

KEDOKTERAN KELUARGA

DISUSUN OLEH :

dr. Hafni Andayani
NIP 19810521 201212 2 002



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SYIAH KUALA
DARUSSALAM – BANDA ACEH
2013**

REKOMENDASI

Setelah membaca dan mempelajari secara seksama karya ilmiah saudara:

Nama : dr. Hafni Andayani

NIP : 198105212012122002

Judul : Kedokteran Keluarga

Bersama ini menyatakan bahwa karya ilmiah tersebut telah memenuhi persyaratan dan dinyatakan mempunyai bobot ilmiah.

Banda Aceh, 6 Desember 2013

Direkomendasikan oleh,



dr. Liza Salawati, M. Kes
NIP. 196610131999032001



dr. Husnah, MPH
NIP. 196612311997022001

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Terwujudnya keadaan sehat merupakan kehendak semua pihak, tidak hanya oleh orang-perseorangan atau keluarga, tetapi juga oleh sekelompok dan bahkan oleh seluruh anggota masyarakat. Adapun yang dimaksud dengan sehat disini ialah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.¹

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, sekunder 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.²

Sejak 1978 ketika Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memulai programnya "Health for All in 2000", pelayanan kesehatan primer menjadi salah satu hal yang utama dalam pengembangan perencanaan pemerintah. Program tersebut menitikberatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif. Pada Januari 1995 Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) dan Organisasi Dokter Keluarga Dunia (WONCA) telah merumuskan sebuah visi global dan rencana tindakan (action plan) untuk meningkatkan kesehatan individu dan masyarakat yang tertuang dalam tulisan "*Making Medical Practice and Education More Relevant to People's Needs: The Role of Family Doctor*".³

Pelayanan dokter keluarga merupakan salah satu bentuk layanan medik di Indonesia, yang diselenggarakan baik secara perorangan maupun berkelompok. Sebagai salah satu ujung tombak dalam pelayanan kesehatan, pelayanan dokter keluarga yang disiapkan sebagai primadona pelayanan medik strata pertama di Indonesia, perlu senantiasa mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanannya, apalagi di masa era globalisasi di mana kompetisi semakin ketat.⁴

Ilmu kedokteran keluarga (*Family Medicine*) haruslah dibedakan dengan ilmu kesehatan keluarga (*Family Health*). Sekalipun sasaran keduanya adalah sama, yaitu keluarga (*Family*). Tetapi ilmu kedokteran keluarga lebih mengacu pada aplikasi ilmu kedokteran (*Medical Sciences*), sedangkan ilmu kesehatan Keluarga lebih mengacu pada aplikasi ilmu kesehatan masyarakat (*Public Health Sciences*). Karena adanya perbedaan seperti ini, tidaklah mengherankan jika ruang lingkup pelayanan kesehatan keluarga lebih terkait pada masalah-masalah keluarga yang ada hubungannya dengan masalah kesehatan masyarakat. Misalnya masalah kesejahteraan ibu dan anak, keluarga berencana, pencegahan penyakit dan kecelakaan, tumbuh kembang dan atau masalah gizi ibu hamil, bayi dan anak yang terdapat dalam suatu komunitas dan masyarakat. Sedangkan ruang lingkup pelayanan kedokteran keluarga lebih terkait pada masalah-masalah keluarga yang ada hubungannya dengan masalah kedokteran, yaitu masalah sehat-sakit yang dihadapi oleh perseorangan sebagai bagian dari anggota keluarga. Perbedaan garis kompetensi yang tegas antara dokter keluarga dengan dokter yang melaksanakan pelayanan kesehatan dengan pendekatan kedokteran keluarga memang sulit dilakukan. Namun demi kepentingan pasien, dokter yang bekerja di pelayanan primer diharapkan memiliki kemampuan untuk melaksanakan prinsip-prinsip pelayanan dokter keluarga.¹

Sejak dahulu ilmu kedokteran telah berkembang dengan pesat dan telah banyak dihasilkan dokter terutama di Indonesia. Tetapi, kenyataannya hal tersebut tidak memicu masyarakat Indonesia untuk berobat kepada dokter di Indonesia. Hal ini sangat mengecewakan karena melihat banyaknya bangsa Indonesia berobat ke luar negeri dan jumlahnya pun semakin meningkat tiap tahun. Banyaknya penduduk Indonesia berobat keluar negeri dikarenakan pelayanan kesehatan yang belum komunikatif antara dokter dan pasien. Berdasarkan hal itu, maka sistem pelayanan kesehatan di Indonesia perlu dibenahi. Hal ini dimulai dengan memasukkan mata kuliah *Ilmu Kedokteran Keluarga* kedalam kurikulum pendidikan kedokteran.

