

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengetahuan

A.1. Definisi

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan hasil yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2003).

A.2 Tingkat Pengetahuan

Ada enam tingkatan pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif, yaitu (Notoatmodjo, 2003):

1. Tahu

Tahu dapat diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali terhadap sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2. Memahami

Memahami dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi

Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi yang sebenarnya. Aplikasi dapat diartikan sebagai

penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang nyata.

4. Analisis

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih berada dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih berkaitan satu sama lain.

5. Sintesis

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek atau materi. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

A.3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu (Notoatmodjo, 2003):

1. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang.

2. Tingkat pendidikan

Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

3. Keyakinan

Keyakinan biasanya diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan tersebut bersifat positif maupun negatif.

4. Fasilitas

Fasilitas-fasilitas sebagai sumber informasi dapat memengaruhi pengetahuan seseorang, contohnya radio, televisi, majalah, koran dan buku.

5. Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Seseorang dengan penghasilan cukup besar akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas-fasilitas sumber informasi.

6. Sosial budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

A.4. Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Pengukuran tingkat pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau kuesioner yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2003).

B. Sistem Pelayanan Kesehatan

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan dalam dasawarsa terakhir masih menghadapi berbagai masalah yang belum sepenuhnya dapat diatasi. Untuk itu diperlukan pemantapan dan percepatan melalui Sistem Kesehatan Nasional (SKN) sebagai bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang disertai berbagai terobosan penting (Depkes RI, 2009).

SKN adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka

mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Dasar 1945 (Depkes RI, 2009).

SKN terbagi dalam beberapa subsistem, yaitu (Depkes RI, 2009):

1. Subsistem upaya kesehatan
2. Subsistem pembiayaan kesehatan
3. Subsistem Sumber Daya Manusia kesehatan
4. Subsistem Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan
5. Subsistem manajemen dan informasi kesehatan
6. Subsistem pemberdayaan masyarakat

Subsistem Upaya Kesehatan dalam SKN adalah bentuk dan cara penyelenggaraan upaya kesehatan yang paripurna, terpadu, dan berkualitas, meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, yang diselenggarakan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam penyelenggaraannya, upaya kesehatan, mencakup kesehatan fisik, mental, termasuk kecerdasan dan sosial. Upaya kesehatan dilaksanakan dalam tingkatan upaya sesuai dengan kebutuhan medik dan kesehatan. Terdapat tiga tingkatan upaya, yaitu (Depkes RI, 2009):

1. Upaya kesehatan primer

Upaya kesehatan primer adalah pelayanan kesehatan dimana terjadi kontak pertama sebagai proses awal pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan primer memberikan penekanan terhadap pelayanan pengobatan, pemulihan kesehatan tanpa mengabaikan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

Pelayanan kesehatan primer diselenggarakan oleh tenaga kesehatan yang dibutuhkan dan mempunyai kompetensi. Pelayanan kesehatan primer dapat dilaksanakan di rumah, tempat kerja, maupun fasilitas kesehatan primer seperti Puskesmas dan jaringannya, serta fasilitas kesehatan lainnya milik pemerintah, masyarakat, maupun swasta. Dilaksanakan dengan dukungan pelayanan kesehatan sekunder dalam sistem rujukan yang bersifat timbal balik.

2. Upaya kesehatan sekunder

Upaya kesehatan sekunder adalah pelayanan kesehatan rujukan lanjutan. Pelayanan kesehatan sekunder menyediakan pelayanan spesialisik yang menerima rujukan dari pelayanan kesehatan primer. Pelayanan kesehatan sekunder dilaksanakan oleh dokter spesialis atau dokter yang sudah mendapatkan pendidikan khusus dan mempunyai izin praktik serta didukung tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan. Pelayanan kesehatan sekunder dilaksanakan di tempat kerja maupun fasilitas kesehatan sekunder seperti rumah sakit setara kelas C dan fasilitas kesehatan lainnya milik pemerintah, masyarakat, maupun swasta.

