

Dokter Layanan Primer: Upaya Mengejar Keterlambatan Pergerakan Peningkatan Kualitas Layanan Primer di Indonesia

Dhanasari Vidiawati

Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Pendahuluan

Indikator kesehatan di Indonesia sulit bergerak cepat menuju Indonesia sehat. Berbagai indikator yang digunakan untuk menunjukkan derajat kesehatan menduduki posisi yang semakin rendah di ASEAN dan Asia Pasifik. Bukan karena menurun, tetapi karena kenaikannya tidak secepat negara lain. Lima belas tahun yang lalu, konsep *Primary Health Care* (PHC) untuk mewujudkan *Health for all by the year of 2000* tidak berhasil meningkatkan pelayanan kesehatan primer untuk negara berkembang.¹ Negara-negara maju telah berupaya mengembangkan pelayanan kesehatan primer dengan menerapkan anjuran di deklarasi tersebut. Meskipun demikian negara lain masih sulit menghindari tawaran perkembangan pelayanan rumah sakit dengan berbagai alat canggih, dan kewalahan dengan kebutuhan layanan kuratif yang tidak sanggup ditangani. Berdasarkan pengalaman dari banyak negara, WHO menulis laporan pada tahun 2008 yang mendorong negara berkembang untuk melakukan reformasi dalam rangka menguatkan layanan kesehatan primer. Hal itu didasari oleh temuan bukti ilmiah berbagai penelitian kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan primer yang menunjukkan bahwa keadaan kesehatan suatu negara tidak dapat diperbaiki tanpa penguatan pelayanan kesehatan primer. Dokter yang bekerja di pelayanan kesehatan primer diharapkan dapat menyelesaikan 80-90% masalah kesehatan. Oleh karena itu, seperti tertulis dalam buku laporan WHO 2008 yang berjudul *Primary Health Care: Now More Than Ever*, diperlukan 4 reformasi yang harus dilaksanakan semua negara yaitu: reformasi *universal coverage*, penyediaan layanan, kebijakan publik dan kepemimpinan.²

Sistem Jaminan Sosial Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bidang kesehatan telah dimulai pada tahun 2014. Pelaksanaan bidang kesehatan berjalan lambat dan belum mencakup seluruh Indonesia. Titik

beratnya adalah pelayanan kuratif, sedangkan pelayanan promotif dan preventif belum optimal. Pelayanan promotif dan preventif bila dilakukan secara optimal akan mengurangi beban pelayanan kuratif pada masa mendatang.

Pelayanan promotif dan preventif bukan hanya penyuluhan kepada masyarakat, namun dapat berupa edukasi kesehatan sesuai sosial-budaya, identifikasi risiko kesehatan pasien, keluarga, dan masyarakat serta pengembangan inovasi layanan kesehatan dan lintas sektor kesehatan untuk menunjang perubahan gaya hidup. Untuk memberikan pelayanan yang baik, diperlukan kemampuan klinis seperti ilmu epidemiologi dan rehabilitasi dan nonklinis seperti komunikasi efektif, interaksi sosial, empati, kepemimpinan, attitude yang baik, dan kepatuhan terhadap ketentuan yang berlaku. Hal tersebut mendorong berkembangnya cabang ilmu kedokteran keluarga.

Ilmu kedokteran keluarga masuk pada akhir tahun 70-an oleh sekumpulan dokter yang peduli akan pelayanan kedokteran di Indonesia. Pada saat itu pelayanan kedokteran tidak lagi berpihak pada pasien tetapi terhadap ilmu pengetahuan dan sistem pelayanan kesehatan.

Pelayanan kedokteran keluarga mengajarkan untuk menangani pasien dengan pendekatan bio-psiko-sosio-kultural, bukan hanya sesuai keluhan fisik, namun juga mental, rohani, dan kehidupan sekitar yang memengaruhi sakit. Pelayanan holistik tersebut sulit dilakukan pada pelayanan tingkat sekunder yang bersifat spesialisasi. Idealnya, pelayanan dilakukan saat pasien pertama kali bertemu dokter sehingga masalah sebenarnya dapat diidentifikasi dan tatalaksana yang sesuai dengan kondisi pasien dan keluarga dapat dilaksanakan.

Dokter yang bekerja di layanan primer perlu memiliki keterampilan dan pengetahuan yang berbeda dengan dokter yang bekerja di layanan sekunder. Oleh karena itu, pendidikan terstruktur tentang dokter layanan primer (DLP) perlu diselenggarakan.