Ilmu Kedokteran Keluarga adalah ilmu yang mempelajari dinamika kehidupan keluarga dalam lingkungannya, pengaruh penyakit dan keturunan terhadap fungsi keluarga, pengaruh

fungsi keluarga terhadap timbul dan berkembangnya penyakit serta permasalahan kesehatan keluarga, dan berbagai cara pendekatan kesehatan untuk mengembalikan fungsi keluarga dalam keadaan normal. Dengan memasukkan *Ilmu Kedokteran Keluarga* kedalam kurikulum pendidikan kedokteran, diharapkan akan dihasilkan dokter-dokter yang mengabdikan dirinya kedalam bidang profesi kedokteran yang memiliki pengetahuan dan ketrampilan untuk menjalankan praktik dokter keluarga sehingga masalah kesehatan keluarga akan terselesaikan dan terciptanya keluarga yang partisipatif, sehat sejahtera badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap anggota keluarga hidup produktif secara sosial dan ekonomi.⁴

Pengalaman bertahun-tahun dalam pengembangan dokter keluarga (sejak Mukhtamar ke-17 IDI-1980) telah mengantarkan pada suatu kesimpulan bahwa pengembangan dokter keluarga haruslah dilakukan sejalan dan bersama-sama dengan penataan sistem pembiayaan. Hal ini dilakukan agar prinsip-prinsip sustainabilitas pembiayaan pelayanan dokter keluarga dapat dicapai di samping tercapainya pula efektifitas dan efisiensi pelayanan kesehatan tingkat primer lebih bermutu.³

Pengembangan Dokter Keluarga di Indonesia masih menghadapi beberapa kendala yaitu belum tertatanya penjenjangan (strukturisasi) pelayanan kesehatan, sistem pembiayaan masih didominasi dengan cara tunai (*fee for service*), beragamnya kompetensi para dokter di tingkat pelayanan primer serta belum jelasnya kedudukan dokter keluarga dalam sistem kesehatan nasional (SKN). Penjenjangan (strukturisasi) pelayanan kesehatan di Indonesia belum tertata dengan baik sehingga tidak mendorong pengembangan pelayanan dokter keluarga. Kemudian sistem pembiayaan pelayanan kesehatan masih didominasi dengan cara tunai (*fee for service*) sehingga tidak memberi insentif terhadap strukturisasi pelayanan kesehatan. Selain itu, kompetensi para dokter di tingkat pelayanan primer sangat beragam yang mengakibatkan beragam pula mutu pelayanan kesehatan di tingkat primer serta belum jelasnya kedudukan dokter keluarga pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Untuk mengatasi hal itu, pengembangan dokter keluarga di Indonesia didasarkan pada upaya mengatasi kendala tersebut. Pertama, melakukan konversi dokter umum menjadi dokter keluarga melalui pelatihan dengan modul terstruktur. Kedua, meningkatkan materi pendidikan kedokteran keluarga bagi mahasiswa kedokteran dengan memperbaiki kurikulum pendidikan dokter di Indonesia agar lulusan dokter mempunyai kompetensi dokter keluarga. Dalam lingkup kerja sama teknis ini, pengembangan kedua hal tersebut sangat tepat sehingga tujuan akhir dari percepatan pengembangan dokter keluarga akan lebih cepat dicapai.²

Di Aceh sendiri, program kedokteran keluarga sudah mulai dikembangkan seiring dengan berjalannya program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA). Seperti yang diungkapkan oleh

kepala dinas kesehatan Aceh dr.M.Yani,M.Kes,PKK di *Kompas.com* pada 2 juni 2010 bahwa "Pemerintah Aceh mulai merealisasikan pelayanan kesehatan terkait program Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) kepada masyarakatnya dengan menerapkan pola dokter keluarga, masing-masing kecamatan akan ditempatkan dua dokter keluarga. Mereka akan melayani masyarakat sesuai wilayah tugasnya tanpa dipungut biaya,". Selain itu, Direktur Utama PT Askes, I Gede Subawa mengatakan, Aceh merupakan provinsi satu-satunya di Indonesia yang menerapkan pola dokter keluarga bagi masyarakatnya. Meskipun demikian, realisasi dari penerapan system kedokteran keluarga di Aceh sendiri masih simpang siur dan belum memiliki program yang sudah terstruktur rapi, oleh karena itu perlu adanya tindak lanjut bagi program tersebut.⁵

Meskipun program kedokteran keluarga belum sepenuhnya diterapkan di Indonesia, khususnya di Aceh, alangkah lebih baiknya jika dokter umum sebagai bagian dari pelaku program yang akan mensukseskan program ini lebih mempersiapkan diri baik secara kesiapan diri maupun keilmuan sehingga program ini akan berjalan dengan baik.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1 Dokter Keluarga

