



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.1208, 2019

KKI. Profesi. Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga
Layanan Primer. Standar Pendidikan.

**PERATURAN KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA
NOMOR 65 TAHUN 2019
TENTANG
STANDAR PENDIDIKAN PROFESI
DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KETUA KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk menghasilkan dokter yang memiliki kemampuan akademik dan profesional dalam memberikan pelayanan kesehatan komprehensif yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada komunitas sesuai dengan latar belakang budaya di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama diperlukan standar pendidikan profesi bagi dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer;
- b. bahwa Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer telah disusun oleh Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia berkoordinasi dengan kementerian dan pemangku kepentingan terkait serta telah diusulkan kepada Konsil Kedokteran Indonesia untuk disahkan;
- c. bahwa sesuai dengan ketentuan Pasal 7 ayat (1) huruf b dan Pasal 26 ayat (1) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Konsil Kedokteran Indonesia memiliki tugas untuk mengesahkan Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran

Kedokteran Keluarga Layanan Primer sebagai salah satu standar pendidikan di bidang ilmu kedokteran;

- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia tentang Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 2. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 132, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5434);
 3. Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2017 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 303, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6171);
 4. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 26 Tahun 2016 tentang Rekognisi Pembelajaran Lampau (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 723);
 5. Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Nomor 18 Tahun 2018 tentang Standar Nasional Pendidikan Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 693);
 6. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 1 Tahun 2011 tentang Organisasi dan Tata Kerja Konsil Kedokteran Indonesia (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 351) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 36 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 1 Tahun 2011 tentang Organisasi dan Tata Kerja

Konsil Kedokteran Indonesia (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1681);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA TENTANG STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER.

Pasal 1

Konsil Kedokteran Indonesia mengesahkan Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer.

Pasal 2

- (1) Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer disusun berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Kedokteran.
- (2) Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat:
 - a. Standar Kompetensi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer;
 - b. Standar Isi;
 - c. Standar Proses Pencapaian Kompetensi Berdasarkan Tahap Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer;
 - d. Standar Rumah Sakit Pendidikan;
 - e. Standar Wahana Pendidikan Kedokteran;
 - f. Standar Dosen;
 - g. Standar Tenaga Kependidikan;
 - h. Standar Penerimaan Calon Mahasiswa;
 - i. Standar Sarana dan Prasarana;
 - j. Standar Pengelolaan;
 - k. Standar Pembiayaan;
 - l. Standar Penilaian Program Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer;

- m. Standar Penelitian Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer;
 - n. Standar Pengabdian kepada Masyarakat;
 - o. Standar Kontrak Kerja Sama Wahana Pendidikan Kedokteran dengan Perguruan Tinggi Penyelenggara Pendidikan Kedokteran;
 - p. Standar Pemantauan dan Pelaporan Pencapaian Program Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer; dan
 - q. Standar Pola Pemberian Insentif untuk Mahasiswa Program Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer.
- (3) Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang disahkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia tercantum dalam Lampiran I, Lampiran II, Lampiran III, Lampiran IV, Lampiran V, dan Lampiran VI yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia ini.

Pasal 3

- (1) Perguruan tinggi yang menyelenggarakan pendidikan dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer harus menerapkan Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, dalam mengembangkan kurikulum pendidikan.
- (2) Perguruan tinggi yang akan mengembangkan kurikulum pendidikan dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer harus mengacu pada Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer untuk menjamin mutu program pendidikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 4

Perguruan tinggi harus memenuhi Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer sebagai kriteria minimal pada penyelenggaraan pendidikan dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer.

Pasal 5

- (1) Konsil Kedokteran Indonesia melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer pada penyelenggaraan pendidikan dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer.
- (2) Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Konsil Kedokteran Indonesia memberikan rekomendasi kepada perguruan tinggi untuk mengembangkan sistem penjaminan mutu internal sebagai proses penjaminan mutu pendidikan dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer.
- (3) Monitoring dan evaluasi terhadap penerapan Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 6

- (1) Dokter yang telah mengikuti pendidikan dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer di institusi pendidikan terakreditasi, tetap dapat dinilai capaian pembelajarannya sesuai dengan Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer dengan memperhitungkan Rekognisi Pembelajaran Lampau, dengan penambahan jangka waktu pendidikan paling sedikit 1 (satu) tahun.
- (2) Perguruan tinggi yang telah menyelenggarakan pendidikan dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer harus menyesuaikan standar pendidikannya dengan Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer paling lambat 2 (dua) tahun sejak peraturan ini diundangkan.

Pasal 7

Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 16 Oktober 2019

KETUA KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA,

ttd

BAMBANG SUPRIYATNO

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 17 Oktober 2019

DIREKTUR JENDERAL
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

LAMPIRAN I
PERATURAN KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA
NOMOR 65 TAHUN 2019
TENTANG
STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS
KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER

SISTEMATIKA

BAB I PENDAHULUAN

BAB II STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS
KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER

- A. STANDAR KOMPETENSI DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN
KELUARGA LAYANAN PRIMER
- B. STANDAR ISI
- C. STANDAR PROSES PENCAPAIAN KOMPETENSI BERDASARKAN
TAHAP PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS
KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER
- D. STANDAR RUMAH SAKIT PENDIDIKAN
- E. STANDAR WAHANA PENDIDIKAN KEDOKTERAN
- F. STANDAR DOSEN
- G. STANDAR TENAGA KEPENDIDIKAN
- H. STANDAR PENERIMAAN CALON MAHASISWA
- I. STANDAR SARANA DAN PRASARANA
- J. STANDAR PENGELOLAAN
- K. STANDAR PEMBIAYAAN
- L. STANDAR PENILAIAN PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI
DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN
PRIMER
- M. STANDAR PENELITIAN DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN
KELUARGA LAYANAN PRIMER
- N. STANDAR PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
- O. STANDAR KONTRAK KERJA SAMA WAHANA PENDIDIKAN
KEDOKTERAN DENGAN PERGURUAN TINGGI
PENYELENGGARA PENDIDIKAN KEDOKTERAN

- P. STANDAR PEMANTAUAN DAN PELAPORAN PENCAPAIAN
PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS
KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER
- Q. STANDAR POLA PEMBERIAN INSENTIF UNTUK MAHASISWA
PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS
KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER

BAB III PENUTUP

BAB I PENDAHULUAN

A. Sejarah

Kesadaran pentingnya kedokteran keluarga dalam sistem pelayanan kesehatan telah dikembangkan sejak tahun 1980 melalui pembentukan Kelompok Studi Dokter Keluarga (KSDK) yang dibentuk oleh para ahli dari berbagai disiplin ilmu dalam kedokteran. Keinginan untuk mewujudkan pelayanan bersinambung, paripurna, dan terintegrasi justru didorong oleh klinisi yang melihat perkembangan ilmu kedokteran akan menuju kearah sektoral, sehingga diperlukan pendekatan khusus agar pelayanan kepada pasien tidak terganggu dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran di berbagai bidang spesialisasi.

Anggota KSDK yang tercatat dalam dokumen pendiriannya pada 20 Desember 1981 adalah Alm. Prof. DR. Dr. Azrul Azwar, MPH, Alm. Prof dr. Chehab Rukni Hilmy SpB, Alm. Prof. Dr. Biran Affandi, SpOG (K), Alm. Dr. Idral Darwis, SpB, Dr. Dahlan Ali Musa, SpA, DR. Dr. Judilherry Justam, MM. Sangat jelas terlihat bahwa kedokteran keluarga didorong keberadaannya untuk melengkapi keilmuan spesialisik yang fokus pada bidang tertentu saja.

Tahap perkembangan selanjutnya, adalah dengan merancang pendidikan kedokteran keluarga yang dimulai dengan program magister di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret, dan diharapkan dapat diteruskan dengan pendidikan keprofesian. Namun perjuangan untuk mengembangkan pendidikan spesialis tidak mudah.

Dukungan organisasi induk profesi dokter yaitu Ikatan Dokter Indoensia (IDI) ditunjukkan dengan pemberian gelar Pakar Kedokteran Keluarga kepada 86 orang anggota PDKI. Tercantum dalam SK PB IDI No 260/PB/A.4/24/2000 bahwa salah satu tugas para pakar adalah menjadi pendidik ilmu kedokteran keluarga. Namun hal itu tidak mudah diwujudkan. Upaya yang dilakukan adalah dengan mengembangkan paket pelatihan yang dikenal dengan paket A dan B dengan cakupan kemampuan dasar kedokteran keluarga dan manajemen praktik, ditambah dengan paket C dan D berisi ketrampilan klinis kedokteran keluarga.

Puncak dari upaya ini adalah dengan melakukan konversi dari

dokter menjadi dokter keluarga oleh Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga yang terbentuk pertama kali tahun 2006 di Kongres PDKI di Makassar. Sebagai ketua pertama kolegium, Prof Dr. Gotlieb Sihombing, MPH, mendorong percepatan upaya pendidikan kedokteran keluarga, dan ditandai dengan konversi untuk mendapatkan anggota yang telah memiliki wawasan dan ketrampilan terbatas dalam bidang kedokteran keluarga.

Fasilitasi pembentukan Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia berikutnya diwujudkan dalam bentuk keputusan Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI) sebagaimana tercantum pada surat nomor 006/1017/PB/MKKI/08/2016.

Ikhtiar pengembangan kedokteran keluarga sebagai sebuah pendekatan pelayanan kedokteran, tidak hanya dilakukan PDKI di Indonesia, melainkan juga terlibat aktif ditingkat regional ASEAN, Asia Pasifik, dan dunia melalui WONCA. Khusus di ASEAN, alm Prof Azrul Azwar yang bertindak sebagai Ketua PDKI, bersama Alm Raj Kumar dari Malaysia, membentuk forum di tingkat ASEAN yang kemudian dikenal dengan nama ASEAN Region of Primary Care Association (ARPaC). Harapan kedua pendiri tersebut adalah terbentuknya kekuasaan ASEAN yang didominasi Indonesia dan Malaysia agar tidak terkena dampak negatif model bisnis di dunia melalui *World Trade Organisation* (WTO). Bagaimanapun ASEAN memiliki karakteristik tersendiri yang harus dipertahankan untuk kemaslahatan masyarakatnya.

Di sisi lain, Pemerintah Indonesia juga sudah sejak lama mendorong penguatan layanan primer melalui berbagai pendekatan. Salah satu yang dapat dicatat sebagai tonggak awal perwujudan bentuk dan jalur pengembangan pelayanan primer oleh Pemerintah adalah adanya upaya untuk merancang program pengembangan sumber daya manusia di bidang pelayanan primer.

Langkah nyata yang tercatat dalam rangkaian proses ini adalah terselenggaranya forum yang digagas oleh Kementerian Kesehatan melalui Badan Perencanaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia (BPPSDM) dengan mengundang organisasi profesi yang bergerak di layanan primer. Forum yang dilaksanakan diawal tahun 2014 menghadirkan pengurus Perhimpunan Dokter Keluarga Indonesia (PDKI) dan Perhimpunan Dokter Umum Indonesia (PDUI) sebagai organisasi yang termasuk dalam Perhimpunan Dokter Pelayanan Primer (PDPP)

untuk didengarkan konsepnya. Pasca forum tersebut disadari semua pihak, bahwa konsep pendekatan kedokteran keluarga dapat dijadikan model penguatan pelayanan primer, dan konsep PDKI akan diadopsi oleh Kementerian Kesehatan untuk dikembangkan lebih rinci ke tatanan operasional.

Kelahiran Undang-Undang Nomor 20 tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran, memperkuat upaya Pemerintah tersebut dengan mengatur adanya pendidikan khusus untuk penguatan Sumber Daya Manusia di bidang Kedokteran di Layanan Primer, dengan nama profesi Dokter Layanan Primer (DLP). Tahap awal implementasi konsep tersebut adalah dengan membentuk *National Board* yang selanjutnya dinamai dengan Kelompok Kerja Nasional Percepatan Pengembangan Dokter Layanan Primer (Pokjanas) melalui Surat Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 1/X/SKB/2014. Kelompok kerja tersebut melibatkan unsur pemerintah, KKI, MKKI, beberapa Kolegium, organisasi profesi IDI dimana di dalamnya terdapat perwakilan PDKI yang masuk sebagai unsur organisasi profesi, dan AIPKI.

Walaupun kelompok organisasi profesi tidak sepenuhnya terlibat pada kelompok kerja tersebut sampai tuntas, namun rumusan dari Pokjanas telah diajukan ke KKI untuk dapat dikaji kesesuaiannya dengan standar pengajuan pendidikan profesi lanjut (*postgraduate*) dalam bidang Kedokteran Keluarga Layanan Primer dengan nama profesi Dokter Layanan Primer (DLP). Di KKI, yang dapat mengajukan usulan pendidikan keprofesian adalah kolegium dari perhimpunan profesi, sehingga pengajuan hanya dapat dilanjutkan jika menjadi bagian dari kelompok yang telah memiliki dasar dan perangkat sebagaimana ditetapkan oleh KKI. Satu-satunya kesempatan yang terbuka adalah dengan melebur kedalam konsep kedokteran keluarga sebagaimana dirumuskan oleh KIKKI (Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia) untuk diajukan ke KKI.

Upaya mewujudkan pelayanan primer berkualitas dengan dasar keilmuan kedokteran keluarga semata bertujuan untuk memperkuat sistem pelayanan kesehatan berjenjang, bersinambung, akuntabel, dan objektif, sehingga dapat menopang sistem pembiayaan apapun yang diberlakukan di Indonesia, seperti Jaminan Kesehatan sebagai bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional.

B. Rasional

1. Mengisi kesenjangan dalam pelayanan kesehatan

Salah satu kunci sukses sebuah pelayanan kesehatan adalah kemampuan semua pihak mencapai kontinuitas seluruh proses pelayanan kesehatan tersebut. Keberhasilan pada satu tahap tapi tidak diikuti dengan kemampuan mempertahankan keberhasilan tersebut menjadi sia-sia.

Kontinuitas pelayanan kesehatan hanya dapat dicapai melalui hasil kerja bersama seluruh tim yang terlibat dalam proses pengelolaan masalah kesehatan, di seluruh tingkat/jenjang pelayanan kesehatan yaitu primer, sekunder, dan tersier, dalam bentuk pelayanan rujukan, rujuk balik, dan pengelolaan bersama dengan prinsip kolaboratif. Tercapainya pelayanan kolaboratif yang bermutu akan terwujud jika setiap komponen dalam pelayanan tersebut mumpuni pada bidangnya.

Saat ini terjadi kesenjangan (*gap*) pelayanan kesehatan adanya ketidaksetaraan proses pengembangan kompetensi antar dokter yang bekerja dalam berbagai jenjang pelayanan kesehatan. Pengetahuan dan keterampilan bidang keahlian/spesialisasi semakin berkembang seiring perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

Dokter sebagai salah komponen pembentuk pelayanan kolaboratif tidak dapat mengikuti perkembangan tersebut secara terstruktur karena belum ada pendidikan untuk pengembangan kompetensi agar dapat melengkapi pelayanan kolaboratif untuk mencapai kontinuitas pelayanan. Akibatnya pelayanan yang seharusnya dapat diselesaikan di layanan primer, terkendala karena keterbatasan kemampuan.

Gambaran kebutuhan pengembangan pendidikan profesi spesialis di layanan primer tidak didorong untuk kesamaan kedudukan dengan spesialis lain, melainkan untuk melengkapi pelayanan kolaboratif terutama pada kasus-kasus yang memerlukan pelayanan panjang dan kompleks seperti infeksi kronik, gangguan degeneratif, keganasan, kelainan kongenital, gangguan imunologi, dan lain-lain. Saat ini kompetensi dokter khusus untuk mengisi kesenjangan di pelayanan primer untuk pencapaian pelayanan kontinu dan komprehensif belum tersedia, karena itu akan

dikembangkan pendidikan spesialis di layanan primer.

2. *Family Oriented Primary Care* (FOPC) dan *Community Oriented Primary Care* (COPC)

Kedokteran keluarga adalah kekhususan di bidang kedokteran yang memberikan pelayanan komprehensif bagi individu dan keluarga. Kedokteran keluarga mengintegrasikan ilmu biomedik, ilmu klinik, perilaku, dan ilmu sosial lainnya. FOPC melibatkan keluarga pasien sebagai bagian integral dalam pengumpulan informasi, *clinical reasoning*, dan perawatan pasien.

COPC adalah suatu pendekatan sistematis untuk meningkatkan pelayanan kesehatan primer dengan mengintegrasikan ilmu klinik dan kesehatan masyarakat pada tingkat komunitas. Pendekatan COPC melibatkan berbagai kegiatan, termasuk: a. mendefinisikan komunitas berdasarkan demografik, atau karakteristik tertentu; b. menentukan kebutuhan kesehatan komunitas tersebut dengan cara yang sistematis; c. mengidentifikasi dan membuat prioritas masalah kesehatan; d. mengembangkan program dalam komunitas tersebut untuk menyelesaikan masalah; e. menilai luaran dari kegiatan. Dengan perkataan lain, COPC mengintegrasikan pelayanan individu dan pelayanan yang berbasis populasi, menggabungkan keterampilan klinik seorang dokter dengan epidemiologi, dan kedokteran pencegahan.

World Health Organization (WHO) meyakini bahwa integrasi kedokteran keluarga dan kedokteran komunitas di layanan primer paling tepat bila diterapkan di negara dengan system pembiayaan universal health coverage (UHC), seperti Indonesia yang akan mencapai UHC pada Januari 2019.

C. Landasan Filosofi

Landasan filosofis dibentuknya program Pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer didasarkan pada dua tujuan utama profesi kedokteran yaitu pertama, menunjang kehidupan sebagai upaya operasionalisasi sumpah dokter “saya akan menghormati kehidupan sejak saat pembuahan”. Bentuk operasional dari dasar ini

adalah pelayanan sejak masa pembuahan hingga ke liang lahat sesuai siklus kehidupan individu dan keluarga. Dasar kedua adalah tujuan meringankan penderitaan pasien yang diwujudkan dalam berbagai pelayanan tidak hanya aspek medis tetapi juga psikologis dan sosial.

Pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer merupakan satu kesatuan utuh antara tahap akademik dan profesi, yang menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi dalam ilmu dan keterampilan dalam bidang ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat dengan pendekatan bio- psiko-sosial terhadap pasien, disertai dengan profesionalisme tinggi dan pertimbangan etika yaitu prinsip tidak merugikan (*non-maleficence*), prinsip berbuat baik (*beneficence*), prinsip menghormati otonomi pasien (*autonomy*), dan prinsip keadilan (*justice*). Dokter sebagai salah satu komponen utama pemberi pelayanan kesehatan masyarakat mempunyai peran yang sangat penting dan terkait secara langsung dengan proses pelayanan kesehatan sehingga ilmu pengetahuan, keterampilan, sikap dan perilaku selama pendidikan sangat menentukan terhadap mutu pelayanan yang diberikan ketika menjadi dokter spesialis di layanan primer.

Pelayanan kedokteran merupakan pelayanan yang kontinum, dari pelayanan rawat jalan, pembedahan superfisial, pembedahan ke dalam berbagai rongga tubuh, bedah mikroskopik, bedah endoskopik, transplantasi organ, keganasan, *palliative care*, hingga *home care* semua membutuhkan pelayanan yang bersinambung dan komprehensif. Pelayanan kedokteran keluarga layanan primer adalah pelayanan spesialisik, yang seharusnya diberikan oleh seorang dokter yang telah mendapat pendidikan khusus.

Dengan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJKN) di Indonesia saat ini, pelayanan kesehatan yang berkesinambungan sangat dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan berjenjang dimana layanan primer merupakan kontak pertama semua pasien. Pelayanan yang tidak terstruktur menghasilkan luaran kesehatan yang tidak optimal dan cenderung mahal.

Pada sebagian pasien dengan kondisi medik dan ko-morbid yang kompleks, tatalaksana yang hanya berfokus pada terapi pasien tidaklah cukup. Mereka membutuhkan apa yang kemudian disediakan dalam pelayanan Kedokteran Keluarga Layanan Primer. Untuk penyakit

genetik, infeksi baik akut dan kronis, degeneratif, dan keganasan, serta segala kegawatdaruratan medik yang mengancam jiwa, pasien dirawat oleh dokter spesialis di layanan primer yang merawat pasien sebagai bagian dari keluarga, masyarakat dan lingkungannya.

Dari uraian di atas nampak jelas alasan diperlukannya keberadaan program Pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer untuk menjamin tersedianya tenaga medik spesialisik bagi segenap rakyat Indonesia.

Profesi dokter spesialis di layanan primer saat ini merupakan salah satu profesi yang sangat dibutuhkan terutama di era SJSN.

D. Landasan Sosiologi

Salah satu unsur dalam hak asasi manusia adalah pencapaian kesehatan optimal yang merupakan kesejahteraan umum, yang akan turut menjamin terwujudnya pembangunan kesehatan dalam meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang.

Pemerintah dan Negara Kesatuan Republik Indonesia memiliki kewajiban untuk mengusahakan kesehatan dan kesejahteraan bagi seluruh rakyat yang tersebar di penjuru Nusantara. Hal ini ikut menyusun landasan sosiologis dari perlunya keberadaan Program Studi Kedokteran Keluarga Layanan Primer untuk mengupayakan pelayanan kesehatan yang menjangkau seluruh wilayah nusantara dengan mencukupi kebutuhan dokter spesialis di pelayanan primer.

Pengembangan layanan kedokteran yang hanya berpusat pada pengembangan layanan sekunder tanpa diimbangi dengan pengembangan kedokteran di layanan primer akan menjadi pincang yang pada akhirnya akan menyulitkan pelayanan kesehatan yang bersinambung.

E. Pengertian Standar Pendidikan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer

Standar Pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer di Indonesia digunakan sebagai penyetara mutu secara nasional pendidikan dokter spesialis di bidang ilmu kedokteran keluarga. Standar ini disusun dan disepakati bersama oleh para pengandil (*stakeholders*) pendidikan kedokteran keluarga layanan primer. Standar Pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer juga merupakan perangkat untuk menjamin tercapainya tujuan pendidikan sesuai dengan standar kompetensi dan dilengkapi dengan muatan lokal.

Standar pendidikan ini terdiri atas komponen akademik dan profesi yang meliputi kompetensi lulusan, isi, proses, tenaga kependidikan, sarana dan prasarana, pengelolaan, pembiayaan, serta evaluasi proses dan hasil pendidikan. Standar dari masing komponen pendidikan tersebut harus selalu ditingkatkan secara bertahap, berkala, dan terencana serta mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran (*medical science and technology*), perkembangan ilmu dan teknologi pendidikan kedokteran (*medical education and technology*) dan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan (*public health needs and demands*).

Salah satu dokumen yang diterbitkan WFME adalah standar global pendidikan kedokteran pasca sarjana (*postgraduate medical education*). Dokumen ini dilengkapi cara untuk memperbaiki kualitas pendidikan kedokteran secara global.

Mengacu pada Deklarasi Alma Ata dan konsep PHC dari WHO (1978), definisi pelayanan primer dari Institute of Medicine (1996), definisi disiplin ilmu GP/FM dari WONCA Europe (2011), Undang-Undang Pendidikan Kedokteran tahun 2013, dan konsensus yang melatar-belakanginya; maka yang dimaksud dengan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah dokter yang disiapkan untuk menjadi fondasi sistem pelayanan kesehatan di era jaminan kesehatan, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah, maupun oleh pihak swasta.

Standar Pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer disusun dalam rangka pemenuhan amanah Undang-Undang Praktik Kedokteran, Undang-Undang Pendidikan Kedokteran, dan Permendikbud

tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi, Standar Nasional Pendidikan Kedokteran yang mengatakan bahwa Konsil Kedokteran Indonesia memiliki kewenangan untuk mengesahkan Standar Pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang telah dibuat oleh Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga. Standar Nasional Pendidikan Tinggi terdiri atas Standar Nasional Pendidikan, Standar Nasional Penelitian dan Standar Nasional Pengabdian kepada masyarakat. Standar Nasional Pendidikan terdiri atas standar isi, proses, kompetensi lulusan, dosen, tenaga kependidikan, sarana dan prasarana, pengelolaan, dan pembiayaan yang harus ditingkatkan secara berencana dan berkala.

Dalam peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Pelayanan kesehatan primer (*primary health care*) adalah sebuah gerakan reformasi kesehatan yang dideklarasikan di Alma-Ata tahun 1978 menuju kesehatan untuk semua.
 - a. Tahun 1978: pelayanan kesehatan primer adalah *pelayanan kesehatan esensial* berdasarkan praktik, saintifik, dan metode yang dapat diterima secara sosial dan teknologi yang dibuat secara universal dapat diakses oleh individu dan keluarga dalam komunitas melalui partisipasi penuh dan biaya yang dapat dijangkau oleh masyarakat dan negara untuk mempertahankan setiap tahapan pembangunan kesehatan dalam semangat kemandirian (*self-reliance*) dan penentuan nasib sendiri (*self-determination*). Perubahan ini merupakan bagian terintegrasi antara sistem kesehatan negara, yang merupakan fungsi dan fokus utama, dengan pengembangan ekonomi dan sosial masyarakat secara keseluruhan.
 - b. Tahun 1980-an: pelayanan kesehatan primer adalah *berbagai aktifitas yang didasari Deklarasi Alma-Ata: pendidikan yang fokus pada masalah-masalah kesehatan dan metode-metode pencegahan dan pengendalian*; promosi penyediaan makanan dan nutrisi yang sesuai; penyediaan air bersih dan sanitasi dasar; kesehatan ibu dan anak, termasuk keluarga berencana; imunisasi untuk penyakit infeksi; pencegahan dan pengendalian penyakit penyebab endemik lokal; pengobatan yang sesuai untuk penyakit-penyakit umum dan kecelakaan; dan

- penyediaan obat-obatan esensial.
- c. Tahun 1990-an: pelayanan kesehatan primer adalah *tingkat pelayanan kesehatan, merupakan pintu masuk pertama ke pelayanan kesehatan (lihat pelayanan primer)*.
 - d. Tahun 2008: pelayanan kesehatan primer adalah *seperangkat orientasi kebijakan dan reformasi* yang dibutuhkan untuk bergerak menuju *kesehatan untuk semua*: bergerak menuju pembiayaan semesta (*universal health coverage*); perubahan orientasi pelayanan kesehatan ke layanan primer yang *people-centered*; meyakinkan kesehatan pada semua kebijakan; mempromosikan kepemimpinan dan tata kelola.
2. Pelayanan primer (*primary care*) atau layanan primer, sering dipakai bergantian dengan pelayanan tingkat pertama.
 - a. Layanan primer adalah *bagian dari sistem pelayanan kesehatan* yang memastikan pelayanan yang berpusat pada individu, lintas waktu, pada suatu populasi tertentu, kemudahan untuk mendapatkan akses pelayanan pada saat dibutuhkan, pelayanan yang komprehensif dalam arti hanya pelayanan yang tidak biasa yang akan dirujuk, dan untuk pelayanan tersebut akan dilakukan terintegrasi.
 - b. Karakteristik layanan primer yang berkualitas adalah efektif, *safety* (keamanan), *people-centered*, komprehensif, bersinambung, dan terintegrasi. *Layanan yang bisa diakses oleh dokter yang bertanggungjawab terhadap sebagian besar kebutuhan kesehatan individu, membangun hubungan jangka panjang dengan pasien, dan praktik dalam konteks keluarga dan komunitas.* Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer (*Primary Care Physician*) sering juga disebut Dokter Keluarga/Dokter Praktik Umum.
 3. Kedokteran Keluarga adalah cabang ilmu kedokteran yang berpusat pada penyediaan pelayanan yang komprehensif pada individu dan keluarga dengan mengintegrasikan ilmu biomedik, perilaku, dan ilmu sosial; dan merupakan suatu disiplin ilmu kedokteran yang berbasis pada prinsip akademik meliputi pelayanan kesehatan yang komprehensif, pendidikan, dan penelitian.

4. Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah dokter yang telah menyelesaikan pendidikan profesi dokter spesialis dan merupakan jenjang lanjut pendidikan profesi dokter, yang menerapkan ilmu kedokteran klinik dengan prinsip ilmu kedokteran keluarga, didukung oleh ilmu kedokteran komunitas, dan ilmu kesehatan masyarakat, serta mampu memimpin dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat primer yang berkualitas.

Di Indonesia, Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah *profesi spesialisasi baru di pelayanan primer* yang sama dengan spesialisasi lain yang selama ini profesi spesialis hanya dikenal di pelayanan sekunder.

Fungsi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah:

- a. memberikan pelayanan kesehatan di pelayanan primer yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada komunitas yang sesuai dengan latar belakang budaya;
 - b. menyediakan pelayanan holistik yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual dengan membina hubungan dokter yang erat dan setara;
 - c. menyediakan pelayanan komprehensif meliputi promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, rehabilitasi dan pelayanan paliatif, yang berkelanjutan pada semua kelompok usia dan penyakit; dan
 - d. memberikan pelayanan sesuai etik dan bertanggung jawab secara profesional berbasis bukti ilmiah.
5. Pelayanan komprehensif adalah pelayanan yang mengoptimalkan seluruh sumber dan pelayanan yang ada dalam menyelesaikan masalah pada suatu komunitas tertentu. Pelayanan komprehensif meliputi promosi kesehatan dan intervensi pencegahan demikian pula diagnosis dan pengobatan atau rujukan dan layanan paliatif. Pelayanan komprehensif termasuk pelayanan penyakit kronik dan perawatan jangka panjang di rumah, dan dalam beberapa model, termasuk pelayanan sosial.

6. Pelayanan bersinambung adalah pelayanan yang memiliki satu atau lebih atribut berikut ini: a. pelayanan yang mengkoordinasikan lintas level pelayanan- layanan primer dan fasilitas rujukan (layanan sekunder), lintas tempat dan pemberi pelayanan; b. pelayanan yang meliputi tahapan siklus kehidupan; c. pelayanan bersinambung yang tidak berhenti hingga penyelesaian suatu episode penyakit atau risiko; d. pelayanan yang menghubungkan berbagai masalah dan pengalaman yang dialami individu menjadi mudah dimengerti dan terhubung lintas waktu, yang sejalan dengan kebutuhan kesehatan dan pilihannya.
7. Pelayanan yang terkordinasi adalah pelayanan yang menghubungkan seluruh sumber yang ada untuk memberikan pelayanan yang optimal bagi penyelesaian suatu masalah.
8. Pelayanan kedokteran gawat darurat (*emergency*) adalah pelayanan kegawatdaruratan baik di fasilitas kesehatan primer maupun pra hospital.
9. Institusi Pendidikan Dokter Spesialis (IPDS) adalah institusi yang menyelenggarakan program Pendidikan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang telah terakreditasi dan telah ditetapkan dan disahkan oleh Direktorat Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi.
10. Kemampuan klinik adalah kemampuan penerapan proses klinis dan komunikasi dalam memecahkan masalah kesehatan yang mencakup profisiensi pengetahuan akademik dan keterampilan klinik.
11. Kemampuan akademik adalah kemampuan dalam menerapkan kaidah ilmiah untuk pemecahan masalah, pengambilan keputusan, serta pengelolaan masalah.
12. Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia adalah badan yang dibentuk oleh Perhimpunan Dokter Keluarga Indonesia (PDKI) yang bertugas mengampu cabang disiplin ilmu kedokteran keluarga dan disahkan oleh PB IDI berdasarkan rekomendasi Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI).
13. Kompetensi adalah seperangkat tindakan cerdas dan penuh tanggung jawab yang dimiliki seseorang sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas-tugas dibidang pekerjaan tertentu.

14. Standar Kompetensi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah kompetensi minimal yang harus dicapai dalam pendidikan profesi kedokteran keluarga layanan primer, yang merupakan satu kesatuan dengan Standar Pendidikan Kedokteran Keluarga Layanan Primer. Standar Kompetensi ditetapkan oleh Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia dan disahkan oleh Kolegium Kedokteran Indonesia (KKI).
15. Kurikulum Pendidikan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah seperangkat rencana dan pengaturan mengenai capaian pembelajaran lulusan, bahan kajian, proses, dan penilaian yang digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan program studi Kedokteran Keluarga Layanan Primer.
16. Profesionalisme Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah uraian tentang pengetahuan, keterampilan, sikap, dan perilaku yang diharapkan oleh masyarakat dan pasien dari seorang dokter spesialis di pelayanan primer selama menjalankan tugas profesinya. Di dalamnya termasuk pemahaman tentang kemampuan belajar seumur hidup dan mempertahankan kompetensi, kemampuan memanfaatkan dan menyampaikan informasi, etika, integritas, kejujuran, mengutamakan kepentingan pasien (*altruism*), terikat dengan kode etik profesi, adil dan saling menghormati satu dengan yang lain.
17. Para pemangku kepentingan (*stakeholders*) pendidikan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah semua pihak yang berkepentingan dengan pendidikan dokter spesialis di layanan primer yaitu peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS), IPDS (Institusi Pendidikan Dokter Spesialis), Rumah Sakit Pendidikan, Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia, PDKI, Kementerian di bidang Kesehatan, Kementerian di bidang Pendidikan, Konsil Kedokteran Indonesia dan masyarakat.

