

EDITORIAL

**Ilmu dan Teknologi di Pelayanan Kesehatan Primer:
dari Penyakit Tropik Terabaikan Sampai *Personalized Medicine***

Akmal Taher

Departemen Ilmu Bedah FK Universitas Indonesia- RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo

Korespondensi: aketaher@gmail.com

Diterima 6 Maret 2017

DOI: 10.23886/ejki.5.7447.1-5

Pendahuluan

Kesehatan merupakan prasyarat, indikator, dan tujuan pembangunan yang berkelanjutan. Untuk mencapai pelayanan kesehatan yang merata, telah diselenggarakan dan disepakati konsensus global, seperti Deklarasi Alma Ata pada tahun 1978, *millenium development goals (MDGs)* pada tahun 2000 dan *sustainable development goals (SDGs)* pada tahun 2015 yang bertujuan untuk pemenuhan hak hidup sehat bagi semua orang. Walaupun MDGs telah selesai pada tahun 2015, Indonesia masih memiliki banyak masalah yang belum terselesaikan, seperti angka kematian ibu dan anak, penyakit menular, penyakit tropis terabaikan, serta akses terhadap layanan kesehatan reproduksi dan seksual. Selain itu, Indonesia juga harus menghadapi agenda baru dari SDGs, yaitu mortalitas akibat penyakit tidak menular dan penyakit yang disebabkan oleh rokok, efek buruk konsumsi obat dan alkohol, kematian akibat kecelakaan lalu lintas, *universal health coverage*, polusi udara, tanah dan air, serta regulasi kesehatan internasional.

Pelayanan Kesehatan Primer

Dalam mencapai kesehatan untuk semua (*health for all*), dibutuhkan sistem kesehatan yang bukan hanya mampu menyelesaikan masalah pada saat ini tetapi juga dapat menjawab tantangan masa depan dan harapan masyarakat yang terus meningkat. Sehubungan dengan hal tersebut, berdasarkan bukti dari banyak negara, pada tahun 2008 World Health Organization (WHO) mengemukakan pentingnya melakukan empat reformasi dalam sistem pelayanan.

Reformasi kesehatan pertama yang harus dilakukan adalah berjalannya *universal health coverage*¹ agar terjadi proteksi sosial dan finansial

untuk orang sakit sehingga tidak jatuh miskin atau semakin miskin. Reformasi tersebut telah dijalankan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai penyelenggara.

Reformasi kedua adalah perubahan kebijakan publik.¹ Hal tersebut menjadi mendesak karena tindakan pencegahan penyakit bukan semata-mata ditentukan oleh institusi kesehatan, melainkan oleh lembaga di luar institusi kesehatan, seperti pengadaan air bersih, rumah yang layak, pendidikan berlalu lintas, pembatasan konsumsi garam, lemak, dan gula, serta perilaku merokok. Terkait dengan reformasi kedua, pemerintah telah mencanangkan dan akan segera meluncurkan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat. Gerakan tersebut merupakan usaha menggerakkan seluruh lembaga kementerian untuk terlibat dalam pencegahan penyakit atau paling tidak menjadikan dampak kesehatan sebagai pertimbangan dalam membuat kebijakan publik. Bersamaan dengan hal tersebut, dilakukan promosi kesehatan yang masif agar masyarakat mampu berperilaku bersih dan sehat.

Reformasi ketiga adalah di bidang kepemimpinan dan tata kelola.¹ Kesenjangan antara kebijakan yang diarahkan oleh pemerintah pusat dan pelaksana di daerah pada era desentralisasi/ otonomi daerah menjadi mutlak; di lain pihak partisipasi masyarakat tetap menjadi penentu yang penting. Undang-Undang Pemerintah Daerah Nomor 23 tahun 2014 sangat membantu karena memberikan kejelasan mengenai peran dan fungsi pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Selain itu, adanya Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan yang menjadi tolok ukur kinerja bupati/walikota mampu memiliki daya tekan agar pemerintah daerah membuat program yang selaras dengan perencanaan nasional.

