

**PELAYANAN DOKTER BERBASIS DOKTER KELUARGA
DI INDONESIA**



Dr. dr. Fachmi Idris, M.Kes

Dosen FK UNSRI

BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT –
KEDOKTERAN KOMUNITAS (IKM/IKK)
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS SRIWIJAYA, PALEMBANG

2006

Daftar Isi

1. Pendahuluan
2. Pelayanan Dokter Berbasis Dokter Keluarga
3. SJSN: Instrumen Pelayanan Dokter Keluarga
4. Penutup

Pelayanan Dokter Berbasis Dokter Keluarga di Indonesia

Oleh: Dr. dr. Fachmi Idris M.Kes¹

Pendahuluan

Pelayanan dokter dalam skim pelayanan kesehatan (sebagaimana banyak ditulis dalam referensi tentang Administrasi Kesehatan) adalah salah satu jenis *medical service* yang berbentuk pelayanan individu, atau untuk saat ini dikenal sebagai Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). UKP sendiri, terdiri dari berbagai strata, yaitu primer, skunder dan tersier. UKP strata primer seringkali disebut dengan pelayanan atau praktik kedokteran dasar atau di beberapa Negara dikembangkan sebagai praktik kedokteran keluarga.

Dalam SKN disebutkan bahwa, UKP strata pertama adalah UKP tingkat dasar, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar yang ditujukan pada perorangan. Penyelenggaranya bisa pemerintah, masyarakat atau sektor swasta yang diwujudkan dalam bentuk pelayanan profesional seperti praktik bidan, praktik perawat, praktik dokter, praktik dokter gigi, poliklinik, balai pengobatan, praktik dokter/klinik 24 jam, praktik bersama dan rumah bersalin termasuk pelayanan pengobatan tradisional dan alternatif yang secara ilmiah terbukti keamanan dan khasiatnya, serta pelayanan kebugaran fisik dan kosmetika.

UKP strata pertama oleh pemerintah juga diselenggarakan oleh Puskesmas. Dengan demikian Puskesmas memiliki dua fungsi pelayanan yaitu pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perorangan. Untuk masa yang akan datang, bila sistem jaminan kesehatan telah berkembang, pemerintah tidak lagi menyelenggarakan UKP strata pertama melalui Puskesmas. Penyelenggaraan UKP strata pertama akan diserahkan pada masyarakat dan swasta dengan menerapkan konsep dokter keluarga, kecuali daerah yang sangat terpencil masih dipadukan dengan pelayanan Puskesmas. Inilah yang kemudian menjadi landasan bagi pengembangan dokter berbasis dokter keluarga di Indonesia.

¹ Ketua Terpilih-Waketum PB IDI/Dosen FK UNSRI

Upaya kesehatan perorangan (UKP) strata kedua adalah upaya kesehatan tingkat lanjutan yang menggunakan ilmu pengetahuan dan teknologi spesialisasi yang ditujukan kepada perorangan. Penyelenggaranya adalah pemerintah, masyarakat dan swasta dalam bentuk praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, klinik spesialis, balai pengobatan penyakit paru, balai kesehatan mata masyarakat, balai kesehatan jiwa masyarakat, RS kelas B dan C nonpendidikan milik pemerintah dan swasta. Sarana ini berfungsi sebagai pelayanan langsung maupun sebagai sarana rujukan dari UKP strata pertama.

Pelayanan Dokter Berbasis Dokter Keluarga

Masalah mendasar dalam mencapai pelayanan kesehatan yang optimal adalah adanya kesenjangan antara *das sollen* (cita-cita ideal akan pelayanan yang baik) dengan *das sein* (kondisi nyata yang ada di lapangan). Cita-cita model pelayanan kesehatan ideal seringkali terbentur pada kenyataan bahwa perspektif pembuat kebijakan, profesional kesehatan, institusi akademis, manajer kesehatan masyarakat dan komunitas, seringkali berbenturan karena perbedaan sisi pandang (yang kadangkala politis sifatnya).

Seperti yang sudah banyak ditulis bahwa masalah yang sedang dihadapi saat ini adalah: 1) terbatasnya dana; 2) biaya kesehatan naik dengan cepat sejalan dengan banyaknya penyakit yang tidak dapat ditanggulangi; 3) adanya kesenjangan antara kebutuhan dan keinginan; dan 4) pelayanan jasa yang tidak efisien. Banyak upaya yang sudah dikerjakan untuk mengatasi masalah tersebut. Deklarasi Alma Alta 1978 sebagai contohnya dengan visi *Primary Health Care for All*. WHO Eropa, 1998 dengan visi *Improving Health System: The Role of Family Medicine*. Atau yang terakhir, dan menjadi rujukan sampai saat ini adalah kolaborasi antara WHO dan WONCA yang menghasilkan *Vision of Family Medicine*.