Kompetensi Dokter Layanan Primer

Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) pada akhir tahun 2012. SKDI menjadi standar kompetensi bagi dokter di Indonesia. Di standar tersebut dinyatakan bahwa dokter yang dihasilkan institusi pendidikan kedokteran adalah dokter yang akan bekerja di layanan primer, bukan di layanan sekunder.

Pendidikan kedokteran dasar dan program internsip mempersiapkan dokter untuk bekerja di layanan primer dan melanjutkan pendidikan, seperti program magister, spesialisasi, dan pendidikan DLP. Program pendidikan DLP adalah program pendidikan terstruktur yang disediakan untuk memenuhi kebutuhan pengetahuan dan keterampilan khusus untuk memberikan pelayanan di tingkat primer.

Kelompok Kerja Percepatan Pengembangan Kebijakan Dokter Layanan Primer yang terdiri atas perwakilan Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan Tinggi dan Riset, KKI, IDI, dan Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia merumuskan rancangan area kompetensi DLP yaitu:³

1. Manajemen Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer

Mampu menghasilkan nilai tambah dalam proses pengelolaan fasilitas pelayanan kesehatan primer melalui penerapan fungsi manajemen dan prinsip kewirausahaan sehingga dapat meningkatkan mutu kesehatan, aksesibilitas, efektivitas dan efisiensi fasilitas pelayanan kesehatan primer.

2. Pengelolaan Kesehatan yang Berpusat pada Individu dan Keluarga

Mampu menganalisis dan meng-evaluasi masalah kesehatan pasien dalam bidang ilmu, teknologi, dan praktik kedokteran keluarga serta merespons dinamika faktor eksternal yang meliputi perspektif pasien dan komunitas, lingkungan, budaya, kebijakan, prioritas masalah kesehatan nasional dan fasilitas pelayanan kesehatan primer, dengan pendekatan praktik primer berbasis bukti serta penerapan prinsip pelayanan holistik, komprehensif, bersinambung, terkoordinasi, berbasis pencegahan, sadar mutu dan sadar biaya.

3. Pengelolaan Kesehatan yang Berorientasi pada Komunitas dan Masyarakat

Mampu mengidentifikasi masyarakat yang memiliki risiko, dengan melakukan analisis terhadap determinan sosial kesehatan dan diagnosis komunitas untuk meningkatkan kesehatan melalui pencegahan, dan pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan kesehatan di pelayanan primer.

4. Keterampilan Klinis

Mampu mengelola masalah kesehatan berdasarkan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini untuk melakukan penapisan berbagai masalah kesehatan mulai dari tahap asimtomatik sampai tahap rehabilitasi (*continuum of disease*), melalui keterampilan klinis terlatih dalam kewenangan di pelayanan primer.

5. Etika, Hukum dan Profesionalisme di Pelayanan Primer

Mampu menyelaraskan individu, keluarga, komunitas dan masyarakat, dalam mengelola masalah kesehatan dan fasilitas kesehatan primer sesuai standar etika dan profesi, meliputi akuntabilitas, orientasi pelayanan, komitmen pada pengembangan profesionalisme dan pembelajaran sepanjang hayat dengan cara membangun karakter profesional, dan kompetensi individu.

6. Kepemimpinan

Mampu membangun mental pemimpin agar dapat berperan sebagai pemimpin, koordinator, manajer pelayanan dan fasilitas pelayanan kesehatan primer. Selain itu, mampu membangun iklim dan budaya organisasi untuk beradaptasi dan mentransformasi semua elemen organisasi dengan mengembangkan kepemimpinan dalam mengelola masalah kesehatan melalui kepemimpinan yang efektif.

7. Komunikasi Holistik, Komprehensif dan Kecakapan Budaya

Mampu berkomunikasi secara verbal dan nonverbal dengan pasien, keluarga, masyarakat, sejawat, profesi lain, dan pemangku kepentingan sebagai pemberi layanan kesehatan, pendidik, peneliti, pemimpin, koordinator, dan manajer fasilitas

pelayanan kesehatan primer. Kemampuan itu diperlukan untuk mengelola masalah kesehatan, advokasi, negosiasi (mediasi), dan mobilisasi individu, keluarga, masyarakat, dan media massa agar berhasil membangun kemitraan berkesinambungan dengan individu, keluarga, masyarakat, sejawat, dan profesi lain menggunakan latar belakang sosial budaya pasien dan lingkungan sebagai sumber daya yang bermanfaat.

