



**TANYA JAWAB TERSERING**  
**(Frequently Ask Questions)**  
**DOKTER SPESIALIS LAYANAN PRIMER**



Perhimpunan Dokter Spesialis Layanan Primer Indonesia  
Kolegium Ilmu Kedokteran Layanan Primer Indonesia  
Oktober 2015

## KATA PENGANTAR

Perhimpunan Dokter Spesialis Layanan Primer Indonesia (PDLPI) berdiri pada tanggal 27 Agustus 2015 di Jakarta. Dengan sejumlah deklarator yang berasal dari berbagai propinsi di Indonesia, disepakati bahwa perwujudan Dokter Spesialis Layanan Primer merupakan kebutuhan masyarakat Indonesia yang tidak dapat ditunda lagi keberadaannya.

Oleh karena itu dengan difasilitasi dan dibidani oleh Kelompok Kerja Nasional Percepatan Pendidikan Dokter Layanan Primer Indonesia yang dibentuk atas Surat Keputusan Bersama Menteri Kesehatan R.I. dan Menteri Riset dan Pendidikan Tinggi R.I., maka PDLPI dideklarasikan dan menyelenggarakan Konas pertamanya untuk mensahkan Pengurus dan Kolegiumnya yang pertama kali sesuai dengan Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga yang tercantum pada Akte Notaris pendirian PDLPI.

Tidak dapat dipungkiri dinamika pro dan kontra seputar pendirian PDLPI berlangsung terutama pada kalangan dokter, oleh karena itu Buku ini disusun untuk menjawab pertanyaan tersering yang diajukan kepada kami.

Semoga dengan terjawabnya pertanyaan-pertanyaan, maka PDLPI dapat diterima oleh seluruh dokter yang mendambakan Indonesia Sehat.

Wassalam,

Ketua Umum PDLPI

## APAKAH DOKTER SPESIALIS LAYANAN PRIMER (Dr.Sp.LP)?

*“Dokter Layanan Primer adalah dokter spesialis di bidang generalis, yang secara konsisten menerapkan prinsip-prinsip Ilmu Kedokteran Keluarga, ditunjang dengan Ilmu Kedokteran Komunitas dan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan mampu memimpin maupun menyelenggarakan pelayanan kesehatan primer.”*

(Naskah Akademik Dokter Spesialis Layanan Primer – Kelompok Kerja Percepatan Pengembangan Kebijakan Dokter Layanan Primer Surat Keputusan Bersama Menteri Pendidikan & Kebudayaan RI dan Menteri Kesehatan RI no.1/X/SKB/2014, no.HK.02.05/MENKES/418/2014)

Rujukan:

- *World Family Doctors / General Practitioners Association (WONCA)*
- *Kerangka Kualifikasi Nasional 8 (sama dengan KKNi dokter spesialis): Penjenjangan kualifikasi kompetensi*
- *World Federation of Medical Education (WFME):*
  - *Pendidikan Spesialis Layanan Primer termasuk dalam Post Graduate Medical Education (PGME), sedangkan Pendidikan Dokter termasuk dalam Basic Medical Education (BME)*

## APAKAH ARTI SPESIALIS DI BIDANG GENERALIS?

*Dokter yang menempuh pendidikan lanjutan dengan kualifikasi sama dengan dokter spesialis untuk menangani masalah kesehatan pada individu, keluarga dan masyarakat, dengan tidak memandang usia, jenis kelamin, keluhan dan penyakit*

## **MENGAPA HARUS ADA DOKTER SPESIALIS LAYANAN PRIMER?**

- Ilmu kedokteran di dunia berkembang pesat termasuk ilmu kedokteran di layanan primer, sehingga agar dokter di layanan primer dapat memberikan pelayanan yang sesuai dengan perkembangan ilmu yang dapat memuaskan masyarakat diperlukan tambahan pendidikan

## **MENGAPA BUKAN DIBERIKAN SAJA DI KURIKULUM PENDIDIKAN DOKTER?**

Karena sebagai suatu disiplin ilmu tersendiri, kedokteran layanan primer membutuhkan tambahan pendidikan yang bisa mencapai 3-4 tahun (di luar negeri), sehingga tidak mungkin ditambahkan pada pendidikan dokter yang juga harus mencetak dokter yang siap mengikuti pendidikan spesialis lain.

Tidak adil pendidikan dokter yang memaksa seluruh pesertanya menjadi spesialis di layanan primer terlebih dahulu, padahal yang bersangkutan bercita-cita untuk menjadi spesialis di cabang ilmu lainnya.

## **APAKAH DASAR HUKUM Sp.LP?**

- 1) Undang-undang dasar 1945 pasal 28: “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”
- 2) Undang-undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. “Pasal 5 ayat 2: Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau”
- 3) Undang-undang Republik Indonesia nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- 4) Undang-undang Republik Indonesia nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).
- 5) Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.
- 6) Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan nomor 1 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan
- 7) Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
- 8) Peraturan BPJS, No.1, 2014, tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (penapisan kasus di layanan primer ke layanan sekunder)
- 9) Undang-undang Republik Indonesia nomor 20 tahun 2013, Pasal 7 dan 8 tentang Dokter Layanan Primer

## **APAKAH UNTUK PENGEMBANGAN CABANG ILMU KEDOKTERAN HARUS BERDASARKAN UNDANG-UNDANG?**

Tentu tidak.