2.1.1 Definisi

Dokter keluarga adalah setiap dokter yang mengabdikan dirinya dalam bidang profesi kedokteran maupun kesehatan yang memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan khusus di bidang kedokteran keluarga yang mempunyai wewenang untuk menjalankan praktek dokter keluarga.³

Definisi Dokter Keluarga menurut Olesen F, Dickinson J dan Hjortdahl P. dalam jurnal *General Practice – “Time for A New Definition”*, *BMJ*; 320:354–7. 2000, Dokter Keluarga adalah:

1. Dokter yang dididik secara khusus untuk bertugas di lini terdepan system pelayanan kesehatan; bertugas mengambil langkah awal penyelesaian semua masalah yang mungkin dimiliki pasien.
2. Melayani individu dalam masyarakat, tanpa memandang jenis penyakitnya ataupun karakter personal dan sosialnya, dan memanfaatkan semua sumber daya yang tersedia dalam system pelayanan kesehatan untuk semaksimal mungkin kepentingan pasien.
3. Berwenang secara mandiri melakukan tindak medis mulai dari pencegahan, diagnosis, pengobatan, perawatan dan asuhan paliatif, menggunakan dan memadukan ilmu-ilmu biomedis, psikologi medis dan sosiologi medis.
4. Secara singkat dapat didefinisikan sebagai Dokter yang berprofesi khusus sebagai Dokter Praktik Umum yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Tingkat Primer dengan menerapkan prinsip-prinsip Kedokteran keluarga.
5. Berprofesi khusus, karena dididik secara khusus untuk mencapai standar kompetensi tertentu
6. Dokter Praktik Umum, yaitu Dokter yang dalam praktiknya menampung semua masalah yang dimiliki pasien tanpa memandang jenis kelamin, status sosial, jenis penyakit, golongan usia, ataupun sistem organ.

7. Pelayanan kesehatan tingkat primer Ujung tombak pelayanan kesehatan tempat kontak pertama dengan pasien untuk selanjutnya menyelesaikan semua masalah sedini dan sedapat mungkin atau mengkoordinasikan tindak lanjut yang diperlukan pasien.
8. Prinsip-prinsip Kedokteran Keluarga, adalah pelayanan yang komprehensif, kontinyu, koordinatif (kolaboratif), mengutamakan pencegahan, menimbang keluarga dan komunitasnya

2.1.2 Pelayanan kedokteran keluarga

Pelayanan kesehatan/asuhan medis yang didukung oleh pengetahuan kedokteran terkini secara menyeluruh (holistik), paripurna (komprehensif) terpadu, berkesinambungan untuk menyelesaikan semua keluhan dari pengguna jasa/pasien sebagai komponen keluarganya dengan tidak memandang umur, jenis kelamin dan sesuai dengan kemampuan sosialnya.

2.1.3 Tujuan pelayanan kedokteran keluarga

Terselesainya masalah kesehatan keluarga dan terciptanya keluarga yang partisipatif, sehat sejahtera badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap anggota keluarga hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

2.1.4 Indikator keberhasilan pelayanan kesehatan

1. Meningkatnya status kesehatan keluarga dengan peningkatan kesehatan fisik, mental dan sosial seluruh anggota keluarga
2. Meningkatnya peran serta setiap anggota keluarga khususnya penanggung jawab keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan dirinya, sosial maupun lingkungan keluarganya.
3. Adanya kemampuan keluarga untuk mengatasi permasalahannya.

Semua tujuan ini selalu dimanfaatkan dalam pembahasan kasus yaitu evaluasi keberhasilan tindakan untuk pencapaian tujuan pelayanan.

2.1.5 Standar Pelayanan Dokter Keluarga

1. Standar Pemeliharaan Kesehatan di Klinik (*Standards of clinical care*)³

1.1. Standar Pelayanan Paripurna (*standard of comprehensive of care*)

Pelayanan yang disediakan dokter keluarga adalah pelayanan medis strata pertama untuk semua orang yang bersifat paripurna (*comprehensive*), yaitu termasuk pemeliharaan dan peningkatan kesehatan

(*promotive*), pencegahan penyakit dan proteksi khusus (*preventive & specific protection*), pemulihan kesehatan (*curative*), pencegahan kecacatan (*disability limitation*) dan rehabilitasi setelah sakit (*rehabilitation*) dengan memperhatikan kemampuan sosial serta sesuai dengan mediko legal etika kedokteran.

1.1.1. Pelayanan medis strata pertama untuk semua orang

Pelayanan dokter keluarga merupakan praktik umum dengan pendekatan kedokteran keluarga yang memenuhi standar pelayanan dokter keluarga dan diselenggarakan oleh dokter yang sesuai dengan standar profesi dokter keluarga serta memiliki surat ijin pelayanan dokter keluarga dan surat persetujuan tempat praktik.