3. Upaya kesehatan tersier

Upaya kesehatan tersier adalah pelayanan kesehatan rujukan unggulan. Pelayanan kesehatan tersier menerima rujukan sub-spesialistik dari pelayanan kesehatan di bawahnya, dan wajib merujuk kembali ke fasilitas kesehatan yang merujuk.

Pelaksana pelayanan kesehatan tersier adalah dokter sub-spesialis atau dokter spesialis yang telah mendapatkan pendidikan khusus atau pelatihan dan mempunyai izin praktik serta didukung oleh tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan. Pelayanan kesehatan perorangan tersier dilaksanakan di rumah sakit umum, rumah sakit khusus setara kelas A dan B, baik milik pemerintah maupun swasta yang mampu memberikan pelayanan kesehatan sub-spesialistik dan klinik khusus, seperti pusat radioterapi.

C. Dokter Keluarga

C.1. Definisi

Dokter keluarga dapat didefinisikan sebagai berikut (Prasetyawati, 2010):

1. Dokter keluarga adalah dokter yang mengutamakan penyediaan pelayanan komprehensif bagi semua orang yang mencari pelayanan kedokteran, dan mengatur pelayanan oleh provider lain bila diperlukan. Dokter keluarga adalah seorang generalis yang menerima semua orang yang membutuhkan pelayanan

kedokteran tanpa adanya batasan usia, jenis kelamin, ataupun jenis penyakit. Dokter keluarga juga mengasuh individu sebagai bagian dari keluarga dan dalam lingkup komunitas dari individu tersebut, tanpa membedakan ras, budaya, dan tingkat sosial. Secara klinis, dokter keluarga berkompeten untuk menyediakan pelayanan dengan sangat mempertimbangkan dan memperhatikan latar belakang budaya, sosioekonomi dan psikologi pasien. Dokter keluarga juga bertanggung jawab atas berlangsungnya pelayanan yang komprehensif dan berkesinambungan bagi pasiennya (WONCA, 1991).

2. Dokter keluarga adalah dokter yang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada komunitas dengan titik berat kepada keluarga, tidak hanya memandang penderita sebagai individu yang sakit tetapi juga sebagai bagian dari unit keluarga dan tidak hanya menanti secara pasif, tetapi bila perlu aktif mengunjungi penderita atau keluarganya (IDI, 1982).
3. Dokter keluarga adalah dokter yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama, holistik, komprehensif dan berkesinambungan kepada pasiennya yang terkait dengan keluarga, komunitas serta lingkungan dimana pasien tersebut berada. (*Singapore College of General Practitioners, 1987*).

Cabang ilmu kedokteran yang diterapkan pada pelayanan dokter keluarga disebut dengan nama ilmu kedokteran keluarga. Definisi ilmu kedokteran keluarga diantaranya adalah (Prasetyawati, 2010):

1. Ilmu kedokteran keluarga adalah ilmu yang mencakup seluruh spektrum ilmu kedokteran yang orientasinya adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama yang berkesinambungan dan menyeluruh kepada satu kesatuan individu, keluarga dan masyarakat dengan memperhatikan faktor-faktor lingkungan, ekonomi dan sosial budaya (Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, 1983).
2. Ilmu kedokteran keluarga adalah salah satu cabang ilmu kedokteran yang ditandai dengan terdapatnya suatu kelompok pengetahuan kedokteran yang bersifat khusus (WONCA, 1979).

C.2 Sejarah Perkembangan Dokter Keluarga

Pelayanan dokter keluarga yang memusatkan perhatian pada masalah-masalah kesehatan keluarga secara menyeluruh sebenarnya bukan merupakan hal yang baru. Dokter keluarga muncul dilatarbelakangi oleh terbentuk kelompok-kelompok pelayanan kesehatan akibat terjadinya perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi dalam ilmu kedokteran. Perkembangan tersebut di samping mendatangkan banyak manfaat yakni semakin meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, yang antara lain ditandai dengan turunnya angka kesakitan, angka kecacatan dan angka kematian, ternyata juga mendatangkan banyak masalah. Salah satu masalah yang dipandang cukup penting adalah semakin berkurangnya minat dokter menyelenggarakan pelayanan dokter umum (Prasetyawati, 2010).

