

Layanan Primer dan Profesi Kita

Tjahjono D. Gondhowiardjo

Saat ini, peran Layanan Kesehatan Primer khususnya Dokter Layanan Primer ramai dibicarakan masyarakat kedokteran Indonesia. Hal ini terkait dengan diterapkannya pola pelayanan kesehatan nasional berdasarkan Undang Undang Republik Indonesia nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan nomor 1 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, PP RI nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Peraturan BPJS nomor 1 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (penapisan kasus di layanan primer ke layanan sekunder) dan UU RI nomor 20 tahun 2013 Pendidikan Kedokteran; pasal 7 dan tentang Dokter Layanan Primer.

Berbagai aturan perundangan tersebut menyatakan bahwa awal dan mayoritas pelayanan kesehatan bagi masyarakat berada di sarana layanan primer, yang ditangani oleh Dokter Layanan Primer, yaitu 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.¹ Dokter Layanan Primer telah melalui pendidikan khusus sedikitnya selama 3 tahun sehingga dinyatakan setara dengan Dokter Spesialis.

Apapun kontroversi yang timbul terkait keberadaan Dokter Layanan Primer, kita sebagai profesi perlu mendeskripsikan kompetensi Oftalmologi yang bisa dan perlu didelegasikan bagi sejawat di strata layanan primer. Kalimat tersebut dapat mengundang pertanyaan mengapa kita harus “berbagi” atau “membagikan” kompetensi klinik kita kepada sejawat di strata pelayanan tersebut. Tanpa pengertian dan kesadaran mengapa hal itu harus kita lakukan, tentunya sulit bagi setiap profesi spesialisik untuk dapat berkomitmen membagi dan membimbing mereka untuk mencapai tingkat kompetensi yang akan dibagikan kepada mereka.

Mengacu pada Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) yang dibuat oleh Konsil Kedokteran Indonesia tahun 2012, terdapat empat tingkatan kemampuan yang harus dicapai oleh seorang dokter yaitu mengenali dan menjelaskan gambaran klinik penyakit dan mampu mencari informasi tambahan, serta menentukan rujukan yang tepat dan mampu menindaklanjuti rujukan balik (tingkat kemampuan 1), tingkat kemampuan 2 adalah mampu membuat diagnosis, menentukan rujukan yang tepat dan mampu menindaklanjuti rujukan balik kasus tersebut. Sedangkan tingkat kemampuan 3 adalah mampu mendiagnosis dan melakukan penatalaksanaan awal penyakit tersebut dan menentukan alur rujukan yang paling tepat serta mampu menindaklanjuti rujukan balik; dan tingkat kemampuan 4 (mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan mandiri secara tuntas) dalam aspek pengetahuan tentang penyakit, maupun dalam aspek keterampilan pemeriksaan fisik. Tingkatan kompetensi tersebut dibagi lagi dalam kategori A untuk keadaan yang bukan gawat darurat dan kategori B untuk keadaan gawat darurat. Kompetensi kategori B diharapkan akan tercapai setelah dokter tersebut melakukan *intership* atau pendidikan dokter berkelanjutan.

Marilah kita lihat dan kaji bersama tingkatan kompetensi dokter umum berdasarkan SKDI dalam bidang oftalmologi untuk dapat ikut berperan dan membantu tugas utama profesi kita yaitu melakukan kegiatan pencegahan dan penanggulangan kebutaan di masyarakat. SKDI mengelompokkan Oftalmologi dalam ruang lingkup sistim Indera dengan 17 topik. Pengetahuan tentang penyakit/keadaan yang harus dicapai

dengan tingkatan kompetensi 3 yang dapat dikaitkan dengan potensi kebutaan adalah keratitis, xeroftalmia, hifema, hipopion dan iritis/siklitis serta glaukoma akut dan glaukoma lainnya. Sedangkan tingkatan kompetensi 4 adalah kelainan refraksi ringan (hipermetropia, myopia, astigmatisma) pada orang dewasa. Pada aspek keterampilan, dokter umum disyaratkan telah mencapai tingkatan kompetensi 4 dalam keterampilan melakukan pemeriksaan tajam penglihatan, posisi bola mata, melakukan refraksi pada orang dewasa, pemeriksaan/inspeksi segment depan mata dengan senter dan *loope*, mengukur tekanan bola mata dengan palpasi dan dengan tonometer Schiotz. Pemeriksaan segment posterior dengan funduskopi. Dalam konteks tersebut, kita sadari bahwa kompetensi keterampilan terkait dengan keberadaan sarana/fasilitas medik yang kita ketahui tidak tersedia dengan merata. Perlu diketahui bahwa pembuatan kompetensi SKDI yang dibuat berdasarkan kurikulum pada fakultas kedokteran dibidang Oftalmologi tidak melibatkan unsur organisasi profesi (Perdami maupun Kolegium).