- 1) Tidak ada UU atau aturan di Indonesia yang melarang pengembangan cabang ilmu kedokteran baru.
- 2) Selama ini percabangan ilmu kedokteran tumbuh atas inisiatif dokter yang berkecimpung dalam pengembangan dan aplikasi ilmu tersebut, bukan atas perintah UU. Biasanya inisiatif datang dari beberapa dokter yang kembali dari menimba ilmu tersebut di luar negeri. Mereka membentuk perhimpunan / kolegium dan mengajarkan ilmunya secara pemagangan yang kemudian menjadi terstruktur.
- 3) Melalui proses seperti itu, saat ini di Indonesia telah terwujud 36 cabang ilmu kedokteran dan berhasil meluluskan puluhan ribu dokter spesialis yang telah berpraktik di Indonesia.
- 4) Undang-undang no. 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran mengatur peran organisasi profesi (perhimpunan dan kolegium), uji kompetensi dan sertifikat kompetensi .
- 5) Perhimpunan Dokter Spesialis Layanan Primer Indonesia dibentuk sebagaimana Perhimpunan Dokter Spesialis lainnya, namun sebagai tambahan, Perhimpunan ini memperoleh perlindungan dari beberapa undang-undang sebagai landasan hukum.



## APAKAH PERBEDAAN KOMPETENSI Dr.Sp.LP dengan Dokter (lulusan program studi dokter)

Kompetensi Dokter berdasarkan SKDI + Pengalaman Internship + Kompetensi Sp.LP = Dr.Sp.LP

Kompetensi Dokter	Kompetensi Dr.Sp.LP
1. Profesionalitas yang luhur	} Kompetensi Umum = KU
2. Mawas diri & pengembangan diri	
3. Komunikasi efektif	
4. Pengelolaan informasi	} Kompetensi Dasar = KD
5. Landasan ilmiah ilmu kedokteran	
6. Ketrampilan klinis	
7. Pengelolaan masalah kesehatan	+ Kompetensi Lanjut = KL

### Kompetensi Dokter Spesialis Layanan Primer

KU	{	1. Etika, hukum dan profesionalisme di layanan primer
		2. Komunikasi holistik, komprehensif dan kecakapan budaya
KD	{	3. Ketrampilan Klinis Dokter di Layanan Primer
		4. Pengelolaan kesehatan yang berpusat pada individu dan keluarga
KL	{	5. Pengelolaan kesehatan yang berorientasi pada komunitas dan masyarakat
		6. Manajemen fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama
		7. Kepemimpinan

*Rujukan: Konsensus Kompetensi Dokter Layanan Primer oleh ASEAN Regional Primary Care (ARPaC) 2011*

## **APAKAH PERBEDAAN PERFORMA Dr.Sp.LP dengan Dokter (lulusan program studi dokter)**

Dokter yang lulus fakultas kedokteran adalah dokter dengan ketrampilan klinis untuk bekerja sebagai individu dokter di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP),

sedangkan Dokter Sp.LP adalah dokter yang bekerja di FKTP dengan kemampuan ketrampilan dan kepemimpinan klinis dalam organisasi kesehatan, mampu bekerjasama dan berkomunikasi dengan tim, masyarakat dan pengandil, serta mampu mengembangkan pelayanan di FKTP

## BUKANKAH ETIK, KOMUNIKASI, PENGELOLAAN KESEHATAN INDIVIDU DAN BERORIENTASI KOMUNITAS SUDAH DIAJARKAN PADA PROGRAM STUDI DOKTER?

Memang betul, sebagaimana ilmu kedokteran lainnya, seperti mikrobiologi, penyakit dalam, bedah, obstetric & ginekologi, dan sebagainya, telah diajarkan pada program studi dokter. Namun untuk menjadi ahli oada bidangnya, dokter dapat mengambil program pendidikan spesialis yang diinginkannya setelah menjadi dokter dan internship.

Begitu juga untuk bidang ilmu kedokteran layanan primer, dokter dapat mengambil program studi dokter spesialis layanan primer untuk menjadi seorang yang ahli dalam berpraktik di layanan primer dan mewujudkan pelayanan kedokteran di tingkat primer yang berkualitas.

Rujukan:

Kutipan kuliah **Prof. Michael Kidd** – President of Wonca World (Perhimpunan Internasional Dokter Keluarga dan Dokter Layanan Primer ), Dekan Fakultas Kedokteran Flinders University Australia, Presiden *Royal College of Australian General Practitioners* RACGP, kuliah pada Pertemuan Pembentukan Konsorsium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia – HPEQ 2013.