G. Visi, Misi, dan Tujuan

1. Visi

Mampu membina pendidikan profesi yang berperan menata masa depan pelayanan kesehatan primer yang paripurna dalam rangka peningkatan kualitas pembangunan kesehatan nasional dan daerah

sesuai dengan tujuan pembangunan kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional Indonesia.

2. Misi

- a. Menghasilkan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang responsif dengan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, dan Negara-negara Asia lainnya, dan menjalankan profesi kedokteran keluarga dalam suatu sistem pelayanan kesehatan yang mencakup:
 - 1) Merumuskan dan menyusun prioritas masalah kesehatan masyarakat sekarang dan yang akan datang.
 - 2) Memecahkan masalah kesehatan pasien berlandaskan etika dan hukum kedokteran, serta mengingat aspek jasmani, rohani dan sosial budayanya.
 - 3) Memanfaatkan sebaik-baiknya sumber dan tenaga lainnya dalam meningkatkan kesehatan keluarga dan masyarakat.
 - 4) Bekerja selaku unsur pimpinan, maupun anggota dalam suatu tim kesehatan dalam bentuk kolaborasi interprofesi.
 - 5) Bekerja dengan keyakinan penuh bahwa sistem pelayanan kesehatan yang baik adalah suatu faktor penting dalam ekosistem yang dapat meningkatkan kesehatan masyarakat.
 - 6) Mendidik dan mengikutsertakan keluarga dan masyarakat untuk meningkatkan taraf kesehatannya.
- b. Belajar sepanjang hayat.
- c. Menilai kegiatan profesinya secara berkala, serta menilai kemajuan yang telah dicapai secara kritis.
- d. ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat dengan ikut serta dalam pendidikan dan penelitian.
- e. Memelihara dan mengembangkan kepribadian dan sikap yang diperlukan untuk kelangsungan profesinya seperti integritas, rasa tanggung jawab, dapat dipercaya.
- f. Berfungsi sebagai anggota masyarakat yang kreatif, produktif, serta bersikap terbuka, dapat menerima perubahan.

- g. Memiliki komitmen terhadap pelayanan kedokteran keluarga, nilai yang didorong oleh rasa kebangsaan dan sensitivitas terhadap budaya, relevan terhadap kebutuhan sosial dan teknologi, melalui pendekatan pelayanan yang holistik.
- h. Inovasi pembelajaran untuk mencapai kompetensi yang dapat meningkatkan efektifitas pelayanan.
- i. Peluang untuk mampu menjadi pakar dalam bidang pelayanan kedokteran keluarga.

3. Tujuan Pendidikan

Pendidikan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah pendidikan lanjutan atau pendidikan pasca sarjana (*post graduate medical education* atau PGME) setelah pendidikan Dokter (*basic medical education* atau BME), dan merupakan pembelajaran yang bersinambung (*continuum of learning*). Dengan demikian, pendidikan Dokter merupakan *prior knowledge and skills* bagi pendidikan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer.

Tujuan pendidikan terdiri dari 3 (tiga) tujuan yang meliputi:

- a. Tercapainya keseragaman mutu lulusan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer dari semua Institusi Pendidikan Dokter Spesialis (IPDS) dengan rujukan Standar Pendidikan nasional dan regional.
- b. Menghasilkan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer dengan kemampuan akademik dan klinik seorang professional untuk memenuhi kebutuhan nasional dan meningkatkan daya saing di tingkat internasional.
- c. Pendidikan spesialis yang memiliki kompetensi khusus bidang ilmu kedokteran keluarga di pelayanan primer.

BAB II
STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS
KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER

A. STANDAR KOMPETENSI DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER

1. Profil

Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah dokter yang mendapat pendidikan khusus untuk menyediakan pelayanan kesehatan bagi semua individu tanpa memandang usia, jenis kelamin, ataupun jenis masalahnya; menyediakan pelayanan primer dan bersinambung bagi seluruh keluarga di komunitasnya; mengatasi masalah fisik, psikologis, dan sosial; mengkoordinasikan pelayanan yang komprehensif dengan spesialis dan/atau tenaga kesehatan lain apabila diperlukan, dikenal sebagai Dokter Keluarga atau Dokter Praktik Umum di beberapa negara.

Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer memberikan pelayanan kesehatan berkelanjutan (*continuity of care*) di layanan primer untuk semua kelompok usia dan jenis kelamin, pada setiap siklus kehidupan manusia dan siklus keluarga, melingkupi seluruh spektrum kedokteran pencegahan dari tingkat promosi, prevensi, kuratif, rehabilitasi hingga perawatan paliatif, melalui kerjasama dengan seluruh perangkat di fasilitas kesehatan primer, sekunder, tersier dan unsur masyarakat terkait (*comprehensive care*).

Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer secara konsisten menerapkan prinsip ilmu kedokteran keluarga, ilmu kedokteran komunitas, dan ilmu kesehatan masyarakat berbasis bukti ilmiah terkini dan rekomendasi jejaring internasional di bidang praktik pelayanan primer (*evidence-based practice in primary care*) dengan mengutamakan keselamatan pasien (*patient-safety*) menuju Indonesia Sehat dan Sejahtera.

Tugas, peran dan fungsi Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer diadaptasi dari peran dan tanggung jawab profesional Dokter Spesialis *Family Medicine/General Practitioner* yang disepakati oleh asosiasi pemberi pelayanan primer negara-negara di Asia Tenggara

yang dikenal dengan ARPaC (*Asean Region of Primary Care Association*).

Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang bekerja di Indonesia mempunyai ciri-ciri dokter bintang 5 WHO (*WHO five stars doctor*) dengan peran dan ciri sebagai; 1) *Care Provider*, 2) *Communicator*, 3) *Decision Maker*, 4) *Manager*, 5) *Community Leader* yang holistik dan komperhensif. Ciri-ciri tersebut akan dijabarkan sebagai berikut:

a. *Care Provider*

Lulusan program studi ilmu kedokteran keluarga layanan primer mampu memberikan layanan kedokteran keluarga paripurna baik secara biologis, psikologis, sosial, kultural, spiritual berstandar nasional dan regional.

b. *Communicator*

Lulusan program studi ilmu kedokteran keluarga layanan primer mampu menjalin komunikasi medis persuasif antar individual baik dengan pasien, keluarga pasien, komunitas/masyarakat, paramedis dan sejawat intra/multidisiplin/institusional dalam rangka mengutamakan kesehatan penderita.

c. *Decision maker*

Lulusan program studi ilmu kedokteran keluarga layanan primer menjadi pengambil keputusan yang terbaik untuk keselamatan dan keamanan penderita dengan tetap mempertimbangkan aspek sosial, spiritual dan kultural saat dihadapkan dengan suatu pilihan yang sulit dan keterbatasan sarana dan prasarana.

d. *Manager*

Lulusan program studi ilmu kedokteran keluarga layanan primer memiliki kemampuan manajerial sehingga mampu mengelola suatu sistem kerjasama multidisiplin yang konstruktif dalam penentuan keputusan medis yang terbaik bagi individual, komunitas dan institusi.

e. *Community Leader*

Lulusan program studi ilmu kedokteran keluarga layanan primer mempunyai kemampuan sebagai pemimpin layanan primer yang baik terutama dalam hal pencegahan, terapi, dan

rehabilitasi, sebagai individu seutuhnya, sehingga mampu mendorong membuat suatu sistem pelayanan lebih baik.

2. Kompetensi

Standar kompetensi lulusan disusun dengan mempertimbangkan profil, tugas, fungsi dan peran dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer dalam pelayanan kesehatan yang kolaboratif. Karakteristik pelayanan kedokteran keluarga yang komprehensif, holistik, bersinambung, mengutamakan pencegahan, berpusat pada pasien dan keluarga serta komunitasnya membutuhkan pengembangan (ekstensifikasi) dan pendalaman (intensifikasi) kompetensi untuk dapat menyelenggarakan pelayanan primer yang efektif, efisien, dan berkualitas.

3. Sistematika Perumusan Standar Kompetensi

Sistematika perumusan standar kompetensi lulusan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer disusun dengan mempertimbangkan beberapa hal seperti: (1) profil; (2) tugas, fungsi dan peran dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer dalam pelayanan kesehatan yang kolaboratif; (3) model pendekatan biopsikososial yang secara sistematis mempertimbangkan interaksi faktor biologis, faktor psikologis dan faktor sosial dalam memahami kesehatan, terjadinya penyakit, dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan; (4) pelayanan primer yang berpusat pada pasien, fokus pada keluarga dan berorientasi pada masyarakat (*family and community oriented primary care*); (5) memenuhi visi keilmuan (*scientific vision*); dan (6) kebutuhan masyarakat (*community needs*).

Standar kompetensi Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer kemudian disusun dengan menetapkan area kompetensi yang diadaptasi dari 7 (tujuh) Area Kompetensi Dokter Indonesia, dimana setiap area kompetensi berisi kompetensi utama yang ditetapkan definisi/batasannya untuk memberikan gambaran karakteristik umum profesi dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, selanjutnya setiap kompetensi utama diuraikan cakupannya dalam bentuk butir uraian yang disebut kompetensi inti sebagai penciri dari kompetensi utama.

Setiap kompetensi inti dijabarkan menjadi beberapa komponen kompetensi, yang diperinci lebih lanjut menjadi capaian pembelajaran, yang terdiri dari pengetahuan, sikap dan keterampilan yang disesuaikan dengan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia bagi dokter spesialis. Implementasi setiap kompetensi dalam tatalaksana penyakit dan masalah kesehatan kemudian dikelompokkan dalam tingkatan 1 sampai dengan 4A sesuai dengan kewenangannya. Sistematika perumusan standar kompetensi Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer dapat dilihat pada Gambar 1 di bawah ini:



Gambar 1 Sistematika perumusan standar kompetensi

Standar kompetensi lulusan mengacu kepada Permenristekdikti Nomor 44 tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SNPT), Permenristekdikti Nomor 18 tahun 2018 tentang Standar Nasional Pendidikan Kedokteran (SNPK), dan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 12 tahun 2013 tentang Penerapan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia untuk Pendidikan Kedokteran, dimana:

- Standar kompetensi lulusan merupakan kriteria minimal tentang kualifikasi kemampuan lulusan yang mencakup sikap, pengetahuan, dan keterampilan yang dinyatakan dalam rumusan capaian pembelajaran lulusan.
- Standar kompetensi lulusan yang dinyatakan dalam rumusan capaian pembelajaran lulusan digunakan sebagai acuan utama

pengembangan standar isi pembelajaran, standar proses pembelajaran, standar penilaian pembelajaran, standar dosen dan tenaga kependidikan, standar sarana dan prasarana pembelajaran, standar pengelolaan pembelajaran, dan standar pembiayaan pembelajaran.

- c. Rumusan capaian pembelajaran lulusan mengacu pada deskripsi capaian pembelajaran lulusan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia yang memiliki jenjang kualifikasi 8 (delapan) untuk pendidikan spesialis.
- d. Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia yang selanjutnya disebut KKNi adalah kerangka penjenjangan kualifikasi kompetensi yang dapat menyandingkan, menyetarakan, dan mengintegrasikan antara bidang pendidikan, dan bidang pelatihan kerja serta pengalaman kerja dalam rangka pemberian pengakuan kompetensi kerja sesuai dengan struktur pekerjaan di berbagai sektor.

Deskripsi umum KKNi level 8:

- 1) Bertakwa kepada Tuhan YME.
- 2) Memahami dan menunjukkan sikap yang sesuai dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia.
- 3) Memahami aspek medikolegal dalam praktik kedokteran dalam masyarakat Indonesia dengan budaya yang aneka ragam.
- 4) Menyadari kemampuan dan keterbatasan diri berkaitan dengan praktik kedokterannya dan mempraktikkan belajar sepanjang hayat dengan selalu mengikuti perkembangan ilmu dan praktek kedokteran mutakhir.
- 5) Berperilaku profesional dalam praktik kedokteran serta mendukung kebijakan kesehatan baik sebagai pribadi maupun dalam suatu tim pelayanan kesehatan.
- 6) Bertindak objektif dan tidak diskriminatif atas dasar pertimbangan jenis kelamin, agama, suku, ras dan kondisi fisik tertentu atau latar belakang keluarga dan status sosial ekonomi.

Deskripsi khusus untuk kedokteran KKN level 8:

- 1) Mampu mengembangkan pengetahuan, teknologi, dan atau seni di dalam bidang keilmuannya atau praktik profesionalnya melalui riset, hingga menghasilkan karya inovatif dan teruji.
- 2) Mampu memecahkan permasalahan sains, teknologi, dan atau seni di bidang keilmuannya melalui pendekatan inter atau multidisipliner.
- 3) Mampu mengelola riset dan pengembangan yang bermanfaat bagi masyarakat dan keilmuan.
- 4) Mampu mendapat pengakuan nasional maupun internasional.

Standar kompetensi dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer disusun oleh Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia, bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan, Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi, Ikatan Dokter Indonesia, Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia, Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan Indonesia, dan disahkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia.

Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia menyusun area kompetensi diadaptasi dari area kompetensi generik Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI), yang disesuaikan dengan *WONCA Global Standards for Postgraduate Family Medicine Education* tahun 2013, *Accreditation Council Graduate for Medical Education in Family Medicine* tahun 2018, dan *Royal Australian College of General Practitioner*. Perbandingan *Accreditation Council Graduate for Medical Education (ACGME) in Family Medicine*, *Royal Australian College of General Practitioner (RACGP)*, dan Standar Kompetensi Dokter Spesialis-KKLP dapat dilihat pada Tabel-1 di bawah ini:

Tabel 1 Perbandingan area kompetensi *Accreditation Council Graduate for Medical Education in Family Medicine*, *Royal Australian College of General Practitioner*, dan Standar Kompetensi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer (SKDS KKLP).

<i>ACGME IN FAMILY MEDICINE</i>	<i>RACGP</i>	<i>SKDS KKLP</i>
<i>Patient Centered and Procedural Skill</i>	<i>Population health and the context of General practice</i>	- Keterampilan Klinis - Pengelolaan kesehatan
<i>Medical Knowledge</i>	<i>Applied professional knowledge and skills</i>	Landasan Ilmiah ilmu kedokteran
<i>Practice based learning and improvement</i>	<i>Organizational and legal dimensions</i>	- Mawas diri dan pengembangan diri - Pengelolaan informasi
<i>Interpersonal and Communication Skills</i>	<i>Communication and the patient-doctor relationship</i>	Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter- pasien
<i>Professionalism</i>	<i>Professional and ethical role</i>	Etika, hukum, dan profesionalisme
<i>System based practice</i>	<i>Organizational and legal dimensions</i>	Pengelolaan Kesehatan

Area Kompetensi Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer:

- a) Etika, hukum, dan profesionalisme.
- b) Mawas diri dan pengembangan diri.
- c) Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien.
- d) Pengelolaan informasi.
- e) Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat.
- f) Keterampilan klinis kedokteran keluarga.
- g) Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer.

Pencapaian setiap area kompetensi kemudian dijabarkan secara berjenjang dari area kompetensi – kompetensi inti – komponen kompeten dan capaian pembelajaran, untuk memudahkan penyusunan kurikulum. Untuk itu, sistematika penulisan pencapaian setiap area kompetensi di bawah ini mengacu kepada jenjang tersebut, sebagai contoh: penulisan 1.1.2.3 bermakna (Area Kompetensi 1 – Kompetensi Inti 1 – Komponen Kompetensi 2 – dan Capaian Pembelajaran 3).

4. Area Kompetensi, Kompetensi Inti, Komponen Kompetensi, dan Capaian pembelajaran

a. Area kompetensi: Etika, Hukum, dan Profesionalisme

Gambaran Umum

Kompetensi ini dimaksudkan agar setiap tindakan seorang Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer mampu melaksanakan praktik kedokteran keluarga secara profesional, yang selalu mempertimbangkan secara seksama prinsip ketuhanan YME, menjunjung etika, moral, dan hukum yang menjadi salah satu pilar utama profesinya. Kemampuan inilah yang membuat setiap Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer akan terbiasa dan tidak akan pernah menghindari kewajibannya untuk bekerja secara profesional untuk mewujudkan layanan yang menjunjung tinggi etika, moral, dan hukum, layanan yang sadar biaya dan sadar mutu, dan layanan yang dapat diaudit dan dapat dipertanggung jawabkan. Hal itu menjadi penting karena layanan medis mempunyai kedudukan yang sama di muka hukum dengan layanan bidang lain.

Kompetensi Inti Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang kompeten di area kompetensi ini akan mampu:

- 1) Menjunjung tinggi profesionalisme, mengaplikasikan nilai ketuhanan YME, nilai moral yang universal maupun yang khas bangsa Indonesia dan etika dalam praktik kedokteran keluarga, dan bekerjasama dalam tim pelayanan kesehatan sebagai bagian dari sistem (*system-based practice*), serta mendukung kebijakan kesehatan.
- 2) Menerapkan aspek medikolegal dalam praktik kedokteran keluarga dalam masyarakat Indonesia dengan budaya yang aneka ragam.
- 3) Menerapkan prinsip keselamatan pasien.

Komponen Kompetensi dan capaian pembelajaran

Capaian pembelajaran merepresentasikan pengetahuan, keterampilan, dan sikap minimum pada ranah ini yang harus dimiliki dan didemonstrasikan oleh Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, yaitu:

- 1) Memiliki sikap profesional dan berketuhanan Yang Maha Esa dalam praktik kedokteran keluarga.

Capaian pembelajaran:

- a) Menunjukkan sikap yang sesuai dengan nilai ketuhanan Yang Maha Esa, kewarganegaraan, dan mematuhi Kode Etik Dokter Indonesia (KODEKI).
- b) Responsif terhadap kebutuhan pasien di atas kepentingan pribadi, menjaga kerahasiaan dan kepercayaan pasien.
- c) Menghormati kerahasiaan dan otonomi pasien, menunjukkan kepercayaan dan saling menghormati dalam hubungan dokter pasien.
- d) Bertanggungjawab terhadap pasien, masyarakat, dan profesi.
- e) Mempertimbangkan aspek etik dalam penanganan pasien sesuai standar profesi. Menganalisis secara sistematis dan mempertahankan pilihan etik dalam pengobatan setiap individu pasien.

- 2) Bekerjasama dalam tim pelayanan kesehatan yang profesional sebagai bagian dari sistem (*system-based practice*).

Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer berperan, sadar, dan bertanggungjawab terhadap konteks pelayanan yang lebih luas dalam sistem pelayanan kesehatan, serta mampu mengelola sumber yang tersedia di dalam sistem pelayanan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.

Capaian pembelajaran:

- a) Bekerja secara efektif di berbagai layanan kesehatan yang relevan dengan kekhususan kedokteran keluarga.
- b) Bekerja dalam tim pelayanan kesehatan (inter profesional) secara efektif untuk meningkatkan keselamatan pasien (*patient safety*) dan kualitas layanan pasien.

- c) Mengkoordinasikan perawatan pasien dalam pelayanan kesehatan yang relevan.
 - d) Berperan sebagai manager baik dalam praktik pribadi maupun dalam pelayanan kesehatan.
 - e) Berpartisipasi dalam mengidentifikasi sistem kesalahan dan mengimplementasikan potensial sistem solusi.
 - f) Melakukan advokasi perawatan pasien yang berkualitas dan sistem perawatan pasien yang optimal.
 - g) Mempertimbangkan masalah pembiayaan dan analisis risiko pada pasien dan/atau perawatan yang berbasis populasi sewajarnya.
- 3) Melakukan praktik kedokteran keluarga dalam masyarakat multikultur di Indonesia
- Capaian pembelajaran:
- a) Menghargai perbedaan karakter individu, gaya hidup dan budaya dari pasien, sejawat, dan masyarakat.
 - b) Menyadari heterogenitas persepsi yang berkaitan dengan usia, gender, orientasi seksual, etnis, kecacatan dan status sosial ekonomi.
 - c) Cakap budaya.
- 4) Aspek medikolegal dalam praktik kedokteran keluarga.
- Capaian pembelajaran:
- Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer mampu menyadari dan menerima tanggung jawab hukum berkaitan dengan:
- a) Hak asasi manusia.
 - b) Peresepan obat.
 - c) Kekerasan fisik dan pelecehan seksual (*sexual harassment*).
 - d) Kode Etik Dokter Indonesia (KODEKI)
 - e) Penerbitan surat keterangan sehat, sakit atau surat kematian.
 - f) Proses di pengadilan.

- g) Menerapkan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
 - h) Menyadari peran Konsil Kedokteran Indonesia sebagai badan yang mengatur praktik kedokteran.
- 5) Aspek keselamatan pasien dalam praktik kedokteran keluarga.

Capaian pembelajaran:

- a) Menerapkan 7 (tujuh) standar keselamatan pasien seperti:
 - 1. Hak pasien untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan kejadian yang tidak diharapkan (KTD).
 - 2. Mendidik pasien dan keluarga tentang kewajiban dan tanggungjawab pasien dalam perawatan pasien.
 - 3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, dan menjamin koordinasi antar pelayanan kesehatan.
 - 4. Penggunaan metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
 - 5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
 - 6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
 - 7. Komunikasi yang merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
- b) Menerapkan 7 (tujuh) langkah keselamatan pasien, yaitu:
 - 1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.
 - 2. Memimpin dan mendukung staf.
 - 3. Mengintegrasikan aktifitas pengelolaan risiko.
 - 4. Mengembangkan sistem pelaporan.
 - 5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien

6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien.
7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

b. Area kompetensi: Mawas Diri dan Pengembangan diri

Gambaran Umum

Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer harus selalu menyesuaikan diri dengan perubahan dan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta tuntutan masyarakat yang terus meningkat. Ranah kompetensi ini sangat penting dikuasai oleh setiap Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang menerapkan pendekatan kedokteran keluarga karena layanannya yang bersinambung mengharuskannya mampu memanfaatkan informasi mutakhir yang akurat.

Demikian pula semua informasi sekarang ini dapat diakses oleh semua orang termasuk para pasien. Dengan demikian setiap pertanyaan yang muncul dari pasien dan keluarganya selalu dapat dijawab dengan tepat dan akurat. Peran Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer mengharuskannya mampu bekerja dalam tim pelayanan kesehatan, berkolaborasi dengan seluruh komponen pelayanan sebagai salah satu upaya mengatasi keterbatasan kemampuan dan menghindari dampak masalah personal pada pelayanan kedokteran. Senantiasa menjaga dan mengembangkan kemampuan diri dalam rangka memberi pelayanan yang melindungi keselamatan pasien.

Kompetensi Inti

Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang kompeten di ranah ini akan mampu:

- 1) Mengembangkan praktik kedokteran keluarga di layanan primer dengan penuh kesadaran atas kemampuan dan keterbatasannya dalam pelayanan kolaboratif dengan inter dan intra profesi kesehatan.
- 2) Mengatasi masalah emosional, personal, kesehatan, dan kesejahteraan yang dapat memengaruhi kemampuan profesinya.

- 3) Pemeliharaan kompetensi dengan berbagai perangkat pengembangan keprofesian kedokteran keluarga untuk mempertahankan profesionalisme.
- 4) Merencanakan, menerapkan dan memantau perkembangan profesi secara berkesinambungan.

Komponen kompetensi dan capaian pembelajaran

Capaian pembelajaran merepresentasikan pengetahuan, keterampilan, dan sikap minimum pada ranah ini yang harus dimiliki dan didemonstrasikan oleh Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah:

- 1) Menerapkan mawas diri

Capaian pembelajaran:

- a) Menyadari kemampuan dan keterbatasan diri berkaitan dengan praktik kedokteran keluarga dan berkonsultasi bila diperlukan.
- b) Mengenali dan mengatasi masalah emosional, personal dan masalah yang berkaitan dengan kesehatannya yang dapat memengaruhi kemampuan profesinya.
- c) Menyesuaikan diri dengan tekanan yang dialami selama pendidikan dan praktik kedokteran keluarga di layanan primer.
- d) Menyadari peran hubungan interpersonal dalam lingkungan profesi dan pribadi.

- 2) Mempraktikkan belajar sepanjang hayat

Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer mampu menginvestigasi dan mengevaluasi pelayanan kesehatan terhadap pasien, menilai dan mengasimilasi bukti ilmiah, untuk meningkatkan pelayanan secara bersinambung berbasis evaluasi diri yang terus menerus dan menerapkan belajar sepanjang hayat (*practice-based learning and improvement*).

Capaian pembelajaran:

- a) Mampu mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, dan kekurangan dalam pengetahuan dan kepakaran.

- b) Merancang target/tujuan pembelajaran, mengidentifikasi kegiatan pembelajaran yang sesuai untuk peningkatan kemampuan.
 - c) Secara sistematis menganalisis praktik menggunakan metode *quality improvement*, dan mengimplementasikan perubahan sesuai target peningkatan pelayanan di praktik kedokteran keluarga.
 - d) Menggabungkan umpan balik evaluasi formatif dalam praktik sehari-hari.
 - e) Menilai, memanfaatkan, dan mengasimilasi bukti dari berbagai studi ilmiah yang berkaitan dengan masalah kesehatan pasien.
 - f) Memanfaatkan teknologi informasi untuk mengoptimalkan pembelajaran.
 - g) Berpartisipasi dalam pendidikan pasien, keluarga, mahasiswa kedokteran, peserta program pendidikan dokter spesialis, dan profesi kesehatan lainnya.
- 3) Mengembangkan Panduan Praktik Klinik untuk pelayanan yang bermutu di layanan primer.
- Capaian pembelajaran:
- Mengembangkan berbagai Panduan Praktik Klinik dalam pelayanan yang kolaboratif.
- c. Area kompetensi: Keterampilan Komunikasi dan Hubungan Dokter-Pasien
- Gambaran Umum
- Pendekatan kedokteran keluarga menghendaki layanan yang komprehensif, berkelanjutan, koordinatif, dan selalu mempertimbangkan bahwa individu yang dihadapi merupakan bagian integral dari keluarga, komunitas, masyarakat, dan lingkungan. Semua itu harus dikomunikasikan secara baik dengan berbagai pihak untuk menghasilkan kerjasama yang dinamis guna memperoleh hasil sesuai dengan yang diinginkan bersama. Oleh karena itu diperlukan kemampuan berkomunikasi secara efektif dengan berbagai pihak seperti

pasien yaitu dengan advokasi (*patient advocate*) dan mendampingi pasien dalam setiap tahap perjalanan alamiah penyakit, mampu berdialog dalam memberikan informasi yang memadai untuk pengambilan keputusan klinik (*informed and shared decision making*), memberikan penjelasan, pendidikan kesehatan, konseling dan intervensi keluarga yang diperlukan (*patient education-counseling and family intervention*), yang dilakukan dengan kepercayaan dan penghargaan terhadap latar belakang sosial budaya setempat (*cultural competence*). Peka dan tanggap dalam berkomunikasi dan membangun hubungan baik dengan pasien, keluarganya, komunitasnya, masyarakat lingkungannya, dan dengan para sejawat sesama dokter baik di tingkat primer, sekunder, maupun tersier.

Kompetensi inti

Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang kompeten di ranah ini akan mampu:

- 1) Berkomunikasi efektif dengan pasien, keluarga, dan masyarakat, tanpa memandang sosio-ekonomi dan latar belakang budaya.
- 2) Berkomunikasi efektif dengan sesama Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, profesi kesehatan lain, dan pengandil kesehatan yang terkait, sebagai anggota atau pimpinan tim pelayanan kesehatan atau kelompok profesi lain.
- 3) Berperan dalam konsultasi dokter dan profesi kesehatan lain, dalam upaya mempertahankan pelayanan yang komprehensif, tepat waktu, dan rekam medis yang terbaca bila diperlukan.

Komponen kompetensi dan capaian pembelajaran

Capaian pembelajaran merepresentasikan pengetahuan, keterampilan, dan sikap minimum pada ranah ini yang harus dimiliki dan didemonstrasikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah:

- 1) Mengembangkan model komunikasi dengan pasien serta anggota keluarganya, dengan tetap memperhatikan faktor

sosial-budaya dan norma-norma setempat untuk menetapkan dan mempertahankan pengobatan lengkap dan hubungan dokter pasien yang etis.

Capaian pembelajaran

- a) Menerapkan prinsip-prinsip komunikasi dokter-pasien sebagai proses terapeutik.
 - b) Menunjukkan penghargaan terhadap otonomi pasien dan menjaga kerahasiaan pasien.
 - c) Memperlakukan pasien sejajar dan meminta persetujuannya dalam rencana pengobatan dan menghargai pilihan pasien terhadap rencana pengobatan dan pengelolaan masalah pasien yang dapat diterima.
 - d) Mengembangkan teknik komunikasi yang sesuai dalam mengumpulkan informasi, mampu berganti peran sebagai dokter dan konselor sesuai dengan kebutuhan pasien.
 - e) Menggunakan penalaran klinik dalam penggalian riwayat penyakit pasien sekarang, riwayat keluarga, atau riwayat kesehatan masa lalu.
 - f) Menyampaikan berita buruk secara profesional dengan menjunjung tinggi etika kedokteran.
 - g) Memastikan kesinambungan pelayanan yang telah dibuat dan disepakati.
- 2) Memanfaatkan prinsip komunikasi dengan sejawat, dan profesi lain untuk membangun kolaborasi dan koordinasi pelayanan.

Capaian pembelajaran

- a) Memberi informasi yang tepat kepada sejawat dalam tim pelayanan tentang kondisi pasien baik secara lisan, tertulis, atau elektronik pada saat yang diperlukan demi kepentingan pasien maupun ilmu kedokteran.
- b) Menulis surat rujukan dan laporan penanganan pasien dengan benar, demi kepentingan pasien dan mempertahankan pelayanan yang bersinambung.

3) Berkomunikasi dengan profesi lain.

Capaian pembelajaran

- a) Menerapkan prinsip komunikasi dalam berkomunikasi dengan profesi lain, dan seluruh pengandil terkait untuk advokasi dan menyampaikan pendapat.
- b) Memberi informasi yang tepat waktu dan sesuai kondisi yang sebenarnya ke perusahaan jasa asuransi kesehatan untuk pemrosesan klaim.
- c) Memberikan informasi yang relevan kepada penegak hukum atau sebagai saksi ahli di pengadilan (jika diperlukan).

d. Area kompetensi: Pengelolaan Informasi

Gambaran Umum

Kompetensi ini sangat penting dikuasai oleh setiap Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang menerapkan prinsip-prinsip pelayanan kedokteran keluarga berbasis bukti (*evidence-based practice*). Kompetensi inilah yang menjadikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer menjadi cakap, yakin, dan bijaksana dalam mengambil sikap dan menentukan langkah demi kepentingan pasien dan keluarganya. Banyak informasi dan teknologi kedokteran mutakhir yang tersedia dan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer harus mampu memilih yang paling sesuai dan rasional sebagai dasar tindak medis yang akan dilakukan.

Selain itu kemampuan ini akan memicu minat dan memacu bakat serta kehendak untuk meneliti dan mengembangkan ilmu serta keterampilan masing. Kompetensi ini sangat penting untuk menunjang pelaksanaan layanan yang komprehensif yang dapat diaudit dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah, dan berorientasi pasien.

Kompetensi Inti

Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang kompeten di ranah ini akan mampu:

- 1) Mengembangkan pengetahuan, teknologi, dan atau seni di dalam bidang ilmu kedokteran keluarga dan ilmu

kedokteran komunitas atau praktik profesional kedokteran keluarga di layanan primer melalui riset, hingga menghasilkan karya inovatif dan teruji.

- 2) Mengelola riset dan pengembangan yang bermanfaat bagi masyarakat dan keilmuan, serta mampu mendapat pengakuan nasional maupun internasional.