Reformasi keempat adalah dalam layanan kesehatan yang dikenal sebagai layanan primer agar tanggap terhadap kebutuhan dan harapan masyarakat, serta berhasil baik.¹ Layanan tersebut mutlak diperlukan agar tindakan pencegahan, pengobatan penyakit dan sebagian besar masalah kesehatan masyarakat dapat dituntaskan di strata layanan primer. Tantangan yang dihadapi oleh strata layanan primer akan semakin kompleks karena belum selesainya masalah kesehatan reproduksi,

gizi, dan penyakit menular seperti AIDS, TBC dan malaria. Selain itu diperberat dengan semakin tingginya prevalensi penyakit tidak menular dan proporsi pasien berusia lanjut. Lebih jauh lagi, negara dengan sumber daya terbatas seringkali menginterpretasikan layanan primer secara sangat sederhana seperti yang banyak dialami dan dipikirkan kita selama ini. Interpretasi sederhana tersebut dapat dilihat di Tabel 1.

Tabel 1. Deskripsi Layanan Primer pada Situasi dengan Sumber Daya yang Baik dan pada Situasi Sumber Daya yang Terbatas¹

Situasi dengan Sumber Daya yang Baik	Situasi dengan Sumber Daya Terbatas
1. Menangani berbagai masalah kesehatan	1. Hanya menyelesaikan beberapa penyakit yang dianggap prioritas
2. Koordinator mengarahkan pasien ke sistem layanan kesehatan	2. Disederhanakan menjadi pos kesehatan yang berdiri sendiri atau pekerja kesehatan masyarakat yang terisolasi
3. Memfasilitasi hubungan klinisi dan pasien. Pasien dapat berpartisipasi aktif dalam menentukan keputusan dan membangun jembatan perawatan kesehatan individu dengan keluarga pasien dan komunitas.	3. Terbatas pada hubungan yang bersifat satu arah untuk intervensi kesehatan yang prioritas
4. Membuka kesempatan untuk pencegahan penyakit dan promosi kesehatan, serta deteksi dini penyakit.	4. Hanya mengobati penyakit yang umum
5. Memerlukan tim yang terdiri atas berbagai profesi kesehatan dengan kemampuan biomedis spesifik dan mutakhir, serta kemampuan sosial yang baik.	5. Dianggap sebagai tenaga kesehatan dengan teknologi kuno dan tidak profesional dalam mengobati masyarakat miskin yang tidak mampu untuk membayar lebih.
6. Membutuhkan sumber daya dan investasi mumpuni; memberikan nilai jauh lebih baik dibandingkan pilihan lain.	6. Dibiayai dengan pembayaran <i>out-of-pocket</i> atas asumsi yang salah bahwa pelayanan murah dan masyarakat miskin mampu mendapatkannya.

Untuk menciptakan layanan primer yang baik dibutuhkan kebijakan politik dan anggaran diikuti dengan implementasi yang konsisten. Pengalaman di banyak negara menunjukkan penguatan layanan primer membutuhkan waktu cukup lama karena menuntut perubahan cara pikir dan cara pandang dari semua pihak, baik pemerintah pusat/daerah, profesi dokter dan kesehatan lain serta masyarakat sebagai pemangku kepentingan yang paling penting.

Layanan primer diberikan oleh tim yang terdiri atas berbagai tenaga kesehatan. Tidak dapat dipungkiri bahwa peran kompetensi tenaga kesehatan merupakan salah satu penentu keberhasilan di layanan primer termasuk kompetensi dokter. WHO melaporkan banyaknya studi yang menunjukkan bahwa keberhasilan layanan primer tidak lepas dari pendayagunaan dokter dengan pendidikan formal tambahan (*post-graduate education*) seperti dokter keluarga atau *general practitioner*.¹ Di Indonesia, hal tersebut dipermudah dengan Dokter Layanan Primer (DLP)

yang mempunyai kompetensi pokok kedokteran keluarga ditunjang dengan ilmu kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat. Profesi tersebut memiliki level Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) yang sama dengan dokter spesialis.