1.1.2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan

Pelayanan dokter keluarga memiliki sistim untuk memperhatikan pemeliharaan kesehatan dan peningkatan kesehatan pasien dan keluarganya.

1.1.3. Pencegahan penyakit dan proteksi khusus

Pelayanan dokter keluarga memiliki sistim untuk menggunakan segala kesempatan dalam menerapkan pencegahan masalah kesehatan pada pasien dan keluarganya.

1.1.4. Deteksi dini

Pelayanan dokter keluarga memiliki sistim untuk menggunakan segala kesempatan dalam melaksanakan deteksi dini penyakit dan melakukan penatalaksanaan yang tepat untuk itu.

1.1.5. Kuratif medik

Pelayanan dokter keluarga memiliki sistim untuk melaksanakan pemulihan kesehatan dan pencegahan kecacatan pada strata pelayanan tingkat pertama, termasuk kegawatdaruratan medik, dan bila perlu akan dikonsultasikan dan/atau dirujuk ke pusat pelayanan kesehatan dengan strata yang lebih tinggi.

1.1.6. Rehabilitasi medik dan sosial

Pelayanan dokter keluarga memiliki sistim untuk menerapkan segala kesempatan rehabilitasi pada pasien dan/atau keluarganya

setelah mengalami masalah kesehatan atau kematian baik dari segi fisik, jiwa maupun sosial.

1.1.7. Kemampuan sosial keluarga

Pelayanan dokter keluarga memiliki sistim untuk memperhatikan kondisi sosial pasien dan keluarganya.

1.1.8. Etik medikolegal

Pelayanan dokter keluarga memiliki sistim yang sesuai dengan mediko legal dan etik kedokteran.

1.2. Standar Pelayanan Medis (*standard of medical care*)

Pelayanan yang disediakan dokter keluarga merupakan pelayanan medis yang melaksanakan pelayanan kedokteran secara lege artis³

1.2.1. Anamnesis

Pelayanan dokter keluarga melaksanakan anamnesis dengan pendekatan pasien (*patient-centered approach*) dalam rangka memperoleh keluhan utama pasien, kekhawatiran dan harapan pasien mengenai keluhannya tersebut, serta memperoleh keterangan untuk dapat menegakkan diagnosis.

1.2.2. Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjan

Dalam rangka memperoleh tanda-tanda kelainan yang menunjang diagnosis atau menyingkirkan diagnosis banding, dokter keluarga melakukan pemeriksaan fisik secara holistik; dan bila perlu menganjurkan pemeriksaan penunjang secara rasional, efektif dan efisien demi kepentingan pasien semata.

1.2.3. Penegakkan diagnosis dan diagnosis banding

Pada setiap pertemuan, dokter keluarga menegakkan diagnosis kerja dan beberapa diagnosis banding yang mungkin dengan pendekatan diagnosis holistic.

1.2.4. Prognosis

Pada setiap penegakkan diagnosis, dokter keluarga menyimpulkan prognosis pasien berdasarkan jenis diagnosis, derajat keparahan, serta tanda bukti terkini (*evidence based*).

1.2.5. Konseling

Untuk membantu pasien (dan keluarga) menentukan pilihan terbaik penatalaksanaan untuk dirinya, dokter keluarga melaksanakan konseling dengan kepedulian terhadap perasaan dan persepsi pasien (dan keluarga) pada keadaan di saat itu.

1.2.6. Konsultasi

Pada saat-saat dinilai perlu, dokter keluarga melakukan konsultasi ke dokter lain yang dianggap lebih piawai dan/atau berpengalaman. Konsultasi dapat dilakukan kepada dokter keluarga lain, dokter keluarga konsultan, dokter spesialis, atau dinas kesehatan, demi kepentingan pasien semata.

1.2.7. Rujukan

Pada saat-saat dinilai perlu, dokter keluarga melakukan rujukan ke dokter lain yang dianggap lebih piawai dan/atau berpengalaman. Rujukan dapat dilakukan kepada dokter keluarga lain, dokter keluarga konsultan, dokter spesialis, rumah sakit atau dinas kesehatan, demi kepentingan pasien semata.

1.2.8. Tindak lanjut

Pada saat-saat dinilai perlu, dokter keluarga menganjurkan untuk dapat dilaksanakan tindak lanjut pada pasien, baik dilaksanakan di klinik, maupun di tempat pasien.

1.2.9. Tindakan

Pada saat-saat dinilai perlu, dokter keluarga memberikan tindakan medis yang rasional pada pasien, sesuai dengan kewenangan dokter praktik di strata pertama, dan demi kepentingan pasien.