Komponen kompetensi dan capaian pembelajaran

Capaian pembelajaran merepresentasikan pengetahuan, keterampilan, dan sikap minimum pada ranah ini yang harus dimiliki dan didemonstrasikan oleh Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yaitu:

- 1) Mampu mencermati dan memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan terkini dalam meningkatkan keterampilan klinis praktis dalam bidang kedokteran keluarga.

Capaian pembelajaran

- a) Menerapkan keterampilan dalam menilai data untuk melakukan validasi informasi ilmiah secara sistematis untuk kepentingan evaluasi praktik yang dapat diaudit dan dipertanggungjawabkan dan menjaga mutu.
 - b) Meningkatkan kemampuan secara terus menerus dalam merangkum dan menyimpan arsip.
 - c) Memasukkan dan menemukan kembali informasi dan database dalam praktik kedokteran keluarga secara efisien.
 - d) Menjawab pertanyaan yang terkait dengan praktik kedokteran dengan menganalisis arsipnya.
 - e) Membuat dan menggunakan rekam medis keluarga (*family folder*) untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.
- 2) Merancang dan melaksanakan penelitian di bidang kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat.

Capaian pembelajaran:

- a) Merencanakan dan berkontribusi dalam sebuah riset multi disiplin terkait bidang kedokteran keluarga, kedokteran komunitas, dan kesehatan masyarakat.
- b) Mengelola riset melalui pengkajian dan pengembangan di bidang kekhususan kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat yang hasilnya dapat diaplikasikan dan layak dipublikasikan di tingkat nasional dan internasional.
- c) Membuat presentasi ilmiah dari hasil penelitian.
- d) Menulis makalah yang dipublikasikan dalam jurnal ilmiah nasional dan internasional bereputasi.

e. Area: Landasan Ilmiah Ilmu Kedokteran Keluarga, Kedokteran Komunitas, dan Kesehatan Masyarakat

Gambaran Umum

Pendekatan kedokteran keluarga di layanan primer memerlukan dasar keilmuan yang mapan yang menjadi dasar proses komunikasi ilmiah yang memadai untuk disampaikan kepada pasien, keluarga, dan masyarakatnya serta para sejawatnya. Setiap tindak medis yang akan dilakukan harus mempunyai landasan keilmuan yang sah dan cara yang bijaksana. Dengan demikian, belajar sepanjang hayat akan dapat menjadi bagian dari perilaku Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer .

Dasar ilmu yang luas dan dalam akan menunjang kemampuan untuk menyelenggarakan layanan yang holistik, komprehensif, kontinu, yang dapat diaudit dan akuntabel. Dengan kata lain, pendekatan kedokteran keluarga yang menghendaki layanan yang komprehensif dan holistik dalam etos kerja yang tinggi hanya dapat terwujud jika dilandasi ilmu yang mapan, dengan menerapkan ilmu biomedik, epidemiologi, biostatistik, perilaku, budaya dan kesehatan masyarakat dalam komunitas tertentu.

Kompetensi inti

Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang kompeten di ranah ini akan mampu:

Merancang penyelesaian masalah kesehatan secara kolaboratif dalam tim pelayanan sesuai dengan ilmu kedokteran/kesehatan mutakhir pada pasien dan keluarga di komunitasnya untuk mendapat hasil yang optimum, dengan pendekatan biopsikososial pada setiap masalah kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat di lingkungannya.

Komponen kompetensi dan capaian pembelajaran

Capaian pembelajaran merepresentasikan pengetahuan, keterampilan, dan sikap minimum pada ranah ini yang harus dimiliki oleh Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yaitu:

- 1) Menerapkan konsep dan prinsip-prinsip ilmu kedokteran keluarga, biomedis, klinis, perilaku, kedokteran komunitas dan ilmu kesehatan masyarakat di pelayanan primer.

Capaian pembelajaran:

- a) Mengintegrasikan prinsip pelayanan ilmu kedokteran keluarga dan ilmu kedokteran klinik terkini, biomedis, perilaku, kedokteran komunitas dan ilmu kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan terjadinya masalah kesehatan.
 - b) Mempertimbangkan faktor non biologis yang berpengaruh terhadap masalah kesehatan, termasuk faktor psikologis, sosial, budaya, spiritual, keluarga dan masyarakat.
-
- 2) Mengembangkan pelayanan yang kolaboratif dengan pendekatan biopsikososial pada penanganan penyakit/gangguan kelompok infeksi, degeneratif, kongenital, keganasan, dan trauma.

Capaian pembelajaran:

- a) Mengelola penyakit/masalah kesehatan infeksi dengan mempertimbangkan penyakit baik klinis, epidemiologis, farmakologis, fisiologis, psikologis, dan atau perubahan perilaku dalam pelayanan kolaboratif.
- b) Mengelola penyakit/masalah kesehatan degeneratif dengan mempertimbangkan penyakit baik klinis,

epidemiologis, farmakologis, fisiologis, dan atau perubahan perilaku dalam pelayanan kolaboratif.

- c) Mengelola penyakit/masalah kesehatan kongenital dengan mempertimbangkan penyakit baik klinis, epidemiologis, farmakologis, fisiologis, dan atau perubahan perilaku dalam pelayanan kolaboratif.
- d) Mengelola penyakit/masalah kesehatan keganasan dengan mempertimbangkan penyakit baik klinis, epidemiologis, farmakologis, fisiologis, dan atau perubahan perilaku dalam pelayanan kolaboratif.
- e) Mengelola penyakit/masalah kesehatan trauma dengan mempertimbangkan penyakit baik klinis, epidemiologis, farmakologis, fisiologis, dan atau perubahan perilaku dalam pelayanan kolaboratif.

3) Menentukan efektivitas suatu tindakan.

Capaian pembelajaran:

- a) Mengintegrasikan parameter dan indikator keberhasilan yang mempengaruhi pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di praktik layanan primer berdasarkan ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat.
- b) Mengintegrasikan standar profesi dalam mengelola penyakit dan masalah kesehatan di praktik layanan primer berdasarkan ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat.

f. Area kompetensi: Keterampilan Klinis Kedokteran Keluarga

Gambaran Umum

Seorang profesional memerlukan keterampilan dasar yang memadai untuk menjamin kinerja profesional yang prima. Demikian pula seorang Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer harus mempunyai keterampilan klinis sebagai dokter yang handal. Keterampilan ini sangat penting bagi penerapan pendekatan kedokteran keluarga agar layanan yang komprehensif, holistik, bersinambung, kolaboratif dan koordinatif dapat berjalan sebagaimana mestinya. Dengan

keterampilan ini maka Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer akan dapat menyelesaikan tugasnya secara optimal dengan tetap berpegang kepada standar profesinya sebagai dokter di layanan primer. Kemampuan ini akan menunjang penerapan seluruh prinsip pelayanan kedokteran keluarga di komunitasnya di layanan primer.

Kompetensi Inti

Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang kompeten di ranah ini akan mampu:

Melakukan prosedur klinis sesuai masalah, kebutuhan pasien dan sesuai kewenangannya dengan mengacu pada praktik kedokteran berbasis bukti (*evidence-based medicine*) dan praktik kedokteran berbasis nilai (*value-based medicine*).

Komponen kompetensi dan capaian pembelajaran

Capaian pembelajaran merepresentasikan pengetahuan, keterampilan dan sikap minimum pada ranah ini yang harus dimiliki dan didemonstrasikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, yaitu:

- 1) Memanfaatkan informasi tentang pasien dan keluarga, komunitasnya, secara lengkap dan kontekstual serta melakukan pemeriksaan secara komprehensif pada berbagai keadaan.

Capaian pembelajaran

Mengintegrasikan riwayat penyakit saat ini, medis, keluarga, sosial serta riwayat lain yang relevan sesuai dengan kebutuhan pasien dengan mempertimbangkan komunitas dan masyarakat pasien berada.

- 2) Memilih metode pencegahan yang sesuai dengan riwayat alamiah penyakit.

Capaian pembelajaran

Mengintegrasikan riwayat penyakit saat ini, medis keluarga, sosial serta riwayat lain yang relevan dan patofisiologi penyakit untuk menentukan metode pencegahan yang sesuai dengan tingkatan pencegahan.

- 3) Menginterpretasikan hasil berbagai prosedur klinik, pencitraan (*imaging*), dan laboratorium untuk pelayanan kedokteran keluarga layanan primer yang komprehensif.

Capaian pembelajaran

- a) Memilih prosedur klinik dan laboratorium sesuai dengan masalah dan kebutuhan pasien.
- b) Melakukan prosedur klinik dan laboratorium sesuai dengan kewenangannya.
- c) Melakukan pemeriksaan penunjang untuk tujuan penapisan penyakit.
- d) Memilih dan melakukan keterampilan terapeutik, serta tindakan prevensi sesuai dengan kewenangannya.

- 4) Memanfaatkan teknologi tepat guna dalam prosedur kedaruratan klinik.

Capaian pembelajaran:

- a) Menentukan keadaan kedaruratan klinik.
- b) Melakukan prosedur kedaruratan klinik sesuai kebutuhan pasien dan/atau menetapkan rujukan dalam pelayanan kolaboratif untuk mencapai pelayanan yang komprehensif.
- c) Mengevaluasi dan melakukan tindak lanjut dengan tujuan kesinambungan pelayanan.

- g. Area kompetensi: Pengelolaan Penyakit dan Masalah Kesehatan di Layanan Primer

Gambaran Umum

Peran dan pengaruh keluarga sangat besar terhadap proses pengendalian dan penyembuhan penyakit. Penerapan prinsip pelayanan kedokteran keluarga dalam penanganan masalah kesehatan sangat memerlukan peran keluarga. Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer selalu memperhitungkan pengaruh keluarga, komunitas, masyarakat dan lingkungannya. Tidak jarang masalah kesehatan individu menjadi masalah kesehatan keluarga, komunitas, masyarakat, dan lingkungannya dan sebaliknya. Apalagi di Indonesia pengaruh

sosial budaya dan agama serta norma-norma setempat sangat dominan dan harus selalu dipertimbangkan. Oleh karena itu kompetensi ini menjadi sangat penting untuk dikuasai oleh setiap Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer. Dalam pelaksanaannya, penguasaan kompetensi ini dapat diperoleh melalui pengalaman bekerja di lapangan baik di klinik layanan primer maupun di berbagai fasilitas kesehatan dan di masyarakat, menggunakan prinsip-prinsip tahapan pencegahan menurut Leavell and Clark secara mandiri dan berkolaborasi dalam tim pelayanan kesehatan dan berperan sebagai koordinator perawatan (*care coordinator*), kolaborator perawatan (*care collaborator*), dan/atau menjadi bagian dari tim perawatan (*care team member*).

Kompetensi Inti

Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang kompeten di ranah akan mampu:

- a) Mengelola berbagai masalah kesehatan pada individu, keluarga, ataupun masyarakat secara komprehensif, holistik, berkesinambungan, koordinatif, dan kolaboratif di fasilitas kesehatan dalam konteks pelayanan kesehatan primer.
- b) Mengembangkan pengetahuan, teknologi, dan atau seni di dalam bidang kedokteran keluarga melalui pendekatan inter atau multidisipliner.

Komponen kompetensi dan capaian pembelajaran

Capaian pembelajaran merepresentasikan pengetahuan, keterampilan, dan sikap minimum pada ranah ini yang harus dimiliki dan didemonstrasikan oleh Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, yaitu:

- 1) Mengelola penyakit, keadaan sakit dan masalah pasien sebagai individu yang utuh, bagian dari keluarga dan masyarakat di fasilitas kesehatan di komunitas dan masyarakat.

Capaian pembelajaran

- a) Mengidentifikasi berbagai pilihan cara dan tempat pengelolaan yang sesuai penyakit/masalah kesehatan pasien dengan mempertimbangkan aspek medis, sosial, ekonomi, dan psikologis.
- b) Memilih dan menerapkan strategi pengelolaan yang paling tepat berdasarkan prinsip kendali mutu, kendali biaya, manfaat, dan keadaan pasien serta sesuai pilihan pasien.
- c) Mengelola masalah kesehatan secara mandiri pada tatalaksana awal dan tatalaksana lanjut, serta bertanggung jawab sesuai dengan tingkat kewenangannya sebagai kordinator pelayanan kesehatan.
- d) Mengelola masalah kesehatan dengan melakukan tatalaksana awal pasien dan berkonsultasi mengenai pasien bila perlu untuk konfirmasi diagnosis dan bertindak sebagai kolaborator, dan melakukan tatalaksana lanjut untuk kesinambungan pelayanan.
- e) Mengelola masalah kesehatan dengan melakukan rujukan ke sejawat lain sesuai dengan Standar Pelayanan Medis (SPM) yang berlaku, tanpa atau sesudah terapi awal, dan melakukan tatalaksana lanjut sesuai dengan advisujuk balik untuk kesinambungan pelayanan sebagai anggota dari tim pelayanan kesehatan.
- f) Mengintegrasikan prinsip pengobatan termasuk efek samping dan interaksi obat, serta persepsian yang rasional dalam praktik kedokteran keluarga di layanan primer.
- g) Menerapkan prinsip pelayanan kedokteran keluarga secara holistik, komprehensif, koordinatif, kolaboratif, dan berkesinambungan dalam mengelola penyakit dan masalah pasien dengan mengacu kepada praktik kedokteran berbasis bukti (*evidence-based medicine*) dan praktik kedokteran berbasis nilai (*value-based medicine*).

- h) Mengintegrasikan peran keluarga pasien, pekerjaan, dan lingkungan sosial sebagai faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya penyakit serta sebaliknya sebagai faktor yang mungkin berpengaruh terhadap keluarga dan lingkungannya.

- 2) Mengintegrasikan tindakan preventif untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang komprehensif.

Capaian pembelajaran

- a) Mengidentifikasi peran keluarga pasien, pekerjaan, dan lingkungan sosial sebagai faktor risiko terjadinya penyakit dan sebagai faktor yang mungkin berpengaruh terhadap pencegahan penyakit.
- b) Menunjukkan perilaku bahwa upaya pencegahan penyakit sangat bergantung pada kerja sama tim dan kolaborasi dengan professional di bidang lain.

- 3) Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan.

Capaian pembelajaran

- a) Mengintegrasikan prinsip-prinsip epidemiologi dalam praktik kedokteran keluarga di layanan primer.
- b) Menyadari keterkaitan yang kompleks antara faktor psikologis, kultur, sosial, ekonomi, kebijakan, dan faktor lingkungan yang berpengaruh pada suatu masalah kesehatan.
- c) Melibatkan masyarakat dalam mengembangkan solusi yang tepat bagi masalah kesehatan masyarakat melalui perubahan perilaku dan modifikasi gaya hidup untuk promosi kesehatan pada berbagai kelompok umur, jenis kelamin, etnis dan budaya.
- d) Bekerjasama dengan profesi dan sektor lain dalam menyelesaikan masalah kesehatan dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan pemerintah, termasuk antisipasi terhadap timbulnya penyakit-penyakit baru.

- e) Bekerjasama dengan masyarakat dalam menilai ketersediaan, pengadaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.
- 4) Mengelola masalah kesehatan akut, kronik, termasuk paliatif.
- Capaian pembelajaran:
- Mengelola masalah kesehatan akut dan kronik termasuk pada pusat perawatan penyakit kronis katastropik (*hospice*) dan perawatan paliatif sebagai bentuk pelayanan yang holistik, komprehensif dan bersinambung.
- 5) Mengelola sumber daya manusia dan sarana prasarana secara efektif dalam pelayanan kesehatan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga.
- Capaian pembelajaran:
- a) Menjalankan fungsi managerial dengan berperan sebagai pemimpin, pemberi informasi, dan pengambil keputusan.
 - b) Menerapkan manajemen mutu terpadu dalam pelayanan kesehatan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga.
 - c) Mengelola sumber daya manusia.
 - d) Mengelola fasilitas, sarana dan prasarana.
- 6) Memecahkan permasalahan sains, teknologi, dan atau seni dalam bidang kedokteran keluarga melalui pendekatan inter dan multidisipliner.
- Capaian pembelajaran:
- a) Mampu berkontribusi dalam tim untuk menangani masalah kesehatan pada individu, keluarga, ataupun masyarakat secara komprehensif dalam konteks pelayanan kesehatan primer.
 - b) Mampu mengidentifikasi, menjelaskan dan merancang penyelesaian masalah kesehatan secara ilmiah menurut ilmu kedokteran mutakhir untuk mendapat hasil yang optimal.

B. STANDAR ISI

1. Isi dan Garis Besar Struktur Kurikulum

Isi kurikulum harus berorientasi pada rumusan capaian pembelajaran dengan pendekatan menguasai teori dan aplikasi bidang kedokteran keluarga layanan primer yang bersifat kumulatif dan/atau integratif. Kurikulum dituangkan ke dalam bahan kajian yang tersusun dari berbagai mata kuliah dan modul pembelajaran. Kurikulum bersifat interaktif, integratif, saintifik, kontekstual, tematik, efektif, kolaboratif, dan berpusat pada peserta didik.

Isi kurikulum meliputi prinsip kedokteran keluarga, kedokteran komunitas, kesehatan masyarakat, determinan kesehatan, skrining dan manajemen penyakit, kedokteran alternatif komplementer, manajemen rawatan rumah, teknologi informasi dan riset akademik, serta pendekatan kedokteran keluarga pada permasalahan klinis umum di layanan primer.

Isi kurikulum mengacu pada Standar Pendidikan Profesi Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, yang kemudian disebut sebagai kurikulum inti. Institusi Pendidikan Dokter Spesialis (IPDS) menambahkan muatan lokal sebagai kompetensi pendukung dan kompetensi lain yang kemudian disebut kurikulum institusional. Penambahan ini tidak menambah lama masa studi yang telah ditetapkan secara nasional.

Kurikulum yang merupakan pedoman penyelenggaraan program studi ilmu kedokteran keluarga layanan primer, memuat proses pembelajaran yang disusun pada setiap mata kuliah dan disajikan dalam Rencana Pembelajaran Semester (RPS) yang dikembangkan oleh Institusi Pendidikan Dokter Spesialis (IPDS) berbentuk modul yang dapat disesuaikan pengorganisasiannya dengan sumber-sumber dan sarana prasarana setempat.

Kurikulum inti menganut sistem semester terbuka/tertutup sehingga mata kuliah yang diberikan pada tahap pendidikan dapat dibagi menjadi beberapa semester yang berbeda dengan tetap mengacu pada capaian pembelajaran yang telah ditetapkan pada setiap tahapan pendidikan. Perbandingan beban sks antara kurikulum inti dan kurikulum institusional adalah 60-80% dan 20-40%. Kurikulum institusional berupa muatan lokal yang dimiliki oleh

masing-masing Institusi Pendidikan Dokter Spesialis (IPDS) dengan tetap mengacu pada peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.

Tabel 2 Garis Besar Struktur Kurikulum Inti

SEMESTER & TAHAPAN		BEBAN STUDI (SKS)		JUMLAH
		Akademik	Profesi	
Semester 1	Tahap 1	6 sks	7 sks	13 sks
Semester 2	Tahap 2	8 sks	17 sks	25 sks
Semester 3				
Semester 4	Tahap 3	4 sks	18 sks	22 sks
Semester 5				
Semester 6				
Semester 7				
Keseluruhan		18 sks	42 sks	60 sks
Persentase		30,00%	70,00%	100%

2. Struktur, Komposisi dan Durasi Kurikulum

Kurikulum diselenggarakan dalam 3 (tiga) tahapan pencapaian kompetensi yang terdiri dari tahap I, tahap II, dan tahap III.

Tahap I dilaksanakan dengan temu muka dan atau program pendidikan jarak jauh (PPJJ) dan modul-modul keterampilan yaitu modul pelayanan dengan pendekatan holistik komprehensif, modul interprofesional kolaborasi, modul *Evidence based practice for primary medicine*, modul intensifikasi ketrampilan klinis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, dan modul lainnya yang dianggap perlu. Tahap ini dapat berdurasi 1 atau 2 semester.

Tahap II merupakan pembelajaran manajemen kasus dengan pendekatan gejala, tanda dan keluhan, serta pembelajaran untuk memanfaatkan dan mengembangkan sumber daya keluarga dan komunitas. Tahap ini ditujukan untuk pencapaian kompetensi Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer dari seluruh area kompetensi. Tahap ini dapat berdurasi 2 atau 3 semester.

Tahap III merupakan pembelajaran yang memahirkan peserta terutama pada area kompetensi kepemimpinan, manajemen praktik, dan penelitian di layanan primer. Selain itu juga untuk melatih sikap dan ketrampilan pada lahan pekerjaan yang sesungguhnya. Tahap ini dapat berdurasi 2 (dua) atau 3 (tiga) semester.

Perbandingan beban sks antara kurikulum inti dan kurikulum institusional adalah 60-80% dan 20-40%. Kurikulum institusional berupa muatan lokal yang dimiliki oleh masing-masing Institusi Pendidikan Dokter Spesialis (IPDS) dengan tetap mengacu pada peraturan dan perundang-undangan yang berlaku, diantaranya sebagai berikut:

- a. Pelaksanaan proses pembelajaran berlangsung dalam bentuk interaksi antara dosen, peserta didik, dan sumber belajar dalam lingkungan belajar tertentu.
- b. Pelaksanaan pembelajaran di setiap modul dilaksanakan sesuai Rencana Pembelajaran Semester (RPS).
- c. Proses pembelajaran yang terkait dengan penelitian wajib mengacu pada Standar Nasional Penelitian.
- d. Proses pembelajaran yang terkait dengan pengabdian kepada masyarakat oleh peserta didik wajib mengacu kepada Standar Nasional Pengabdian kepada Masyarakat.
- e. Proses pembelajaran melalui kegiatan kurikuler wajib dilakukan secara sistematis dan terstruktur melalui berbagai modul dan beban belajar yang terukur.
- f. Proses pembelajaran melalui kegiatan kurikuler wajib menggunakan metode pembelajaran yang efektif sesuai dengan karakteristik modul untuk mencapai kemampuan yang ditetapkan dalam modul.
- g. Metode pembelajaran yang dapat dipilih untuk pelaksanaan pembelajaran modul meliputi: diskusi kelompok, simulasi, studi kasus, pembelajaran kolaboratif, pembelajaran kooperatif, pembelajaran berbasis proyek, pembelajaran berbasis masalah, atau lainnya yang dapat secara efektif memfasilitasi pemenuhan capaian pembelajaran peserta didik.
- h. Setiap modul dapat menggunakan satu atau gabungan dari beberapa metode pembelajaran, antara lain: kuliah, responsi dan tutorial, seminar atau praktik di fasilitas kesehatan tingkat pertama, fasilitas kesehatan tingkat lanjut, atau praktik lapangan.
- i. Bentuk pembelajaran dalam bentuk penelitian dan pengabdian kepada masyarakat merupakan kegiatan di bawah bimbingan

dosen dalam rangka memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Kurikulum yang merupakan pedoman penyelenggaraan program studi kedokteran keluarga layanan primer, memuat proses pembelajaran yang disusun pada setiap mata kuliah dan disajikan dalam rencana pembelajaran. Rencana pembelajaran yang dikembangkan oleh divisi bidang minat berbentuk modul. Mata kuliah inti yang dikembangkan pada setiap semester dan/atau tahap pendidikan wajib mengampu dari modul yang telah ditetapkan oleh kolegium.

Kurikulum inti menganut sistem semester terbuka/tertutup sehingga mata kuliah yang diberikan pada tahap pendidikan dapat dibagi menjadi beberapa semester yang berbeda dengan tetap mengacu pada capaian pembelajaran yang telah ditetapkan pada setiap tahapan pendidikan.

3. Tahapan Pendidikan

Tahap I: durasi 1 (satu) atau 2 (dua) semester

Tahap ini merupakan tahap pertama dalam pendidikan Program studi ilmu kedokteran keluarga layanan primer. Dalam tahap ini, peserta program diharapkan mampu mengubah paradigma pelayanan serta kemampuan sikap, pengetahuan dan keterampilannya agar dapat menjalani masa studi pada tahap pendidikan berikutnya.

Pencapaian pada tahap ini meliputi sebagian dari kompetensi utama, dan/atau kompetensi pendukung dan khusus/lain. Tahap ini memiliki beban studi total minimal 10 (sepuluh) dan maksimal 20 (dua puluh) sks sebagai bagian dari kurikulum inti yang terbagi menjadi 1 (satu) atau 2 (dua) semester.

Mata kuliah pada tahap I dapat terdiri dari :

- a. MKDU (Mata Kuliah Dasar Umum): yaitu mata kuliah yang dirancang untuk memberikan dasar pengetahuan agar peserta program menjadi seorang ilmuwan, peneliti, pemikir yang berlandaskan etika kedokteran dan mempunyai hubungan antar manusia yang baik, serta memahami problema yang berkaitan dengan medikolegal.

- b. MKDK (Mata Kuliah Dasar Keahlian): yaitu mata kuliah yang dirancang untuk memberikan pengetahuan dasar (*basic sciences*) yang diperlukan untuk dokter layanan primer, yang melandasi keterampilan yang dipersyaratkan.
- c. Mata Kuliah Keahlian (MKK) merupakan pengalaman belajar yang didapatkan dari teori, pengalaman klinis, dan pengalaman meneliti.
- d. Mata Kuliah lain yaitu mata kuliah yang dirancang untuk mencapai kompetensi pendukung dan kompetensi khusus/lain.
- e. Keterampilan Klinis Spesialis Dasar (KKSD) berupa keterampilan dalam melakukan praktik klinis di layanan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga.

Pada tahap ini diajarkan pengetahuan dan keterampilan mengenai prinsip kedokteran keluarga, determinan kesehatan dan kedokteran keluarga, pendekatan kedokteran keluarga terhadap skrining dan manajemen penyakit, kolaborasi interprofesional, dasar-dasar kepemimpinan, hukum dan etik di layanan primer, filsafat ilmu serta ketrampilan komunikasi dan cakap budaya. Selain itu juga diajarkan permasalahan reproduksi, kesehatan wanita, kesehatan anak dan tumbuh kembang anak yang sering dijumpai dilayanan primer dalam konteks pelayanan kedokteran keluarga.

Pada akhir tahap ini akan dilakukan evaluasi nasional (ujian board-1) berupa ujian dengan berprinsip pada penilaian terendah (*low stakes assessment*). Tidak hanya untuk mengevaluasi capaian peserta didik, ujian board dilakukan sekaligus dalam rangka menjaga mutu pendidikan.

Setelah menyelesaikan pendidikan Tahap I, diharapkan peserta didik:

- 1) Mampu menjelaskan proses pembelajaran klinis multidisiplin dengan benar, filsafat ilmu dengan benar, metodologi riset dan statistik dengan benar, farmakologi klinik dengan benar dan epidemiologi klinik dengan benar.

- 2) Mampu menjelaskan prinsip kedokteran keluarga dengan benar dan melakukan praktik kedokteran keluarga berdasarkan prinsip tersebut.
- 3) Mampu menjelaskan tentang determinan kesehatan dan kedokteran keluarga dan mengaplikasikan pengetahuan tersebut dalam praktik kedokteran keluarga dengan benar.
- 4) Mampu menjelaskan tentang pendekatan kedokteran keluarga terhadap skrining dan manajemen penyakit serta mampu melakukan skrining dan manajemen penyakit dalam praktik dokter di layanan primer.
- 5) Mampu menjelaskan tentang permasalahan obstetri, ginekologi, pediatri, dalam kedokteran keluarga dan menyelesaikan permasalahan tersebut di layanan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga dengan benar.
- 6) Memiliki sikap profesional dan berketuhanan dalam praktik kedokteran keluarga. Mampu menjelaskan prinsip kedokteran keluarga dengan benar dan melakukan praktik kedokteran keluarga berdasarkan prinsip tersebut.
- 7) Mampu memperlihatkan hasil kerja sebagai profesional dalam bentuk pertanggungjawaban terhadap ilmu dan pelayanan ke masyarakat.
- 8) Mampu melakukan praktik kedokteran keluarga dalam masyarakat multikultural di Indonesia.
- 9) Mampu menerapkan konsep dan prinsip ilmu biomedik, klinik, perilaku, kedokteran komunitas dan ilmu kesehatan masyarakat sesuai dengan pelayanan kesehatan primer.
- 10) Mampu mendemonstrasikan penerapan ilmu kedokteran keluarga, ilmu kedokteran komunitas, dan ilmu kesehatan masyarakat, dalam penatalaksanaan pasien pada semua spektrum layanan primer, berbasis bukti ilmiah terkini dan mengutamakan keselamatan pasien
- 11) Mampu menegakkan diagnosis holistik berdasarkan faktor personal, klinis, internal dan eksternal dalam penatalaksanaan kolaborasi yang komprehensif
- 12) Mengelola penyakit, keadaan sakit dan masalah pasien sebagai individu yang utuh, bagian dari keluarga dan masyarakat di fasilitas kesehatan dan di masyarakat/komunitas.

- 13) Mengintegrasikan tindakan preventif untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang komprehensif.
- 14) Mengidentifikasi masalah kesehatan di komunitas dan masyarakat secara cakap budaya.
- 15) Memanfaatkan prinsip komunikasi dengan sejawat, dan profesi lain untuk membangun kolaborasi dan kordinasi pelayanan.
- 16) Memanfaatkan data dan informasi pada perumusan dan pengelolaan masalah, untuk menjelaskan dan memecahkan masalah, atau mengambil keputusan dalam kaitan dengan pelayanan kedokteran keluarga di tingkat primer.

Tahap II: 2 (dua) atau 3 (tiga) semester

Tahap ini merupakan tahap pengalaman dengan supervisi yang bertujuan untuk memberi bekal kepada peserta didik agar pada akhir tahap ini mempunyai pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan tahapan yang diharapkan. Sebagian besar wahana pendidikan dilaksanakan di wahana pendidikan primer terakreditasi dengan dosen pembimbing lapangan terlatih. Modul pada tahap ini meliputi permasalahan kedokteran di layanan primer, kesehatan jiwa, kesehatan remaja, dewasa dan lansia, kegawatdaruratan di layanan primer, keganasan serta manajemen rawatan rumah, prosedur bedah dan permasalahan onkologi di layanan primer, pelayanan pemeriksaan penunjang, farmasi di layanan primer, teknologi informasi dan riset akademik.

Pencapaian pada tahap ini meliputi sebagian dari kompetensi utama, dan/atau kompetensi pendukung dan khusus/lain. Tahap ini memiliki beban studi total minimal 20 (dua puluh) dan maksimal 30 (tiga puluh) sks sebagai bagian dari kurikulum inti yang terbagi menjadi 2 (dua) atau 3 (tiga) semester.

Mata kuliah pada tahap 2 terdiri dari:

- a. Mata Kuliah Keahlian (MKK)
- b. Mata Kuliah Lain: materi tentang penyusunan karya ilmiah
- c. Keterampilan Klinis Spesialis Dasar (KKSD)
- d. Keterampilan Klinis Spesialis Lanjut (KKSL)

Pada akhir pendidikan Tahap II, peserta didik diharapkan:

- 1) Memiliki sikap bertanggung jawab atas pekerjaannya sesuai kode etik kedokteran Indonesia.
- 2) Mampu menghargai nilai yang diyakini pasien yang berkaitan dengan masalah kesehatan pasien yang berkaitan dengan masalah kesehatannya.
- 3) Mampu memvalidasi secara kritis terhadap evaluasi hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaan profesi sebagai dokter layanan primer baik oleh dirinya sendiri, sejawat, atau sistem institusinya.
- 4) Menyimpulkan pertanggungjawaban atas pekerjaan sebagai dokter di layanan primer sesuai dengan kode etik kedokteran Indonesia.
- 5) Mampu bekerjasama dalam tim pelayanan kesehatan yang professional
- 6) Mampu menerapkan program keselamatan pasien.
- 7) Mampu melaksanakan upaya peningkatan mutu kesehatan, aksesibilitas, efektifitas dan efisiensi dalam kondisi fasilitas pelayanan kesehatan primer.
- 8) Mampu melaksanakan program jaminan mutu pada fasilitas kesehatan tingkat primer.
- 9) Mampu mengembangkan pelayanan yang kolaboratif dengan pendekatan biopsikososial pada penanganan penyakit/gangguan kelompok infeksi, degeneratif, kongenital, keganasan, dan trauma.
- 10) Mampu memprediksi hasil penapisan berbagai masalah kesehatan mulai dari tahap asimtomatik sampai tahap rehabilitasi (*continuum of disease*) dalam kasus pemilihan pemeriksaan penunjang, kasus kedokteran okupasi, kasus bedah, keganasan, kasus kegawatdaruratan dan kasus rujukan, serta pelayanan paliatif, lansia dan geriatri pada kondisi kewenangan di pelayanan primer.
- 11) Mampu mengidentifikasi dan mengelola berbagai sumber daya yang tersedia bagi pasien, keluarga dan komunitas, terkait faktor-faktor yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh keadaan kesehatan.