Semakin berkembangnya spesialisasi dan sub-spesialisasi, secara bertahap membuat minat dokter menyelenggarakan pelayanan dokter umum semakin berkurang. Keadaan tersebut menyebabkan timbulnya berbagai masalah lainnya. Berbagai masalah yang dimaksud jika diperinci menurut subsistem kesehatan secara singkat dapat diuraikan sebagai berikut (Prasetyawati, 2010):

1. Subsistem pelayanan kesehatan

Masalah yang paling menonjol yang ditemukan adalah pelayanan kesehatan tersebut menjadi terkotak-kotak dan sangat tergantung pada berbagai pelayanan kesehatan yang lebih majemuk. Keadaan seperti ini tentu merugikan masyarakat, karena masyarakat akan sulit mendapatkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh.

Pada akhirnya, masyarakat seperti berbelanja ke banyak toko. Berpindah dari satu tempat ke tempat lain, tanpa tahu kegunaan dan manfaatnya. Lebih lanjut lagi dampak yang ditimbulkan akibat pelayanan yang terkotak-kotak ini adalah hubungan dokter dan pasien menjadi renggang. Sering ditemukan perhatian dokter hanya terhadap keluhan yang disampaikan, bukan terhadap pasien secara keseluruhan.

2. Subsistem pembiayaan kesehatan

Masalah yang paling menonjol yang ditemukan pada sub-sistem pembiayaan kesehatan adalah peningkatan pembiayaan kesehatan. Peningkatan pembiayaan kesehatan tersebut bukan saja karena telah digunakannya berbagai peralatan canggih, tetapi juga karena pelayanan kesehatan tersebut telah terkotak-kotak yang mengakibatkan pemeriksaan kedokteran yang sama sering dilakukan berulang-ulang.

Ditemukan pula masalah lainnya pada dokter-dokter yang tetap menyelenggarakan pelayanan dokter umum, masalah tersebut adalah mutu pelayanan yang diselenggarakan jauh dari memuaskan. (Prasetyawati, 2010).

Sulitnya mendapatkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh melatarbelakangi terbentuknya kerjasama antara *World Health Organization* (WHO) dan *World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians* (WONCA) untuk mencapai kesatuan dalam bidang kesehatan. Pada tahun 1994, WHO dan WONCA menyusun rekomendasi agar Sistem Pelayanan Dokter Keluarga (SPDK) diterapkan di setiap negara dan pendidikan dokter diarahkan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan dokter keluarga (Wonodirekso, 2009).

C.3. Perkembangan Dokter Keluarga di Indonesia

Gerakan untuk mengembangkan dokter keluarga di Indonesia dimulai sejak didirikannya Kelompok Studi Dokter Keluarga (KSDK) di Jakarta pada tanggal 20 Desember 1981 oleh sekelompok dokter yang peduli untuk meningkatkan pelayanan primer (Wonodirekso dan Pattiradjawane, 2010). Untuk lebih meningkatkan program kerja, KSDK menjadi anggota WONCA pada tahun 1986 dan Ikatan Dokter Indonesia (IDI) pada tahun 1988. Pada Tahun 1990 melalui kongres kedua di Bogor, nama organisasi diubah menjadi **Kolese Dokter Keluarga Indonesia** (KDKI) (Prasetyawati, 2010). Pada Kongres Nasional VI di Surabaya tahun 2003, KDKI diresmikan sebagai perhimpunan profesi yang

disebut dengan nama Perhimpunan Dokter Keluarga Indonesia (PDKI), yang anggotanya terdiri atas dokter praktik umum yang tersebar di seluruh Indonesia. Dalam Kongres Nasional ke VII di Makassar tahun 2006, didirikan Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga (KIKK) dan telah dilaporkan ke IDI dan Masyarakat Kestabilan dan Kendali Indonesia (MKKI). Atas anjuran dan himbauan IDI, KIKK digabung dengan Kolegium Dokter Indonesia (KDI) karena keduanya menerbitkan sertifikat kompetensi untuk Dokter Layanan Primer (DLP). Setelah melalui diskusi yang berkepanjangan, akhirnya keduanya digabung dan disebut dengan nama Kolegium Dokter dan Dokter Keluarga Indonesia (KDDKI) yang untuk sementara melanjutkan tugasnya masing-masing (Qomariah, 2011).