## **MENGAPA PROGRAM STUDI DOKTER SPESIALIS DAN BUKAN MAGISTER?**

Dokter yang dibutuhkan menjadi spesialis dalam bidang ilmu layanan primer bukan hanya memperdalam akademis, namun seorang dokter yang ahli dalam melaksanakan peran sesuai profilnya di FKTP.

Sehingga program pendidikan yang disediakan adalah program pengembangan profesi terstruktur yang disebut sebagai Program Pendidikan Dokter Spesialis Layanan Primer



## Apakah Sp.LP memperpanjang masa pendidikan dokter?

Tidak.

Program pendidikan Sp.LP adalah program pendidikan profesi lanjut yang dapat dipilih seperti pilihan untuk mengikuti spesialis lain.

Mengacu pada World Federation of Medical Education (WFME), pendidikan kedokteran terbagi menjadi tiga tahapan:

1. **Basic Medical Education (BME)** dengan keluaran seorang *Medical Doctor* (MD)
2. **Post-Graduate Medical Education (PGME)** dengan keluaran seorang Spesialis
3. **Continuing Medical Education (CME)** dengan keluaran berupa sertifikat CPD

Di negara-negara lain, termasuk di ASEAN, PGME berupa pendidikan spesialisasi selama 3 sampai 5 tahun setelah lulus Dokter.

Spesialisasi di Indonesia saat ini mencapai 36 jenis, belum termasuk *Spesialis Family Medicine* (di Amerika Serikat, Philippines, dll) atau *General Practice* (di United Kingdom dan negara Commonwealth).

Negara yang belum mempunyai Spesialisasi *Family Medicine* atau *General Practice* di ASEAN adalah: (1) Myanmar, (2) Laos, (3) Timor Leste dan (4) Indonesia.

**Apakah keuntungan bahwa dokter yang bekerja di tingkat primer adalah seorang spesialis bidang layanan primer?**

1. Meningkatkan status profesi dokter yang bekerja di layanan primer menjadi sama tingkatnya ('setara') dengan spesialis lainnya (Kualifikasi Kompetensi Nasional Indonesia =KKNI yang semula 7 menjadi 8)
2. Memperoleh kembali kepercayaan masyarakat dan profesi lain terhadap dokter yang bekerja di layanan primer
3. Menjawab tantangan Masyarakat Ekonomi Asean dan khususnya Indonesia merupakan salah satu pendiri Asean Regional Primary Care (ARPaC)
4. Untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat Indonesia agar tidak ketinggalan dengan negara-negara lain
5. Dokter yang selama ini telah meningkatkan ketrampilan dan kemahirannya di layanan primer akan memperoleh rekognisi dari pengembangan diri yang selama ini telah dilakukan
6. Dengan bertambahnya kompetensi dokter yang bekerja di layanan primer, maka diharapkan dapat melayani sesuai dengan kebutuhan masyarakat

**Apakah pengetahuan dan ketrampilan spesialis layanan primer tidak cukup diberikan pada pendidikan kedokteran berkelanjutan (CME) saja dan bukan pendidikan formal terstruktur (PPDS)?**

- a. Penambahan pendidikan yang diperlukan untuk menyelenggarakan layanan primer yang berkualitas perlu diberikan secara terstruktur guna menjamin peningkatan kompetensi
- b. Selama ini terdapat kesenjangan kerangka kualifikasi antara dokter di tingkat primer dengan dokter di tingkat sekunder, yang berdampak dalam inharmonisasi pelayanan. Dibutuhkan pendidikan formal terstruktur untuk meningkatkan kualifikasi kompetensi yang tidak diperoleh dengan pendidikan kedokteran berkelanjutan
- c. Pendidikan yang terstruktur dan gelar spesialis yang diperoleh diperlukan untuk membedakan dokter yang telah berlatih dalam meningkatkan kompetensinya

Rujukan:

Postgraduate Medical Education, World Federation Medical Education (WFME) Global Standards for Quality Improvement, 2003

## **Dimana lahan pekerjaan Sp.LP?**

- Bekerja di fasilitas kesehatan tingkat primer baik di perkotaan, di pedesaan maupun di daerah terpencil
- Bekerja pada fasilitas kesehatan yang membutuhkan dokter generalis
- Bekerja dalam sistim kesehatan baik struktural maupun fungsional yang membutuhkan seorang dokter mahir dan trampil dalam bidang ilmu kedokteran layanan primer



**Bagaimana bila dalam fasilitas yang sama terdapat dokter dan dokter Sp.LP sekaligus? Dimana kewenangan masing-masing?**

Tidak masalah. Dokter Sp.LP dapat bekerja bersama-sama dokter pada satu fasilitas pelayanan.

Dengan kompetensi yang berbeda, bila pada fasilitas kesehatan tersebut terdapat dokter dan dokter spesialis layanan primer sekaligus, maka pimpinan fasilitas kesehatan yang akan menentukan kewenangan masing-masing

Dengan bertambahnya kemahiran dokter spesialis layanan primer dalam mengelola masalah kesehatan individu, masalah kesehatan komunitas dan manajemen fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, pada akhirnya akan berpengaruh pada peningkatan pendapatan yang didasari oleh kapitasi.