Pendidikan Dokter Layanan Primer

Menurut Undang-Undang no. 20 tahun 2013 mengenai Pendidikan Kedokteran, institusi yang boleh menyelenggarakan pendidikan DLP adalah institusi pendidikan dokter berakreditasi A. Hal tersebut berarti institusi pendidikan swasta dapat menyelenggarakan pendidikan profesi pascasarjana.

Bila institusi pendidikan memiliki akreditasi A berarti institusi tersebut telah siap dalam sumber daya dan organisasi untuk menyelenggarakan program pendidikan DLP. Dengan pertimbangan bahwa dokter yang bekerja di layanan primer saat ini memiliki hak yang sama dengan DLP yang harus menempuh pendidikan profesi lanjutan, maka metode pembelajaran untuk profesi DLP harus efektif. Metode pembelajaran yang efektif namun tetap menjaga kualitas pendidikan adalah:

1. Pembelajaran jarak jauh (*long distance learning, e-learning education*)
2. Pembelajaran berbasis tempat kerja (*work place based learning*)
3. Pembelajaran pilihan dengan pengumpulan angka kredit (*credit earning*)
4. Pembelajaran yang mengenali dan mengakreditasi pelatihan yang telah diperoleh sebelumnya (*recognized prior learning*)

Dokter yang mengikuti program pendidikan pascasarjana profesi DLP akan memperoleh fasilitas sebagaimana peserta program pascasarjana lainnya dan akan memperoleh ijazah serta gelar sebagaimana lulusan program pascasarjana profesi lainnya.

Sesuai Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) untuk program profesi pascasarjana kedokteran, program pendidikan DLP merupakan program pendidikan untuk mencapai KKNI 8 dan menempuh 72 SKS dalam waktu minimum 2,5 tahun. Pada akhir tahun 2014, sebanyak 16 fakultas kedokteran (FK) berakreditasi A siap mengembangkan program studi DLP. Lokakarya

dan pelatihan untuk pengajar telah dilaksanakan pada akhir tahun 2014 dan akan dimantapkan pada tahun 2015. Pertemuan regional antar FK dilaksanakan untuk menyiapkan wahana pendidikan primer dan perseptor pendidikan primer.

Masa Transisi

Peningkatan kualitas layanan primer akan memperbaiki angka indikator kesehatan di Indonesia. Oleh karena itu pemerintah berharap dokter yang bekerja di layanan primer adalah dokter dengan pendidikan khusus layanan primer. Dokter tersebut adalah dokter yang ingin berkarier di layanan primer bukan karena paksaan atau batu loncatan untuk menjadi dokter spesialis. Meskipun demikian pendidikan terstruktur tentu membutuhkan waktu sehingga ditetapkan masa transisi 20 tahun sampai jumlah DLP mencukupi kebutuhan di layanan primer. Masa transisi dimulai pada tahun 2015. Pada masa transisi, pembelajaran diselenggarakan dalam bentuk moduler. Dibutuhkan kecermatan pada masa transisi untuk memisahkan modul matrikulasi (pencapaian kompetensi dokter sesuai SKDI 2012), modul pemeliharaan kualitas profesi dokter dan modul peningkatan kompetensi dokter menjadi DLP.

Penutup

Pendidikan DLP adalah pendidikan yang berpihak kepada masyarakat dan dokter karena menghargai peningkatan kompetensi dengan pemberian gelar sebagai rekognisi. Pendidikan dilakukan terstruktur di perguruan tinggi dengan metode pembelajaran fleksibel sehingga dokter yang bekerja dengan jarak relatif jauh dapat mengikuti pendidikan. Pendidikan DLP diharapkan dapat meningkatkan angka indikator kesehatan melalui peningkatan kualitas dokter di layanan primer.

Daftar Pustaka

1. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Diunduh dari: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
2. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care – now more than ever. Switzerland: WHO; 2008. Diunduh dari: <http://www.who.int/whr/2008/>
3. Kelompok Kerja Percepatan Pengembangan Kebijakan Dokter Layanan Primer. Naskah akademik DLP. Jakarta: Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pendidikan Tinggi, Riset dan Teknologi; 2014.