- 12) Mampu memprediksi hasil penapisan berbagai masalah kesehatan mulai dari tahap asimtomatik sampai tahap rehabilitasi (*continuum of disease*) dalam kasus pemilihan pemeriksaan penunjang, kasus kedokteran okupasi, kasus bedah, keganasan, kasus kegawatdaruratan dan kasus rujukan, serta pelayanan paliatif, lansia dan geriatri pada kondisi kewenangan di pelayanan primer.
- 13) Mampu menilai adanya dinamika faktor internal dan eksternal yang meliputi perspektif pasien dan komunitas, lingkungan, budaya, kebijakan, prioritas masalah kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan primer dalam kondisi pendekatan praktik primer berbasis bukti yang berbasis pencegahan, sadar mutu dan sadar biaya pada kasus kesehatan ibu dan kesehatan anak, kesehatan reproduksi, kasus kesehatan anak, kasus kesehatan jiwa dan perkembangan remaja, kasus kesehatan indra dan saraf, kasus penyakit menular dan penyakit tidak menular
- 14) Mampu mengelola masalah kesehatan dengan mempertimbangkan kelompok risiko pasien
- 15) Mampu mengarahkan transformasi kepemimpinan seluruh elemen pelayanan, iklim, budaya dan mental organisasi berlandaskan bukti ilmiah terkini di bidang layanan primer
- 16) Mampu memberi pertimbangan kepemimpinan dalam suatu tim kerja untuk memecahkan masalah baik pada bidang profesinya, maupun masalah yang lebih luas dari bidang kedokteran keluarga layanan primer
- 17) Mampu mengarahkan penatalaksanaan masalah kesehatan pada individu dari berbagai kelompok usia dan jenis kelamin, berdasarkan penilaian faktor resiko.
- 18) Mampu mengelola masalah kesehatan akut, kronik, termasuk paliatif.
- 19) Mampu mengelola sumber daya manusia dan sarana – prasarana secara efektif dan efisien dalam pelayanan kesehatan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga.
- 20) Mampu menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan.
- 21) Mampu menggunakan keterampilan komunikasi yang baik dengan tetap memperhatikan faktor sosial-budaya dan norma-

norma setempat (verbal – tertulis dan oral, non-verbal) berdasarkan paradigma komunikasi ilmiah untuk membantu pengelolaan pasien serta kerja sama yang produktif dengan pasien, keluarganya, masyarakat, sejawat dan profesi terkait dalam kolaborasi tim pelayanan.

- 22) Mampu mengarahkan peningkatan mutu sumber daya untuk pengembangan program strategis organisasi di layanan kesehatan primer.
- 23) Mampu mengintegrasikan teknologi tepat guna informasi kesehatan dan biomedik dari berbagai sumber untuk membantu penegakan diagnosis, pemberian terapi, tindakan pencegahan dan promosi kesehatan, serta penjagaan, dan pemantauan status kesehatan pasien.
- 24) Mampu memanfaatkan informasi kesehatan berupa rekam medik hasil praktiknya untuk analisis dan perbaikan di kemudian hari.

Tahap III: 2 (dua) atau 3 (tiga) semester

Merupakan tahap pemantapan dari capaian pembelajaran sikap, pengetahuan dan keterampilan sesuai yang diinginkan. Peserta didik dapat kembali ke wahana primer tempatnya bekerja. Kemampuan medis yang telah diperoleh dipraktikkan dan dilaporkan secara berkala dalam bentuk laporan kasus. Selain kemampuan medis, juga dilatih kemampuan nonmedik dengan melaksanakan tugas-tugas manajerial sebagai *chief resident*, melakukan tugas pengaturan ketenagaan peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) (dibawah supervisi Ketua Program Studi (KPS)/Sekretaris Program Studi (SPS)), tugas sebagai pembimbing (pembimbing residen, yang lebih muda, peserta didik, dan paramedik), serta tata laksana konsultasi antar disiplin ilmu. Peserta didik juga melaksanakan program pengelolaan kesehatan populasi sebagai kebutuhan di era Jaminan Kesehatan Semesta ini. Dalam proyek tata kelola ini peserta menerapkan pendekatan diagnosis komunitas, evaluasi efektivitas dan efisiensi pelayanan sebagai bagian *Value based* care, serta program berkelanjutan jaminan mutu.

Pencapaian kompetensi pada tahap ini meliputi seluruh komponen pada kompetensi utama, kompetensi pendukung dan kompetensi khusus. Beban studi pada tahap ini minimal 15 (lima belas) sks dan maksimum 20 (duapuluh) sks yang harus dicapai dalam 2 (dua) atau 3 (tiga) semester.

Mata kuliah pada tahap 3 (tiga) dapat terdiri dari :

- a. Mata Kuliah Keahlian (MKK)
- b. Mata Kuliah Lain: yang salah satu materi tentang pembuatan karya ilmiah atau penelitian
- c. Keterampilan Klinis Spesialis

Pada tahap ini dilatihkan kegiatan berorientasi komunitas di layanan primer dengan menggunakan pendekatan kedokteran keluarga. Selain itu juga peserta didik diberi kesempatan untuk berpengalaman kerja di daerah perkotaan maupun di pedesaan di layanan primer, selain berpraktek manajemen, melaksanakan prinsip kolaborasi interprofesional dan menyelesaikan tesis.

Pada akhir tahap ini diadakan ujian lokal yang dilakukan oleh masing-masing Institusi Pendidikan Dokter Spesialis (IPDS) untuk mengetahui kemampuan sikap, pengetahuan dan keterampilan dari peserta didik. Tahap ini diakhiri dengan ujian akhir nasional yang menyertakan penguji dari Institusi Pendidikan Dokter Spesialis (IPDS) lain yang ditunjuk oleh Komisi Ujian Nasional (KUN).

Pada akhir pendidikan Tahap III, peserta didik diharapkan:

- 1) Mampu menghasilkan karya ilmiah/penelitian dengan benar
- 2) Mampu melakukan penatalaksanaan kesehatan komunitas dan manajerial fasilitas kesehatan tingkat pertama di layanan primer dengan menggunakan pendekatan kedokteran keluarga.
- 3) Mampu mendemonstrasikan prinsip kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat, praktek manajemen, kolaborasi interprofesional dan mengaplikasikannya dalam praktik kedokteran keluarga yang cakap budaya.

C. STANDAR PROSES

Standar proses pembelajaran merupakan kriteria minimal tentang pelaksanaan pembelajaran pada program studi ilmu Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer untuk memperoleh capaian pembelajaran. Standar proses pembelajaran mencakup:

1. Karakteristik proses pembelajaran;
 2. Perencanaan proses pembelajaran;
 3. Pelaksanaan proses pembelajaran; dan
 4. Beban belajar peserta didik.
-
1. Karakteristik proses pembelajaran
 - a. Program Studi ini merupakan program yang sistematis, yang dilakukan berbasis praktik yang komprehensif melibatkan peserta didik pada seluruh kegiatan pelayanan kesehatan primer dan sekunder di bawah supervisi dan ikut bertanggung jawab terhadap aktivitas pelayanan kesehatan.
 - b. Pendekatan belajar siswa aktif. Program pendidikan spesialis menerapkan pembelajaran berbasis masalah kesehatan yang nyata (laporan kasus pasien) yang kemudian diikuti dengan telaah kritis bukti-bukti ilmiah terkini dari sumber-sumber belajar yang mencantumkan proses review dengan mitra bestari, terindeks internasional maupun terakreditasi nasional, untuk selanjutnya direnungkan metoda pembelajaran yang dapat diadaptasi bagi peningkatan pelayanan primer dalam konteks Indonesia (sesuai kultur/budaya masyarakatnya, determinan sosial kesehatannya, health believes masyarakatnya, dan sebagainya). Laporan kasus, telaah kritis, dan refleksi, adalah ketiga hal utama dalam proses pembelajaran program ini berdasarkan keaktifan pembelajar.
 - c. Belajar mandiri. Ditandai dengan kemampuan menentukan pengetahuan maupun keterampilan mana yang sudah dan belum dikuasai, melalui proses belajar siklus experiensial, kemudian diikuti dengan kemampuan menentukan tujuan belajar bersama sejawat lain, selanjutnya melakukan penelurusan bukti ilmiah terkini di bidang layanan primer, melakukan telaah kritis dengan panduan-panduan telaah kritis

yang valid, serta kemampuan belajar dan bekerjasama dalam kelompok yang ditandai dengan kooperasi dan kolaborasi belajar dengan penuh tanggung jawab individu, demi tercapainya tujuan belajar bersama. Memperhatikan bahwa program pendidikan ini adalah pendidikan profesi, maka belajar mandiri secara bertahap juga ditekankan pada pelatihan praktis klinis dalam menghadapi kasus pasien, keluarga dan komunitas.

- d. Program pendidikan mencakup integrasi antara teori dan praktik. Tema maupun topik-topik di dalam studi kasus dilaksanakan secara terpisah maupun integrasi. Pembentukan modul, blok dan tahapan pendidikan disesuaikan dengan proses pendidikan profesi pasca sarjana yang berbasis pelayanan dalam praktik. Tidak seperti program profesi pasca sarjana lain yang berbasis pada pelayanan rumah sakit, sesuai prinsip kedokteran keluarga, berbasis pelayanan pasien, keluarga dan komunitas secara terintegrasi dan bersinambung.
- e. Interaktif menyatakan bahwa capaian pembelajaran lulusan diraih dengan mengutamakan proses interaksi dua arah antara peserta didik dan dosen.
- f. Holistik menyatakan bahwa proses pembelajaran mendorong terbentuknya pola pikir yang komprehensif dan luas dengan menginternalisasi keunggulan dan kearifan lokal dan nasional.
- g. Integratif menyatakan bahwa capaian pembelajaran diraih melalui proses pembelajaran yang terintegrasi untuk memenuhi capaian pembelajaran secara keseluruhan dalam satu kesatuan program melalui pendekatan antardisiplin dan multidisiplin.
- h. Saintifik menyatakan bahwa capaian pembelajaran diraih melalui proses pembelajaran yang mengutamakan pendekatan ilmiah sehingga tercipta lingkungan akademik yang berdasarkan sistem nilai, norma, dan kaidah ilmu pengetahuan serta menjunjung tinggi nilai agama dan kebangsaan.
- i. Kontekstual menyatakan bahwa capaian pembelajaran diraih melalui proses pembelajaran yang disesuaikan dengan tuntutan kemampuan menyelesaikan masalah dalam ranah keahliannya.

- j. Tematik menyatakan bahwa capaian pembelajaran diraih melalui proses pembelajaran yang disesuaikan dengan karakteristik keilmuan program studi Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer dan dikaitkan dengan permasalahan nyata melalui pendekatan transdisiplin.
- k. Efektif menyatakan bahwa capaian pembelajaran diraih secara berhasil guna dengan mementingkan internalisasi materi secara baik dan benar dalam kurun waktu yang optimum.
- l. Efektif menyatakan bahwa capaian pembelajaran diraih melalui proses pembelajaran bersama yang melibatkan interaksi antar individu pembelajar untuk menghasilkan kapitalisasi sikap, pengetahuan, dan keterampilan.
- m. Berpusat pada peserta didik menyatakan bahwa capaian pembelajaran lulusan diraih melalui proses pembelajaran yang mengutamakan pengembangan kreativitas, kapasitas, kepribadian, dan kebutuhan peserta didik, serta mengembangkan kemandirian dalam mencari dan menemukan pengetahuan.

2. Perencanaan proses pembelajaran

Perencanaan proses pembelajaran terdiri atas: (1) model kurikulum; Pendekatan dalam penyusunan kurikulum pendidikan didasarkan atas kompetensi (*competency-based*), cara belajar aktif, dan pendekatan keterampilan proses, baik dalam problema-problema pelayanan, pendidikan, maupun penelitian, sehingga diharapkan agar para lulusan mampu untuk belajar mandiri dan pembelajaran sepanjang hayat (*life-long education*). Model kurikulum berbasis kompetensi yang terintegrasi baik horizontal maupun vertikal. Integrasi horizontal adalah integrasi kelompok materi pendidikan dari satu tahap pendidikan. Integrasi vertikal adalah integrasi kelompok materi pendidikan. (2) struktur, komposisi, dan durasi kurikulum; (3) peta kurikulum; (4) isi dan garis besar struktur kurikulum; yang disusun untuk setiap mata kuliah dan disajikan dalam bentuk Rencana Pembelajaran Semester (RPS) Modul; dan (5) tahapan pendidikan.

3. Pelaksanaan proses pembelajaran
 - a. Pelaksanaan proses pembelajaran berlangsung dalam bentuk interaksi antara dosen, peserta didik, dan sumber belajar dalam lingkungan belajar tertentu.
 - b. Pelaksanaan pembelajaran di setiap modul dilaksanakan sesuai Rencana Pembelajaran Semester (RPS).
 - c. Proses pembelajaran yang terkait dengan penelitian wajib mengacu pada Standar Nasional Penelitian.
 - d. Proses pembelajaran yang terkait dengan pengabdian kepada masyarakat oleh peserta didik wajib mengacu kepada Standar Nasional Pengabdian kepada Masyarakat.
 - e. Proses pembelajaran melalui kegiatan kurikuler wajib dilakukan secara sistematis dan terstruktur melalui berbagai Modul dan beban belajar yang terukur.
 - f. Proses pembelajaran melalui kegiatan kurikuler wajib menggunakan metode pembelajaran yang efektif sesuai dengan karakteristik Modul untuk mencapai kemampuan yang ditetapkan dalam Modul.
 - g. Metode pembelajaran yang dapat dipilih untuk pelaksanaan pembelajaran Modul meliputi: diskusi kelompok, simulasi, studi kasus, pembelajaran kolaboratif, pembelajaran kooperatif, pembelajaran berbasis proyek, pembelajaran berbasis masalah, atau lainnya yang dapat secara efektif memfasilitasi pemenuhan capaian pembelajaran peserta didik.
 - h. Setiap Modul dapat menggunakan satu atau gabungan dari beberapa metode pembelajaran, antara lain:
 - 1) Kuliah
 - 2) Responsi dan tutorial
 - 3) Seminar
 - 4) Praktik di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL), atau praktik lapangan.
 - 5) Bentuk pembelajaran dalam bentuk penelitian dan pengabdian kepada masyarakat merupakan kegiatan di bawah bimbingan dosen dalam rangka memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi.

4. Beban belajar peserta didik

Jumlah beban studi peserta didik adalah $\pm$ 60 (enam puluh) sks, ditambah 10 (sepuluh) sks untuk Institusi Pendidikan Dokter Spesialis (IPDS) yang menerapkan sistem MKDU (Mata Kuliah Dasar Umum).

Satu sks pada bentuk pembelajaran kuliah, respon dan tutorial termasuk tatap muka 13 (tiga belas) jam 20 (dua puluh) menit per semester, penugasan terstruktur 13 (tiga belas) jam 20 (dua puluh) menit per semester, dan belajar mandiri 16 (enam belas) jam per semester.

Pada bentuk pembelajaran praktik lapangan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat/pelayanan medis, 1(satu) sks setara dengan 42 (empat puluh dua) jam 40 (empat puluh) menit per semester. Beban normal belajar mahasiswa adalah 18 (delapan belas)sks sampai dengan 20 (dua puluh) sks per semester.

D. STANDAR RUMAH SAKIT PENDIDIKAN

Program Pendidikan Dokter Spesialis atau institusi pengelolanya memiliki atau bekerjasama dengan maksimal 2 (dua) Rumah Sakit Pendidikan (RSP) Utama. Rumah Sakit pendidikan dapat pula berupa rumah sakit pendidikan jejaring, dan RS pendidikan afiliasi yang telah terakreditasi yang mampu memenuhi kebutuhan Program Pendidikan Dokter Spesialis.

RSP yang digunakan merupakan Rumah sakit yang memberikan kesempatan seluas-luasnya untuk mendapatkan pengetahuan dan pengalaman sesuai dengan kompetensi serta mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu.

Rumah sakit yang digunakan sebagai tempat pendidikan harus sudah terakreditasi atau minimal telah dilakukan penilaian dan direkomendasikan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, untuk menjamin pencapaian kompetensi sesuai kurikulum pendidikan dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, yaitu:

1. Setiap rumah sakit harus memenuhi standar untuk ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan, antara lain:
 - a. visi, misi, dan komitmen rumah sakit;

- b. manajemen dan administrasi pendidikan;
 - c. sumber daya manusia;
 - d. sarana penunjang pendidikan; dan
 - e. perancangan dan pelaksanaan program pendidikan klinik yang berkualitas.
- 2. Rumah Sakit Pendidikan Utama melakukan koordinasi dan pembinaan terhadap Rumah Sakit Pendidikan jejaring/afiliasisesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - 3. Rumah Sakit Pendidikan Utama harus mengembangkan jejaring Rumah Sakit Pendidikan dan wahana pendidikan.

E. STANDAR WAHANA PENDIDIKAN KEDOKTERAN

Program studi menjamin tersedianya fasilitas pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer bagi mahasiswa yang menjamin terlaksananya proses pendidikan dalam mencapai kompetensi sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

Fasilitas pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer terdiri atas rumah sakit pendidikan, pusat kesehatan masyarakat, klinik pratama, laboratorium, dan fasilitas lain yang digunakan untuk pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer .

Fasilitas kesehatan dapat diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Fasilitas dan wahana pendidikan memberikan kesempatan seluas-luasnya untuk mendapatkan pengetahuan, keterampilan dan pengalaman sesuai dengan kompetensi yang diharapkan.

1. Persyaratan wahana pendidikan

Wahana pendidikan yang digunakan sebagai tempat pendidikan telah dilakukan penilaian dan direkomendasikan oleh Institusi Pendidikan Dokter Spesialis (IPDS) dengan kriteria yang telah ditetapkan oleh Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia (KIKKI), untuk menjamin pencapaian kompetensi sesuai kurikulum pendidikan dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer.

Fasilitas Kesehatan yang akan dijadikan wahana mendidikan harus memenuhi kriteria kelayakan, persyaratan umum dan khusus meliputi:

- a. Izin penyelenggaraan/operasional yang masih berlaku;
- b. Sertifikat akreditasi;
- c. Surat pernyataan kesediaan Puskesmas/Klinik sebagai Wahana Pendidikan;
- d. Terdapat minimal 2 (dua) dokter yang memiliki Surat Izin Praktik, salah satunya adalah dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer dan atau dokter yang memiliki sertifikat sebagai Pembimbing Lapangan; dan
- e. Dokumen yang menyatakan telah beroperasi paling sedikit 3 (tiga) tahun.

2. Standar Umum Wahana Pendidikan

Adapun standar umum wahana pendidikan dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah:

- a. Pemenuhan bangunan, prasarana, peralatan kesehatan, kefarmasian dan laboratoium sesuai dengan Permenkes tentang Pusat Kesehatan Masyarakat/Klinik
- b. Ruang diskusi atau pertemuan/presentasi yang dilengkapi dengan:
 - 1) LCD proyektor
 - 2) Layar untuk presentasi
 - 3) Office set khusus pendidikan yang terdiri atas:
 - a) Komputer
 - b) Printer
 - c) Alat tulis kantor
 - d) Meja computer
 - e) Meja tulis/konsultasi
 - f) Kursi ergonomis
 - g) Filling cabinet
 - h) Lemari buku dan buku-buku referensi
 - i) Loker untuk mahasiswa
 - 4) Ruangan untuk konsultasi dan penilaian evaluasi mahasiswa
 - 5) Jaringan internet

3. Standar Khusus sarana prasarana wahana pendidikan

Program studi ilmu kedokteran keluarga layanan primer harus menjamin tersedianya ruang/tempat pemeriksaan pasien untuk mahasiswa dan ruang diskusi yang dilengkapi komputer, internet, dan perpustakaan, serta adanya ruang konseling. Prasarana yang menjamin adanya sistem informasi, media audiovisual dan media penyuluhan/promosi kesehatan.

Program studi harus memiliki sarana:

- a. Peralatan untuk melaksanakan praktikum/praktik dan perencanaannya. Peralatan harus tersedia sesuai dengan kompetensi Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer. Daftar peralatan praktikum/praktik/*Skills Lab* sesuai kebutuhan program studi Kedokteran Keluarga Layanan Primer.
- b. Media pembelajaran (dapat berupa papan tulis, proyektor; audio, video, dll).

4. Penetapan Wahana Pendidikan

Penetapan wahana pendidikan mempunyai prasyarat sebagai berikut:

- a. Persyaratan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai wahana pendidikan ditentukan oleh KIKKI.
- b. Fasilitas pelayanan kesehatan direkomendasikan oleh program studi IPDS.
- c. Fasilitas pelayanan kesehatan ditetapkan menjadi wahana pendidikan oleh Kepala Daerah dengan rekomendasi IPDS dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- d. Usulan penetapan wahana pendidikan disertai dengan kelengkapan persyaratan berupa:
 - 1) izin operasional penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang masih berlaku;
 - 2) profil Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang berisi identitas, visi, misi, komitmen fasilitas pelayanan kesehatan di bidang pendidikan, manajemen dan administrasi pendidikan, serta layanan Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
 - 3) data jenis pelayanan, berupa:
 - a) data sarana, prasarana, dan peralatan;

- b) data sarana penunjang pendidikan bagi fasilitas kesehatan yang telah menjadi wahana pendidikan tenaga kesehatan lainnya;
- c) data Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan
- d) data Tenaga kependidikan bagi fasilitas kesehatan yang telah menjadi wahana pendidikan tenaga kesehatan lainnya;
- e) sertifikat akreditasi atau sertifikat penilaian pemenuhan standar mutu lainnya yang masih berlaku;
- f) surat pernyataan kesediaan menjadi wahana pendidikan
- g) surat pernyataan memenuhi standar wahana pendidikan;
- h) perjanjian kerjasama dengan institusi pendidikan yang menyelenggarakan program Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer .

5. Penyelenggaraan Pendidikan di Wahana Pendidikan

Pendidikan program studi ilmu kedokteran keluarga layanan primer di wahana pendidikan diselenggarakan secara terintegrasi dengan Rumah Sakit Pendidikan Utama yang menyelenggarakan pendidikan dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer. Penyelenggaraan pembelajaran Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer di wahana pendidikan dilakukan oleh Pembimbing Lapangan melalui:

- a. pengajaran dan pembimbingan di wahana pendidikan;
- b. pemberian inspirasi; (pemicu);
- c. menjadi panutan (role model);
- d. mendukung pertumbuhan dan perkembangan individu (*trainee*), untuk jangka waktu tertentu.

Pembimbing lapangan merupakan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer atau dokter yang telah mengikuti pelatihan pembimbing lapangan. 1 (satu) orang pembimbing lapangan memberikan pembelajaran paling banyak untuk 3 (tiga) mahasiswa program studi ilmu kedokteran keluarga layanan primer.

Setelah ditetapkan sebagai wahana pendidikan, program studi membuat perjanjian kerjasama antara IPDS dengan wahana pendidikan. Perjanjian kerjasama yang dibuat adalah:

- 1) Kerjasama Puskesmas sebagai wahana pendidikan sebagaimana dimaksud pada huruf a dilakukan dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- 2) Kerjasama Klinik Pratama sebagai wahana pendidikan sebagaimana dimaksud pada huruf a dilakukan dengan pemilik Klinik Pratama.

F. STANDAR DOSEN

1. Dosen

a. Definisi Dosen

- 1) Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional menyebutkan bahwa pendidik diantaranya dapat berupa Dosen, Instruktur, dan Tutor.
- 2) Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen menegaskan bahwa status Dosen terdiri atas Dosen Tetap dan Dosen Tidak Tetap. Berdasarkan Undang-Undang tersebut pemerintah perlu memfasilitasi dan membina para pendidik baik sebagai Dosen, Instruktur maupun Tutor.
- 3) Undang-Undang Pendidikan Tinggi Nomor 12 Tahun 2012 Dosen adalah pendidik profesional dan ilmuwan dengan tugas utama mentransformasikan, mengembangkan, dan menyebarluaskan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat.

Dosen Tetap pada pendidikan kedokteran yang berasal dari Kementerian Kesehatan atau Pemerintah Daerah yaitu dokter yang ditugaskan untuk mendidik sesuai dengan uraian tugas yang melekat di satuan administrasi pangkalan (Satminkal) yang bersangkutan (Kementerian Kesehatan atau lainnya).

Dosen Tetap sebagaimana tersebut di atas dapat mengikuti sertifikasi dosen yang diselenggarakan oleh Kemdikbud, pendanaan terkait dengan hal ini disediakan oleh Satminkal.

Dosen Tetap tersebut juga dapat menduduki jabatan akademik guru besar sepanjang memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh Kemdikbud.

Dosen Tidak Tetap dari Kemkes atau Pemda yaitu dokter yang tidak ditugaskan oleh Kementerian Kesehatan atau Pemerintah Daerah (Satminkal) sebagai pendidik klinis, namun diminta untuk mengajar oleh Fakultas Kedokteran berstatus sebagai Dosen Tidak Tetap.

Dosen Tidak Tetap sebagaimana tersebut di atas tidak dapat mengikuti sertifikasi dosen yang diselenggarakan oleh Kemendikbud.

Jenis jabatan akademik Dosen Tidak Tetap diatur oleh penyelenggara pendidikan tinggi.

- b. Menurut Undang-Undang Pendidikan Kedokteran Nomor 20 tahun 2013, Pasal 21 ayat (1), ayat (2), ayat (3) dan ayat (4):
 - 1) Ayat (1) – Dosen dapat berasal dari perguruan tinggi, Rumah Sakit Pendidikan, dan Wahana Pendidikan.
 - 2) Ayat (2) – Dosen di Rumah Sakit Pendidikan dan Wahana Pendidikan melakukan pendidikan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, dan pelayanan kesehatan.
 - 3) Ayat (3) – Dosen di Rumah Sakit Pendidikan dan Wahana Pendidikan kedokteran memiliki kesetaraan, pengakuan, dan angka kredit yang memperhitungkan kegiatan pelayanan kesehatan.
 - 4) Ayat (4) – Ketentuan lebih lanjut mengenai kesetaraan, pengakuan, dan angka kredit Dosen di Rumah Sakit Pendidikan dan Wahana Pendidikan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dalam Peraturan Pemerintah.
- c. Penggolongan dan Kualifikasi Dosen
 - 1) Dosen Pembimbing:

- a) Dosen yang ditugaskan untuk membimbing ilmiah dan meningkatkan keterampilan peserta serta berkewajiban melaporkan perkembangan bimbingannya kepada Dosen Penilai yang membawahnya, atau kepada pengelola program studi.
 - b) Memiliki ijazah dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer dan atau spesialisasi bidang lain yang relevan dengan pendidikan spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer dan diangkat oleh pimpinan IPDS.
 - c) Memiliki ijazah dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer saat menjadi dosen dan untuk spesialisasi lain yang relevan telah meyandang ijazah lebih dari 3 (tiga) tahun dan bekerja di Rumah Sakit Pendidikan (RSP) Utama, atau rumah sakit lain di luar yang digunakan sebagai instalasi dan sarana pendidikan.
- 2) Dosen Pendidik:
- a) Dosen yang selain mempunyai tugas sebagai pembimbing, diberikan pula wewenang dan tanggung jawab mendidik untuk peningkatan bidang ilmiah para peserta dan berkewajiban untuk melaporkan hasil pendidikannya kepada Dosen penilai yang membawahnya atau kepada pengelola program studi.
 - b) Memiliki ijazah dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer , dan atau spesialis lain yang relevan sekurang-kurangnya selama 3 (tiga) tahun dan bekerja terus menerus di IPDS.
 - c) Memiliki ijazah dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer saat menjadi Dosen, dan untuk spesialisasi lain yang relevan telah menyandang ijazah selama lebih dari 5 (lima) tahun dan bekerja di Rumah Sakit Pendidikan Utama, atau rumah sakit lain di luar yang digunakan sebagai instalasi dan sarana pendidikan.

3) Dosen Penilai:

- a) Dosen yang diberi wewenang melakukan penilaian hasil pendidikan dokter spesialis dan bekerja di Departemen Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer/Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas/Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, dan atau Dosen spesialisasi lain yang oleh kesepakatan staf pengajar di Departemen dinilai layak untuk diberi wewenang tersebut, walaupun bekerja di tempat lain.
- b) Memiliki ijazah dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer pada saat menjadi Dosen, dan atau spesialis lain sekurang-kurangnya 5 (lima) tahun, dan sudah menjadi pendidik sekurang-kurangnya 3 (tiga) tahun.

d. Penggolongan dan Kualifikasi Dosen Pendidik Klinik

Selain penggolongan diatas, terdapat penggolongan lainnya berdasarkan pendidikan dan pelatihan yang pernah diikuti yaitu:

1) Dosen Pendidik Klinik I

- a) Masa kerja 0 (baru) – 5 tahun
- b) Pelatihan yang harus diikuti:
 1. *Clinical teaching*
 2. *Roles monitoring on the job role model*
 3. *student assessment* untuk *assessor level-1* (*workplace-based, mini-Clinical Evaluation exercise, Direct Observation of Procedural Skills, dll*).
- c) Kewenangan
 1. Bimbingan keterampilan dasar (Tutor, Mentor, dan Fasilitator).
 2. Menguji sebagai assessor level-1
 3. Fasilitator pada diskusi WPB, *bedside teaching*, dan pelatihan.

- 2) Dosen Pendidik Klinik II
 - a) Masa kerja minimal 2 – 10 tahun
 - b) Pelatihan yang harus diikuti:
 1. Kriteria Dosen Pendidik Klinik I
 2. *Student assessment* untuk *assessor* level-2 (menguji kasus keterampilan Objective Structured Clinical Examination (OSCE)
 3. PEKERTI
 4. *Good Clinical Practice* (GCP)
 - c) Kewenangan
 1. Bimbingan keterampilan dasar (Tutor, Mentor, dan Fasilitator) dan lanjutan.
 2. Menguji sebagai *assessor* level-1 dan 2
 3. Narasumber seminar.
 4. Narasumber/trainer acara ilmiah.
 5. Ronde Departemen
 6. Pembimbing penelitian.
- 3) Dosen Pendidik Klinik III
 - a) Masa kerja minimal 5 tahun – seumur hidup.
 - b) Pelatihan yang harus diikuti:
 1. Kriteria Dosen Pendidik Klinik I dan II
 2. *Student assessment* untuk *assessor* level-3 (menguji tesis).
 3. *Applied Approach* (AA)
 4. *Good Clinical Practice* (GCP)
 - c) Kewenangan
 1. Bimbingan keterampilan dasar (Tutor, Mentor, dan Fasilitator) dan lanjutan.
 2. Menguji sebagai *assessor* level-1, 2 dan 3
 3. Memberi kuliah.
 4. Narasumber/*trainer* acara ilmiah.
 5. Ronde besar.
 6. Pembimbing penelitian.

e. Jumlah Dosen

Jumlah minimum Dosen untuk suatu Program Pendidikan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah 5 (lima) orang. Jumlah dosen merupakan salah satu faktor yang menentukan jumlah peserta didik dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer .

Lembaga Akreditasi Mandiri Perguruan Tinggi Kesehatan (LAM-PTKes) membuat persyaratan rasio jumlah seluruh dosen dari semua Rumah Sakit Pendidikan Utama/Rumah Sakit Pendidikan Afiliasi dan Satelit dengan total jumlah peserta didik adalah 1 : 3 (satu Dosen berbanding tiga peserta didik). Oleh karena itu, jumlah penerimaan peserta didik per semester adalah jumlah dosen (termasuk dosen Rumah Sakit Jejaring dan wahana pendidikan kedokteran) dikalikan 3 (tiga) dan dibagi lama pendidikan dalam semester.

f. Pengembangan Dosen

Institusi pendidikan dokter spesialis (IPDS) kedokteran keluarga layanan primer menetapkan kebijakan dalam sistem penempatan dan promosi dosen berdasarkan kemampuan mendidik, meneliti dan menjalankan tugas pelayanan, serta prestasi akademik. Dalam pemberian tugas pendidikan dipertimbangkan pula keseimbangan antara dosen dan peserta didik sehingga proses pembelajaran dapat berlangsung efektif.