Banyak bukti memperlihatkan kontribusi positif dari layanan primer yang kuat terhadap indikator kesehatan suatu negara. Pada salah satu studi yang bertujuan untuk menilai kontribusi layanan kesehatan primer terhadap parameter kesehatan 18 negara yang tergabung dalam *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) memperlihatkan bahwa kuatnya sistem layanan primer sebuah negara berbanding terbalik dengan mortalitas secara keseluruhan (*all-cause mortality*), mortalitas dini secara keseluruhan (*all-cause premature mortality*), mortalitas dini akibat asma dan bronkitis, emfisema dan pneumonia, serta penyakit jantung. Hubungan yang berbanding terbalik tersebut signifikan, walaupun faktor-faktor determinan terhadap kesehatan suatu populasi

telah dikontrol pada level makro (produk domestik bruto per kapita, jumlah dokter perseribu populasi, persentase penduduk usia lanjut) dan level mikro (rerata jumlah kunjungan rawat jalan, pendapatan per kapita, serta konsumsi alkohol dan merokok).² Bukti-bukti tersebut tidak hanya diperlihatkan di negara maju, namun juga di negara berpendapatan rendah dan menengah.

Telaah sistematis implementasi inisiasi layanan primer di negara berpendapatan rendah dan menengah dalam 30 tahun terakhir dan 16 program nasional layanan primer, menunjukkan bahwa inisiasi layanan primer di negara tersebut telah meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan, termasuk masyarakat miskin dengan biaya cukup rendah. Selain itu program layanan primer mampu menurunkan angka mortalitas pada anak dan memperkuat sistem kesehatan secara efektif.³ Berdasarkan uraian di atas, sangat jelas bahwa layanan primer berperan penting dalam memberikan layanan bermutu dan merata bagi masyarakat luas.

Selanjutnya, perlu diamati bagaimana peran layanan primer di bidang pengembangan ilmu kedokteran dan inovasi. Walaupun jumlahnya lebih sedikit dibandingkan penelitian bidang kedokteran sekunder atau spesialisik, penelitian dari perguruan tinggi mempunyai mutu yang cukup baik. Keberadaan departemen atau bagian layanan primer di rumah sakit (bukan hanya di fakultas kedokteran) dapat menjadi langkah awal untuk meningkatkan penelitian di layanan primer sehingga kolaborasi serta *resource sharing* dengan para spesialis menjadi lebih mudah. Hal tersebut sudah dimungkinkan dengan adanya Peraturan Pemerintah yang memungkinkan layanan primer dilaksanakan oleh rumah sakit pendidikan utama.

Perkembangan Ilmu Kedokteran Mutakhir dan Layanan Primer

Sejak tahap awal proyek genom manusia, kemajuan dalam sekuensing telah mengarahkan kepada revolusi genom. Pernah dianggap sebagai hambatan utama dalam mengembangkan teknologi sekuensing di luar lingkup riset, kemajuan dalam daya komputasi, penyimpanan *database* dan penurunan biaya sekuensing keseluruhan genom dan *exome* telah membuat pengobatan berbasis