1.2.10. Pengobatan rasional

Pada setiap anjuran pengobatan, dokter keluarga melaksanakannya dengan rasional, berdasarkan tanda bukti (*evidence based*) yang sah dan terkini, demi kepentingan pasien.

1.2.11. Pembinaan keluarga

Pada saat-saat dinilai bahwa penatalaksanaan pasien akan berhasil lebih baik, bila adanya partisipasi keluarga, maka dokter keluarga menawarkan pembinaan keluarga, termasuk konseling keluarga.

1.3. Standar Pelayanan Menyeluruh (*standard of holistic of care*)

Pelayanan yang disediakan dokter keluarga bersifat menyeluruh, yaitu peduli bahwa pasien adalah seorang manusia seutuhnya yang terdiri dari fisik, mental, sosial dan spiritual, serta berkehidupan di tengah lingkungan fisik dan sosialnya.³

1.3.1. Pasien adalah manusia seutuhnya

Pelayanan dokter keluarga memiliki sistim untuk memandang pasien sebagai manusia yang seutuhnya.

1.3.2. Pasien adalah bagian dari keluarga dan lingkungannya

Pelayanan dokter keluarga memiliki sistim untuk memandang pasien sebagai bagian dari keluarga pasien, dan memperhatikan bahwa keluarga pasien dapat mempengaruhi dan/atau dipengaruhi oleh situasi dan kondisi kesehatan pasien.

1.3.3. Pelayanan menggunakan segala sumber disekitarnya

Pelayanan dokter keluarga mendayagunakan segala sumber di sekitar kehidupan pasien untuk meningkatkan keadaan kesehatan pasien dan keluarganya.

1.4. Standar Pelayanan Terpadu (*standard of integration of care*)

Pelayanan yang disediakan dokter keluarga bersifat terpadu, selain merupakan kemitraan antara dokter dengan pasien pada saat proses penatalaksanaan medis, juga merupakan kemitraan lintas program dengan berbagai institusi yang menunjang pelayanan kedokteran, baik dari formal maupun informal.

1.4.1. Koordinator penatalaksanaan pasien

Pelayanan dokter keluarga merupakan koordinator dalam penatalaksanaan pasien yang diselenggarakan bersama, baik

bersama antar dokter-pasien-keluarga, maupun bersama antar dokter-pasien-dokter spesialis/rumah sakit.

1.4.2. Mitra dokter-pasien

Pelayanan dokter keluarga merupakan keterpaduan kemitraan antara dokter dan pasien pada saat proses penatalaksanaan medis.

1.4.3. Mitra lintas sektoral medik

Pelayanan dokter keluarga bekerja sebagai mitra penyedia pelayanan kesehatan dengan berbagai sektor pelayanan kesehatan formal di sekitarnya.

1.4.4. Mitra lintas sektoral alternatif dan komplementer medic

Pelayanan dokter keluarga memperdulikan dan memperhatikan kebutuhan dan perilaku pasien dan keluarganya sebagai masyarakat yang menggunakan berbagai pelayanan kesehatan non formal disekitarnya.

1.5. Standar Pelayanan Bersinambung (*standard of continuum care*)

Pelayanan yang disediakan dokter keluarga merupakan pelayanan bersinambung, yang melaksanakan pelayanan kedokteran secara efektif efisien, proaktif dan terus menerus demi kesehatan pasien.³

1.5.1. Pelayanan proaktif

Pelayanan dokter keluarga menjaga kesinambungan layanan secara proaktif.

1.5.2. Rekam medik bersinambung

Informasi dalam riwayat kesehatan pasien sebelumnya dan pada saat datang, digunakan untuk memastikan bahwa penatalaksanaan yang diterapkan telah sesuai untuk pasien yang bersangkutan.

1.5.3. Pelayanan efektif efisien

Pelayanan dokter keluarga menyclenggarakan pelayanan rawat jalan efektif efisien bagi pasien, menjaga kualitas, sadar mutu dan sadar biaya.

1.5.4. Pendampingan

Pada saat-saat dilaksanakan konsultasi dan/atau rujukan, pelayanan dokter keluarga menawarkan kemudian melaksanakan pendampingan pasien, demi kepentingan pasien.

2. Standar perilaku dalam praktik (*Standards of behaviour in practice*)

2.1. Standar perilaku terhadap pasien (*patient-physician relationship standard*)

Pelayanan dokter keluarga menyediakan kesempatan bagi pasien untuk menyampaikan kekhawatiran dan masalah kesehatannya, serta memberikan kesempatan kepada pasien untuk memperoleh penjelasan yang dibutuhkan guna dapat memutuskan pemilihan penatalaksanaan yang akan dilaksanakannya.

2.1.1. Informasi memperoleh pelayanan

Pelayanan dokter keluarga memberikan keterangan yang adekuat mengenai cara untuk memperoleh pelayanan yang diinginkan.