**Apakah Dr. Sp.LP akan mengambil kewenangan dalam melakukan ketrampilan klinis pada penatalaksanaan penyakit yang merupakan kewenangan dokter spesialis lain yang sudah ada?**

Tidak.

- Dokter spesialis layanan primer akan melaksanakan tugasnya di layanan primer dan bila telah mengikuti program jaminan, maka akan dibayar secara **kapitasi** sebagaimana dokter.
- Untuk meningkatkan kualitas layanan akan diupayakan tempat pelatihan klinis bagi para peserta di wahana pendidikan yang sesuai, rumah sakit atau FKTP, namun **tidak melampaui kewenangan** dokter di layanan primer
- Di pedesaan dan daerah terpencil dokter spesialis layanan primer telah dibekali ketrampilan-ketrampilan dan sarana prasarana yang diharapkan dapat menurunkan angka kematian dan kesakitan akibat ketidaktersediannya dokter spesialis lain pada tempat itu

### **Siapa yang bisa mendaftar pendidikan Sp.LP?**

Adalah semua dokter di Indonesia yang telah memiliki Surat Tanda Registrasi Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) sebagai dokter, dan berminat untuk mengembangkan kariernya di layanan primer sebagai dokter spesialis layanan primer.

## **Berapa lama program studi pendidikan dokter spesialis layanan primer?**

Tiga tahun

Terdiri atas 3 tahap, tahap pengayaan, tahap magang dan tahap praktik.

Pada masa transisi selama 15 tahun dibuka kesempatan bagi dokter yang telah berpraktik di layanan primer untuk dilakukan proses rekognisi pembelajaran sebelumnya sehingga pendidikan yang akan ditempuh lebih singkat,

### **Adakah beasiswa untuk peserta program studi ini?**

Program studi ini menekankan agar peserta memperoleh beasiswa, baik dari pemerintah pusat, penyedia beasiswa independen, maupun dari tempat kerjanya.

Karena selama masa studi diupayakan agar peserta yang telah bekerja pada institusi tertentu di FKTP akan tetap bekerja di layanan tersebut, sehingga sesuai dengan UU pendidikan kedokteran, peserta memperoleh pendapatan selagi belajar.

Pemerintah pusat telah menyediakan program tubel (tugas belajar) untuk peserta program ini kepada 9000 orang dokter PNS, diharapkan pemerintah daerah setempat juga berkontribusi dalam penyediaan tubel di tempatnya masing-masing. Tidak tertutup kemungkinan program LPDP digunakan sebagai beasiswa peserta program studi ini.

## **Bagaimana proses dan metode pembelajarannya?**

Pada tahap pengayaan, sebagian besar metode pembelajarannya adalah program pendidikan jarak jauh dan pelatihan tatap muka ketrampilan klinis, selain beberapa metode pembelajaran yang akan terus berlangsung selama pendidikan seperti laporan kasus, telaah kritis dan diskusi dengan pakar.

Pada tahap magang, sebagian besar metode pembelajarannya adalah e-learning, pembelajaran berbasis tempat kerja dan portfolio dengan supervisor.

Pada tahap praktik, sebagian besar metode pembelajarannya adalah e-learning, portfolio dan pembimbingan thesis.

## **Bagaimana keberlangsungan program studi ini?**

Pendidikan dokter yang merupakan pendidikan kedokteran dasar akan terus berlanjut. Lulusannya adalah seorang dokter yang dapat berpraktik di layanan primer. Dokter tersebut bebas untuk memilih spesialisasi apa saja sesuai minatnya untuk berkarier, yang salah satu yang dapat dipilihnya adalah sebagai dokter spesialis layanan primer.

Dengan diterapkannya Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA), seorang dokter spesialis layanan primer akan diakui dan memiliki kesempatan untuk dapat bekerja sebagai dokter di layanan primer wilayah ASEAN.

**Apakah pendidikan dokter spesialis layanan primer diwajibkan untuk semua dokter praktik umum yang sudah ada sekarang?**

Tidak.

Dokter bebas memilih untuk menjadi spesialis layanan primer atau menjadi spesialis lainnya sesuai dengan peminatannya untuk berkarier sebagai dokter.

Dengan adanya program studi pendidikan dokter spesialis layanan primer di Indonesia, maka dokter yang ingin berkarier sebagai praktisi di layanan primer tidak perlu lagi mengambil spesialisasi ini di luar negeri.



## **Mengapa dokter yang ada di layanan primer saat ini dianggap tidak cukup mahir?**

Beberapa riset dengan peneliti yang berbeda di berbagai tempat di Indonesia yang dilakukan dalam 5 tahun terakhir menunjukkan bahwa dokter di layanan primer yang ada sekarang banyak yang tidak memberikan pelayanan seperti dokter layanan primer di negara lain dan dokter yang bekerja di layanan primer tidak melakukan pelayanan karena merasa kurang memiliki kemampuan dalam memberikan pelayanan yang seharusnya ada di layanan primer.

