layanan primer dalam aspek promotif dan preventif. Peran Puskesmas dalam bidang kesehatan masyarakat pun dapat lebih dioptimalkan dengan berkurangnya beban untuk bertanggungjawab dalam upaya kesehatan perorangan. Peran Puskesmas yang lebih efektif dalam menjamin aspek kesehatan masyarakat tentunya secara langsung berdampak pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup mereka. Pada saat ini, dokter gigi dalam posisi siap untuk menjadi dokter gigi pelayanan primer dalam kerangka SJSN, dokter gigi

telah ada di 60,6% Puskesmas yang akan menjadi ujung tombak pelaksanaan SJSN. Jumlah ini akan semakin meningkat apabila dalam SJSN dilibatkan pula dokter gigi yang praktek di klinik milik swasta atau milik pemerintah non Kemkes/Pemerintah Daerah serta dokter gigi praktek mandiri.¹⁸

Peran dokter gigi layanan primer sebagai *gate-keeper* pada pemberi pelayanan kesehatan gigi perorangan primer pada gilirannya juga diharapkan dapat lebih mentertibkan sistem rujukan dalam Sistem Kesehatan Nasional. Selain itu, dokter gigi layanan primer juga diharapkan dapat mengaktifkan penggunaan sumber daya masyarakat yang diperlukan untuk kesehatan gigi. Dokter gigi layanan primer sebagai *gate-keeper* dapat menyelesaikan keluhan masyarakat akan kesehatan gigi yang termasuk dalam batas kompetensi dan kewenangannya sebagai pemberi pelayanan kesehatan perorangan primer. Dengan demikian masyarakat tidak perlu mengorbankan sumber daya yang lebih besar untuk mendapatkan perawatan tingkat spesialis yang sesungguhnya tidak mereka perlukan. Implementasi skema dokter gigi layanan primer di atas kertas menjanjikan berbagai efek positif yang mungkin dapat dicapai, walaupun berbagai kesulitan dan tantangan yang mungkin timbul dari wilayah negara dan jumlah penduduk Indonesia yang begitu besar tidaklah mungkin dapat dihindari. Akan tetapi tantangan tersebut tidaklah tepat dijadikan alasan untuk tidak berbuat apa-apa. Bangsa lain yang telah menemukan sistem yang mapan pun telah melewati proses panjang, untuk itu bangsa Indonesia perlu segera memulai proses sistem JKN dan menempatkan dokter gigi pada strata pelayanan yang sesuai.

KESIMPULAN

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut memerlukan upaya yang berjenjang yang dilaksanakan secara efektif dan efisien, sehingga pola pelayanan kesehatan gigi dan mulut harus diletakkan pada pelayanan primer dalam sistem jaminan kesehatan nasional.

DAFTAR PUSTAKA

1. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 071/Menkes/PER/XI/2013 tentang Pelaksanaan sistem Jaminan Kesehatan.
2. WHO, Regional Office for South-East Asia, 2013, Regional Oral Health Strategy 2013 – 2020
3. Departemen Kesehatan RI, 2008, Riset Kesehatan Dasar 2007, Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI, Jakarta
4. Kementerian Kesehatan RI, 2013, *Riset Kesehatan Dasar 2013*, Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI, Jakarta
5. Harris R, Burnside G, Ashcroft A, Grieveson B, 2009, Job Satisfaction of Dental Practitioners Before and After a Change in Incentives and Governance; a longitudinal Study, *British Dental Journal*;207:E4
6. Biro Pusat Statistik, 2010, Sensus Penduduk 2010, <http://www.bps.go.id>
7. Kandelman, D, Sophie A, Ramon JB, Pierre CB, Petersen PE. Oral Health Care System in Developing and Developed Countries. *Periodontology 2000 Journal*. 2012; 60: 98-109.
8. Johansson V, Axtelius B, Söderfeldt B, Sampogna F, Lannerud M, Sondell K. Financial systems' impact on dental care; a review of fee-for-service and capitation systems. *Community Dental Health*. 2007; 24: 12-20.
9. Hanindriyo, L., 2011, Dokter Gigi Keluarga-Menuju Optimalisasi Pelayanan Kesehatan Gigi di Indonesia, *Opini Kompas*, 10 Agustus 2011, <http://kesehatan.kompasiana.com/medis/2011/08/10/dokter-gigi-keluarga-menuju-optimalisasi-pelayanan-kesehatan-gigi-di-indonesia> (diunduh tanggal 23 April 2014)
10. Aida J, Ando Y, Oosaka M, Niimi K, Morita M. Contributions of social context to inequality in dental caries:a multilevel analysis of Japanese 3-year-old children. *Community Dental Oral Epidemiology Journal*. 2008; 36: 149–56.

11. Tewarit S, Leizel PL. 2012, Which Households Are At Risk Of Catastrophic Health Spending: Experience In Thailand After Universal Coverage. *Health Affairs*. 28(3): (2009):467-78.
12. Somkotra T, Detsomboonrat P. *Is there equity in oral healthcare utilization: experience after achieving Universal Coverage*. *Community Dental Oral Epidemiology Journal*. 2009; 37: 85–96.
13. WHO, Sixtieth world health assembly, WHA60.17, Oral Health : action plan for promotion and integrated disease prevention, 23 may 2007
14. Petersen PE, Kwan S. The 7th Global Conference on Health Promotion-towards Integration of Oral Health. *Community Dental Health Journal*. 2010; 27: 129-36.
15. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 001/ Menkes/PER/X/2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.
16. Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman Paket Dasar Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di Puskesmas*. ISBN: 978-602-235-188-7. *Jakarta*; 2012.
17. KKI (Konsil Kedokteran Indonesia). 2006b. *Standar Kompetensi Profesi Dokter Gigi*. Konsil Kedokteran Indonesia, Jakarta. *Konsil Kedokteran Indonesia*, <http://inamc.or.id>
18. Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 71 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193).