Hingga kini PDKI sudah menyelenggarakan delapan kali kongres nasional. Pada tahun 1996, PDKI telah memulai pelatihan dokter keluarga (paket A dan B) yang pertama. Sebagian dari dokter praktik umum yang telah mengikuti pelatihan dokter keluarga ini telah menerima gelar dokter keluarga melalui program Konversi Dokter Praktik Umum (DPU) – Dokter Keluarga (DK) pada Kongres Nasional PDKI ke VIII di Bandung tahun 2008. PDKI juga telah menyusun suatu program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (CPD) yang perlu diikuti para dokter keluarga selama lima tahun guna resertifikasi kompetensi CPD tersebut (Wonodirekso dan Pattiradjawane, 2010).

Untuk mempersiapkan pelayanan dokter keluarga lebih lanjut, PDKI pada Kongres ke VI di Surabaya telah memformulasikan standar profesi dan standar praktik dokter keluarga. Standar tersebut dimaksudkan untuk mengarahkan para praktisi di lapangan, mewujudkan sarana pelayanan dokter keluarga dan pemberian perizinan praktik dokter keluarga oleh departemen kesehatan/dinas kesehatan terkait (Prasetyawati, 2010).

Kedokteran keluarga telah masuk dalam KIPDI III, sehingga diharapkan lulusan fakultas kedokteran adalah dokter yang mampu melakukan pendekatan kedokteran keluarga. Telah terbentuk sub-bagian tersendiri untuk ilmu kedokteran keluarga di bawah Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas di FKUI sejak hampir 20 tahun yang lalu dan sub-bagian tersebut telah mengembangkan klinik dokter keluarga sebagai model percontohan dan untuk mendidik mahasiswa dalam

pelayanan dokter keluarga (Lubis, 2008). Kedokteran keluarga juga telah mendapatkan perhatian di pusat-pusat pendidikan kedokteran seperti di FKUI, FK UGM, FK UNS, dan FK UNHAS. FK UNS telah menjalankan program magister dokter keluarga (Wonodirekso dan Pattiradjawane, 2010).

Berbagai kebijakan dalam bidang kesehatan di Indonesia telah menetapkan prinsip kedokteran keluarga dalam penyelenggaraannya. SKN tahun 2004 menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan primer tidak lagi diselenggarakan oleh Puskesmas melainkan diserahkan kepada masyarakat dan sektor swasta dengan pendekatan kedokteran keluarga apabila sistem jaminan kesehatan nasional telah berkembang.. Selain itu, terdapat pula perubahan konotasi dalam UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN yang mulai menerapkan konsep pelayanan dokter keluarga dalam penyelenggaraan jaminan sosial, yaitu: Sejalan dengan pengembangan Sistem Jaminan Sosial Nasional bidang kesehatan, pemerintah tidak lagi menyelenggarakan pelayanan kesehatan individu melalui Puskesmas (Depkes RI, 2009).