2.1.2. Masa konsultasi

Waktu untuk konsultasi yang disediakan oleh dokter keluarga kepada pasiennya adalah cukup bagi pasien untuk menyampaikan keluhan dan keinginannya, cukup untuk dokter menjelaskan apa yang diperolehnya pada anamnesa dan pemeriksaan fisik, serta cukup untuk menumbuhkan partisipasi pasien dalam melaksanakan penatalaksanaan yang dipilihnya, sebisanya 10 menit untuk setiap pasien.

2.1.3. Informasi medik menyeluruh

Dokter keluarga memberikan informasi yang jelas kepada pasien mengenai seluruh tujuan, kepentingan, keuntungan, resiko yang berhubungan dalam hal pemeriksaan, konsultasi, rujukan, pengobatan, tindakan dan sebagainya sehingga memungkinkan pasien untuk dapat memutuskan segala yang akan dilakukan terhadapnya secara puas dan terinformasi.

2.1.4. Komunikasi efektif

Dokter keluarga melaksanakan komunikasi efektif berlandaskan rasa saling percaya.

2.1.5. Menghormati hak dan kewajiban pasien dan dokter

Dokter keluarga memperhatikan hak dan kewajiban pasien, hak dan kewajiban dokter termasuk menjunjung tinggi kerahasiaan pasien.

2.2. Standar perilaku dengan mitra kerja di klinik (*Standard of partners relationship in practice*)

Pelayanan dokter keluarga mempunyai seorang dokter keluarga sebagai pimpinan manajemen untuk mengelola klinik secara professional.

2.2.1. Hubungan profesional dalam klinik

Dokter keluarga melaksanakan praktik dengan bantuan satu atau beberapa tenaga kesehatan dan tenaga lainnya berdasarkan atas hubungan kerja yang profesional dalam suasana kekeluargaan.

2.2.2. Bekerja dalam tim

Pada saat menyelenggarakan penatalaksanaan dalam peningkatan derajat kesehatan pasien dan keluarga, pelayanan dokter keluarga merupakan sebuah tim.

2.2.3. Pemimpin klinik

Pelayanan dokter keluarga dipimpin oleh seorang dokter keluarga atau bila terdiri dari beberapa dokter keluarga dapat dibagi untuk memimpin bidang manajemen yang berbeda di bawah tanggung jawab pimpinan.

2.3. Standar perilaku dengan sejawat (*Standard of working with colleagues*)

Pelayanan dokter keluarga menghormati dan menghargai pengetahuan, ketrampilan dan kontribusi kolega lain dalam pelayanan kesehatan dan menjaga hubungan baik secara professional.

2.3.1. Hubungan profesional antar profesi

Pelayanan dokter keluarga melaksanakan praktik dengan mempunyai hubungan profesional dengan profesi medik lainnya untuk kepentingan pasien.

2.3.2. Hubungan baik sesama dokter

Pelayanan dokter keluarga menghormati keputusan medik yang diambil oleh dokter lain dan memperbaiki penatalaksanaan pasien atas kepentingan pasien tanpa merugikan nama dokter lain.

2.3.3. Perkumpulan profesi

Dokter keluarga dalam pelayanan dokter keluarga adalah anggota perkumpulan profesi yang sekaligus menjadi anggota Ikatan Dokter Indonesia dan berpartisipasi pada kegiatan-kegiatan yang ada.

2.4. Standar pengembangan ilmu dan ketrampilan praktik (*Standard of knowledge and skill development*)

Pelayanan dokter keluarga selalu berusaha mengikuti kegiatan-kegiatan ilmiah guna memelihara dan menambah ketrampilan praktik serta meluaskan wawasan pengetahuan kedokteran sepanjang hayatnya.³

2.4.1. Mengikuti kegiatan ilmiah

Pelayanan dokter keluarga memungkinkan dokter yang berpraktik untuk secara teratur dalam lima tahun praktiknya mengikuti kegiatan-kegiatan ilmiah seperti pelatihan, seminar, lokakarya dan pendidikan kedokteran berkelanjutan lainnya.

2.4.2. Program jaga mutu

Pelayanan dokter keluarga melakukan program jaga mutu secara mandiri dan/atau bersama-sama dengan dokter keluarga lainnya, secara teratur ditempat praktiknya.

2.4.3. Partisipasi dalam kegiatan pendidikan

Pelayanan dokter keluarga mempunyai itikad baik dalam pendidikan dokter keluarga, dan berusaha untuk berpartisipasi pada pelatihan mahasiswa kedokteran atau pelatihan dokter.

2.4.4. Penelitian dalam praktik

Pelayanan dokter keluarga mempunyai itikad baik dalam penelitian dan berusaha untuk menyelenggarakan penelitian yang sesuai dengan etika penelitian kedokteran, demi kepentingan kemajuan pengetahuan kedokteran.