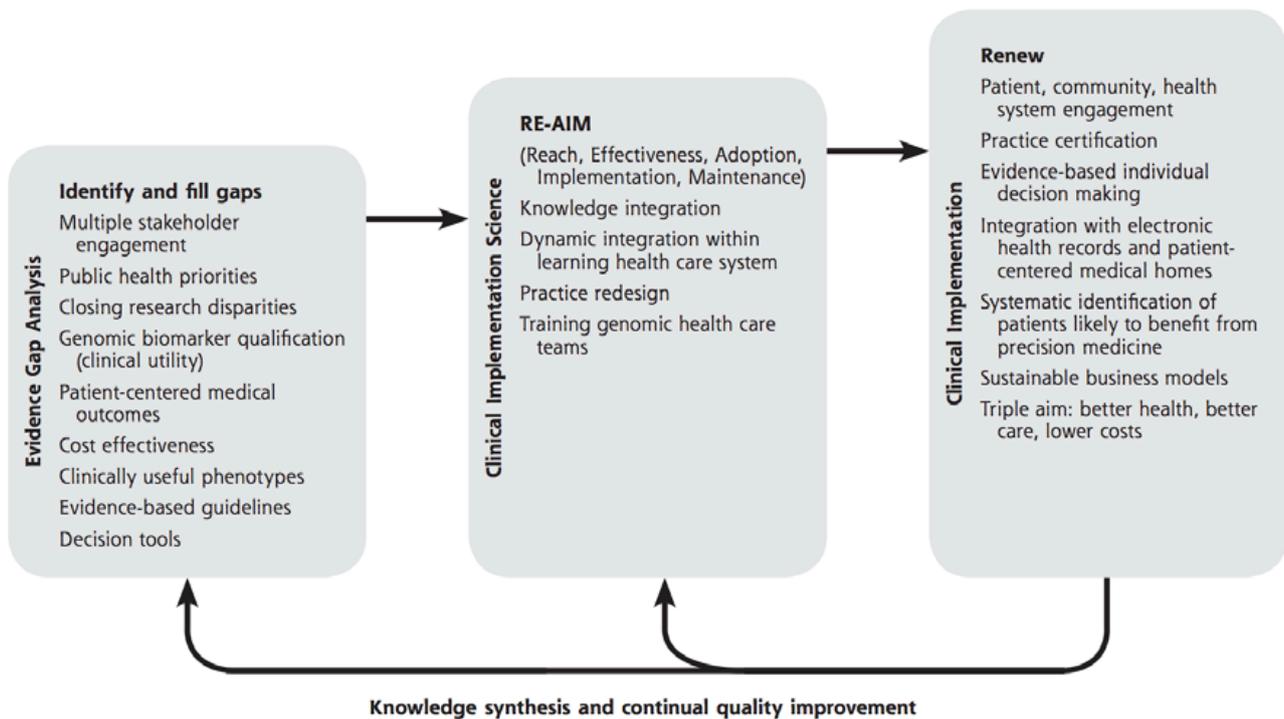
genom menjadi kenyataan secara klinis dalam hitungan tahun.⁴

David et al⁵ memaparkan pemikiran yang menarik tentang *genomic medicine* dan layanan primer. Secara filosofis *genomic medicine* berakar di layanan primer, yang sangat mendukung pentingnya arti hubungan jangka panjang dan pengetahuan yang menyeluruh tentang pasien. Selain itu *personal medicine* akan berdampak paling besar apabila diintegrasikan dengan layanan primer yang merupakan pelayanan terbanyak. Di Indonesia 80% pelayanan dalam sistem jaminan sosial terdapat di layanan primer.

Karakteristik layanan primer (fokus pada pasien, komprehensif, dan koordinasi) merupakan gambaran kompleksnya tantangan dalam praktik *personal medicine*. *Personal medicine* mencakup rangkaian aplikasi yang luas, dari pemeriksaan pre- dan neonatal hingga pemeriksaan *germ line*, diagnosis tumor, farmakogenomik, serta pedoman interpretasi hasil yang mencakup riwayat keluarga dan kolaborasi dengan subspecialis.

Setiap usaha untuk merancang ulang layanan primer yang komprehensif seharusnya mencakup strategi mengintegrasikan *personal medicine* dengan layanan primer dalam lingkup pendidikan atau bukan. Selain itu, diperlukan keterlibatan para ahli *personal medicine* untuk mengembangkan strategi implementasi klinik. Pada Gambar 1 dapat dilihat contoh *roadmap* implementasi *personal medicine* di layanan primer.