Institusi pengelola program pendidikan dokter spesialis (IPDS) kedokteran keluarga layanan primer mempunyai program pengembangan dan penghargaan terhadap dosen. IPDS menentukan hak dan tanggung jawab dosen yang bekerja di rumah sakit pendidikan utama atau di sarana jejaring pelayanan kesehatan lainnya yang menjadi wahana pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer .

g. Pakar Pendidikan

IPDS dapat memanfaatkan tenaga pakar disiplin ilmu lain dalam proses dan pengembangan pendidikan. Pemanfaatan tenaga pakar tersebut dimaksudkan untuk menunjang pencapaian tujuan pendidikan.

Pakar pendidikan kedokteran sangat diperlukan untuk melakukan pelatihan pendidik dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer untuk peningkatan kualitas belajar mengajar dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, diantaranya mengenai strategi pembelajaran, prinsip pembimbingan klinik residensi, penyusunan kurikulum, persiapan Rumah Sakit Pendidikan dan wahana pendidikan klinik, evaluasi belajar, evaluasi program dan system penjaminan mutu program studi ilmu kedokteran keluarga layanan primer.

h. Pertukaran Dosen

IPDS mempunyai kebijakan dalam pertukaran dosen dan peserta didik PPDS dengan institusi pendidikan lain, dalam rangka memenuhi kelengkapan proses pendidikan termasuk transfer kredit yang disesuaikan dengan ketentuan termasuk sistem Rekognisi Pembelajaran Lampau (*recognition of prior learning*).

IPDS harus pula berupaya menciptakan peluang pertukaran dosen atau peserta didik secara nasional, regional atau internasional dalam upaya tercapainya visi, misi dan tujuan pendidikan.

G. STANDAR TENAGA KEPENDIDIKAN

Tenaga Kependidikan adalah anggota masyarakat yang mengabdikan diri dan diangkat untuk menunjang penyelenggaraan pendidikan tinggi antara lain, pustakawan, tenaga administrasi, laboran dan teknisi, serta pranata teknik informasi.

Tenaga kependidikan memiliki kualifikasi akademik paling rendah lulusan program diploma 3 (tiga) yang dinyatakan dengan ijazah sesuai dengan kualifikasi tugas pokok dan fungsinya. Tenaga kependidikan yang memerlukan keahlian khusus wajib memiliki sertifikat kompetensi sesuai dengan bidang tugas dan keahliannya.

Jumlah minimal tenaga kependidikan terdiri atas 3 (tiga) orang tenaga kependidikan dan 1 (satu) orang tenaga perpustakaan untuk

setiap program studi. Kualifikasi tenaga kependidikan minimal berijazah D3, berusia maksimum 58 (lima puluh delapan) tahun, dan bekerja penuh waktu 40 jam/minggu.

Tenaga kependidikan di program studi ilmu kedokteran keluarga layanan primer harus mampu mendukung implementasi program pendidikan dan kegiatan lainnya, serta pengaturan sumber daya pendidikan. Program studi ilmu kedokteran keluarga layanan primer harus memiliki sistem penilaian kinerja tenaga kependidikan dan manajemen secara berkala, minimal sekali dalam setahun. Hasil penilaian kinerja digunakan sebagai umpan balik dalam peningkatan kualitas tenaga kependidikan dan manajemen.

H. STANDAR PENERIMAAN CALON MAHASISWA

1. Alur Pendaftaran Calon Mahasiswa

Pendaftaran dapat dilakukan oleh Lembaga/Instansi Pemerintah seperti kementerian kesehatan, TNI/Polri, atau perorangan, dengan mengisi dan melengkapi formulir pendaftaran yang dapat dilakukan secara *online* atau *offline*.

Pendaftaran dan seluruh berkas pendaftaran diserahkan ke panitia penerimaan mahasiswa baru di Institusi Pendidikan Dokter Spesialis (IPDS), dengan tembusan ke Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia (KIKKI) secara *online* atau *offline*.

Pendaftaran dilakukan selambat-lambatnya 1 (satu) bulan sebelum pelaksanaan tes/seleksi calon mahasiswa baru, atau sesuai batasan waktu menurut ketentuan lain yang telah diumumkan secara nasional melalui media cetak dan atau elektronik.

2. Seleksi dan Penerimaan Mahasiswa Baru

Seleksi penerimaan calon mahasiswa sesuai dengan prinsip transparansi, berkeadilan, afirmatif dan memperhatikan bakat serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Prosedur penerimaan calon mahasiswa mengikuti kebijakan di perguruan tinggi masing-masing dan melalui jalur seleksi dan penerimaan calon mahasiswa.

Program pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer memiliki 2 (dua) jalur pendidikan yaitu pendidikan reguler dan pendidikan Rekognisi Pembelajaran lampau (RPL).

Pendidikan reguler merupakan jalur pendidikan yang diperuntukkan bagi dokter yang memenuhi persyaratan penerimaan calon mahasiswa. Jalur pendidikan ini diselenggarakan dalam waktu minimal 7 (tujuh) semester dengan 3 (tiga) tahapan pencapaian kompetensi yang terdiri dari Tahap I, II, dan III.

Pendidikan Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL) jalur pendidikan yang diperuntukkan bagi dokter yang telah berpraktik lebih dari 5 (lima) tahun pada saat mendaftar.

Calon mahasiswa yang dapat mengikuti program ini memenuhi persyaratan umum dan khusus yang ditentukan.

Persyaratan umum dan khusus yang ditetapkan sebagai berikut:

a. Persyaratan Umum

- 1) Dokter Warga Negara Indonesia lulusan Fakultas Kedokteran yang telah terakreditasi.
- 2) Dokter Warga Negara Asing yang mendapat persetujuan Dirjen Dikti dan memenuhi ketentuan Konsil Kedokteran Indonesia
- 3) Mengisi formulir pendaftaran Program Pendidikan Dokter Spesialis pada Fakultas Kedokteran dari Universitas yang dituju sesuai dengan persyaratan yang telah ditetapkan oleh Perguruan Tinggi yang dituju.
- 4) Memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau identitas yang berlaku.
- 5) Ijazah Sarjana Kedokteran yang telah dilegalisasi oleh pimpinan fakultas
- 6) Ijazah Profesi yang telah dilegalisasi oleh pimpinan fakultas
- 7) Transkrip akademik Sarjana Kedokteran (S.Ked) yang telah dilegalisasi oleh pimpinan fakultas (tidak menerima konversi Indeks Prestasi).
- 8) Transkrip akademik Profesi yang telah dilegalisasi oleh pimpinan fakultas (tidak menerima konversi Indeks Prestasi).

- 9) Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dari Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku.
- 10) Memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) Dokter terbitan pertama dan terakhir (yang masih berlaku).
- 11) Telah lulus dokter minimal 1 (satu) tahun terhitung sejak dinyatakan lulus Uji Kompetensi Dokter Indonesia (UKMPPD) dengan menyertakan fotokopi tanda bukti (Nilai/Hasil) kelulusan UKMPPD (khusus bagi peserta didik regular).
- 12) Bagi dokter yang melaksanakan Internship, telah bekerja di Institusi Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit Pemerintah atau Swasta, maupun Klinik) selama 1 (satu) tahun sejak diterbitkannya Surat Ijin Praktek (SIP) Dokter dan dinyatakan dalam surat keterangan telah bekerja oleh pimpinan institusi.
- 13) Surat rekomendasi dari Ikatan Dokter Indonesia (IDI) setempat atau dari atasan langsung yang menyatakan aktif keanggotaan dan tidak pernah melakukan malpraktek atau melakukan pelanggaran kode etik kedokteran.
- 14) Surat Keterangan Berbadan Sehat dari Rumah Sakit Pemerintah.
- 15) Surat Keterangan Bebas Penggunaan NAPZA (Narkotik, Psikotropik, dan Zat Adiktif lain), dari Rumah Sakit Pemerintah.
- 16) Surat Keterangan Kelakuan Baik (SKKB) dari setingkat Kepolisian Resort Kota (Polresta).
- 17) Khusus bagi calon pendaftar yang berasal dari instansi TNI dan POLRI Surat Keterangan Kelakuan Baik (SKKB) yang dikeluarkan dari kesatuan masing-masing yang telah dilegalisasi.
- 18) Bagi yang telah melaksanakan PTT wajib melampirkan fotocopy SK. Pengangkatan dan Penempatan PTT serta Surat Keterangan Selesai Masa Bakti dari Kementerian Kesehatan.
- 19) Bagi Pegawai Negeri Sipil wajib melampirkan fotocopy SK Calon PNS (80%) dan SK Pengangkatan PNS (100%).

- 20) Bagi pendaftar yang berasal dari TNI dan POLRI wajib melampirkan fotocopy Surat Perintah (Sprin) Pertama dan Surat Perintah (Sprin) Terakhir.
- 21) Bagi pendaftar yang dikirim oleh instansi pemerintah atau swasta, wajib melampirkan surat keterangan/ Pernyataan jaminan pembiayaan dari instansi yang mengirim.
- 22) Surat rekomendasi yang telah ditandatangani pemberi rekomendasi.
- 23) Melampirkan Sertifikat kongres/seminar/pertemuan ilmiah/kursus dan penelitian dalam bidang keilmuan di layanan primer yang pernah diikuti.
- 24) Tidak sedang menempuh seleksi PPDS-1 dan Program Kedokteran Keluarga Layanan Primer di Universitas lain pada periode yang sama, dan tidak sedang menjadi peserta PPDS-1 atau menjadi peserta didik di Program Studi manapun di Universitas yang dituju.

b. Persyaratan Khusus untuk Rekognisi Pembelajaran Lampau

Persyaratan khusus diperuntukkan bagi mereka yang sudah berpraktik lebih dari 5 (lima) tahun pada saat mendaftar yang dibuktikan oleh Surat Izin Praktik. Adapun persyaratan khusus tersebut sebagai berikut:

- 1) Tidak ada batas maksimal usia
- 2) Telah mengikuti pendidikan/pelatihan di bidang kedokteran keluarga (dengan menunjukkan bukti kepesertaan) seperti:

Pendidikan/pelatihan di bidang kedokteran keluarga (Paket A/B/C/D, Magister Dokter Keluarga, Pelatihan BPPSDM dan pendidikan/pelatihan lain yang ditentukan oleh Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia/ KIKKI) dan atau ilmu kedokteran klinik (Modul PDKI, BP2KB), bioetik dan medikolegal, dan/atau bukti telah mengikuti Pendidikan formal atau non formal yang disesuaikan dengan kurikulum pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer .

- 3) Melampirkan bukti telah mengikuti pelatihan berbagai keterampilan (*Advanced Trauma Life Support (ATLS), Advanced Cardiac Life Support (ACLS), Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED), Counseling and Communication Skills*, dll) yang disesuaikan dengan kurikulum pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer .



Gambar 2. Pendidikan jalur RPL

c. Seleksi Akademik

Selain harus memenuhi persyaratan yang tercantum dalam ketentuan di atas, setiap peserta diwajibkan mengikuti seleksi akademik. Seleksi Akademik bertujuan untuk menilai apakah calon peserta cocok dengan program studi yang dipilih. Seleksi dilakukan dengan berbagai macam test yang dilakukan oleh penanggung jawab program studi (Ketua Program Studi (KPS)/ Sekretaris Program Studi (SPS)) dengan melibatkan anggota staf pengajar.

Seleksi akademik meliputi:

- 1) Seleksi/Verifikasi Berkas Pendaftaran yang dikoordinasikan oleh SMUP melalui Sekretariat Pokja Program Pendidikan Dokter Spesialis-1 (PPDS-1) Fakultas Kedokteran.
- 2) Tes Kemampuan Bahasa Inggris (TKBI)
- 3) Tes Kemampuan Advanced (TKBA)
- 4) Tes Psikologi

- 5) Tes Akademik
- 6) Wawancara

Seleksi, kurikulum dan evaluasi perlu diseragamkan agar pendidikan dan keluaran merata secara nasional. Seleksi yang baik akan memudahkan proses pendidikan untuk menghasilkan peserta program sesuai yang diharapkan. Kebijaksanaan lokal Bagian/Departemen, Fakultas, Universitas dan Daerah juga perlu dihargai dan diperhatikan. Di IPDS dibentuk tim seleksi bagian (selanjutnya disebut Tim Seleksi) untuk menyeleksi calon peserta PPDS yang akan diterima. Cara Penilaian untuk menentukan hasil seleksi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3
Matrik Penilaian Penerimaan PPDS Baru

NO	KOMPONEN	PENILAIAN	SKOR	BOBOT	NILAI
1	Lama Pendidikan	Tepat waktu	3		30
		Mudur < = 1 tahun	2	10	20
		Mudur > 1 tahun	1		10
2	Akreditasi asal FK	Akreditasi A	3		30
		Akreditasi B	2	10	20
		Akreditasi C	1		10
3	IPK Profesi Dokter	> = 3,5	3		30
		3,0 -3,5	2	10	20
		2, 75 – 2, 99	1		10
4	Komponen kinerja: 1. Pengalaman Kerja 2. Karya Ilmiah 3. Kongres Kedokteran Keluarga	Ketiga komponen	3		30
		2 dari 3 komponen	2	10	20
		1 dari 3 komponen	1		10
		Tidak ada	0		0
5	Sertifikat ACLS dan atau ATLS	Lebih dari 1	2		10
		1	1	5	5
		0	0		0

6	Ujian Tulis	>=80	3		30
		75 - 80	2	10	20
		70 - 74	1		10
		<=69	0		0
7	Hasil Wawancara	Sangat disarankan	3		60
		Disarankan	2	20	40
		Tidak disarankan	1		20
		Ditolak	0		0
8	Bahasa Inggris (TOEFL)	500 - 550	3		30
		450 - 499	2	10	20
		< 450	1		10
9	Psikotest	Sangat disarankan	3		30
		Disarankan	2	10	20
		Disarankan dengan catatan	1		10
		Tidak disarankan	0		0
10	Institusi Asal	PNS/TNI/POLRI/Tubel	3		15
		Utusan daerah/Pasca PTT	2	5	20
		Badan Swasta	1		5
		Swasta/Perorangan	0		0
11	Tempat Bekerja	Sangat Terpencil	3		15
		Terpencil	2	5	10
		Kota Besar	1		5
		Belum Bertugas	0		0
		Tertinggi			315
	JUMLAH	Terendah			40
		Minimum Penerimaan			200

Kebijakan IPDS setempat dapat ditambahkan ke dalam matriks ini dengan presentase nilai maksimal bobot IPDS tidak lebih dari 20%.

Catatan:

- a) Total nilai sama atau diatas 200 (dua ratus) diterima.
- b) Pada wawancara dapat dinilai:
 - (1) Penampilan.
 - (2) Penggalian motivasi.
 - (3) Kemampuan komunikasi
 - (4) Mencocokkan potensi akademik, Bahasa Inggris dengan pertanyaan sederhana, pengalaman dan lain-lain.
- c) Pada psikotes dikaji:
 - (1) Kemampuan kerjasama.
 - (2) Sabar / menekan emosi.
 - (3) Mengambil keputusan penting dengan segera dan tepat
- d) Alur Surat Lamaran
Semua lamaran baik dari Kemkes, Instansi TNI/Polri, perorangan dan lainnya dikirim ke IPDS dengan tembusan ke Kolegium paling lambat 1 (satu) bulan sebelum tes, sesuai dengan kesepakatan dan aturan yang berlaku secara nasional.
- e) Pengumuman Penerimaan Mahasiswa
Surat Keputusan Penerimaan Calon Mahasiswa Baru ditanda tangani oleh Rektor dan diumumkan secara langsung atau melalui website Universitas. Dekan Fakultas Kedokteran akan memberikan Surat Keterangan hasil keputusan seleksi penerimaan calon mahasiswa baru kepada setiap pendaftar, baik yang diterima maupun yang tidak diterima sebagai Calon Mahasiswa Baru. Pendaftar yang telah dinyatakan diterima, wajib segera menghubungi Sekretariat Pokja Program Pendidikan Dokter Spesialis-1 (PPDS-1) Fakultas Kedokteran untuk pengurusan persyaratan registrasi administrasi dan akademik selaku Calon Mahasiswa Baru.

3. Jumlah Mahasiswa

Program Studi harus menetapkan jumlah mahasiswa baru setiap angkatan berdasarkan kapasitas institusi dan efisiensi pendidikan.

Jumlah mahasiswa pada program studi didasarkan pada terpenuhinya standar sarana dan prasarana pendidikan. Penentuan jumlah mahasiswa harus mempertimbangkan pencapaian kompetensi dalam bentuk capaian pembelajaran oleh mahasiswa selama pendidikan yang meliputi kemampuan sikap, pengetahuan dan keterampilan.

Rasio seluruh mahasiswa dan dosen maksimal 5 : 1 (lima banding satu) . Secara ringkas, jumlah calon peserta yang diterima per semester adalah jumlah anggota staf pengajar kali 5 (lima) dibagi dengan jumlah semester.

4. Perwakilan Mahasiswa

IPDS harus mempunyai kebijakan melibatkan perwakilan mahasiswa untuk berpartisipasi aktif dalam membantu kelancaran proses pembelajaran yang berkaitan dengan kepentingan mahasiswa. Perwakilan mahasiswa merupakan wadah atau organisasi yang difasilitasi dan disupervisi oleh Ketua Program Studi dan/atau dosen yang ditunjuk oleh dan bertanggungjawab kepada Ketua Program Studi.

5. Mahasiswa Program Adaptasi

a. Prosedur penerimaan mahasiswa program adaptasi

Prosedur penerimaan mahasiswa program adaptasi adalah:

- 1) Membuat surat permohonan adaptasi kepada KPS
- 2) Melampirkan surat permintaan dari Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI)
- 3) Melengkapi persyaratan administrasi yang ditetapkan oleh prodi Ilmu kedokteran keluarga layanan primer
- 4) Mulai masuk bersamaan dengan magang PPDS.
- 5) Mengikuti stase/rotasi per divisi.

b. Persyaratan Mahasiswa Program Adaptasi

Calon adaptasi harus mempunyai persyaratan administrasi:

- 1) Ijazah dinilai sah oleh Panitia Penilai Ijazah Sarjana Lulusan Luar Negeri (PPISLN, Depdikbud).
- 2) Bersama dengan ijazah, peserta wajib melampirkan:
 - a) *Logbook*

- b) Kurikulum pendidikan
 - c) Standar Kompetensi yang telah dicapai
 - d) Transkrip akademik
 - e) Karya tulis akhir
- 3) Kurikulum pendidikannya telah dikaji oleh KIKKI, minimal mencapai 75% kurikulum/modul pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer .
 - 4) Surat permintaan dari Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI).

I. STANDAR SARANA DAN PRASARANA

1. Sarana dan prasarana pembelajaran

Institusi Pendidikan Dokter Spesialis harus menjamin tersedianya fasilitas pendidikan profesi dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer bagi mahasiswa yang menjamin terlaksananya proses pendidikan dalam mencapai kompetensi sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

Fasilitas pendidikan dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer terdiri atas rumah sakit pendidikan dan sarana pelayanan kesehatan di tingkat primer sebagai wahana pendidikan. Rumah sakit pendidikan terdiri atas rumah sakit pendidikan utama, rumah sakit pendidikan afiliasi, rumah sakit pendidikan satelit, dan wahana pendidikan Puskesmas, atau Klinik yang memenuhi persyaratan.

Rumah sakit yang digunakan untuk pendidikan harus ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sebagai rumah sakit pendidikan untuk menjamin tercapainya standar kompetensi dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer . Sarana pelayanan kesehatan lain meliputi rumah sakit/fasilitas kesehatan di daerah binaannya dan rumah sakit lain, dan wahana pendidikan yang memenuhi persyaratan proses pendidikan.

Kriteria sarana dan prasarana pada Rumah Sakit Pendidikan:

- a. Terdapat dokumen kesepakatan mengenai penyediaan fasilitas fisik untuk pendidikan klinik antara Direktur Rumah Sakit

Pendidikan, Kepala Bagian dan Pimpinan Institusi Pendidikan Kedokteran serta realisasinya.

- b. Sarana ruang belajar, ruang diskusi, perpustakaan, sistem informasi Rumah Sakit, teknologi informasi, skill lab, ruang penelitian dan audiovisual. Khusus untuk sarana ruang diskusi agar tersedia ruang khusus di setiap unit pelayanannya yang disesuaikan dengan kapasitas peserta didik yang ada. Apabila terdapat keterbatasan ruang dapat digunakan fasilitas audiovisual yang terkoneksi dengan ruang belajar di RS tersebut.
- c. Ada fasilitas ruang jaga yang memenuhi syarat dan aman bagi peserta didik yang memenuhi standar sarana, prasarana penunjang dan pendukung.
- d. Jenis dan jumlah staf pendidik di fasilitas pendidikan spesialis harus cukup untuk menjamin tercapainya standar kompetensi dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer .
- e. Jumlah dan jenis kasus/tindakan harus bervariasi menurut umur, baik untuk tindakan emergensi dan elektif maupun rawat jalan agar dapat menjamin tercapainya standar kompetensi dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer .
- f. Terdapat sarana proses pembelajaran dan penelitian.

Kriteria sarana dan prasarana pada Institusi Pendidikan:

- a. IPDS harus menyediakan sarana prasarana yang menjamin terlaksananya proses pendidikan dalam mencapai kompetensi sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran di bidang kedokteran keluarga layanan primer.
- b. Sarana dan prasarana meliputi kebutuhan ruang kuliah, ruang tutorial/diskusi kelompok kecil, ruang skill lab atau ruang keterampilan klinis, ruang perpustakaan, ruang dosen, ruang pengelola pendidikan, serta penunjang kegiatan kemahasiswaan.
- c. Ruang tutorial untuk 10-15 mahasiswa dengan dilengkapi sarana untuk berdiskusi (misalnya *flipchart*, papan tulis). Luas ruangan untuk aktivitas pembelajaran minimal 0,7m²/mahasiswa. Luas ruang dosen minimal 4 m²/dosen.

Jaminan ketersediaan fasilitas pendidikan spesialis tersebut di atas harus dinyatakan dengan adanya perjanjian kerjasama antara pimpinan institusi pendidikan atau IPDS dengan pimpinan fasilitas pendidikan sepesialis dan/atau pemerintah daerah setempat. Perjanjian kerjasama tersebut harus minimal meliputi hak, tanggung jawab dan kewenangan masing-masing pihak yang menjamin terlaksananya proses pendidikan dan pelayanan kesehatan berjalan secara optimal.

2. Teknologi Informasi

IPDS harus menyediakan fasilitas teknologi informasi bagi dosen, tenaga kependidikan, dan mahasiswa untuk menjamin kelancaran proses pendidikan dan pencapaian kompetensi. Teknologi informasi digunakan untuk mengembangkan sistem informasi akademik, pengembangan pangkalan data, dan telekonferensi. Tersedia jaringan internet dengan *bandwidth* yang memadai untuk menunjang proses pembelajaran. Tersedia komputer dengan rasio komputer dan mahasiswa minimal 1:20. Tersedia kepustakaan elektronik untuk mengakses *e-book* dan *e-journal*.

J. STANDAR PENGELOLAAN

1. Penyelenggara Program

Institusi Pendidikan Dokter Spesialis (IPDS) sebagai penyelenggara program pendidikan profesi dokter spesialis harus memiliki izin penyelenggaraan yang sah dari Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan dan bekerjasama dengan rumah sakit pendidikan utama dan wahana pendidikan yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Program pendidikan dilaksanakan oleh Fakultas Kedokteran Negeri dan Rumah Sakit Pendidikan yang telah terakreditasi A, dan wahana pendidikan yang telah terakreditasi. IPDS harus dikelola berdasarkan prinsip tata kelola yang baik dan program kerja yang jelas, termasuk memiliki struktur organisasi, uraian tugas, dan hubungan dengan fakultas atau program studi lain di dalam universitas dan rumah sakit pendidikan utama.

a. Tata Kelola

Tata kelola perguruan tinggi yang baik meliputi prinsip transparansi, akuntabilitas, berkeadilan, dapat dipertanggung jawabkan dan obyektif. IPDS dipimpin oleh Ketua Program Studi (KPS) dengan latar belakang pendidikan dokter spesialis dua dan/atau dokter. Seorang KPS dapat dibantu oleh seorang Sekretaris Program Studi (SPS). Keberadaan departemen, fakultas, universitas dan rumah sakit pendidikan utama yang mewadahi penyelenggaraan proses pembelajaran di suatu IPDS harus mampu mendukung visi, misi dan tujuan pendidikan profesi dokter spesialis.

KPS dan SPS bertanggung jawab untuk terselenggaranya pendidikan sesuai dengan kurikulum dengan melakukan koordinasi dengan Ketua Departemen. Pemilihan KPS dilakukan melalui mekanisme internal Departemen yang kemudian diusulkan oleh Ketua Departemen kepada Dekan, dan diangkat dengan Surat Keputusan Rektor atau Dekan atas nama Rektor (disesuaikan dengan kebijakan masing-masing IPDS).

SPS dipilih oleh KPS melalui mekanisme internal Departemen yang kemudian diusulkan oleh Ketua Departemen kepada Dekan, untuk mendapatkan Surat Keputusan Rektor. Surat keputusan tersebut berlaku selama periode tertentu. Persyaratan dan mekanisme pengangkatan KPS dan SPS tidak boleh bertentangan dengan peraturan yang berlaku dimasing-masing institusi dan peraturan dari Dirjen Dikti atau peraturan perundangan yang lebih tinggi.

b. Koordinator Penyelenggaraan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS)

- 1) Koordinator Program Pendidikan Dokter Spesialis membantu Pimpinan Fakultas Kedokteran dalam penyelenggaraan program pendidikan dokter spesialis, dengan memanfaatkan semua unsur dalam lingkungan Fakultas Kedokteran.
- 2) Koordinator Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) bertanggung jawab atas kelancaran koordinasi penyelenggaraan semua program studi yang dicakup dalam

PPDS, sejak penerimaan para calon peserta sampai dengan penyelesaian wisuda peserta PPDS. Termasuk semua upaya pengembangan sistem pendidikan yang dipergunakan untuk mencapai tingkat efektifitas, efisiensi, dan relevansi yang sebaik-baiknya sesuai dengan kebutuhan program pemerintah. Bertugas dalam hal seleksi calon PPDS dan pelaksanaan pendidikan terpadu.

- 3) Ketua Program Studi (KPS)
 - a) Setiap program studi dalam PPDS di FK/RS Pendidikan dikelola oleh seorang KPS dan tidak boleh dirangkap oleh jabatan Kepala Bagian.
 - b) KPS adalah seorang penilai sebagai hasil pemilihan di antara kelompok pengajar dalam bidang ilmu yang bersangkutan dan diusulkan oleh Kepala Bagian.
 - c) KPS dan SPS bertanggung jawab untuk terselenggaranya pendidikan sesuai dengan kurikulum dan secara administratif melaporkan tugasnya kepada Kepala Bagian.
 - d) Diangkat dengan Surat Keputusan Rektor atau Dekan atas nama Rektor (d disesuaikan dengan kebijakan masing-masing IPDS) sehingga dengan demikian bertanggung jawab pada Rektor.
 - e) KPS bertanggung jawab atas pengelolaan semua kegiatan penyelenggaraan program studi bidang ilmu kedokteran tertentu dan membantu pimpinan Fakultas Kedokteran dengan:
 1. Merencanakan pelaksanaan program studi sesuai dengan katalog pendidikan.
 2. Menyelenggarakan praseleksi calon peserta program studi dengan melibatkan semua staf pengajar.
 3. Mempersiapkan semua komponen penyelenggaraan program studi termasuk pemanfaatan sarana/tenaga di luar bagian, bekerja sama dengan Ketua Program Studi dan Kepala Bagian lain yang terkait.

4. Menyelenggarakan penilaian kemajuan peserta program studi sesuai ketentuan kurikulum dengan melibatkan staf penilai serta melaksanakan teguran/peringatan kepada yang bermasalah.
 5. Membuat laporan berkala tiap semester kepada Koordinator PPDS tentang peserta baru (hasil preseleksi), dinamika peserta, dan penyelesaian pendidikan untuk wisuda.
 6. Mengusahakan pengembangan sistem pendidikan dalam program bersama Koordinator PPDS untuk mencapai efektifitas, efisiensi, serta relevansi yang sebaik-baiknya.
- 4) Hubungan Koordinator PPDS dengan KPS
- Sesuai dengan batasan organisasi yang berlaku, maka hubungan yang ada antara Koordinator PPDS dengan KPS adalah bidang koordinasi kegiatan dalam tingkat Fakultas Kedokteran/Rumah Sakit Pendidikan/wahana pendidikan. Hubungan ini memelihara ketertiban hal berikut:
- a) Kemantapan penerimaan calon peserta untuk praseleksi PPDS.
 - b) Kesesuaian jadwal penerimaan peserta semua program studi.
 - c) Kelancaran pengamatan keseluruhan program studi yang ada, dengan pencatatan dinamika peserta setiap semester untuk kemudahan pemecahan masalah keterlambatan/kemacetan pendidikan para peserta program studi.
 - d) Keseragaman penyelenggaraan kegiatan bersama dan pemanfaatan sumber-sumber IPDS dan Rumah Sakit yang diperlukan oleh beberapa program studi sekaligus.
 - e) Penyelenggaraan upaya pengembangan sistem pendidikan PPDS.
- 5) Hubungan Koordinator PPDS dan KPS dengan Departemen
- Dengan memperhatikan batasan organisasi yang berlaku serta perkembangan tatalaksana hubungan administratif

dalam penerapan ketentuan organisasi tersebut di kalangan Fakultas Kedokteran/Rumah Sakit pendidikan/wahana pendidikan, dianut suatu batasan tentang hubungan Koordinator PPDS dan KPS dengan para Ketua Departemen sebagai berikut:

- a) Penanggung jawab ketenagaan dan sarana akademik dalam lingkungan Fakultas Kedokteran/Rumah Sakit untuk setiap bidang ilmu dilimpahkan kepada Ketua Departemen, dengan demikian akan mencakup segi-segi pemanfaatan para pengajar dalam kegiatan pendidikan/penelitian/pengabdian masyarakat yang tercantum dalam Program Pascasarjana atau Program Pendidikan Dokter Spesialis.
- b) KPS harus selalu melibatkan Ketua Departemen untuk mendapatkan dukungan ataupun persetujuan pemanfaatan tenaga pengajar secara keseluruhan ataupun pemanfaatan sarana akademik yang dibawahinya.
- c) Dalam hal program studi memerlukan modul-modul pendidikan yang berada dalam bagian ilmu lain, KPS harus pula melibatkan KPS lain yang berada dalam naungan ilmu itu. Selanjutnya perencanaan pendidikan modul tersebut dibahas bersama Ketua Departemen tersebut.
- d) Setiap semester KPS membuat laporan lengkap perencanaan pemanfaatan tenaga, sarana akademik yang tercakup dalam penyelenggaraan program studi setelah memperoleh kesepakatan dari KPS lain ataupun Ketua Departemen bidang ilmu yang akan dimanfaatkan oleh semua pihak yang terlibat.
- e) Dalam hal kesulitan hubungan yang mungkin dialami pada persiapan penyelenggaraan program studi, KPS akan dibantu oleh Koordinator PPDS mencari penyelesaian bersama Pimpinan Fakultas Kedokteran/Rumah Sakit.
- f) Kelancaran penyelenggaraan program pendidikan Prasarjana akan selalu menjadi perhatian dalam

perencanaan program studi, karena pada hakikatnya hal tersebut menjadi kepentingan bersama seluruh unsur Fakultas Kedokteran/Rumah Sakit.

2. Alokasi Sumber Daya Dan Anggaran Program Pendidikan

IPDS harus mempunyai alur yang jelas mengenai tanggung jawab dan otoritas untuk penyelenggaraan pendidikan dan sumber dayanya, termasuk alokasi pembiayaan yang transparan dan akuntabel yang menjamin tercapainya visi, misi, dan tujuan pendidikan dokter spesialis.

3. Sistem Penjaminan Mutu

IPDS harus mempunyai sistem penjaminan mutu dengan mekanisme kerja yang efektif serta diterapkan dengan jelas. Mekanisme penjaminan mutu harus menjamin adanya kesepakatan, pengawasan, dan peninjauan secara periodik setiap kegiatan dengan standar dan instrumen yang sah dan handal. Penjaminan eksternal dilakukan berkaitan dengan akuntabilitas institusi pendidikan kedokteran terhadap para pemangku kepentingan, melalui audit eksternal dan akreditasi.