C.4. Prinsip-prinsip pelayanan dokter keluarga

Prinsip-prinsip pelayanan dokter keluarga di Indonesia mengikuti anjuran (*World Health Organization*) WHO dan WONCA yang mencantumkan prinsip-prinsipnya dalam banyak terbitan. Prinsip-prinsip tersebut merupakan kesimpulan untuk dapat meningkatkan kualitas layanan dokter primer dalam melaksanakan pelayanan kedokteran. Prinsip-prinsip pelayanan/pendekatan kedokteran keluarga adalah mewujudkan (Prasetyawati, 2010):

1. Pelayanan yang holistik dan komprehensif.
2. Pelayanan yang kontinu.
3. Pelayanan yang mengutamakan pencegahan.
4. Pelayanan yang koordinatif dan kolaboratif.
5. Pelayanan yang personal bagi setiap pasien sebagai bagian integral dari keluarganya.
6. Pelayanan yang mempertimbangkan keluarga, lingkungan kerja dan lingkungan tempat tinggalnya.

7. Pelayanan yang menjunjung tinggi etika dan hukum.
8. Pelayanan yang dapat diaudit dan dapat dipertanggung jawabkan.
9. Pelayanan yang sadar biaya dan sadar mutu.

C.5. Karakteristik Pelayanan Dokter Keluarga

IDI melalui muktamar ke-18 di Surakarta tahun 1982 merumuskan karakteristik pelayanan dokter keluarga sebagai berikut (Prasetyawati, 2010):

- a. Melayani penderita tidak hanya sebagai orang per orang melainkan sebagai anggota satu keluarga dan bahkan sebagai anggota masyarakat sekitarnya
- b. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan memberikan perhatian kepada penderita secara lengkap dan sempurna, jauh melebihi jumlah keseluruhan keluhan yang disampaikan
- c. Mengutamakan pelayanan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan seoptimal mungkin, mencegah timbulnya penyakit dan mengenal serta mengobati penyakit sedini mungkin
- d. Mengutamakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan berusaha memenuhi kebutuhan tersebut sebaik-baiknya
- e. Menyediakan dirinya sebagai tempat pelayanan kesehatan tingkat pertama dan bertanggung jawab pada pelayanan kesehatan lanjutan.

C.6. Standar Pelayanan Dokter Keluarga

Pelayanan yang diberikan oleh dokter keluarga harus memenuhi beberapa standar berikut ini, yaitu (Perhimpunan Dokter Keluarga Indonesia, 2006):

1. Standar pemeliharaan kesehatan di klinik
 - A. Standar pelayanan paripurna

Pelayanan yang disediakan oleh dokter keluarga adalah pelayanan medis strata pertama untuk semua orang yang bersifat paripurna, yaitu termasuk pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit dan proteksi khusus (preventif), pemulihan kesehatan (kuratif), pencegahan kecacatan dan rehabilitasi setelah sakit dengan memerhatikan kemampuan sosial dengan mediko legal etika kedokteran.

B. Standar pelayanan medis

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

C. Standar pelayanan menyeluruh

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.

D. Standar pelayanan terpadu

Pelayanan yang diberikan 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.

E. Standar pelayanan berkesinambungan

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

2. Standar perilaku dalam praktik

A. Standar perilaku terhadap pasien

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 dilaksanakan.

B. Standar perilaku dengan mitra kerja di klinik

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

C. Standar perilaku dengan sejawat

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

D. Standar pengembangan ilmu dan keterampilan praktik

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

E. Standar partisipasi dalam kegiatan masyarakat di bidang kesehatan

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

3. Standar pengelolaan praktik

A. Standar sumber daya manusia

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

B. Standar manajemen keuangan

Pelayanan dokter keluarga mengelola keuangannya dengan manajemen keuangan profesional. BPJS melakukan pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama secara prapaya berdasarkan kapitasi atas jumlah peserta yang terdaftar di fasilitas kesehatan tingkat pertama (Peraturan Presiden Republik Indonesia, 2013).

C. Standar manajemen klinik

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

4. Standar sarana dan prasarana

A. Standar fasilitas praktik

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

B. Standar peralatan klinik

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

C. Standar proses-proses panunjang praktik

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

C.7. Tujuan Pelayanan Dokter Keluarga

Tujuan pelayanan dokter keluarga mencakup bidang yang amat luas. Jika disederhanakan secara umum dapat dibedakan atas dua macam, yaitu (Prasetyawati, 2010):

1. Tujuan umum

Tujuan umum pelayanan dokter keluarga sama dengan tujuan pelayanan kedokteran dan atau pelayanan kesehatan pada umumnya, yakni mewujudkan keadaan sehat bagi setiap anggota keluarga.