Implementasi *personal medicine* juga masuk ke dunia klinis. Bottinger et al⁶ melakukan penelitian mengenai *genomic medicine* untuk mengarahkan layanan kesehatan pasien hipertensi ras Afrika-Amerika melalui informasi genomik. Selain itu, *University of Oxford* melalui *Nuffield Department of Primary Care Health Science* menggunakan *big data* untuk merumuskan pandangan baru dalam layanan primer seperti melalui *open prescribing project*. Dengan cara tersebut data mentah dari *National Health Service* (NHS) mengenai obat yang diresepkan dokter praktik umum diubah menjadi data yang mudah dibaca sehingga dapat membantu pasien atau pembuat keputusan layanan kesehatan untuk memberikan peresepan yang lebih efisien.⁷



Note: This roadmap depicts a planned process that begins and returns to gap analyses of the genomic medicine evidence base driven by clinical and public health priorities and the needs and values of health care professionals, patients, and multiple stakeholders. Generation of high-priority evidence with clinical utility is a prerequisite for clinical implementation (box 1). The systematic planning and evaluation of diffusion of genomic innovations can be accomplished using methods of clinical implementation science (box 2). Anticipating full clinical implementation enables planning and the development of systems to support continual quality improvement (box 3) and drive new knowledge acquisition to fill emerging evidence gaps and diffuse future innovations (return arrows).

Gambar 1. Skema Roadmap Implementasi Klinis Genomic Medicine di Layanan Primer menurut David et al.⁵

Penutup

Layanan primer dapat berperan dalam penelitian kedokteran mutakhir, bahkan dapat dikaitkan dengan data klinis, keluarga dan lingkungan dalam jumlah besar, sehingga dalam jangka panjang peran dokter yang bekerja di layanan primer menjadi sangat strategis. Hal tersebut menunjukkan bahwa dokter layanan primer memiliki banyak kontribusi dalam pengembangan ilmu kedokteran dasar. Besarnya kontribusi tersebut sangat bergantung pada motivasi dan keinginan para dokter untuk terlibat; dapat hanya berpartisipasi mengumpulkan data atau terlibat sejak awal perencanaan penelitian sampai berakhirnya penelitian.

Pemerintah harus membuka kesempatan seluas-luasnya bagi para dokter yang berminat, agar layanan primer menjadi lahan yang lebih menarik serta sejajar dengan layanan sekunder dan tersier, sudah tentu dengan memberikan fasilitas yang diperlukan dan penghargaan yang pantas untuk mereka. Hal tersebut dapat dimulai dari wahana layanan primer yang tergabung dalam *Academic Health System* (AHS) yang membentuk

kesatuan sistem dari layanan primer sampai tersier yang berafiliasi pada satu universitas. Lalu lintas data pada satu AHS dapat diatur sedemikian rupa sehingga dapat menjadi awal tersedianya *big data* yang selanjutnya dapat dianalisis untuk berbagai keperluan penelitian. Sejak tahun 2014, payung hukum yaitu Peraturan Menteri sudah tersedia bagi AHS. Kata kuncinya terletak pada motivasi, kolaborasi dan konsistensi.

Akhirnya, diharapkan pemerintah dapat mengakomodasi kebutuhan pengembangan layanan primer sehingga pada masa mendatang layanan primer tidak lagi menjadi tempat bekerja tenaga kesehatan yang terpaksa atau sementara.

Daftar Pustaka

1. Gauld R, Blank R, Burgers J, Cohen AB, Dobrow MK, Ikegami NKI, et al. The world health report 2008 - primary healthcare: how wide is the gap between its agenda and implementation in 12 high-income health systems? *Health Policy*. 2012;7(3):38–58.
2. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003;38(3):831–65.

3. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low-and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med.* 2010;70(6):904–11.
4. Rahimzadeh V, Bartlett G. Genetics and primary care: where are we headed? *J Transl Med.* 2014;12(1):238.
5. David SP, Johnson SG, Berger AC, Feero WG, Terry SF, Green LA, et al. Making personalized health care even more personalized: insights from activities of the IOM genomics roundtable. *Ann Fam Med.* 2015;13(4):373–80.
6. Bottinger EP, Horowitz CR. Genomic medicine pilot for hypertension and kidney disease in primary care [Internet]. [dikutip 1 maret 2017]. Diunduh dari: <http://grantome.com/grant/NIH/U01-HG007278-01>
7. Science ND of PCH. Big data [Internet]. [dikutip 1 maret 2017]. Diunduh dari: <https://www.phc.ox.ac.uk/research/big-data>