K. STANDAR PEMBIAYAAN

Dana pendidikan spesialis kedokteran keluarga layanan primer diutamakan untuk pengembangan pendidikan. Penanggungjawab pembiayaan pendidikan memiliki kewenangan untuk mengalokasikan dana agar program pendidikan dapat berjalan dengan baik sehingga capaian pembelajaran dapat dikuasai oleh mahasiswa.

Penanggungjawab pembiayaan pendidikan memiliki kewenangan untuk mengalokasikan dana untuk pengembangan inovasi pendidikan dalam rangka peningkatan mutu berkelanjutan.

Biaya investasi satuan pendidikan sebagaimana dimaksud di atas meliputi biaya penyediaan sarana dan prasarana, pengembangan sumberdaya manusia, dan modal kerja tetap.

Institusi Pendidikan Dokter Spesialis wajib menentukan dan menyampaikan satuan biaya yang dikeluarkan untuk biaya investasi,

biaya pegawai, biaya operasional dan biaya perawatan secara transparan, serta melaporkannya kepada Menteri melalui pemimpin perguruan tinggi. Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada di atas meliputi biaya pendidikan yang harus dikeluarkan oleh peserta didik untuk bisa mengikuti proses pembelajaran secara teratur dan berkelanjutan.

Biaya operasional satuan pendidikan sebagaimana dimaksud di atas meliputi:

1. Gaji pendidik dan tenaga kependidikan serta segala tunjangan yang melekat pada gaji,
2. Bahan atau peralatan pendidikan habis pakai, dan
3. Biaya operasional pendidikan tak langsung berupa daya listrik, air, jasa telekomunikasi, pemeliharaan sarana dan prasarana, uang lembur, transportasi, konsumsi, pajak, asuransi, dan lain sebagainya.

Institusi Pendidikan Dokter Spesialis wajib berkontribusi mendanai pendidikan di Rumah Sakit Pendidikan.

L. STANDAR PENILAIAN PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER

Penilaian hasil belajar memiliki prinsip edukasi, otentik, objektif, akuntabel, dan transparan yang dilakukan secara terintegrasi. Metode penilaian hasil belajar mampu menggambarkan pencapaian kompetensi sesuai dengan standar kompetensi dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer . Metode yang digunakan terdiri atas penilain berbasis tempat kerja (*workplace-based assessment*), observasi atau pengamatan terus menerus (dapat dalam bentuk portofolio), ujian tulis, ujian keterampilan, dan ujian akhir/lisan.

Tujuan dari Penilaian berbasis pembelajaran di tempat kerja (*Workplace Based Assessment*) adalah untuk menjamin bahwa peserta didik memenuhi standar kompetensi atau tujuan belajar yang ditetapkan melalui kemampuan pengetahuan dan keterampilan medic terkait layanan primer adan perilaku professional untuk praktek secara aman sebagai Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer di dalam sistem kesehatan di Indonesia dan budaya Indonesia.

Penilaian atau evaluasi hasil pembelajaran terdiri dari evaluasi lokal/institusional (ujian lokal) dan evaluasi nasional (ujian nasional). Pada akhir tahapan pendidikan dilakukan ujian yang bersifat nasional yang meliputi ujian kompetensi nasional dan evaluasi portfolio oleh kolegium untuk memperoleh ijazah dokter spesialis dari IPDS sekaligus sertifikat kompetensi dari Kolegium.

Workplace Based Assessment (WBA) termasuk penilaian berbasis pelayanan pasien yang nyata, dan bukan simulasi kasus. Hal ini akan menjamin bahwa peserta didik memang melakukan praktik layanan primer yang nyata (*performance-based assessment*) sesuai dengan rekomendasi *World Federation in Medical Education* untuk *Postgraduate Training Standards* (<http://wfme.org/standards/pgme/>), serta sesuai dengan prinsip penilaian untuk klinik dalam Piramida Miller.

WBA dilakukan dalam situasi dan konteks klinis yang sangat kompleks, maka kepastian reliabilitas dan validitas penilaian harus ditetapkan. Cetak Biru *Workplace Based Assessment* harus disusun sesuai tujuan belajar, konteks belajar, dimensi belajar, area klinik yang luas dan pengalaman praktik pelayanan pasien. Kesempatan melakukan WBA secara berkelanjutan, memberikan kesempatan sebuah sistem penilaian yang lebih menyeluruh daripada ujian akhir. Diberlakukannya WBA sebagai bagian dari penilaian kinerja dapat meningkatkan validitas dari proses penilaian tersebut.

Sistem penilaian di dalam pendidikan PPDS-KKLP dilakukan dengan sistem *Low Stakes Assessment*, dimana peserta didik akan tetap berada di tempat pendidikan sehingga tidak membutuhkan logistik yang besar dalam pelaksanaan ujian-ujianya. Komite Asesmen tingkat nasional akan melakukan pelatihan dan standarisasi Penilai (Dosen dan *Preceptor*) secara kontinu, termasuk meurumuskan format-format penilaian untuk knowledge, skills, maupun profesionalisme. Standarisasi untuk menjamin kualitas lulusan peserta didik KKLP dalam hal ini dilakukan untuk instrumen penilaian yaitu dosen, preceptor dan format penilaian.

Pelaksanaan *workplace-based assessment* (WBA) dalam program studi kedokteran keluarga layanan primer dilakukan dalam berbagai bentuk asesmen yang dirangkum dalam tabel di bawah uraian ini:

1. Penilaian Pengetahuan

- a. *Multiple Choice Questions (MCQs) secara online - progress test*

Dilakukan dengan ujian tulis dalam bentuk ujian Tahap I (akhir tahun I), Tahap II (akhir tahun II) dan Tahap III (akhir tahun III), untuk melihat peningkatan atau Progress Pengetahuan dari residen KKLP. Pembuatan Soal akan dikoordinasi oleh Kolegium. Waktu pelaksanaan secara *fleksible/online*. Nilai akan langsung direkap ke dalam laporan akhir Komite Asesmen KKLP tingkat kolegium. Standar Seting untuk kelulusan akan ditentukan kolegium, termasuk syarat peningkatan nilai dari Tahap I sampai dengan Tahap III.

b. *Objective Structured Long Case Examination (OSLER)*

Format dan Jumlah OSLER akan ditentukan oleh Kolegium. Standarisasi dilakukan dengan melakukan pelatihan terhadap Fakultas dan Preceptor untuk menilai OSLER. Nilai rata-rata dari OSLER akan dilaporkan oleh Ketua Prodi kepada Koordinator Asesmen Kolegium sebagai bagian dari salah satu poin Ujian Nasional.

2. Penilaian Keterampilan

- a. Ujian Kasus Klinis/ *Mini Clinical Examination*
- b. DOPs (*Direct Observation Procedures Skills*)
- c. *Portfolio*

Seperti diilustrasikan di dalam tabel, ujian *skills* dilakukan di tiap Prodi Kedokteran Keluarga Layanan Primer oleh dosen maupun preceptor yang telah dilatih oleh KIKKI. Standarisasi dilakukan untuk penilai dan format penilaian melalui serial pelatihan berulang dan berkelanjutan. Tim Asesmen dari Kolegium akan melakukan pelatihan nasional maupun visitasi ke tiap Prodi. Jumlah kasus maupun format penilaian *Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini CEX)*, *Direct Observation Procedures Skills* (DOPS) dan *Portfolio* ditentukan bersama oleh KIKKI. Rata-rata penilaian Skills pada akhirnya akan menjadi salah satu poin kelulusan residen KKLP untuk dilaporkan oleh Ketua Prodi kepada Tim Asesmen KKLP nasional.

3. Penilaian Profesionalisme

Penilaian profesionalisme akan dilakukan melalui dua cara yaitu:

360 Degree Feedback (termasuk kolaborasi interprofesionalisme) dan *Critical Incidence*. Format umpan balik akan ditentukan oleh Kolegium. Tim Asesmen nasional akan melakukan pelatihan untuk melakukan penilaian profesionalisme. Hasil akhir dari penilaian ini merupakan salah satu komponen untuk dilaporkan Ketua Prodi KKLP kepada Kolegium sebagai salah satu syarat penentuan kelulusan akhir.

4. Pengumuman Kelulusan Peserta Didik

Pengumuman kelulusan peserta didik dilakukan oleh Komite Asesmen Nasional melalui KIKKI setiap tahun sekali, dilanjutkan dengan Pertemuan Ilmiah Nasional (PIN) Kedokteran Keluarga Layanan Primer, serta upacara 'Pisah-Sambut' Alumni dan Peserta Didik baru.

PIN KKLP akan diselenggarakan bergantian oleh Prodi KKLP secara di seluruh Indonesia. Petunjuk Pelaksanaan Penilaian akan dimuat dalam buku petunjuk teknis oleh Kolegium.

Peserta didik untuk dapat mengikuti tahapan ujian yaitu:

a. Ujian Lokal

Ujian lokal adalah ujian yang diikuti oleh peserta program yang bersifat institusional untuk mengevaluasi capaian hasil pembelajaran berdasarkan standar pendidikan dan kurikulum institusional. Ujian lokal mengikuti ketentuan yang berlaku dimasing-masing IPDS. Ujian lokal yang direkomendasikan berupa:

- 1) Ujian Kompetensi Lokal (UKL) dengan metode *work-place based assessment*.

Ujian kompetensi lokal bertujuan untuk mengevaluasi pencapaian kompetensi peserta program pendidikan. Ujian ini dapat dilakukan pada akhir rotasi/*stase* atau tiap akhir semester atau tahap pendidikan. Work Placed Based assessment dipilih untuk menguji kemampuan peserta didik pada tingkatan "*does*" dari piramida kompetensi Miller.

Ujian ini dapat berupa *Mini-Peer Assessment Tool* (Mini-PAT), *Multi Sources Feedback* (umpan balik 360

derajat), *Critical Incidence Technique*, *Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)*, *Direct Observation Procedural Skill (DOPS)*, dan/atau *Case-based Discussion (CbD)*. Standarisasi dilakukan oleh kolegium melaksanakan pelatihan penguji untuk standarisasi rubrik dan penguji. Umpan balik pada setiap ujian merupakan bagian penjaminan mutu pendidikan dalam rangka meningkatkan hasil pencapaian kompetensi berikutnya.

2) Ujian Karya ilmiah akhir atau penelitian

Ujian ini bertujuan untuk menilai karya ilmiah akhir tahun atau penelitian berupa tesis yang telah ditulis oleh peserta program. Hasil ujian penelitian ini dapat dijadikan bagian dari *integrated degree* bagi IPDS melaksanakan program tersebut pada kurikulum institusionalnya dengan mematuhi peraturan-peraturan yang berlaku secara nasional dan institusional.

3) Ujian Lokal Lain.

Ujian ini dapat berupa lisan, tulis atau keterampilan yang mendukung penerapan kurikulum institusional. Ujian lokal ini dapat bertujuan untuk mengetahui apakah peserta program mempunyai kemampuan secara komprehensif meliputi pengetahuan, keterampilan, dan sikap akademik profesional dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer .

b. Ujian Nasional (UN)

Ujian nasional adalah evaluasi kompetensi keprofesian tahap nasional yang dikoordinasikan oleh Kolegium dengan tujuan menjamin dan menyetarakan mutu dan kompetensi dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer. Selain sebagai bagian dari evaluasi hasil pembelajaran, Ujian Nasional ini adalah salah satu prasyarat pengajuan sertifikat kompetensi kepada Kolegium. Ujian nasional ini harus dijalani oleh semua Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang

akan melakukan praktek kedokteran dibidang kedokteran keluarga di Indonesia.

Berdasarkan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 7 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Program Adaptasi Dokter Dan Dokter Gigi Warga Negara Indonesia Lulusan Luar Negeri, Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 14 Tahun 2013 tentang Adaptasi Dokter dan Dokter Gigi Warga Negara Asing, dan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 17 Tahun 2013 tentang Registrasi Sementara dan Registrasi Bersyarat Bagi Dokter dan Dokter Gigi Warga Negara Asing.

Peserta Program Adaptasi juga diwajibkan mengikuti ujian nasional dan dinyatakan lulus agar dapat memperoleh sertifikat kompetensi sebagai salah satu prasyarat untuk mendapatkan Surat Tanda Registrasi.

Ujian Nasional terdiri dari Ujian Tulis Nasional, Ujian Kompetensi Nasional dengan metode *Objective Structured Long Examination Records* (OSLER), dan evaluasi *portfolio* oleh kolegium. Ujian nasional dilaksanakan dan diatur oleh Komisi Ujian Nasional (KUN) yang dibentuk KIKKI.

Penentuan kelulusan harus menggunakan Penilaian Acuan Patokan (*Criterion- referenced*). Kriteria kelulusan merupakan hasil pencapaian kompetensi dengan mempertimbangkan aspek *hard skills* dan *soft skills*. Penilaian hasil belajar harus memenuhi asas validitas, reliabilitas, kelayakan dan mendorong proses belajar.

1) Ujian Tulis Nasional

Ujian tulis nasional adalah ujian pengetahuan klinis spesialis dasar (*Basic Specialist*) yang diselenggarakan dua kali setiap tahun pada bulan Januari dan Juli. Ujian ini ditujukan kepada peserta program yang telah menyelesaikan pendidikan tahap 1 (semester 4). Tujuan ujian ini adalah untuk menjamin dan menyetarakan kemampuan dan pengetahuan klinis spesialis dasar (*Basic Specialist*). Tatalaksana ujian tulis nasional:

- a) Bahan ujian mencakup semua aspek kedokteran keluarga sesuai dengan modul yang dilaksanakan

- b) Soal ujian dalam bentuk pilihan ganda 1 (satu) di antara 5 (lima).
- c) Ujian merupakan ujian pengetahuan dasar famili medisin dan pengetahuan klinis spesialis dasar (*Basic Specialist Training*).
- d) Ujian diselenggarakan 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun pada bulan Januari dan Juli.
- e) Ujian Tulis:
 - 1. Soal ujian diambil dari setiap IPDS dan dikumpulkan dalam bank soal.
 - 2. Pemilihan soal yang akan diujikan dalam 1 (satu) periode ujian dilakuakn oleh tim reviewer KUN. Jawaban soal harus dapat ditemukan di buku standar yang telah ditentukan. Tim *reviewer* berhak mengubah, melakukan revisi susunan pertanyaan dan kalimat pilihan pertanyaan.
 - 3. Daftar nama peserta ujian dikirim oleh setiap IPDS paling lambat 1 (satu) bulan sebelum pelaksanaan ujian tulis nasional.
 - 4. Ujian tulis dilaksanakan serentak pada hari yang sama di pusat-pusat pendidikan yang telah ditentukan. Pengawas ujian berasal dari pusat pendidikan yang berbeda, ditentukan oleh KUN.

Beberapa hal terkait ujian tertulis adalah sebagai berikut:

- 1. Ketentuan lulus ditentukan oleh Kolegium dalam Tahap I, II, III (*Progress Test*).
- 2. Pengumuman hasil ujian diumumkan segera setelah penilaian ujian tulis nasional selesai.
- 3. Peserta yang dinyatakan tidak lulus diperbolehkan mengulang pada ujian nasional berikutnya.
- 4. Peserta ujian Nasional yang dinyatakan lulus diberi sertifikat yang ditandatangani oleh ketua KIKKI.

5. Untuk setiap peserta dikenakan biaya ujian yang beseranya sesuai dengan ketentuan yang disepakati.
6. Ujian dilakukan secara online berbasis komputer (*Computer Based Test*).

2) Ujian Kompetensi Nasional

Ujian kompetensi adalah ujian OSLER (*Objective Structured Long Examination Records*) yang diselenggarakan minimal 1 (satu) kali setiap tahun oleh Komisi Ujian Nasional (KUN). Ujian ini ditujukan kepada peserta program yang akan melaksanakan Ketrampilan Akhir yang dipercayakan (KAD) pada tahap selanjutnya. Tujuan ujian ini adalah untuk mengevaluasi kompetensi dasar dan lanjut peserta program agar tercapai standar kompetensi nasional serta meyakinkan kompetensi yang telah dicapai untuk mencapai kompetensi berikutnya.

Tatalaksana ujian Kompetensi Nasional:

- a) Bahan ujian mencakup semua Ketrampilan Akhir yang dipercayakan (*entrustable professional activities = EPAs*) pada tahap yang sesuai
- b) Soal ujian dalam bentuk OSLER (*Objective Structured Long Examination Records*)
- c) Ujian merupakan ujian pengetahuan kedokteran keluarga, penatalaksanaan kasus, ketereampilan klinis spesialis dasar dan keterampilan klinis spesialis lanjut.
- d) Ujian diselenggarakan minimal 1 (satu) kali/tahun oleh Komisi Ujian Nasional.
- e) Ujian Kompetensi merupakan susunan kasus diujikan yang menggambarkan kemampuan yang diuji secara proporsional.
- f) Ujian Kompetensi menentukan keterampilan klinik, keterampilan komunikasi, dan pengetahuan yang diuji dengan memperhatikan keterwakilan sistem, lokasi,

fokus kompetensi, serta kasus sehingga peserta diuji secara komprehensif.

g) Ujian Kompetensi Nasional/ *Objective Structured Long Examination Record* (OSLER) terdiri dari kasus:

1. Konsultasi dan Manajemen Perilaku
2. Farmakoterapi dan peresepan
3. Nutrisi dan latihan fisik
4. Permasalahan kedokteran umum dalam kedokteran keluarga
5. Prosedur Bedah dalam kedokteran keluarga
6. Manajemen Penyakit Kronis dan Skrining
7. Rawatan Paliatif, rawatan Rumah dan Geriatri

a. Format penulisan soal :

- 1) Nomor Kasus
- 2) Judul Kasus
- 3) Waktu yang dibutuhkan
- 4) Tujuan kasus
- 5) Kompetensi
- 6) Kategori
- 7) Instruksi untuk peserta
- 8) Instruksi untuk penguji
- 9) Peralatan yang dibutuhkan
- 10) Penulis
- 11) Referensi
- 12) Lembar Penilaian (Rubrik)

b. Proses Pembuatan soal dilakukan bersama-sama dalam suatu lokakarya. Soal yang dihasilkan dari lokakarya ini kemudian ditelaah bersama KUN. Soal yang telah dianggap layak selanjutnya ditelaah kembali oleh divisi terkait yang terdiri dari tim ahli (*panel expert*).

Selanjutnya soal ini diujicobakan pada pelatihan penguji *Objective Structured Long Examination Record* (OSLER). Soal yang baik disimpan dalam bank soal KUN dan memiliki

kesempatan untuk diujikan pada Ujian Kompetensi. Setiap soal *Objective Structured Long Examintion Record (OSLER)* harus dibuat sesuai cetak biru penilaian dan format penulisan soal yang disepakati KIKKI dan dinilai dengan menggunakan formulir yang terstandarisasi.

- h) Ketentuan lebih lanjut tentang ujian kompetensi ditetapkan oleh KUN Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia.
 - i) Pengumuman hasil ujian diumumkan segera setelah penilaian ujian kompetensi selesai.
 - j) Peserta yang dinyatakan tidak lulus diperbolehkan mengulang pada ujian kompetensi berikutnya.
 - k) Peserta ujian kompetensi yang dinyatakan lulus diberi sertifikat yang ditandatangani oleh Ketua Kolegium.
 - l) Untuk setiap peserta dikenakan biaya ujian yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang disepakati kolegium pada setiap periode ujian dan biaya dikirimkan ke alamat rekening uang sudah ditentukan.
 - m) Transportasi dan akomodasi penguji ditanggung oleh Panitia kegiatan ilmiah Kongres atau pertemuan yang diselenggarakan oleh Perhimpunan Dokter Keluarga Indonesia.
 - n) Honorarium Penguji ditanggung oleh kolegium.
- 3) Ujian Akhir Nasional
- Ujian akhir nasional merupakan evaluasi akhir yang bertujuan untuk mengetahui pengetahuan peserta didik dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer . Ujian ini dikoordinasi oleh Kolegium melalui KUN berupa ujian Portofolio. Untuk dapat mengikuti ujian akhir nasional, peserta program harus:
- a) Mencapai jumlah kasus yang ditentukan dalam pencapaian kompetensi dengan dibuktikan oleh portofolio

- b) Sudah lulus ujian tulis nasional dan ujian kompetensi nasional
- c) Menyelesaikan karya ilmiah akhir/penelitian dengan melampirkan publikasi hasil penelitian.

Tatalaksana ujian akhir nasional:

- 1. Bahan mencakup semua keterampilan kerja khusus
 - 2. Ujian dalam bentuk lisan tentang penatalaksanaan kasus klinis, komunitas, masyarakat dan manajerial
 - 3. Ujian diselenggarakan setiap saat bila sudah ada peserta program yang siap
- d) Ujian akhir nasional:
- 1. Kisi dan borang penilaian dibuat oleh KUN, dengan melibatkan bidang minat sesuai dengan topik yang akan diujikan. Penilaian berupa pengalaman dan pendapat professional penatalaksanaan permasalahan klinis, komunitas dan manajerial di layanan primer dengan seluruh area kompetensi yang diharapkan tercapai
 - 2. Semua pertanyaan disertai dengan jawabannya, ditulis dan dibagikan kepada semua anggota tim penguji yang ditunjuk, dan kepada notulis bukan penguji.
 - 3. Sebelum ujian dilaksanakan, materi yang akan diujikan dibahas oleh semua anggota tim penguji, untuk mendapatkan kesamaan persepsi
 - 4. Disiapkan 5 (lima) pertanyaan tinjauan portfolio untuk masing peserta ujian.
 - 5. Bila peserta ujian telah mencapai *minimum passing level* (MPL) dari 3 kasus materi ujian, maka 2 kasus yang lain tidak perlu diujikan
 - 6. MPL untuk ujian lisan ditentukan 70 (kumulatif). Setiap kasus terdiri dari 5 – 10 soal atau soal berantai.
 - 7. Permintaan penguji dari pusat pendidikan yang akan menyelenggarakan ujian ditujukan kepada

KUN dengan tembusan kepada Ketua Kolegium, 1 (satu) bulan sebelum tanggal ujian, sedapat mungkin disertai dengan topik yang akan diujikan

8. Ujian diselenggarakan di pusat pendidikan tempat peserta ujian. Penyelenggaraan ujian dapat dilakukan setiap saat apabila sudah ada peserta yang siap untuk diuji.
- e) Ketentuan lulusan adalah 70 (kumulatif)
- f) Apabila peserta tidak lulus, ujian ulang dapat dilakukan sesuai kesepakatan.
- g) Peserta ujian nasional yang dinyatakan lulus diberi sertifikat yang ditandatangani oleh ketua Kolegium
- h) Untuk setiap peserta dikenakan biaya ujian yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang disepakati pada setiap periode ujian dan biaya ujian dikirimkan ke alamat rekening yang sudah ditentukan.
- i) Transportasi dan akomodasi penguji ditanggung oleh IPDS yang menyelenggarakan ujian dan honorarium penguji ditanggung oleh Kolegium.

Peraturan Pelaksanaan Ujian Akhir Nasional Hak Anggota Penguji:

1. Mengajukan pertanyaan sesuai dengan pertanyaan yang sudah disiapkan.
2. Memberikan pengarahan bila dipandang perlu.
3. Untuk mengajukan 1 (satu) pertanyaan digunakan waktu tidak lebih dari 3 menit.
4. Bila perlu, dapat meminta anggota tim penguji yang lain untuk membantu memperjelas pertanyaan.

Hak Peserta Program yang diuji:

1. Mengajukan pertanyaan penjas apabila ada pertanyaan dari penguji yang dianggap kurang jelas.
2. Mengajukan permintaan data penunjang.

Penetapan Angka

1. Masing-masing anggota tim penguji menggunakan daftar jawaban yang telah disiapkan sebagai dasar pemberian nilai minimum
2. Angka terakhir adalah jumlah angka masing-masing penguji dibagi jumlah penguji.
3. Jika perbedaan nilai diantara penguji > 20 , penetapan angka dilakukan dengan mendengarkan rekaman jawaban dan catatan notulis bukan penguji.

Penetapan Angka Kelulusan

1. *Minimum Passing Level* (MPL) ditetapkan 7
2. Jika peserta program tidak mencapai nilai MPL, ujian ulangan ditetapkan oleh penguji dan peserta program dengan syarat yang harus dipenuhi.

Lain-lain

1. Untuk masing-masing peserta program, jumlah penguji minimum 3 (tiga) orang, terdiri dari minimal 1 (satu) orang penguji yang ditunjuk oleh Komite Ujian Nasional/ Kolegium.
2. 1 (satu) orang notulis bukan penguji berasal dari pusat pendidikan yang menyelenggarakan ujian.
3. Semua pernyataan dan jawaban direkam.

Tabel 4 Cetak Biru Penilaian Program Pendidikan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer Indonesia

ASPEK YANG DINILAI	METODE PENILAIAN DI PRODI KKLP	TAHAPAN	PRODI PENILAIAN DAN SYARAT PENILAI	METODE PENILAIAN TINGKAT KOLEGIUM	TAHAPAN	KOLEGIUM PENILAI DAN SYARAT PENILAI	KELUARAN	KEPUTUSAN KOMISI ASSESMENT KIKKI
<i>Knowledge</i>	Ujian Tulis Tingkat Prodi KKLP (meliputi seluruh area kompetensi KKLP)	Sesuai dengan jumlah mata kuliah/ blok	Dosen Prodi KKLP yang telah mendapatkan an sertifikasi penilai dari KIKKI	<i>Multiple choice questions/ MCQs</i>	Progress Test <i>online</i> fleksible time Tahap I Tahap II Tahap II	Komite <i>Assesment</i> KIKKI	Nilai CBT Tahap I,II,III Kenaikan/ progress nilai sampai memenuhi Standar <i>Setting</i> yang ditetapkan Komite <i>Assesment</i> KIKKI	Nilai Nasional <i>MCQ-Progress</i> test memenuhi <i>Standard-Setting</i>
	<i>(OSLER)</i>	Jumlah	Tim	-	-	-	Kumpulan	Laporan dari

	(Objective Standard Long Case Examination)	(OSLER) (Objective Standard Long Case Examination)sesuai dengan jumlah mata kuliah/ blok	Asesmen Prodi KKLP Fakultas				Nilai (OSLER) (Objective Standard Long Case Examination) per blok/mata kuliah	KaProdi KKLP tiap Fakultas Rata-rata Nilai (OSLER) (Objective Standard Long Case Examination)dari
Skills	Ujian Kasus Klinis (meliputi Area Kompetensi 1 dan 2 Person-centered Care Clinical Managemen	Sesuai dengan jumlah KAD: 19 KAD x 10 kasus= 190-200 kasus	Preceptor KKLP di Wahana Pendidikan KKLP yang telah mendapatkan sertifikasi Preceptor dari KIKKI	Jumlah Kasus dan Skills per mata kuliah/ blok ditentukan oleh Komite Assesment KIKKI	-	Format Mini CEX ditentukan oleh KIKKI	(1) Kumpulan Nilai Mini CEX	Laporan dari KaProdi KKLP tiap Fakultas: Nilai rata-rata untuk 190-200 lembar Ujian Kasus
		Sesuai dengan Jumlah Procedural skills yang ada di Lampiran			-	Format DOPS ditentukan oleh KIKKI	(2) Kumpulan Nilai DOPS	

n)	Kompetensi KKLP	(1) Prinsip Umpan Balik (2) <i>One- Minute Preceptor</i> (3) Mini CEX (4) DOPs (5) Refleksi (6) Portfolio	Format Rekam Medis Holistik Dan Komprehen sif ditentukan oleh KIKKI	-	Format Portfolio ditentukan oleh KIKKI	Kumpulan Portfolio Kasus oleh Mahasiswa	Nilai rata- rata DOPS Nilai Portfolio
Ujian <i>Project- based</i> – IPE assignment (meliputi area Kompetensi KKLP 3 dan 4	Sesuai dengan jumlah KAD untuk Area 3 dan 4	Preceptor KKLP di Wahana Pendidikan KKLP yang telah mendapatk an sertifikasi	Format <i>Project- based</i> – IPE ditentukan oleh KIKKI	-	-	Kumpulan laporan <i>Project based</i> -IPE	Laporan dari KaProdi KKLP tiap Fakultas: Rata-rata nilai laporan <i>Project- based</i> IPE

	<i>Community</i> - <i>based dan</i> <i>Managerial</i> <i>of</i> <i>primary</i> <i>care clinic/</i> PPK1)		<i>Preceptor</i> dari KIKKI					
Professionali sm	360 <i>degree</i> <i>feedback</i>	(1) <i>Self</i> <i>Feedback</i> (sudah ada di Dalam Portfolio) (2) <i>Teachers'</i> <i>Feedback</i> (sudah ada dalam Mini- CEX/OMP/Lapo ran kasus KAD) (3) <i>Other</i> <i>HPs/Tenaga</i> Kesehatan	Komite etik tingkat Prodi melakukan evaluasi rutin	Format <i>Feedback</i> ditentukan oleh KIKKI	Pertemuan dengan <i>Preceptor</i> 1 semester/k ali untuk membahas 360 <i>degree</i> <i>feedback</i>	-	-	Komite Etik tingkat Kolegium menentukan kelulusan berdasarkan laporan dari KaProdi KKLP Fakultas

		<i>feedback</i>							
	<i>Critical Incidence</i>	Laporan (dari siapa saja) terhadap perilaku residen yang dianggap ekstrim	Komite Etik tk. Prodi melakukan investigasi dan mengambil keputusan yang diperlukan		Tahap I: Peringatan Lisan Tahap II: Peringatan Tertulis Tahap III: Skorsing Sampai Pengeluaran dari Prodi				Komite Etik Kolegium menentukan ketiga tahap peringatan terhadap laporan CI untuk lulusan KKLP yang dapat berdampak pada sanksi atau pencabutan rekomendasi Surat Tanda Registrasi
<i>Professionisme</i>	BALINT GROUP DISCUSSION	Serial Balint group, minimal 2 X per	Dosen dan Preceptor yang	Formative	Serial	-		<i>Self reflection Peers reflection</i>	

	<i>NS</i>	semester	telah dilatih menjadi fasilitator Balint Group				<i>Peers Self reflection Peers reflection Peers feedback feedback</i>	
--	-----------	----------	---	--	--	--	---	--

Tabel 5. Skoring atau Panduan Pemberian Nilai Ujian Akhir Nasional.

Jawaban lengkap tanpa pengarahan	90
Jawaban lengkap dengan sedikit pengarahan	80
Jawaban lengkap dengan cukup pengarahan	70
Jawaban kurang lengkap (> 50%) dengan cukup pengarahan	60
Jawaban kurang lengkap (< 50%) dengan cukup pengarahan	50
Jawaban salah meskipun dengan cukup pengarahan	0
Soal berantai	
1. Jawaban pertama salah	0
2. Jawaban berikutnya maksimum mendapat nilai	70

Catatan: Bila ada ekstra jawaban yang baik, nilai dapat diperhitungkan dan jawaban dapat diberi nilai sampai 100 (seratus) dan nilai minimum kelulusan adalah 70 (tujuh puluh).

Tabel 6. Sistem Penilaian

KISARAN ANGKA	ANGKA MUTU	BOBOT
75 – 100	A	4
70 – 74	AB/B+	3,5
65 – 69	B	3
60 – 64	BC/C+	2,5
55 – 59	C	2
50 - 54	CD/D+	1,5
45 - 49	D	1
<=44	E	0

Tabel 7.

KISARAN ANGKA	ANGKA MUTU	BOBOT
>= 3,75	A	4
3,25 – 3,74	AB/B+	3,5
2,75 – 3,24	B	3
2,25 – 2,74	BC/C+	2,5
1,75 – 2,24	C	2

1,25 – 1,74	CD/D+	1,5
0,75 – 1,24	D	1
< 0,75	E	0

Tabel 8. Pembobotan Nilai

NO.	PENILAIAN	BOBOT
1	Sikap	40%
2	Pengetahuan	30%
3	Keterampilan	30%
Total		100%

Tabel 9. Predikat Kelulusan

INDEKS PRESTASI	PREDIKAT KELULUSAN
3,00 – 3,50	Memuaskan
3,51 – 3,75	Sangat Memuaskan
3,76 – 4,00	Pujian (<i>Cumlaude</i>)

Berdasarkan Permendikbud Nomor 49 Tahun 2014 Pasal 24 ayat (1) peserta program spesialis dinyatakan lulus bila indeks prestasi kumulatif 3.00 atau lebih.