2. Tujuan khusus

a. Terpenuhinya kebutuhan keluarga akan pelayanan kedokteran yang lebih efektif

Dibandingkan dengan pelayanan kedokteran lainnya, pelayanan dokter keluarga memberikan pelayanan yang lebih efektif. Hal tersebut disebabkan karena pelayanan dokter keluarga memberikan perhatian tidak hanya ditujukan pada keluhan yang disampaikan pasien saja, pelayanan yang diberikan memandang pasien sebagai manusia seutuhnya, sebagai bagian dari anggota keluarga dan lingkungannya sehingga pengelolaan suatu masalah kesehatan dapat dilakukan secara sempurna dan lebih memuaskan.

- b. Terpenuhinya kebutuhan keluarga akan pelayanan kesehatan yang efisien

Dibandingkan dengan pelayanan kedokteran lainnya, pelayanan dokter keluarga memberikan pelayanan yang lebih efisien. Hal ini disebabkan karena pelayanan dokter keluarga lebih mengutamakan pelayanan pencegahan penyakit dan pelayanan yang diselenggarakan bersifat menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan pencegahan penyakit yang diutamakan dan dipertahakan secara berkesinambungan dapat menurunkan angka kesakitan menurunkan biaya kesehatan. Hal yang sama juga ditemukan pada pelayanan yang menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan tersebut dapat menghindari tindakan dan pemeriksaan dokter yang berulang-ulang yang berperan besar dalam mencegah pemborosan dana kesehatan.