Kurangnya pelayanan kesehatan yang komprehensif yang kemudian menciptakan kerjasama WHO dan WONCA menuju kesatuan di bidang kesehatan dalam proyek WHO – WONCA TUFH (*Towards Unity For Health*) di seluruh dunia. Dalam proyek ini, dokter pelayanan primer/dokter umum bekerja dengan visi yang sama dalam jasa pelayanan kesehatan. Dalam WHO-WONCA *Working Paper*, “Membuat Praktek dan Pendidikan Medis Relevan dengan

Kebutuhan Manusia: Kontribusi Kedokteran Keluarga”, hasil dari konferensi di Ontario, Kanada tahun 1994 dan juga WHO Eropa tahun 1998 dalam “Kerangka Perkembangan Dokter Keluarga/Dokter Umum”. Semangat WHO-WONCA Working paper ini, menjadi ilham berbagai negara untuk mulai mengembngkan praktik dokter berbasis dokter keluarga di Indonesia jauh sebelum SKN dan SJSN diterbitkan.

SJSN: Instrumen Pelayanan Dokter Keluarga

SJSN pada dasarnya mengatur sistem pelayanan kedokteran berbasis kendali biaya. Kendali biaya yang paling ideal namun tetap menjaga mutu adalah dengan *prospective payment system* (PPS). Praktik PPS ini dalam pelayanan tingkat pertama—banyak dipergunakan serta memberikan manfaat yang lebih baik—adalah sistem kapitasi. Namun dalam praktiknya harus ada pihak ketiga dalam hal ini lembaga asuransi yang bersifat nirlaba. Lembaga ini akan berjalan baik apabila sistem ini diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip nasional ini penting karena akan menghimpun dana kesehatan yang cukup besar dalam rangka pemenuhan hukum “the law of large number”.

Dengan terhimpunannya dana yang cukup maka manfaat UKP akan mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Dokter keluarga dapat menjalankan upaya promotif dan preventif dengan insentif yang jelas. Tentu saja untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan, peserta dikenakan urun biaya.

Penutup

Wacana tentang Pelayanan Dokter Berbasis Dokter Keluarga di Indonesia bukanlah barang baru. Wacana ini semakin bergulir sejak WHO dan WONCA mengintroduksi “Kerangka Perkembangan Dokter Keluarga/Dokter Umum” (hasil dari konferensi di Ontario, Kanada tahun 1994). Dari sisi keilmuan dan idealisme pelayananan, pelayanan dokter keluarga akan sangat bermanfaat untuk menyehatkan masyarakat. Hal ini dikarenakan konsep dokter keluarga bekerja jauh ke hulu, yaitu menjaga masyarakat sehat agar tetap sehat dan tidak jatuh sakit. Kalaupun

masyarakat sakit, *early diagnosis* berjalan baik, dan angka pelayanan kedokteran di strata kedua dan ketiga dapat dikurangi.

Model pelayanan ini semakin mendapat tempat di Indonesia dengan semakin jelasnya arah pengembangannya melalui SKN dan SJSN. Kemudian dalam praktiknya di dunia pendidikan juga terjadi perubahan besar dengan pendekatan Kurikulum Berbasis Kompetensi yang tujuan akhir pendidikan kedokteran jelas disebutkan menghasilkan dokter layanan primer dengan pendekatan dokter keluarga. Tantangan akhirnya tinggal pada keseriusan pemerintah untuk mengembangkan konsep ini yang jelas-jelas di banyak Negara telah memberikan manfaat yang nyata dalam meningkatkan dan menjada derajat kesehatan satu bangsa.

Daftar Bacaan:

1. Departemen Kesehatan RI. Sistem Kesehatan Nasional 2004. Jakarta, 2004.
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
3. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
4. WHO-WONCA working paper. *Making medical practice and education relevant to people's needs: the contribution of family doctor*. November 1994; Ontario, Canada
5. Gooch Lee Gan, et. all, *a Primer on Family Medicine Practice*, Singapore International Foundation, 2004