Komisi Ujian Nasional (KUN)

1. KUN dibentuk oleh Kolegium dengan masa kerja sesuai kepengurusan Kolegium, dan maksimum 2 (dua) kali masa kepengurusan.
2. Tugas KUN:
 - a. Mengembangkan panduan sistem ujian nasional.
 - b. Mengkoordinasikan penyelenggaraan ujian nasional.
 - c. Menetapkan penguji nasional.
 - d. Menyusun daftar kelompok penguji nasional.
 - e. Mendokumentasikan penyelenggaraan ujian nasional.
 - f. Mengesahkan lulus atau tidaknya peserta ujian.
 - g. Melaporkan secara tertulis dan bertanggungjawabkan.

3. Penguji Ujian Nasional (PUN)

Daftar penguji nasional diperoleh KUN dari IPDS dengan ketentuan:

- a. Tim penguji diketuai oleh dokter Spesialis-2/Doktor yang telah berpengalaman kerja paling sedikit 2 (dua) tahun dan memenuhi kriteria sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- b. Daftar ketenagaan PUN ditentukan setiap akan dilaksanakan ujian nasional
- c. Anggota PUN diusulkan oleh IPDS setelah mendapat persetujuan/pengesahan dari Ketua Departemen setempat.
- d. Setiap penguji mendapatkan sertifikat keikutsertaan sebagai PUN yang ditandatangani oleh ketua kolegium
- e. Pada ujian akhir nasional harus diikutsertakan minimal 1 (satu) penguji yang bukan berasal dari IPDS tempat peserta program belajar.

Workplace Based Assessment (WBA)

Workplace Based Assessment (WBA) termasuk penilaian berbasis pelayanan pasien yang nyata, dan bukan simulasi kasus. Hal ini akan menjamin bahwa peserta didik memang melakukan praktik layanan primer yang nyata (*performance-based assessment*). Karena WBA dilakukan dalam situasi dan konteks klinis yang sangat kompleks, maka kepastian Reliabilitas dan Validitas penilaian harus ditetapkan.

Cetak Biru *Workplace Based Assessment* harus disusun sesuai tujuan belajar, konteks belajar, dimensi belajar, area klinik yang luas dan pengalaman praktik pelayanan pasien. Kesempatan melakukan WBA secara berkelanjutan, memberikan kesempatan sebuah sistem penilaian yang lebih menyeluruh dari pada ujian akhir. Diberlakukannya WBA sebagai bagian dari penilaian kinerja dapat meningkatkan validitas dari proses penilaian tersebut.

Institusi Pendidikan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer memiliki sistem penilaian yang menjamin lulusan telah mencapai kompetensi yang diharapkan. Metoda dan instrumen penilaian serta kriteria kelulusan disusun dan ditetapkan oleh Institusi Pendidikan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer. Penilaian mencakup seluruh kegiatan pendidikan baik pengetahuan, keterampilan, dan profesionalisme. Penilaian hasil belajar harus memenuhi asas

validitas, reliabilitas, kelayakan dan mendorong proses belajar dengan pendokumentasian yang baik.

Penilaian harus bersifat edukatif, otentik, objektif, akuntabel, transparan dan terintegrasi. Memiliki standar performa yang disampaikan secara eksplisit kepada mahasiswa dan dosen. Keandalan dan kesahihan metoda penilaian dievaluasi secara berkala.

Kriteria kelulusan merupakan hasil pencapaian kompetensi dan penilaian proses pendidikan (akademik dan non-akademik). Kriteria kelulusan merupakan hasil pencapaian kompetensi dengan mempertimbangkan aspek *hard skills* dan *soft skills*. Penentuan kelulusan harus menggunakan Penilaian Acuan Patokan (*Criterion-referenced*).

Selama proses pendidikan, penilaian dilakukan secara terstruktur pada tiap tahap pendidikan yang dilaksanakan oleh Ketua Program Studi Kedokteran Keluarga Layanan Primer, dengan memperhatikan kompetensi yang harus dicapai sesuai dengan tahap pendidikan. Pada akhir pendidikan, metoda penilaian dan uji kompetensi dilakukan berkoordinasi dengan Ketua Program Studi Kedokteran Keluarga Layanan Primer, dengan mengikut sertakan penguji luar.

Prinsip-prinsip asesmen pendidikan residensi Kedokteran Keluarga Layanan Primer mengacu pada metode belajar berbasis tempat kerja. Sehingga panduan penilaiannya adalah *Workplace-based assessment* yang berbasis pada observasi, pemberian umpan balik yang konstruktif dan refleksi atas pengalaman praktek yang dilakukan dengan perencanaan yang lebih baik di masa mendatang. Beberapa metode penilain yang berkelanjutan dapat digunakan.

Penilaian formatif yang berkelanjutan:

Menggunakan metode pemberian umpan balik berbasis pengamatan/observasi. Penilaian Sumatif adalah pengumpulan dari beberapa umpan balik yang ditindaklanjuti oleh peserta didik disertai bukti bukti ilmiah terkini dan rencana pembelajaran atau pelayanan pasien.

M. STANDAR PENELITIAN

Perguruan tinggi berkewajiban menyelenggarakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di samping melaksanakan pendidikan sebagaimana diamanahkan oleh Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional Pasal 20. Sejalan dengan kewajiban tersebut, Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi pasal 45 menegaskan bahwa penelitian di perguruan tinggi diarahkan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan daya saing bangsa.

1. Tujuan Nasional Penelitian Perguruan Tinggi Secara umum

Tujuan penelitian di perguruan tinggi adalah:

- a. menghasilkan penelitian yang sesuai dengan prioritas nasional yang ditetapkan oleh pemerintah;
- b. menjamin pengembangan penelitian unggulan spesifik berdasarkan keunggulan komparatif dan kompetitif;
- c. mencapai dan meningkatkan mutu sesuai target dan relevansi hasil penelitian bagi masyarakat Indonesia; dan
- d. meningkatkan diseminasi hasil penelitian dan perlindungan Hak Kekayaan Intelektual (HKI) secara nasional dan internasional.

Program studi kedokteran keluarga layanan primer harus memiliki kebijakan yang mendukung keterkaitan antara penelitian, pendidikan dan pengabdian pada masyarakat, serta menetapkan prioritas penelitian beserta sumber daya penunjangnya. Program studi harus memberi kesempatan kepada peserta didik untuk melakukan penelitian di bawah bimbingan staf pendidik yang ditentukan oleh Ketua Program Studi.

Penelitian yang dilakukan hendaknya bermanfaat untuk meningkatkan kemampuan mengajar, meningkatkan suasana akademik, memberikan dasar-dasar proses penelitian yang benar pada mahasiswa, perbaikan kurikulum dan upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat. Penelitian peserta didik dapat merupakan bagian dari penelitian dari pembimbing dan direkomendasikan bahwa rasio peserta didik dengan dosen

pembimbing karya tulis ilmiah akhir tidak lebih dari satu banding sepuluh.

Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian menjelaskan bahwa Penelitian adalah kegiatan yang dilakukan menurut kaidah dan metode ilmiah secara sistematis untuk memperoleh informasi, data, dan keterangan yang berkaitan dengan pemahaman dan pembuktian kebenaran atau ketidakbenaran suatu asumsi dan/atau hipotesis di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi serta menarik kesimpulan ilmiah bagi keperluan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

2. Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup ilmu kedokteran meliputi ilmu biomedik, ilmu kedokteran dasar, ilmu kedokteran klinik, ilmu humaniora kedokteran, ilmu kesehatan masyarakat/kedokteran pencegahan/kedokteran komunitas, dan ilmu pendidikan kedokteran.

3. Komponen Standar Penelitian

a. Standar Arah Penelitian

Standar Penelitian harus diarahkan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan, khususnya dibidang Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer, serta meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan daya saing bangsa. Dalam Permendikbud Nomor 49 Tahun 2014, dijelaskan bahwa hasil penelitian mahasiswa harus mengarah pada terpenuhinya capaian pembelajaran lulusan serta memenuhi ketentuan dan peraturan di program studi.

b. Standar Isi Penelitian

- 1) Merupakan kriteria minimal tentang kedalaman dan keluasan materi penelitian. Kedalaman dan keluasan materi penelitian meliputi materi pada penelitian dasar dan penelitian terapan.

- 2) Materi pada penelitian dasar harus berorientasi pada luaran penelitian yang berupa penjelasan atau penemuan untuk mengantisipasi suatu gejala, fenomena, kaidah, model, atau postulat baru.
- 3) Materi pada penelitian terapan harus berorientasi pada luaran penelitian yang berupa inovasi serta pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermanfaat bagi masyarakat, sistem pelayanan kesehatan, dan/atau sistem kesehatan nasional.
- 4) Materi pada penelitian dasar dan penelitian terapan harus memuat prinsip-prinsip kemanfaatan, kemutahiran, dan mengantisipasi kebutuhan masa mendatang.
- 5) Isi penelitian mampu mengidentifikasi bidang keilmuan kedokteran keluarga, komunitas, dan masyarakat sebagai obyek penelitian dan memposisikannya ke dalam suatu skema penyelesaian masalah yang lebih menyeluruh dan bersifat interdisiplin atau multi disiplin; dalam rangka menghasilkan prototipe, karya desain, produk atau inovasi teknologi bernilai tambah.
- 6) Isi penelitian merupakan suatu konsepsi ilmiah atau karya berdasarkan kaidah, tata cara, dan etika ilmiah dalam bentuk karya tulis akhir atau tesis atau bentuk lain yang setara, dan diunggah dalam laman perguruan tinggi, serta karya yang dipresentasikan atau dipamerkan dan harus dimuat dalam jurnal nasional terakreditasi.
- 7) Mampu mendokumentasikan, menyimpan, mengamankan, dan menemukan kembali data prototipe yang dihasilkan dalam suatu penelitian untuk menjamin kesahihan dan mencegah terjadinya plagiasi.

c. Standar Proses Penelitian

Merupakan kriteria minimal yang terdiri atas perencanaan, pelaksanaan, dan pelaporan/ujian penelitian. Kegiatan penelitian harus mempertimbangkan standar mutu, keselamatan kerja, kesehatan, kenyamanan, serta keamanan peneliti, masyarakat, dan lingkungan serta memenuhi kaidah etik penelitian yang berlaku.

Kegiatan penelitian yang dilakukan oleh peserta didik dalam rangka melaksanakan tugas akhir tesis, harus mengarah pada terpenuhinya capaian pembelajaran lulusan serta memenuhi ketentuan dan peraturan di program studi. Kegiatan penelitian yang dilakukan oleh peserta didik dinyatakan dalam besaran satuan kredit semester dengan beban minimal adalah 4 (empat) SKS. Program studi dapat menambahkan beban sks penelitian dengan tetap mematuhi peraturan yang berlaku.

Penilaian proses dan hasil penelitian dilakukan secara terintegrasi dengan prinsip penilaian paling sedikit:

- 1) *Feasible* (mampu laksana); Penelitian memiliki jumlah subyek yang memadai, sumber daya yang cukup, terjangkau dari segi waktu maupun biaya, serta ruang lingkup yang terkelola.
- 2) *Interesting* (menarik); Pencarian jawaban menggugah rasa ingin tahu peneliti, sejawat dan masyarakat.
- 3) *Novel* (baru); Mengkonfirmasi, menyanggah maupun menidaklanjuti penemuan sebelumnya.
- 4) *Ethical* (etis); Dapat dipertanggungjawabkan dan mendapat persetujuan komite etik setempat.
- 5) *Relevant*; Relevan terhadap pengetahuan ilmiah, kebijakan klinis dan kesehatan, maupun penelitian selanjutnya.

Penelitian yang dilakukan oleh peserta didik Program Studi Kedokteran Keluarga Layanan Primer wajib dibimbing oleh setidaknya 1 (satu) orang dosen tetap program studi yang ditunjuk oleh ketua program studi sesuai kriteria pembimbing yang telah ditetapkan oleh Kemristekdikti. Adapun rasio peserta didik dengan dosen pembimbing karya tulis ilmiah akhir tidak lebih dari 10 : 1 (sepuluh banding satu).

Pembimbing bertanggung jawab atas kelayakan desain penelitian, kebenaran (validitas) data penelitian, kesesuaian analisis data yang digunakan, dan kebenaran interpretasi hasil penelitian. Peneliti wajib menghindari adanya plagiarisme dan

fraud dalam seluruh proses penelitian. Peneliti wajib memperhatikan etika penelitian dan profesionalisme dalam setiap tahapan penelitian. Perencanaan penelitian dalam bentuk proposal penelitian harus:

- a. Mengikuti format yang sesuai dengan panduan masing-masing universitas
- b. Disetujui oleh tim yang ditunjuk oleh ketua program studi/departemen.
- c. Disetujui oleh komite etik dan penanggung jawab lokasi dimana penelitian tersebut dilaksanakan.

Pelaksanaan penelitian, yang harus sejalan dengan proposal yang sudah disetujui oleh komite etik. Penelitian yang dilaksanakan oleh peserta didik pada program studi Kedokteran Keluarga Layanan Primer harus dimonitoring oleh pembimbing, baik di Perguruan Tinggi maupun di wahana pendidikan.

Selama penelitian sedang berlangsung, peneliti utama/project manager wajib melakukan evaluasi pada setiap tahapan penelitian. Di akhir penelitian, peneliti menyusun laporan penelitian yang dipresentasikan di hadapan tim yang ditunjuk oleh ketua program studi/departemen. Setelah penelitian selesai, peneliti wajib mempublikasi penelitiannya di jurnal yang sesuai dengan mencantumkan nama pembimbing dan pihak lain yang memenuhi kriteria sebagai penulis.

d. Standar Penilaian Penelitian

Pada standar proses dan hasil penelitian, selain memenuhi prinsip penilaian juga harus memperhatikan kesesuaian dengan standar hasil, standar isi, dan standar proses penelitian. Penilaian penelitian yang dilaksanakan oleh mahasiswa dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir, skripsi, tesis, atau disertasi diatur berdasarkan ketentuan dan peraturan di Institusi Pendidikan Dokter Spesialis.

Penilaian penelitian diharapkan memenuhi kaidah-kaidah berikut:

- 1) Penilaian penelitian dapat dilakukan dengan menggunakan metode dan instrumen yang relevan, akuntabel, dan dapat mewakili ukuran ketercapaian kinerja proses dan pencapaian kinerja hasil penelitian.
- 2) Penilaian penelitian yang berupa tesis yang dilakukan oleh peserta didik diatur berdasarkan ketentuan dan peraturan di program studi.
- 3) Standar penilaian penelitian terdiri dari standar perencanaan, standar pelaksanaan, serta standar evaluasi dan perbaikan. Masing-masing standar tersebut memiliki sejumlah indikator pencapaian standar yang dijelaskan di bawah ini:

Tabel 10 Indikator pencapaian standar penelitian

		KRITERIA PENCAPAIAN STANDAR
1	Perencanaan	Adanya manfaat yang didapat dari penelitian untuk pengembangan ilmu kedokteran, institusi, masyarakat dan bagi peneliti sendiri.
		Adanya perencanaan anggaran atau dana yang memadai dan berkelanjutan
2	Pelaksanaan	Adanya kesesuaian pelaksanaan penelitian dengan usulan penelitian
		Adanya kesesuaian waktu penelitian dengan usulan penelitian
		Adanya kesesuaian anggaran atau dana penelitian dengan usulan penelitian
3	Pemantauan, Evaluasi, dan Perbaikan	Adanya panduan pemantauan dan evaluasi untuk penelitian
		Adanya tindakan koreksi terhadap ketidasesuaian hasil penelitian dengan usulan penelitian

Penilaian untuk perencanaan, pelaksanaan, serta monitoring, evaluasi dan perbaikan penelitian mengacu pada beberapa indikator, yaitu indikator input, proses, dan output dengan masing-masing parameternya yang secara garis besar dapat digambarkan dalam tabel di bawah ini. Proses pemantauan dan evaluasi penelitian dilaksanakan berdasarkan panduan pemantauan dan evaluasi di institusi masing-masing.

e. Standar Peneliti

Merupakan kriteria minimal kemampuan peneliti atau pembimbing penelitian peserta didik untuk melaksanakan penelitian dan/atau melakukan bimbingan penelitian bagi penelitian yang dilaksanakan oleh mahasiswa dalam rangka penyelesaian tugas akhir. Peneliti atau pembimbing penelitian mahasiswa wajib memiliki kemampuan tingkat penguasaan metodologi penelitian yang sesuai dengan bidang keilmuan, objek penelitian, serta tingkat kerumitan dan tingkat kedalaman penelitian.

Kemampuan peneliti ditentukan berdasarkan kualifikasi akademik. Kualifikasi akademik minimal bagi pembimbing penelitian mahasiswa adalah:

- 1) Spesialis.
- 2) Menguasai metodologi penelitian kuantitatif dan/atau kualitatif.
- 3) Menguasai bahasa Indonesia baku dan bahasa Inggris (diutamakan tulisan/pasif).
- 4) Memahami kode etik peneliti dan menjunjung tinggi profesinya.
- 5) Mampu menuliskan dan mempublikasikan hasil penelitiannya ke jurnal nasional terakreditasi.

f. Standar Sarana dan Prasarana Penelitian

Kegiatan penelitian didukung oleh sarana dan prasarana yang mampu menghasilkan temuan ilmiah yang sah dan dapat diandalkan. Merupakan fasilitas perguruan tinggi/program studi dan rumah sakit pendidikan utama dan satelit serta rumah sakit afiliasi dan wahana pendidikan jejaring yang digunakan untuk memfasilitasi penelitian yang terkait dengan bidang ilmu kedokteran keluarga dan layanan primer.

Sarana dan prasarana merupakan fasilitas program studi/perguruan tinggi dan rumah sakit pendidikan utama dan satelit serta rumah sakit afiliasi dan wahana pendidikan jejaring yang dimanfaatkan juga untuk proses pembelajaran dan kegiatan pengabdian kepada masyarakat. Sarana dan prasarana harus memenuhi standar mutu, keselamatan kerja, kesehatan, kenyamanan, dan keamanan peneliti, masyarakat, dan lingkungan.

g. Standar Pengelolaan Penelitian

Merupakan kriteria minimal tentang perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pemantauan dan evaluasi, serta pelaporan kegiatan penelitian. Pengelolaan penelitian dilaksanakan oleh unit kerja di program studi yang bertugas untuk mengelola penelitian. Program studi wajib:

- 1) Memiliki rencana strategis penelitian yang merupakan bagian dari rencana strategis program studi
- 2) Menyusun kriteria dan prosedur penilaian penelitian paling sedikit menyangkut aspek peningkatan jumlah publikasi ilmiah, dan jumlah dan mutu bahan ajar
- 3) Memiliki tim untuk menjaga dan meningkatkan mutu penelitian dalam menjalankan program penelitian secara berkelanjutan.
- 4) Melakukan pemantauan dan evaluasi penelitian dalam melaksanakan program penelitian.

- 5) Memiliki panduan tentang kriteria peneliti dengan mengacu pada standar hasil, standar isi, dan standar proses penelitian.
- 6) Mendayagunakan sarana dan prasarana penelitian pada lembaga lain melalui program kerja sama penelitian
- 7) Melakukan analisis kebutuhan yang menyangkut jumlah, jenis, dan spesifikasi sarana dan prasarana penelitian.
- 8) Menyampaikan laporan kinerja penelitian dalam menyelenggarakan program penelitian.

h. Standar Pendanaan dan Pembiayaan Penelitian

Anggaran penelitian dapat bersumber dari pemerintah, kerja sama dengan lembaga lain baik di dalam maupun di luar negeri, atau dana dari masyarakat. Program studi harus mengalokasikan anggaran untuk menjamin aktivitas penelitian yang mendukung pendidikan minimal 5% dari seluruh anggaran operasional program studi, dan harus ditingkatkan secara bertahap. Pendanaan penelitian digunakan untuk membiayai:

- 1) Perencanaan penelitian;
- 2) Pelaksanaan penelitian;
- 3) Pengendalian penelitian;
- 4) Pemantauan dan evaluasi penelitian;
- 5) Pelaporan hasil penelitian; dan
- 6) Diseminasi hasil penelitian.

Mekanisme pendanaan dan pembiayaan penelitian diatur berdasarkan ketentuan yang berlaku di program studi. Setelah penelitian selesai, peneliti wajib mempertanggung-jawabkan seluruh pengeluaran yang dibutuhkan untuk menyelesaikan penelitiannya kepada institusi atau pihak yang memberikan pendanaan penelitian.

i. Standar Hasil Penelitian

Standar hasil yaitu hasil penelitian yang memenuhi kaidah ilmiah universal yang baku, didokumentasikan dan didiseminasikan melalui forum ilmiah nasional maupun internasional, serta dapat dipertanggungjawabkan secara moral

dan etika. Kegiatan penelitian harus berdampak positif pada perkembangan ilmu kedokteran keluarga/layanan primer.

Adapun hasil penelitian pada Program pendidikan Kedokteran Keluarga Layanan Primer harus memenuhi persyaratan berikut ini:

1. Hasil penelitian merupakan suatu hasil yang diperoleh dari suatu kegiatan yang memenuhi kaidah dan metode ilmiah secara sistematis sesuai otonomi keilmuan yang berhubungan dengan profesi dokter yang bekerja di layanan primer dan budaya akademik yang berlaku pada institusi perguruan tinggi.
2. Harus memenuhi standar etika penelitian, yaitu sebelum dilakukan penelitian, dokumen penelitian sudah dinilai dan mendapatkan persetujuan dari komite etik.
3. Tim peneliti dapat terdiri dari dosen Program pendidikan Kedokteran Keluarga Layanan Primer, dosen pembimbing lapangan, residen Program pendidikan Kedokteran Keluarga Layanan Primer, dan *civitas academica* program studi lain yang berhubungan dengan Kedokteran Keluarga Layanan Primer.
4. Hasil penelitian harus memberikan manfaat bagi perbaikan atau pengembangan keilmuan dan teknologi di bidang kedokteran keluarga dan layanan primer termasuk program pelayanan kesehatan baik dalam lingkup lokal, nasional atau internasional dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan daya saing bangsa.
5. Hasil penelitian pada Program pendidikan Kedokteran Keluarga Layanan Primer harus tidak bersifat rahasia, tidak mengganggu dan/atau tidak membahayakan kepentingan umum atau nasional wajib disebarluaskan dengan cara diseminarkan, dipublikasikan, dipatenkan, dan/atau cara lain yang dapat digunakan untuk menyampaikan hasil penelitian kepada masyarakat.

6. Hasil penelitian Program pendidikan Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang dilakukan oleh peserta didik merupakan salah satu prasyarat untuk menyelesaikan pendidikannya.

N. STANDAR PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT

Pengabdian kepada masyarakat harus dilakukan dalam rangka pemanfaatan, pendayagunaan, dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk masyarakat luas, harus dilakukan sesuai atau dengan merujuk pada kebutuhan nyata dalam masyarakat dan melibatkan peran serta peserta didik. Dalam melibatkan peserta didik pengabdian kepada masyarakat seharusnya merupakan ajang pelatihan peserta didik sesuai dengan kompetensi bidang ilmu kedokteran keluarga. Pengabdian kepada masyarakat seharusnya dapat memberikan masukan baik untuk kegiatan pendidikan dan pengajaran maupun penelitian.

Komponen standar pengabdian kepada masyarakat meliputi standar hasil pengabdian kepada masyarakat, isi pengabdian kepada masyarakat, proses pengabdian kepada masyarakat, penilaian pengabdian kepada masyarakat, pelaksana pengabdian kepada masyarakat, sarana dan prasarana pengabdian kepada masyarakat, pengelolaan pengabdian kepada masyarakat, dan pendanaan dan pembiayaan pengabdian kepada masyarakat.

Standar hasil pengabdian kepada masyarakat merupakan kriteria minimal hasil pengabdian kepada masyarakat dalam menerapkan, mengamalkan, dan membudayakan ilmu pengetahuan dan teknologi guna memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

1. Standar Hasil Pengabdian Kepada Masyarakat.

Hasil pengabdian kepada masyarakat adalah:

- a. Penyelesaian masalah yang dihadapi masyarakat dengan memanfaatkan keahlian *civitas academica* dan profesi yang terkait;

- b. Pemanfaatan teknologi tepat guna;
- c. Bahan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; atau
- d. Bahan ajar atau modul pelatihan untuk pengayaan sumber belajar.

2. Standar isi pengabdian kepada masyarakat

Kedalaman dan keluasan materi isi pengabdian kepada masyarakat bersumber dari hasil penelitian atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

3. Standar proses pengabdian kepada masyarakat

Proses pengabdian kepada masyarakat terdiri atas perencanaan, pelaksanaan, dan pelaporan kegiatan. Kegiatan pengabdian kepada masyarakat dapat berupa:

- a. Pelayanan kepada masyarakat
- b. Penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi sesuai dengan bidang keahliannya;
- c. Peningkatan kapasitas masyarakat; atau Pemberdayaan masyarakat.

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat wajib mempertimbangkan standar mutu, menjamin keselamatan kerja, kesehatan, kenyamanan, serta keamanan pelaksana, masyarakat, dan lingkungan. Kegiatan pengabdian kepada masyarakat yang dilakukan oleh mahasiswa sebagai salah satu dari bentuk pembelajaran harus mengarah pada terpenuhinya capaian pembelajaran lulusan serta memenuhi ketentuan dan peraturan di IPDS/ perguruan tinggi dan dinyatakan dalam besaran satuan kredit semester yang dapat terintegrasi dengan proses pembelajaran berupa pelayanan kesehatan di rumah sakit pendidikan dan wahana pendidikan lain. Kegiatan pengabdian kepada masyarakat harus diselenggarakan secara terarah, terukur, dan terprogram.

4. Standar penilaian pengabdian kepada masyarakat

Penilaian pengabdian kepada masyarakat dilakukan secara terintegrasi dengan prinsip penilaian paling sedikit:

- a. Edukatif, yang merupakan penilaian untuk memotivasi pelaksana agar terus meningkatkan mutu pengabdian kepada masyarakat;
- b. Obyektif, yang merupakan penilaian berdasarkan kriteria penilaian dan bebas dari pengaruh subjektivitas;
- c. Akuntabel, yang merupakan penilaian yang dilaksanakan dengan kriteria dan prosedur yang jelas dan dipahami oleh pelaksana pengabdian kepada masyarakat; dan
- d. Transparan, yang merupakan penilaian yang prosedur dan hasil penilaiannya dapat diakses oleh semua pemangku kepentingan.

Kriteria minimal penilaian hasil pengabdian kepada masyarakat meliputi salah satu dari:

- a. Tingkat kepuasan masyarakat;
- b. Terjadinya perubahan sikap, pengetahuan, dan keterampilan pada masyarakat sesuai dengan sasaran program;
- c. Dapat dimanfaatkannya ilmu pengetahuan dan teknologi di masyarakat secara berkelanjutan;
- d. Terciptanya pengayaan sumber belajar dan/atau pembelajaran serta pematangan *civitas academica* sebagai hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; atau
- e. Teratasinya masalah sosial dan rekomendasi kebijakan yang dapat dimanfaatkan oleh pemangku kepentingan.

Penilaian pengabdian kepada masyarakat dapat dilakukan dengan menggunakan metode dan instrumen yang relevan, akuntabel, dan dapat mewakili ukuran ketercapaian kinerja proses dan pencapaian kinerja hasil pengabdian kepada masyarakat.

5. Standar pelaksana pengabdian kepada masyarakat

Pelaksana pengabdian kepada masyarakat adalah dosen dan mahasiswa dengan supervisi dari dosen. Pelaksana pengabdian kepada masyarakat memiliki kualifikasi akademi dan hasil yang ditentukan oleh masing-masing Institusi Pendidikan Dokter Spesialis sesuai dengan peraturan yang berlaku. Sarana dan prasarana pengabdian kepada masyarakat merupakan fasilitas Institusi Pendidikan Dokter Spesialis/Perguruan Tinggi dan Rumah sakit pendidikan utama dan satelit serta rumah sakit afiliasi dan jejaring wahana pendidikan yang digunakan untuk memfasilitasi pengabdian kepada masyarakat paling sedikit terkait dengan bidang ilmu kedokteran keluarga.

6. Standar sarana dan prasarana

Sarana dan prasarana merupakan fasilitas Perguruan Tinggi/ Institusi Pendidikan Dokter Spesialis dan Rumah sakit pendidikan utama dan satelit serta rumah sakit afiliasi dan jejaring wahana pendidikan yang dimanfaatkan juga untuk proses pembelajaran dan kegiatan pengabdian kepada masyarakat. Sarana dan prasarana harus memenuhi standar mutu, keselamatan kerja, kesehatan, kenyamanan, dan keamanan peneliti, masyarakat, dan lingkungan.

7. Standar Pengelolaan dan pendanaan pengabdian kepada masyarakat

Pengelolaan dan pendanaan pengabdian kepada masyarakat ditentukan oleh masing-masing Institusi Pendidikan Dokter Spesialis dengan menyesuaikan dengan peraturan yang berlaku. Pengabdian kepada masyarakat dapat berupa pelayanan kesehatan di Rumah sakit pendidikan utama dan satelit serta rumah sakit afiliasi dan jejaring wahana pendidikan.

Institusi harus menyediakan unit pelayanan yang mampu menampung kegiatan secara bersama melakukan pengabdian kepada masyarakat dengan sumber dana bersama. Program pendidikan profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer tidak bisa dilepaskan dari pelayanan kesehatan di Rumah Sakit pendidikan dan wahana pendidikan kedokteran.

Pada perkembangannya, bidang kedokteran keluarga mendukung sistem kesehatan nasional dalam upaya penurunan kematian ibu dan bayi yang masih merupakan permasalahan kesehatan nasional saat ini. Pemerataan pelayanan kesehatan menjadi kunci utama dalam terjaminnya pelaksanaan sistem kesehatan nasional. Program pendidikan profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer harus berperan dalam upaya pemerataan tersebut dengan mendukung dan mengintegrasikan program kementerian kesehatan ke dalam pengabdian kepada masyarakat pada kurikulum pendidikannya.

O. STANDAR KONTRAK KERJA SAMA WAHANA PENDIDIKAN KEDOKTERAN DENGAN PERGURUAN TINGGI PENYELENGGARA PENDIDIKAN KEDOKTERAN;

Institusi Pendidikan yang menyelenggarakan Program Studi Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer wajib bekerjasama secara tertulis dengan wahana pendidikan yang sekaligus menjalankan pengabdian masyarakat dalam program studi Kedokteran Keluarga Layanan Primer. Perjanjian kerja sama diarahkan untuk meningkatkan sinkronisasi dan harmonisasi pelayanan (pengabdian masyarakat) dan pendidikan dalam rangka peningkatan kinerja pelayanan dan pendidikan di wahana pendidikan melalui integrasi fungsional.

Dalam hal sarana pengabdian masyarakat milik pemerintah, perjanjian kerjasama ditandatangani oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dengan pimpinan Fakultas Kedokteran (Dekan FK), dengan mengetahui kepala dinas kesehatan provinsi dan pimpinan institusi pendidikan (Rektor).

Dalam hal pengabdian masyarakat milik swasta, perjanjian kerjasama ditandatangani oleh pimpinan fasilitas kesehatan dengan pimpinan Fakultas Kedokteran (Dekan FK), dengan mengetahui kepala dinas kesehatan provinsi dan pimpinan institusi pendidikan (Rektor).

Kontrak Kerjasama sekurang-kurangnya memuat:

1. Jaminan ketersediaan sumber daya yang mendukung terlaksananya proses pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat.
2. Penyelenggaraan proses pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat.
3. Pelaksanaan penjaminan mutu pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat.
4. Penciptaan suasana akademik yang kondusif.
5. Pelaksanaan medicolegal, manajemen pendidikan dan daya tampung peserta didik.
6. Perjanjian Kerja Sama paling sedikit memuat:
 - a. Pihak-pihak yang mengadakan kontrak kerjasama;
 - b. Ruang Lingkup;
 - c. Maksud dan Tujuan;
 - d. Hak dan Kewajiban;
 - e. Fasilitas dan Rincian Kegiatan (pelaksanaan Tri dharma Perguruan Tinggi dan money);
 - f. Tanggung Jawab Hukum;
 - g. Pembiayaan;
 - h. Jangka Waktu;
 - i. Pembatalan Perjanjian;
 - j. Domisili Hukum;
 - k. Penyelesaian Perselisihan;
 - l. *Force Majeure*;
7. Tanggung jawab bersama paling sedikit memuat:
 - a. Pendanaan;
 - b. Proses pengabdian masyarakat dan pendidikan;
 - c. Perencanaan dan pelaksanaan pengabdian masyarakat di wahana pendidikan yang sekaligus melaksanakan pengabdian masyarakat;
 - d. Pengendalian mutu pengabdian masyarakat;
 - e. Monitoring dan evaluasi peserta didik.