2.4.5. Penulisan ilmiah

Dokter keluarga pada pelayanan dokter keluarga berpartisipasi secara aktif dan/atau pasif pada jurnal ilmiah kedokteran.

2.5. Standar partisipasi dalam kegiatan masyarakat di bidang kesehatan (*standard as community leader*)

Pelayanan dokter keluarga selalu berusaha berpartisipasi aktif dalam segala kegiatan peningkatan kesehatan disekitarnya dan siap memberikan pendapatnya pada setiap kondisi kesehatan di daerahnya.³

2.5.1. Menjadi anggota perkumpulan sosial

Dokter keluarga dan petugas kesehatan lainnya yang bekerja dalam pelayanan dokter keluarga, menjadi anggota perkumpulan sosial untuk memluas wawasan pergaulan.

2.5.2. Partisipasi dalam kegiatan kesehatan masyarakat

Bila ada kegiatan-kegiatan kesehatan masyarakat di sekitar tempat praktiknya, pelayanan dokter keluarga bersedia berpartisipasi aktif dalam kegiatan-kegiatan tersebut.

2.5.3. Partisipasi dalam penanggulangan bencana di sekitarnya

Bila ada wabah dan bencana yang mempengaruhi kesehatan di sekitarnya, pelayanan dokter keluarga berpartisipasi aktif dalam penanggulangan khususnya dalam bidang kesehatan.

3. Standar pengelolaan praktik (*Standards of practice management*)³

3.1. Standar sumber daya manusia (*Standard of human resources*)

Dalam pelayanan dokter keluarga, selain dokter keluarga, juga terdapat petugas kesehatan dan pegawai lainnya yang sesuai dengan latar belakang pendidikan atau pelatihannya.

3.1.1. Dokter keluarga

Dokter keluarga yang bekerja pada pelayanan dokter keluarga adalah dokter yang bersertifikat dokter keluarga dan patut menjadi panutan masyarakat dalam hal perilaku kesehatan.

3.1.2. Perawat

Perawat yang bekerja pada pelayanan dokter keluarga telah mengikuti pelatihan pelayanan dengan pendekatan kedokteran keluarga.

3.1.3. Bidan

Bidan yang bekerja pada pelayanan dokter keluarga telah mengikuti pelatihan pelayanan dengan pendekatan kedokteran keluarga.

3.1.4. Administrator klinik

Pegawai administrasi yang bekerja pada pelayanan dokter keluarga, telah mengikuti pelatihan untuk menunjang pelayanan pendekatan kedokteran keluarga.

3.2. Standar manajemen keuangan (*Standard of finance management*)

Pelayanan dokter keluarga mengelola keuangannya dengan manajemen keuangan professional.³

3.2.1. Pencatatan keuangan

Kuangan dalam praktek dokter keluarga tercatat secara seksama dengan cara yang umum dan bersifat transparansi.

3.2.2. Jenis sistim pembiayaan praktik

Manajemen keuangan pelayanan dokter keluarga dikelola sedemikian rupa sehingga dapat mengikuti , baik sistem pembiayaan praupaya maupun sistim pembiayaan *fee-for service*.

3.3. Standar manajemen klinik (*Standard management of clinic for practice*)

Pelayanan dokter keluarga dilaksanakan pada suatu tempat pelayanan yang disebut klinik dengan manajemen yang professional.

3.3.1. Pembagian kerja

Semua personil mengerti dengan jelas pembagian kerjanya masing-masing.

3.3.2. Program pelatihan

Untuk personil yang baru mulai bekerja di klinik diadakan pelatihan kerja (*job training*) terlebih dahulu.

3.3.3. Program kesehatan dan keselamatan kerja (K3)

Seluruh personil yang bekerja di klinik mengikuti prosedur K3 (keselamatan dan kesehatan kerja) untuk pusat pelayanan kesehatan.

3.3.4. Pembahasan administrasi klinik

Pimpinan dan staf klinik secara teratur membahas pelaksanaan administrasi klinik.

4. Standar sarana dan prasarana (*standards of facilities*)³

4.1. Standar fasilitas praktik (*standard of practice facilities*)

Pelayanan dokter keluarga memiliki fasilitas pelayanan kesehatan strata pertama yang lengkap serta beberapa fasilitas pelayanan tambahan sesuai dengan kebutuhan masyarakat sekitarnya.

4.1.1. Fasilitas untuk praktik

Fasilitas pelayanan dokter keluarga sesuai untuk kesehatan dan keamanan pasien, pegawai dan dokter yang berpraktik.

4.1.2. Kerahasiaan dan privasi

Konsultasi dilaksanakan dengan memperhitungkan kerahasiaan dan privasi pasien.