## **Apa pendidikan dokter sekarang tidak cukup membekali mereka dengan ilmu layanan primer?**

Tidak cukup.

- Keilmuan mengenai layanan primer, walaupun sudah diperkenalkan di pendidikan kedokteran dasar, namun tidak cukup waktu untuk memahirkan penerapan sehingga secara mandiri dokter dapat melakukannya di lapangan sebagai dokter yang memiliki kemampuan ketrampilan dan kepemimpinan klinis dalam organisasi kesehatan, mampu bekerjasama dan berkomunikasi dengan tim, masyarakat dan pengandil, serta mampu mengembangkan pelayanan di FKTP
- Bila waktu pendidikan dokter ditambah agar semua lulusannya setara dengan dokter spesialis layanan primer, maka tidak adil bagi peserta didik yang menginginkan berkarier menjadi spesialis lain

## **Mengapa tidak membenahi pendidikan dokter yang sekarang saja?**

Sudah.

Sejak tahun 2004 Indonesia telah bergerak membenahi pendidikan dokter. Dengan kurikulum berbasis kompetensi hingga sekarang digunakan Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) 2012, pendidikan dokter telah bergerak membenahi diri untuk siap menjadi dokter yang dapat berpraktik secara mandiri di layanan primer.

Dokter yang diluluskan bukan dengan SKDI 2012 juga harus melakukan berbagai kegiatan matrikulasi untuk mencapai kompetensi yang sama (sering disebut sebagai 144 penyakit).

Namun SKDI 2012 tetap belum menghasilkan dokter layanan primer yang mahir untuk melakukan pelayanan yang berpusat pada individu, sekaligus pelayanan yang berorientasi pada masyarakat, mahir menjadi manajemen fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan kemampuan kepemimpinan.

Kemahiran tersebut biasanya diperoleh dokter selama bertahun-tahun di tempat kerjanya di FKTP, oleh karena itu dengan program pendidikan terstruktur dokter akan dengan singkat menjadi ahli di layanan primer sesuai kebutuhan masyarakat.

## Apa indikator bahwa DLP dijamin akan memperbaiki kualitas layanan dan *income* para dokter?

Bila kompetensinya ditambah maka kemampuannya akan bertambah, dengan demikian kualitas layanan akan meningkat sehingga kepuasan pasien juga akan meningkat dan biaya kesehatan berkurang (rujukan efektif).

Di negara lain (ASEAN, AS, Eropa, UK dan Persemakmuran), dokter yang berfungsi sebagai *gate keeper* mendapat *income* yang cukup tinggi karena membantu pemerintah dalam menguatkan layanan primer yang *cost effective*.



## Mengapa Dokter Spesialis Layanan Primer dapat menguatkan layanan primer yang cost effective?

Karena Dokter Spesialis Layanan Primer memiliki ciri khas yang sama dengan Sp.FM atau GP (UK)

yaitu

### 1. Menurut CANADIAN FAMILY MEDICINE ASSOCIATION:

1. *High Skilled Clinician*
2. *Community Oriented Care*
3. *Serving defined population*
4. *Doctor-patient relationship is central to the health care services*

### 2. Menurut EURACT, 2005 (WONCA-Family Doctor Eropa):

1. Praktik secara komprehensif dan koordinatif (*Team Work*, Rujukan dan Rujukan Balik)
2. Praktik secara bersinambung (*across ages, gender*, berkelanjutan, komunikasi intensif)
3. Praktik secara Holistik (pertimbangan biopsikososial pasien dan keluarganya menjadi pusat perhatian)
4. Praktik berbasis komunitas (tidak di RS, aplikasi prinsip *Patient Centered Medical Home*)
5. Praktik berpusat pada pasien, fokus pada keluarga (*Family APGAR, Family Tree*, dan berbagai *tools* pemberdayaan individu dan keluarga)

**Kompetensi dalam Sp.LP yang telah disebutkan di atas sudah banyak dilakukan oleh dokter-dokter yang bekerja di pelayanan primer. Buat apa mereka menempuh pendidikan dokter Sp.LP?**

Justru dengan adanya program pendidikan dokter Sp.LP, maka dokter yang telah melakukan kompetensi sesuai dengan spesialis layanan primer akan direkognisi dan ditingkatkan level KKNi dari 7 menjadi 8.


Program ini diharapkan akan meningkatkan 'harkat dan martabat' dokter yang bekerja di layanan primer di mata teman sejawat, profesi lain, maupun dari masyarakat.

Dengan meningkatkan level KKNi menjadi 8, diharapkan akan meningkatkan 'bargaining power' dalam advokasi kepada pemerintah dan BPJS untuk meningkatkan penghasilan para dokter yang bekerja di pelayanan primer berdasarkan tawaran peningkatan kualitas pelayanan kesehatan oleh dokter Sp.LP.

## Mengapa diberi gelar spesialis, bukankah tertulis di UU dikdok bahwa setara spesialis?

Justru gelar spesialis akan menegaskan bahwa ranah pendidikan yang ditempuh adalah *Post Graduate Medical Education* dan bukan *Continuing Medical Education*.