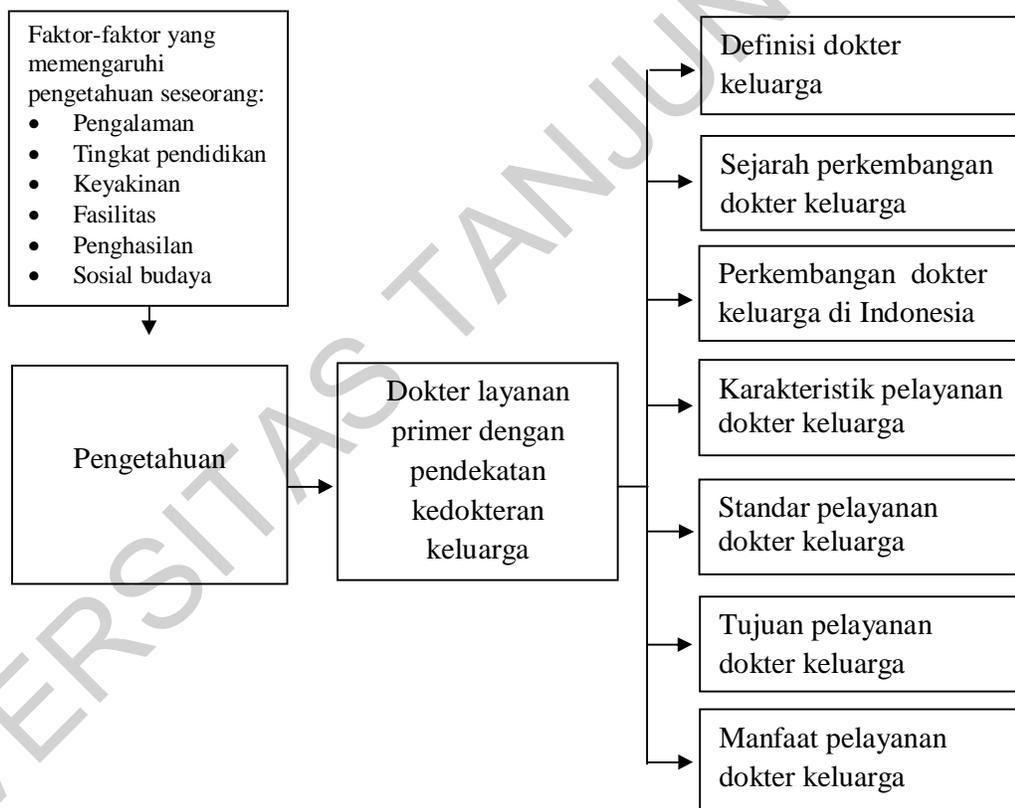
C.8. Manfaat Pelayanan Dokter Keluarga

Banyak manfaat yang akan diperoleh apabila pelayanan dokter keluarga dapat diselenggarakan dengan baik. Manfaat yang dimaksud antara lain adalah (Prasetyawati, 2010):

1. Terselenggaranya penanganan kasus penyakit dimana pasien merupakan manusia seutuhnya, bukan hanya penanganan terhadap keluhan yang disampaikan pasien.
2. Terselenggaranya pelayanan pencegahan penyakit dan dijamin kesinambungan pelayanan kesehatan.
3. Apabila dibutuhkan pelayanan spesialis, pengaturannya akan lebih baik dan terarah, terutama di tengah-tengah kompleksitas pelayanan kesehatan saat ini.
4. Terselenggaranya pelayanan kesehatan yang terpadu sehingga penanganan suatu masalah kesehatan tidak menimbulkan berbagai masalah lainnya.
5. Jika seluruh anggota keluarga ikut serta dalam pelayanan kesehatan, maka segala keterangan tentang keluarga tersebut, baik keterangan kesehatan maupun keterangan sosial dapat dimanfaatkan dalam menangani masalah kesehatan yang sedang dihadapi.

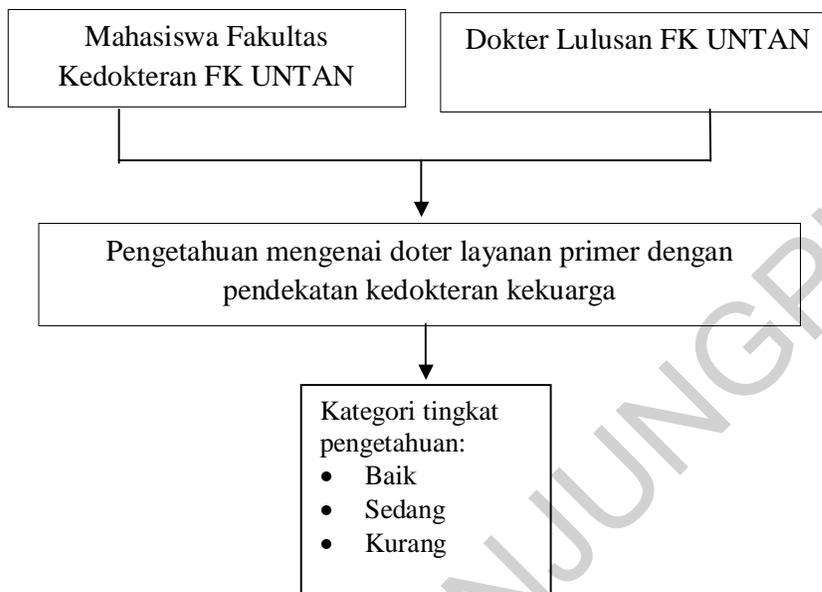
6. Dapat diperhitungkan berbagai faktor yang mempengaruhi timbulnya penyakit, termasuk faktor sosial dan psikologis.
7. Terselenggaranya penanganan kasus penyakit dengan tata cara yang lebih sederhana dan tidak begitu mahal sehingga dapat meringankan biaya kesehatan.
8. Mencegah pemakaian berbagai peralatan kedokteran canggih yang memberatkan biaya kesehatan.

D. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

E. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

F. Hipotesis

Terdapat perbedaan tingkat pengetahuan mengenai dokter layanan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga antara mahasiswa PSPD FK Untan dan dokter lulusan FK Untan.