Mengacu pada standar kompetensi diatas, secara nyata terlihat bahwa dokter umum tidak atau kurang dapat berperan membantu profesi kita dalam menanggulangi masalah kebutaan, misalnya dalam masalah glaukoma dan retinopati diabetik. Survey yang dilakukan pada 82 Dokter Layanan Primer di Israel, menyatakan walaupun mereka telah mampu melakukan deteksi dini glaukoma, merujuk dan menganjurkan pemeriksaan rutin oleh Spesialis Mata, serta meresepkan ulang obat-obat glaukoma sudah relatif sudah optimal (93%-99%); namun, 60% diantara mereka menyatakan tidak atau kurang pengetahuan dan kompeten untuk memberikan perawatan yang benar, 54% diantaranya menyatakan tidak cukup mengenal potensi efek samping obat-obatan dan 46% tidak cukup mengenal terapi alternative apabila terjadi efek samping obat-obat tersebut.²

Sehubungan dengan itu, Komisi Layanan Primer dan Para-oftalmologi Kolegium Oftalmologi Indonesia atas permintaan Ikatan Dokter Indonesia (bersama Kementerian Kesehatan) telah membuat modul-modul penambahan kompetensi bagi dokter umum. Apabila kita, secara aktif ikut menyebarluaskan dan melakukan aktivitas penambahan kompetensi ini tanpa menunggu terlaksananya proyek peningkatan kompetensi oleh Kementerian Kesehatan, maka upaya penanggulangan dan penuntasan kebutaan akan semakin berjaya. Disisi lain, perlu kita sadari bahwa semakin banyak kita dapat membagikan kompetensi untuk melakukan skrining dan pengamatan lanjutan (rujukan balik) pada penyakit yang terkait dengan kondisi sistemik atau kronik; maka terbuka kesempatan kita untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kita sendiri, yang pada gilirannya akan meningkatkan kepuasan pasien dan penghargaan terhadap tingkat profesionalitas pribadi.

Primary Health Care and Our Profession

Tjahjono D. Gondhowiardjo

Nowadays, the role of Primary Health Care especially Primary Care Physician is a hot issue in the Indonesian Medical community. This is due to the implementations of the so-called National Health System and National Social Security System and the role of the National Health Care and Social Security Agency in regulating the referral system. Moreover, base to the implementation of the 2013 Medical Education Act which stated new type of physicians in Indonesia, the so-called Primary Care Physician (PCP).

Those regulations confirm that the entry and most health care will be provided within the primary care institutions which will be serve by the Primary Care Physicians (PCP). By definition the PCP is a specialized in general medicine, which will consistently applied the Family Medicine principles, supported by the Community Medicine and Community Health vision. Moreover, they will have the competence to lead and provide services at the Primary Health Care institution.¹

Whatever the controversy aroused in relation to this newly type PCP; we as a profession organization have to decide and describe what types of diseases and to which competency level we could and should share our competency to the PCP. However, without deep understanding why that we should committed to share and trained them to reached that competency level.

The 2012 Indonesian Medical Council decree on Standard of Indonesian Medical Doctor Competency that there are four levels of competencies, range from recognized and describes signs and symptoms; ability to search any further information in relations to the particular diseases; able to make a diagnosis and decide prompt referring to medical specialization and able to conduct follow up; and have the competence to manage that particular disease either in emergency and or chronic situations. There are 17 competency topics in Ophthalmology that are included in these standard of competency.

In the view of our main profession duty to prevents and handling avoidable blindness, level 3 competencies are in keratitis, xerophthalmia, hyphema, hypopion and iritis/cyclitis, acute glaucoma and others type of glaucoma. While level 4 competencies are diagnose and manage mild refraction errors (hyperopya, myopia, astigmatism) in adults. In the view of skills, they have to be competent to assess visual acuity and conducts refraction in adult, assess eyeball position, inspect the anterior segment of the eye by using loope, do direct funduscopy and measure intraocular pressure using Schiotz' tonometry. However, we should realize that such skills are depends on the particular medical device availability. Lastly, unfortunately our society nor college is never been invited to involve in the development of that particular standard of competency.

Based on the written Ophthalmology Competency Standard, we assumed that the general practitioners may not be able to play an optimal role in the prevention of blindness; for example in early detection and follow up management of the glaucoma and diabetic retinopathy. A survey involving 82 Israeli PCP revealed that though in general, they do claim the competence in early detection of glaucoma, make a prompt referral and consistently suggest their patients to have a routine follow up to the ophthalmologist and prescribe the glaucoma medication; however, about 60% of them confess that they still have lack of knowledge and competence to conduct the right care. Moreover, 54% out of them do not exactly know what are the side effects of glaucoma drugs and 46% of them do not know anything about alternative therapy when the side effects happen.²

Recently, the Indonesian College of Ophthalmology has been in cooperation with the Indonesian Medical Association (and Ministry of Health) to propose severals ophthalmology competencies to additional moduls for general practitioners. We do hope that our active participation disseminate and committ to conduct additional competency training in Ophthalmology, will yield in a fruitfull impact to the prevention of blindness activity in our community. Furthermore, it should be realized that the more active we deliver the competency to make early detection and follow up treatment, it will widely open an opportunity to ourselves to improve our quantity and quality of services to our patients; which will in turn raising the patient's satisfaction and our professional credibility.

Reference:

1. Perhimpunan Dokter Spesialis Layanan Primer Indonesia. Tanya jawab tersering (frequently ask questions) dokter spesialis layanan primer. Jakarta: Kolegium Ilmu Kedokteran Layanan Primer Indonesia; 2015
2. Albina Rotshtein, Khaled Karkabi, Orna Geyer, Orit Cohen Castel. Primary care physicians' role perception and self-reported performance in glaucoma care: a survey study. BMC Research Notes 2015;8(776):1-6