Terjadi peningkatan KKNi 7 menjadi 8.



**Apa FK yang ada sekarang dapat menampung semua dokter yang mau melanjutkan pendidikan dokter Sp.LP dalam kurun waktu yg terukur?**

Ya

Telah diidentifikasi bahwa sebanyak 13 FK terakreditasi A dan akan bekerjasama dengan FK terakreditasi B serta berbagai wahana pendidikan baik primer, sekunder, maupun tersier di seluruh wilayah Indonesia untuk membuka program studi pendidikan dokter spesialis layanan primer pada pertengahan tahun 2016 sehingga pendidikan dapat menampung dokter berminat melanjutkan pendidikan dokter spesialis layanan primer dalam kurun waktu yang terukur.



## **Apa untuk mengikuti pendidikan dokter Sp LP perlu meninggalkan tempat tugas ?**

Pendidikan dokter spesialis LP merupakan pendidikan berbasis di tempat kerja.

Fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat bekerja dokter peserta mungkin dapat merupakan wahana pendidikan spesialis LP.

## **Apa syarat masuk ke Program Pendidikan Dokter Sp.LP?**

Syarat masuk berdasarkan seleksi administratif dan seleksi kompetensi sebagaimana yang berlaku pada program pendidikan spesialis lain.

## **Apakah pendidikan dokter Sp.LP memprioritaskan dokter PNS?**

Mendesaknya kebutuhan pemerintah akan dokter spesialis layanan primer ini, maka pada tahun-tahun awal prioritas peserta pendidikan adalah dokter PNS yang telah ditugaskan oleh institusinya sekaligus mewujudkan kebutuhan standarisasi Puskesmas. Namun tidak menutup kemungkinan peserta program yang non PNS untuk ikut pendidikan dokter spesialis layanan primer.

## **Apa kualifikasi pengajar pada program pendidikan dokter Sp.LP?**

Kualifikasi pengajar pada program pendidikan dokter spesialis layanan primer sesuai dengan kualifikasi pengajar pada sebuah Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) yang memenuhi syarat dari Dikti

## **Apa dokter praktik umum bisa merujuk pasien ke dokter Sp.LP?**

Seperti biasanya, rujukan dapat bersifat horizontal maupun vertikal. Sesuai kompetensi, sarana prasarana dan faktor lainnya dokter praktik umum dapat saja merujuk ke dokter spesialis layanan primer tanpa melanggar kewenangan sebagai dokter di layanan primer.

## **Mengapa untuk pertama kali yang diputihkan hanya sedikit orang? Apa yg membuat mereka lebih berhak diputihkan terlebih dahulu?**

Verifikasi *Grandfather* dokter spesialis layanan primer dilakukan oleh Kolegium Ilmu Kedokteran Layanan Primer berdasarkan kriteria yang disepakati. Proses *Grandfathering* ini terjadi pada banyak spesialisasi lain di Indonesia maupun di negara lain. Selalu ada kelompok orang-orang yang pertama kali mengembangkan bidang ilmu tertentu untuk pertama kalinya yang disebut *Grandfathering* dan direkognisi individu-individu tersebut yang biasanya mengembangkan keilmuan di institusi pendidikan. Hal ini seperti halnya yang terjadi di UK dan Amerika Serikat pada tahun 50an ketika dimulainya pengembangan spesialisasi *Family Medicine / General practice*. Kriteria anggota kolegium telah ditetapkan pada Kongres Nasional Pertama Perhimpunan Dokter Spesialis Layanan Primer Indonesia 2015.

Meskipun belum ada Dokter Sp.LP Konsultan, tetapi dalam syarat pendirian Prodi, sudah ada beberapa staf yang memiliki KKNi setingkat Spesialis Konsultan (KKNi 9). Yaitu yang bergelar Doktor dan yang menjabat sebagai Profesor. Dalam pengembangan sebuah bidang ilmu baru di suatu negara, selalu ada yang menjadi pertama kali. Pendidikan Spesialisasi Konsultan di bidang Ilmu Layanan Primer akan dikembangkan kemudian hari.

**Bagaimana nasib dokter yang dulu pernah ikut pelatihan paket A-D, diploma kedokteran keluarga, dan S2 dokter keluarga?**

Akan diverifikasi oleh Kolegium Ilmu Kedokteran Layanan Primer berdasarkan kriteria Recognized Prior Learning (RPL) dan Recognized Prior Practice (RPP) yang disepakati.

Berbagai data selain pelatihan, namun pengalaman praktik dan pengalaman penelitian serta pengalaman bekerja sebagai manajer dan penggerak masyarakat dalam bidang kesehatan merupakan bahan yang akan diverifikasi sehingga dokter yang telah bekerja di layanan primer dapat direkognisi tanpa mengikuti pendidikan program studi secara keseluruhan.