4.1.3. Bangunan dan interior

Bangunan untuk pelayanan dokter keluarga merupakan bangunan permanen atau semi permanen serta dirancang sesuai dengan kebutuhan pelayanan medis strata pertama yang aman dan terjangkau oleh berbagai kondisi pasien.

4.1.4. Alat komunikasi

Klinik memiliki alat komunikasi yang biasa digunakan masyarakat sekitarnya.

4.1.5. Papan nama

Tempat pelayanan dokter keluarga memasang papan nama yang telah diatur oleh organisasi profesi.

4.2. Standar peralatan klinik (*standard of practice equipments*)

Pelayanan dokter keluarga memiliki peralatan klinik yang sesuai dengan fasilitas pelayanannya yaitu pelayanan kedokteran di strata pertama (tingkat primer).

4.2.1. Peralatan medis

Pelayanan dokter keluarga memiliki beberapa peralatan medis yang minimal harus dipenuhi di ruang praktik untuk dapat berpraktik sebagai penyedia layanan strata pertama.

4.2.2. Peralatan penunjang medis

Pelayanan dokter keluarga memiliki beberapa peralatan penunjang medis yang minimal harus dipenuhi di ruang praktik untuk dapat berpraktik sebagai penyedia pelayanan strata pertama.

4.2.3. Peralatan non medis

Pelayanan dokter keluarga memiliki peralatan non medis yang minimal harus dipenuhi di ruang praktik untuk dapat berpraktik sebagai penyedia pelayanan strata pertama.

4.3. Standar proses-proses penunjang praktik (Standard of clinical supports process).³

Pelayanan dokter keluarga memiliki panduan proses-proses yang menunjang kegiatan pelayanan dokter keluarga.

4.3.1. Pengelolaan rekam medik

Pelayanan dokter keluarga menyiapkan, melaksanakan dan mengevaluasi rekam medik dengan dasar rekam medik berorientasikan pada masalah (*problem oriented medical record*).

4.3.2. Pengelolaan rantai dingin

Pelayanan dokter keluarga peduli terhadap pengelolaan rantai beku (*cold chain management*) yang berpengaruh kepada kualitas vaksin atau obat lainnya.

4.3.3. Pengelolaan pencegahan infeksi

Pelayanan dokter keluarga memperhatikan *universal precaution management* yang mengutamakan pencegahan infeksi pada pelayanannya.

4.3.4. Pengelolaan limbah

Pelayanan dokter keluarga memperhatikan sistim pembuangan air kotor dan limbah, baik limbah medis maupun limbah non medis agar ramah lingkungan dan aman bagi masyarakat sekitar klinik.

4.3.5. Pengelolaan air bersih

Pelayanan dokter keluarga mengkonsumsi air bersih atau air yang telah diolah sehingga aman digunakan.

4.3.6. Pengelolaan obat

Pelayanan dokter keluarga melaksanakan sistim pengelolaan obat sesuai prosedur yang berlaku termasuk mencegah penggunaan obat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Prasetyawati A. *Kedokteran Keluarga dan Wawasannya*. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. *Makalah*. 2012
2. Idris F. *Pelayanan Dokter Berbasis Dokter Keluarga di Indonesia*. Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat/Ilmu Kedokteran Komunitas (IKM/IKK) Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya. 2010.
3. Perhimpunan Dokter Keluarga Indonesia. *Standar Profesi Dokter Keluarga*. 2006. Di unduh: http://www.scribd.com/document_downloads/direct/129601834?extension=pdf&ft=1369191721<=1369195331&user_id=18357309&uahk=LjapqQh6xSibVdJ/kXc5hn9YGko
4. Anonimous. *Dasar-dasar Kedokteran Keluarga*. 2010. http://fk.uns.ac.id/static/resensibuku/BUKU_KEDOKTERAN_KELUARGA_.pdf
5. Naldi A. *Jaminan Kesehatan Aceh Mulai Diterapkan*. www.kompas.com



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS SYIAH KUALA

FAKULTAS KEDOKTERAN

DARUSSALAM – BANDA ACEH

Telepon. (0651) 7551843, Fax. (0651) 7551843 Kode Pos. 23111
E-mail : fk_unsyiah@yahoo.com.au, Website : www.fk-unsyiah.com

TANDA TERIMA

NO:13/PP/FK/2013

Telah diterima sebuah karya tulis ilmiah dari:

Nama : dr. Hafni Andayani
Nip : 19810521 201212 2 002
Fakultas/ Bagian : Kedokteran/ IKM/ IKK
Judul : Kedokteran Keluarga

Demikian tanda terima ini dibuat, untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Banda Aceh, 03 Oktober 2014
Staff Perpustakaan



Itamayana, SE
NIK.198407282006012101