**Penambahan masa pendidikan bukannya menambah biaya dan mempermahal layanan kesehatan? Lalu bagaimana bisa dokter Sp.LP malah bisa menerapkan efisiensi biaya?**

Efisiensi biaya merupakan hasil jangka panjang dari manfaat keberadaan Sp.LP, dibuktikan dengan penelitian-penelitian di berbagai negara yang telah menerapkan spesialisasi di layanan primer. Tanpa investasi jangka panjang ini, hasil jangka pendek adalah layanan primer yang kurang berkualitas dan status kesehatan yang rendah (AKI dan AKB tinggi, Angka Harapan Hidup rendah) – Stardfield, 2008

Catatan:

Professor Barbara Starfield adalah seorang pediatrician dan pengajar di John Hopkins yang mengabdikan dirinya di layanan primer dan menulis banyak publikasi ilmiah serta memimpin program-program peningkatan kualitas layanan primer di Amerika Serikat, menerima berbagai penghargaan termasuk **life achievement award** dari WONCA



**Pelatihan layanan primer sekarang ini banyak sekali, bahkan banyak diselenggarakan oleh berbagai perhimpunan spesialis sekunder. Apakah pelatihan-pelatihan itu nanti diakui sebagai RPL dokter Sp.LP? Bagaimana kriteria seminar dan pelatihan yang akan dijadikan RPL Sp.LP?**

Kolegium Ilmu Kedokteran Layanan Primer Indonesia akan menetapkan kriteria RPL berdasarkan rekomendasi dari Pokja Nasional Percepatan Pengembangan Kebijakan Dokter Layanan Primer dan Pokja Nasional Percepatan Pendidikan Dokter Layanan Primer.

**Apa biaya pendidikan DLP dapat diseragamkan terjangkau untuk seluruh FK di tanah air?**

Tidak, karena komponen biaya merupakan kewenangan dari universitas penyelenggara pendidikan dokter Sp.LP sesuai ketentuan DIKTI

**Jika masih memakai sistem kapitasi yang underpaid, apa bedanya telah menjadi dokter spesialis LP atau tidak dari segi pendapatan? Bagaimana usaha mensejajarkan pendapatannya dengan spesialis sekunder lain?**

Dengan pengembangan dokter Sp.LP sebagai level KKNi 8, maka akan meningkatkan kompetensi dalam mengelola masalah kesehatan yang lebih optimal yang pada akhirnya akan mempengaruhi pendapatan yang didasari oleh kapitasi

**Apa rencana program pendidikan DLP ini sudah cukup matang? Mengingat Uji kompetensi dokter, internsip dokter dll saja masih bermasalah? Dan mengingat BPJS dulu juga dilakukan terburu-terburu sehingga hasilnya kacau seperti sekarang? Apa DLP tidak akan lebih mengacaukan situasi yang sudah kacau ini?**

Pada dasarnya semua yang disebutkan di atas adalah dalam rangka memperbaiki dan meningkatkan kualitas pendidikan kedokteran dan pelayanan kesehatan di Indonesia yang kualitasnya relatif masih rendah dibandingkan dengan negara-negara tetangga di ASEAN.

Perencanaan dan perumusan dokter spesialis layanan primer di Indonesia sebenarnya telah dilakukan sejak tahun 1980an yang selalu dikembangkan menyesuaikan perkembangan keilmuan dan kebutuhan nasional sehingga menghasilkan rumusan program pendidikan Sp.LP yang terkini.

Indonesia tergabung dalam ARPac (ASEAN Region Primary Care Physicians Association), namun pendidikan dokter spesialis layanan primer di Indonesia masih sangat tertinggal dibandingkan negara-negara tetangga ASEAN lainnya. Pendidikan dokter spesialis *Family Medicine* di Filipina (selama 3 tahun) sudah dimulai sejak tahun 1974, di Malaysia (selama 4 tahun) dimulai sejak tahun 1990-an awal, di Vietnam (selama 2 tahun) sejak tahun 2000-an awal. Sedangkan Indonesia walaupun sudah lebih dari 40 tahun merancang program pendidikan spesialis ini, masih banyak menemui kendala, meski saat ini sudah mulai tampak ada kemajuan perlahan-perlahan.

**Apakah semasa pendidikan Sp.LP mahasiswa tidak digaji? Karena kalau memang Sp.LP ini mengadopsi sistem di luar negeri (LN), mestinya mahasiswanya juga digaji seperti di LN?**

Semua program pendidikan dokter spesialis (PPDS) lainnya juga mengadopsi dari LN. Namun mengapa PPDS lainnya tidak memberikan gaji seperti halnya di LN, dan malah menarik biaya mahal? Ketentuan mengenai gaji seorang yang sedang menempuh pendidikan dokter Sp. LP akan diatur oleh pemerintah. Dalam UU Dikdok disebutkan bahwa residen PPDS menerima gaji sesuai ketentuan pemerintah.

**Konon pendidikan dokter spesialis LP fokus ke promotif dan preventif? Bukannya itu tugas teman2 sarjana kesehatan masyarakat? Setelah ada dokter Sp.LP , bagaimana dengan nasib mereka?**

Upaya promotif dan preventif yang dilakukan oleh seorang sarjana kesehatan masyarakat sifatnya berbasis populasi sedangkan yang dilakukan oleh dokter Sp.LP berpusat pada individu, berfokus kepada keluarga dan berorientasi pada komunitas.

Dokter Sp.Lp ini juga berlatih dan mahir dalam etika kedokteran, komunikasi cakap budaya dan kepemimpinan yang khusus bertujuan untuk mewujudkan profil dokter layanan primer yang diinginkan masyarakat.

**Upaya promotif dan preventif adalah tugas utama puskesmas yang sudah dibagi per wilayah. Jika DLP swasta juga ikut dalam kedua program ini, apakah tidak ada beda lagi antara klinik DLP dgn puskesmas?**

Puskesmas dengan DLP swasta akan sama-sama menghadapi tantangan standarisasi dan akreditasi fasyankes primer, berbeda hanya dalam hal dukungan anggaran dari pemerintah. Kolaborasi antar keduanya sangat penting dilakukan.

Untuk Indonesia dengan bentang dari Sabang hingga Merauke sama dengan bentang dari Teheran hingga Bangkok, maka diperlukan lebih dari 60 ribu senter pelayanan kesehatan tingkat pertama yang melaksanakan upaya promotif dan preventif guna memenuhi kebutuhan 240 juta penduduk.

Saat ini terdaftar 9700 puskesmas yang telah berorientasi pada komunitas dan 38 ribu klinik yang belum berorientasi pada komunitas.

**Jika memang dokter Sp.LP fokus ke promotif dan preventif, maka tidak perlu penambahan kompetensi klinis. Dan jika tdk perlu penambahan kompetensi klinis maka apa perlunya sekolah formal lagi? Apa layak diupgrade menjadi spesialis jika hanya ditambah kompetensi promotif dan preventif?**

Bukan hanya kompetensi promotif dan preventif, namun kompetensi yang ditambahkan adalah 7 area kompetensi seperti yang dijelaskan sebelumnya, sehingga pendidikan formal terstruktur diperlukan untuk memastikan pencapaian kompetensi yang diharapkan.



**Sekarang saja dokter sudah kebanjiran pasien, bagaimana bisa ditambah beban promotif-preventif? Apalagi BPJS juga masih memberi kapitasi yang underpaid? Mengapa tidak memberdayakan puskesmas dan teman2 SKM utk promosi dan prevensi?**

Dokter kebanjiran pasien oleh karena selama ini upaya promotif-preventif sering diabaikan atau kurang dilakukan secara optimal. Pada dasarnya terjadinya masalah kesehatan adalah karena gagalnya upaya promotif-preventif (*primary prevention*).

Selain itu, dari pertanyaan diatas terlihat bahwa selama ini upaya kesehatan masyarakat dan perorangan terjadi secara terpisah dan tidak terintegrasi (dokter kebanjiran pasien, SKM melakukan penyuluhan berbasis pada program '*top-down*'). Upaya kesehatan perorangan dan masyarakat (UKM dan UKP) harus dilakukan secara bersamaan untuk terciptanya koordinasi pelayanan yang baik. Seorang dokter Sp.LP akan memiliki kemampuan mengkoordinir kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara komprehensif di ranah layanan primer.

**Sudah jelas RI kekurangan dokter spesialis dan subspesialis. Di banyak daerah justru permintaan spesialis dan subspesialis yang lebih banyak. Mengapa malah fokus menyekolahkan mereka di ranah primer yang basisnya sebenarnya sudah mereka dapatkan, tinggal dilatih khusus saja dan itu ranah organisasi profesi, bukan ranah institusi pendidikan? Bukankah dokter umum sekarang sudah melebihi angka cukup?**

Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa akses populasi terhadap layanan kesehatan dipusatkan ke Rumah Sakit. Pada daerah pedesaan (rural) didapatkan data waktu tempuh masyarakat ke rumah sakit mayoritas di atas 60 menit, dibandingkan dengan di perkotaan yang < 30 menit. Hal ini menunjukkan bahwa kebutuhan akan layanan primer yang berkualitas yang bisa mengelola 85-90% masalah kesehatan untuk memberikan layanan kesehatan yang mudah diakses oleh masyarakat sangat dibutuhkan di tengah-tengah masyarakat. Di samping itu, dengan diberlakukannya sistem rujukan berjenjang oleh Jaminan Kesehatan Nasional, menunjukkan bahwa kebutuhan yang mendesak atas penguatan layanan kesehatan primer.

Penulis:

Hari Kusnanto, Dhanasari Vidiawati, Mora Claramita, Oryzati Hilman, Wahyudi Istiono, Indah Widyahening, Retno Asti Werdati, Gatot Soetono, Gatot Lawrence, Armyn Nurdin, Isti Ilmiati Fujiati, Mariatul Fadilah, Novana Putri, Elsa Pudji Setiawati, Nita Arisanti, Herqutanto, Balgis, Erfen, Hari Peni Julianti, Bondan Agus Suryanto, Fitriana Murriya Ekawati, Aghnaa Gayatri.