Hak dalam Perjanjian Kerja Sama paling sedikit memuat hak untuk menerima kontribusi dana pengabdian masyarakat dan pendidikan dari Institusi Pendidikan.

Kewajiban dalam perjanjian kerja sama paling sedikit memuat:

- a. Penyiapan fasilitas pengabdian masyarakat sesuai standar;
- b. Penyiapan fasilitas pendukung pengabdian masyarakat berdasarkan standar nasional pendidikan dan kebutuhan masyarakat.

Perjanjian kerja sama Institusi Pendidikan dan wahana pendidikan yang sekaligus melaksanakan pengabdian masyarakat, dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang dibuat dengan jangka waktu perjanjian kerjasama sekurang kurangnya 3 (tiga) tahun.

P. STANDAR PEMANTAUAN DAN PELAPORAN PENCAPAIAN PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER

1. Institusi pendidikan dokter spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer memiliki sekurang-kurangnya dalam tingkat gugus penjaminan mutu untuk menjamin pemantauan dan evaluasi berkala secara internal.
2. Gugus penjaminan mutu melaksanakan pemantauan dan evaluasi secara berkala.
3. Institusi pendidikan dokter spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer menjamin pemantauan dan evaluasi secara berkala oleh Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia (KIKKI).
4. Institusi pendidikan dokter spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer diakreditasi oleh lembaga yang berwenang melalui sistem yang ditetapkan.
5. Institusi pendidikan dokter spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer melaporkan pencapaian secara berkala kepada Institusi pengelola IPDS Kedokteran Keluarga Layanan Primer dan Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia (KIKKI).

6. Evaluasi program pendidikan dilakukan melalui akreditasi oleh Lembaga Akreditasi Mandiri Perguruan Tinggi Ilmu Kesehatan (LAM-PTKes).

Q. STANDAR POLA PEMBERIAN INSENTIF UNTUK MAHASISWA PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER

1. Insentif adalah imbalan dalam bentuk materi yang diberikan oleh Rumah Sakit Pendidikan dan Wahana Pendidikan Kedokteran atas jasa pelayanan medis yang dilakukan sesuai kompetensi dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer.
2. Pemberian insentif berdasarkan beban kerja yang diperhitungkan berdasarkan kelayakan beban studi sesuai dengan pencapaian kompetensi.
3. Rumah Sakit Pendidikan atau Wahana Pendidikan Kedokteran menetapkan standar pola pemberian insentif.
4. Peserta didik program studi dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer dalam proses pendidikannya menggunakan wahana pendidikan di Rumah Sakit Kelas C dan kelas D serta puskesmas dan atau klinik sebagai wahana pendidikannya. Dalam bekerja di wahana pendidikan tersebut peserta didik program studi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer berhak mendapatkan insentif atas pekerjaan pelayanan kesehatan yang dilakukannya di berbagai wahana.
5. Pemberian insentif tersebut disesuaikan dengan capaian kinerja pelayanan kesehatan yang telah dilakukan oleh peserta didik tersebut, kebijakan pimpinan rumah sakit, kebijakan Pemerintah Kabupaten dan atau Kota dalam pengelolaan keuangan Negara yang diberlakukan di Kabupaten atau Kota tersebut. Pertimbangan lainnya dalam menetapkan besaran insentif tersebut adalah statuta puskesmas.
6. Pada puskesmas dengan status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), maka penetapan insentif akan mengacu pada berbagai

peraturan keuangan Negara dan peraturan pengelolaan keuangan untuk puskesmas BLUD.

7. Pada wahana pendidikan swasta, maka penetapan insentif disepakati antara Institusi Pendidikan Dokter Spesialis dan wahana pendidikan yang bersangkutan dengan memperhatikan kelaikan hidup selama proses pendidikan.
8. Pemberian insentif tersebut dituangkan dalam perjanjian kerjasama antara Fakultas Kedokteran penyelenggara pendidikan dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer dengan pimpinan rumah sakit atau Dinas Kesehatan Kabupaten atau Dinas Kesehatan Kota dan Puskesmas Badan Layanan Umum Daerah (bila pengelolaan keuangan dilakukan penuh oleh puskesmas Badan Layanan Umum Daerah).

BAB III
PENUTUP

Standar Kompetensi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer merupakan standar minimal kompetensi yang harus dicapai oleh peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, yang berfungsi sebagai standar mutu lulusan dan acuan dalam penyusunan kurikulum di institusi.

Standar Kompetensi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer ini merupakan kompetensi yang ditetapkan secara nasional oleh Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia dan memuat 80% dari keseluruhan kompetensi, dimana 20% kompetensi lainnya ditetapkan Institusi Pendidikan Dokter Spesialis sesuai dengan kekhususan dan kebutuhan setempat.

Selanjutnya Standar Kompetensi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer akan diregistrasi dan disahkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia sesuai dengan kewenangannya.

KETUA KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA,

ttd

BAMBANG SUPRIYATNO

LAMPIRAN II
PERATURAN KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA
NOMOR 65 TAHUN 2019
TENTANG
STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS
KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER

POKOK BAHASAN KEDOKTERAN KELUARGA

1. PRINSIP PENATALAKSANAAN PASIEN PADA PRAKTIK KEDOKTERAN
KELUARGA LAYANAN PRIMER

NO.	DASAR ILMU DAN KETERAMPILAN
A.	Melaksanakan Prinsip Kedokteran Keluarga dalam praktik
1.	Pelayanan bersinambung
2.	Pelayanan parirurna
3.	Koordinasi Pelayanan atau Pelayanan Terkoordinasi
4.	Pelayanan Preventif/Pencegahan
5.	Berorientasi Keluarga, berkiblatkan keluarga
6.	Berorientasi komunitas atau berkiblatkan komunitas
7.	Sadar etika dan hukum
8.	Sadar dana-imbang-karya atau tetap kos-efektif dan efisien
9.	Sadar audit medis
B.	Berunding dengan pasien
1.	Kemampuan menyimak aktif
2.	Wawancara berkiblat pasien dan keluarganya
3.	Wawancara lintas budaya
4.	Kompetensi budaya
C.	Berunding dengan keluarga
1.	Daur kehidupan

2.	Dampak penyakit pada keluarga
3.	Perangkat penilai keluarga dan penggunaannya dalam praktik
D.	Keterlibatan masyarakat
1.	Ragam budaya
2.	Budaya dan kesehatan
3.	Perilaku mencari kesehatan
4.	Makanan, Kesehatan, dan Budaya
E.	Dokter sebagai Profesional
1.	<i>Five-star family physician</i> (Dokter Keluarga Bintang-5)
2.	Penyelenggara pelayanan dan pendidikan
	a. Kesejahteraan, peningkatan kesehatan, dan pemeliharannya
	1) Pemandu antisipatif dalam Kedokteran Keluarga
	2) Pemeriksaan Kesehatan berkala
	3) Kesehatan reproduksi dan pengendalian kelahiran
	4) Pelayanan preconsepsi dan prenatal
	5) Imunisasi dalam praktik
	6) Gizi dalam sehat dan sakit
	7) Aspek Gizi sepanjang Daur Hidup
	8) Aspek Gizi dalam sakit
	b. Sisi Farmakologi praktik klinik
	1) Peresepan sahih: Peresepan cerma
	2) Pengobatan rasional
	3) Waspada obat dan peran pelaporan reaksi menyimpang obat
	4) Kekeliruan obat
	5) Interaksi obat
	6) Farmakoeconomika
	c. Kedokteran tradisional dan terpadu
	1) Penggunaan rasioanl obat herbal

	2) Pengobatan Tradisional dan alternatif
3.	Dokter sebagai konselor
	a. Kesehatan jiwa di pelayanan primer
	b. Konseling gaya-hidup dan perubahan perilaku
	c. CEA Method (<i>Catharsis Education and Action</i>)
	d. Keterampilan konseling dalam pertemuan keluarga
	e. Manajemen stres
	f. Perhatian bagi perawat lapangan
	g. Menyampaikan berita buruk dalam perjalanan penyakit
4.	Dokter sebagai manajer, pemimpin, dan penggerak sosial
	a. Manajemen praktik
	b. Manajemen waktu
	c. Akuntansi dasar untuk klinik
	d. Teknologi informasi dalam praktik
	e. Membangun infrastruktur untuk rujukan yang memadai di pelayanan primer
	f. Pengembangan komunitas, mobilisasi sosial, dan advokasi
5.	Dokter sebagai peneliti dan pembelajar sepanjang hayat
	a. Riset
	b. Sumbangan kedokteran keluarga terhadap perkembangan ilmu melalui riset berbasis-praktik
	c. Penerapan epidemiologi dalam praktik
	d. Kedokteran berbasis bukti dalam praktik klinis
	e. Peningkatan mutu bersinambung dalam praktik
F.	Spesialis kedokteran keluarga layanan primer dan bioetik
1.	Bioetik dalam praktik
2.	Keselamatan pasien
3.	Nilai-nilai Kedokteran Keluarga dan professional medis

PENINGKATAN KESEHATAN DAN PENCEGAHAN PENYAKIT

NO.	BERBASIS ILMU DAN KETERAMPILAN
1.	Empat katagori pencegahan: Primer, sekunder, tersier, dan kuaterner
2.	Rekomendasi diet terkini berdasarkan usia untk gizi dan manajemen Berat Badan (BB)
3.	Pedoman Latihan untuk kebugaran, pencegahan cedera, dan manajemen BB.
4.	Pengaruh kesehatan psikososial, termasuk persepsi internal, stressor eksternal, dan peristiwa berkesan dalam hidup
5.	Pencegahan cedera di rumah, dalam rekreasi, dan selama mengemudi.
6.	Praktik seks aman berkaitan dengan infeksi penyakit seksual dan perencanaan kehamilan.
7.	Pencegahan farmakologik melalui penggunaan aspirin, asam folat, tabir-surya, fluoride, dan vitamin atau suplemen lainnya sesuai dengan bukti ilmiah.
8.	Masalah Lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, seperti perokok pasif, sanitasi, paparan timbal dan bahan toksik lainnya, perumahan sehat, dan paparan pekerjaan.
9.	Peringkatn risiko berdasarkan usia, jender, riwayat keluarga, status sosio-ekonomi, pilihan gaya hidup, faktor lingkungan, dan masalah medis.
10.	Kriteria yang digunakan untuk tes, misalnya sensitivitas, spesifisitas, nilai-nilai prediktif, pendanaan dan prevalensi
11.	Penapisan masalah kesehatan
12.	Sumberdaya lokal, regional, dan nasional untuk membantu pasien dan keluarganya dalam mengembangkan dan memelihara gaya hidup sehat dan pencegahan penyakit.
13.	Determinan psikologis pilihan dan perilaku pasien, termasuk konsep keberajaran dan keterkaitannya dalam berkomunikasi dengan populasi pasien setempat.
14.	Pemahaman dasar riwayat alami penyakit kronik agar dapat mendidik pasien untuk memahami kemungkinan komplikasi dan akibatnya.
15.	Pendekatan berorientasi sistem keluarga yang mempertimbangkan pengaruhnya sebagai pendukung, kepedihan persaudaraan, deraan pasangan, kepenatan pengasuhan, saat-saat kritis pergeseran kehidupan keluarga, dan kebahagiaan.
16.	Berbagai sumber untuk pengembangan kepustakaan medis berdasarkan EBM
17.	Pemahaman kedokteran klinis dan pencegahan serta penerapannya dalam praktik

2. PENDIDIKAN BAGI PASIEN

NO.	DASAR ILMU DAN KETERAMPILAN
A.	Dasar-dasar pendidikan pasien
1.	Pendidikan disesuaikan dengan kesiapan, pengalaman masa lalu, kepercayaan dan pemahaman budaya pasien
2.	Menyiapkan lingkungan agar kondusif untuk belajar dengan penuh keyakinan, penghargaan, dan penerimaan
3.	Melibatkan pasien sepanjang proses pendidiiikan dengan mendorong mereka untuk menyampaikan tujuannya dan menilai sendiri kemajuannya guna meningkatkan kemandirian
4.	Mengenali persepsi pasien perihal pelayanan kesehatan guna meningkatkan motivasi kemandirian
5.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk memperlihatkan pemahaman informasinya dan melaksanakannya
B.	Kendala Pembelajaran pasien
1.	Konsidi fisik
2.	Pertimbangan sosioekonomi
3.	Ketiadaan sistem pendukung
4.	Miskonsepsi tentang penyakit dan pengobatan
5.	Kemampuan komprehensif dan pemahaman yang rendah
6.	Latar belakang etnis dan budaya serta kendala bahasa
7.	Ketiadaan motivasi
8.	Lingkungan
9.	Pengalaman negatif masa lalu
10.	Penolakan tanggung jawab personal
C.	Judul pendidikan terpilih
1.	Peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit
	a. Kemoprofilaksis, misalnya, suplemen zat besi, asam folat pada ke
	b. KDRT
	c. Masalah akhir kehidupan
	d. Keluarga Berencana dan kehamilan
	e. Imunisasi

	f. Pengobatan integrative (terpadu), komplementer, dan alternatif
	g. Menopause dan sulih hormon
	h. Osteoporosis
	i. Penyelamatan dan pencegahan cedera
	j. Skrining untuk penyakit yang sering terjadi misalnya, tekanan da
	k. Pemeriksaan mandiri, payudara, testis, dan kulit
	l. Konseling seksual
	m. Penyalahgunaan obat-obatan
	n. Perubahan perilaku untuk penyembuhan (berhenti merokok, pen
	o. Pemandu antisipatif kesehatan anak
2.	Penatalaksanaan penyakit
	a. Arthritis
	b. Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) dan asma
	c. Depresi dan ansietas
	d. Diabetes
	e. Nyeri Kepala
	f. Hiperlipidemia
	g. Hipertensi
	h. Obesitas
	i. Penyakit menular seksual dan virus imunodefisiensi manusia
	j. Cedera Olah-raga
	k. Infeksi saluran napas atas (ISNA) dan otitis media

NO.	DASAR KETERAMPILAN
1.	Keterampilan dasar
	a. Mengenali kebutuhan pendidikan pasien
	b. Mengumpulkan informasi pasien tentang kegiatan sehari-hari, ke
	c. Program pendidikan disesuaikan dengan tingkat pendidikan setia
	d. Secara singkat dan jelas memberitahu pasien setiap temuan
	e. Mendiskusikan rencana pengobatan dalam hal perilaku khusus
	f. Memberi kesempatan bertanya dan menyiapkan jawabannya

	g. Menggunakan bahan-bahan berbasis komputer, audiovisual, dan
	h. Jika diperlukan, gunakan penerjemah yang sesuai dan efektif guna
2.	Rencana jangka pendek untuk penyakit akut
	a. Menyiapkan pasien menghadapi gejala dan akibat penyakit, peme
	b. Menilai kemampuan setiap pasien untuk menjalani rencana peng
	c. Menilai pemahaman setiap pasien dengan meminta mereka meng
	d. Merekam upaya edukasi tentang penyakit akut sebagai catatan k
3.	Strategi jangka panjang untuk penyakit kronik
	a. Melibatkan pasien dalam menentukan tujuan pengobatan beriku
	b. Memberikan informasi secukupnya untuk pasien secara
	c. Menjelaskan kepada pasien risiko jangka-panjang dan konsekuen
	d. Berikan kesempatan untuk berdiskusi apa yang dirasakan dan d
	e. Sampaikan umpan balik yang memadai berkaitan tentang perker
	f. Menilai pengaruh latar belakang pasien, rumahnya, dan lingkung
	g. Rekam upaya edukasi penyakit kronik sebagai catatan khusus da
4.	Promosi/peningkatan Kesehatan
	a. Tentukan risiko perilaku pasien terhadap kesehatannya melalui wawancara dan penilaian risiko kesehatan
	b. Sampaikan judul peningkatan kesehatan pada saat yang tepat
	c. Nilai prioritas pasien dan kesiapannya untuk mengubah perilaku
	d. Tanggapi minat pasien pada promosi kesehatan menggunakan ar
	e. Gunakan pesan-pesan edukatif yang sesuai untuk berbagai tahap
	f. Sediakan daftar professional kesehatan pendukung, misalnya per
	g. Libatkan secukupnya pemanfaatan sumber daya komunitas
5.	Cakupkan edukasi pasien dalam praktik
	a. Kembangkan pedoman singkat bahan edukasi pasien yang berbasis bukti beserta protokolnya yang sesuai untuk hampir semua peringkat pendidikan pasien dengan bahasa awam dalam praktik.
	b. Evaluasi sumber edukasi komersial, misalnya brosur, buku, CD,
	c. Pilihlah materi instruksional yang sesuai dengan kesiapan pasien untuk belajar dan kemampuan memahaminya
	d. Kembangkan sistem yang mempermudah pasien menggunakan bahan edukasi di tempat praktik
	e. Kembangkan sistem yang melibatkan staf klinik untuk membantu pendidikan pasien
	f. Gunakan sidang keluarga jika diperlukan
	g. Berperan dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan kepada kelompok masyarakat
	h. Waspada kemajuan teknologi
	i. Ajari pasien cara menilai dan memilih beragam situs web yang handal untuk informasi kesehatan.

3. KEPEMIMPINAN

NO.	DASAR ILMU DAN KETERAMPILAN
A.	Konsep Kepemimpinan
1.	Definisi
2.	Teori
3.	Karakteristik, mencakup beda antara kepemimpinan dan manajemen
4.	Peran
5.	Percontohan/tauladan
B.	Keterampilan dan gaya kepemimpinan pribadi
1.	Menilai diri
2.	Kompetensi kepemimpinan
	a. Integritas
	b. Keseimbangan hidup
	c. Visi
	d. Fokus Eksternal
	e. Humor
3.	Intelegensi emosional
4.	Menyikapi/menyiasati pengaruh
5.	Umpan balik 360-derajat
6.	Pilihan gaya kerja
7.	Perangkat untuk evaluasi
8.	Pengembangan visi
9.	Menentukan tujuan pribadi
10.	Sumber untuk pengembangan diri
C.	Perencanaan dan pengorganisasian
1.	Merancang/menentukan tujuan
2.	Rancangan proyek
3.	Menyimpan notulen

4.	Delegasi
5.	Akuntabilitas
6.	Manajemen krisis
7.	Manajemen untuk perubahan
8.	Evaluasi hasil proyek
D.	Berbagai cara dan keterampilan komunikasi
1.	Komunikasi lisan
2.	Membujuk/istikharah
3.	Menyimak
4.	Komunikasi profesional tertulis
5.	Berkomunikasi menggunakan gambar
6.	Mendengar dan atau melihat dalam belajar
7.	Prosedur parlementer dasar
8.	Konsep tali-rasa dengan masyarakat
9.	Konsep pemasaran
10.	Sidik pujian
11.	Pelatihan menggunakan media
E.	Membangun tali-rasa positif
1.	Membangun tim/regu
2.	Motivasi
3.	Penguatan
4.	Penyelesaian konflik
5.	Konsep keberagaman
6.	Meredam prasangka
F.	Membuat keputusan dan menyelesaikan masalah
1.	Gaya pribadi
2.	Gaya kelompok
3.	Penggugahan
4.	Musyawarah

5.	Mencapai kesepakatan
6.	Berbagai metode dan model
7.	Perubahan perilaku dokter
8.	Dilema etika
G.	Citra dan kesegaran diri
1.	Citra diri
2.	Kebugaran diri
3.	Manajemen stres
4.	Manajemen waktu
5.	Nilai-nilai pribadi
6.	Harga diri
7.	Perilaku adiktif dan kompulsif
H.	Wadah Kepemimpinan
1.	Regu klinik
2.	Praktik medis dan kelompoknya
3.	Berbagai model praktik alternatif
4.	Staf medis
5.	Peran akademik
6.	Organisasi profesi
7.	Peran komunitas
8.	Advokasi politis

5. KEPEMIMPINAN BERKIBLAT KEPENTINGAN PASIEN

NO.	DASAR ILMU DAN KETERAMPILAN
A.	Kesempatan praktik
1.	Letak
	a. Bagian dari negara/pedalamam
	b. Ukuran dan jenis komunitas

2.	Model praktik
	a. Praktik berkelompok atau solo
	b. Instalasi gawat-darurat atau Kedaruratan
	c. Model kelompok dan staf organisasi pemeliharaan kesehatan
	d. Berkontrak dengan Pengelola Pelayanan
	e. Administratif
	1) Industri swasta
	2) Sistem pelayanan berbasis pemerintah (Jejaring penyelamat)
	3) Pendidikan
	f. Sistem/Perusahaan Penyedia Pelayanan Kesehatan Nasional
	g. Sistem Pelayanan Kesehatan Regional Khusus
3.	Konfigurasi
	a. Solo/Mandiri
	b. Kerjasama
	c. Kelompok
	d. Tenaga bergaji
	e. Manajemen badan hukum
	f. Pendidik
4.	Kontrak/perjanjian kepegawaian
	a. Manfaat dan kompensasi
	b. Beban tugas dan harapan kinerja
	c. Cakupan tanggung-jawab profesional
	d. Ketetapan hukum
	e. Masalah etika
B.	Fasilitas Praktik
1.	Letak/lokasi tempat praktik dan analisis pasar
2.	Desain dan regulasi
	Tata-kelola dana
3.	Peralatan dan pelayanan
4.	Daftar inventaris dan pasokan
5.	Sewa, kontrak, atau milik
6.	Laboratorium dan regulasi pemerintah
7.	Radiologi dan USG
8.	Prosedur khusus sesuai dengan keperluan klinik
C.	Organisasi Klinik
1.	Kepemimpinan dan manajemen organisasi yang ramping
2.	Garis Komando
3.	Jadwal
4.	Jumlah dan jenis staf pendukung
5.	Teknologi Informasi Kesehatan dan pergantian infrastruktur mencakup
	a. Desain Situs-Web praktik

	b. Sistem Manajemen Praktik (penjadwalan, penugasan, penagihan)
	c. Peresepan elektronik
	d. Rekam Medis Elektronik
	e. Registrasi Pasien berbasis peringkat risiko dan berkas intervensi berbasis risiko
	f. Pelayanan pasien secara maya/virtual (e-mail, telepon)
	g. Pelayanan berbasis situs-web dan media sosial jika diperlukan
6.	Manajemen pasokan dan inventarisasi
D.	Penyelenggaraan Praktik
1.	Aliran pasien dan penjadwalan
2.	Penjaja
3.	Rekam Medis Elektronik (EMR) dan dokumentasi gambar
4.	Kebijakan tertulis klinik dan berbagai prosedur
5.	Tugas Pendaftaran Pasien
6.	Penagihan asuransi dan pihak ketiga lainnya
7.	Manajemen representatif farmasi dan sample
8.	Manajemen komunikasi melalui telepon, e-mail, pesan media sosial, dan yang berbasis situs-web.
9.	Sistem panggilan, media sosial, dan telepon
10.	Rencana pengembangan lanjut dan tata-langkah untuk memulai praktik
11.	Pilihan penyimpanan gambar dan penyimpanan Rekam Medis
12.	Konsultasi dan rujukan
13.	Manajemen pendidikan pasien
14.	Sistem penelusuran klinis dan upaya pencegahan
15.	Penilaian 360 derajat bagi diri sendiri dan staf
16.	Survei kepuasan pasien
17.	Jaminan mutu/Peningkatan dan Keselamatan pasien
18.	Manajemen risiko
E.	Manajemen kepegawaian dan Usaha
1.	Analisis dan praktik berbasis sistem
2.	Pajak dan asuransi
	a. Tanah milik dan investasi
	b. Perencanaan pensiun dan atau bagi hasil
	c. Pertimbangan pajak dan pembayaran jaminan sosial
	d. Sistem penggajian
	e. Kebutuhan asuransi
	1) Pribadi, misalnya, kematian, kecacatan, kesejahteraan
	2) Tempat praktik, misalnya hak karyawan, jaminan perumahan, biaya tambahan, dan kebakaran
	f. Nota Kesepahaman (MOU) dengan pendukung pembelajar (Fakulta
3.	Pemantauan bisnis (perusahaan)
	a. Membaca laporan keuangan
	b. Aliran dana dan alur perkreditan

	c. Sistem akunting
	d. Prinsip penagihan dan pungutan serta kebijakan
	e. Manajemen akun penerimaan
	f. Perdanaan dan permodalan
	g. Manajemen biaya tambahan
4.	Rencana keuangan pribadi
	a. Anggaran, dan konsolitasi utang
	b. Pensiun
5.	Penagihan
	a. Masalah kepatuhan penagihan: penyandian dan dokumentasi
	1) Bagaimana caranya
	2) Pentingnya penyandian pasien rawat jalan dan rawat inap
	b. Bayar tunai
	c. Pembayang pihak ketiga
6	Kontrak
	a. Pendana swasta
	b. Bantuan Pemerintah
	c. Kontrak kapitasi
	d. Bayar Tunai
	e. Kontran jejaring pelayanan
F.	Rekam Medis
1.	Penyimpanan dan pemberkasan
2.	Penyandian dan penjurusan (indeksing)
3.	Lalu-lintas informasi
4.	Kerahasiaan
5.	Audit dan penelusuran
6.	Jenis Reman medis termasuk yang elektronik
7.	Struktur rekam medis
8.	Masalah hukum termasuk Kemampuan Penjaminan

4.

TIKA MEDIS

E

NO.	DASAR ILMU DAN KETERAMPILAN
A.	Sistem keyakinan mengenai Benar dan Salah, makna dan manfaat, Agamis dan Spiritual, Nilai dan Bias, dan pengaruhnya terhadap mengambil keputusan masing-masing
1.	Dokter dan penyelenggara pelayanan lainnya
2.	Pasien
3.	Keluarga
4.	Sistem pelayanan kesehatan pada umumnya
B.	Analsis dan pengambilan keputusan
1.	Identifikasi masalah etika pada sebuah kasus dan konflik yang terjadi, pemilihan isu – isu prioritas dan komponennya
2.	Penyampaian masalah dan konsekuensinya dalam bahasa yang

	dimengerti oleh pasien dan keluarganya
C.	Prinsip-prinsip etik
1.	Autonomi: hak pasien dan hak dokter
2.	Tanggung jawab dan tugas pasien dan dokter
3.	Azaz manfaat: yang terbaik untuk pasien
4.	Azas keselamatan: jangan membuat kerugian (yang paling aman)
5.	Kejujuran adalah mutlak pada situasi yang baik: Menahan informasi dapat dibenarkan pada konteks tertentu yang menyangkut budaya, pada pasien emosional dan pasien dengan tingkat kognisi yang rendah, dsb. (misalnya pada anak penyandang kanker, penyandang Alzheimer dan menolak minum obat pengendali agitasi)
6.	Kerahasiaan, termasuk pelayanan remaja dan kesetaraan minoritas
7.	Maklumat sepakat (<i>informed consent</i>)
	a. Pendekatan/ancangan etika
	b. Ancangan hukum (berbeda antar-negara)
8.	Kompetensi dan kapasitas pasien
	a. Kompeten merupakan pernyataan hukum, bukan medis. Kompeten menyangkut masalah derajat kemampuan penalaran yang diperlukan untuk tindakan khusus. Semua orang dewasa dianggap kompeten sepanjang tidak ada keterangan sebaliknya
	b. Kapasitas berupa kemampuan individu untuk menandatangani n
	c. Wali pengambil keputusan.
9.	Rasionalitas kedokteran sebagai penentu tindak medis. Pertimbangan yang paling baik untuk pasien tetap pengakomodasi autonomi pasien (misalnya, pasien memaksa pulang maka dianjurkan untuk perawatan di rumah)
10.	Dasar pertimbangan efek ganda. Jika tidak ada jalan lain, harus dipilih yang dapat menyelesaikan masalah, sekalipun berisiko, sepanjang manfaat lebih besar daripada mudarat. (sebagai contoh adalah menggunakan narkotika untuk meredakan nyeri yang luar biasa sekalipun berisiko mempercepat kematian)
11.	Hukum: tarik-menarik antara dua kepentingan
	a. Mikroalokasi: alokasi sumber yang adil berdasarkan kebutuhan pasien
	b. Makroalokasi: alokasi sumber yang adil di tingkat daerah dan
D.	Etika bisnis dan profesi
1.	Kode Etik yang dianut IDI
2.	Kode etik kerjasama dengan industri (gratifikasi indusri obat)
3.	Ketetapan hukum berkaitan dengan keuntungan diri (misalnya tariff kapitasi BPJS, dsb.)
4.	Tarif medis yang sesuai, tagihan medis dan kode butir pelayanan
5.	Tata-laksana pelayanan kesehatan
	a. Dokter Keluarga sebagai koordinator pelayanan kesehatan
	b. Keadilan sistem berkaitan dengan alokasi sumber pelayanan kesehatan
	c. Pengungkapan sumbangan dana dari industri kepada pasien dan
E.	Peran Dokter Keluarga dalam konseling pasien dan keluarganya untuk kelengkapan dokumen penting dan rencana pelayanan lanjut
1.	Pengarahan lanjut dan tujuan hidup
	a. Pendukung kehidupan
	b. Penghentian pengobatan

	c. Penyakit kronik progresif
2.	Keuletan upaya pengacara dalam pelayanan kesehatan
3.	Perintah dokter yang boleh dikirim (tidak langsung) untuk penyelamatan
F.	Melayani pasien kurang kompeten dan tidak kompeten
	a. Mengenali dan merekam kapasitas untuk membuat
	b. Masalah hukum
	c. Perwalian
	d. Etika perinatal
G.	Penerapan dasar etika, peraturan pemerintah, dan regulasi untuk skenario pelayanan pasien khusus
1.	Pelayanan akhir hayat
	a. Permintaan “jangan melakukan resusitasi”.
	b. Mati jantung-paru
	c. Mati otak
	d. Keadaan vegetative persisten
	e. Kesia-siaan medis dan permintaan pelayanan yang janggal
	f. Autopsi
	g. Donasi organ
	h. Eutanasia dan bunuh diri dibantu-dokter
2.	Kesepakatan dan pengambilan keputusan
	a. Mempertahankan atau melucut pengobatan
	b. Maklumat sepakat dan hak untuk menolak
	c. Perlindungan bagi remaja dan golongan lemah (kesepakatan pengobatan)
3.	Masalah reproduksi manusia
	a. Kontrasepsi dan aborsi
	b. Testing genetic dan konseling
	c. Etika perinatal
	d. Sterilisasi
4.	Masalah klinis khusus
	a. Pengendalian nyeri
	b. Menguji: Maklumat sepakat, biaya, implikasi bagi orang lain selain pasien ybs (misalnya, Antigen Prostat Spesifik [PSA], HIV dan penyakit menular seksual yang lain)
H.	Risiko etis akibat stress dalam praktik sebagai dokter
1.	Pengaruh stress pada persepsi, integrasi, dan pengambilan keputusan oleh dokter dan anggota kelompok pelayanan kesehatan
2.	Keterampilan dan teknik melawan stress profesional
3.	Profesionalisme dokter (termasuk integritas dan perilaku)
4.	Kekeliruan dokter (pengenalan dan akibat ditangani sendiri dan bersama yang lain)
5.	Dokter yang lemah/kurang mampu
6.	Menyelaraskan kinerja dokter dan harapan pasien
I.	Berbagai jenis kelakuan dokter yang tidak terpuji, termasuk:
1.	Kontak seksual dengan pasien dan staf
2.	Konflik kewenangan (termasuk posisi kepangkatan sebagai dokter yang mempengaruhi pengambilan keputusan pasien)
3.	Kepentingan ekonomi pribadi
4.	Penyalah-gunaan obat
5.	Perilaku dokter yang kacau
J.	Tujuan, struktur, dan fungsi komite etik institusional

5. INFORMASI MEDIS DAN TEKNOLOGI

NO.	DASAR ILMU DAN KETERAMPILAN
1.	Sumber informasi dan perangkat pendukung yang tersedia untuk membantu pengambilan keputusan klinis dan meningkatkan pendidikan pasien serta pembelajaran klinis sepanjang hayat
2.	Komponen dasar sistem komputer, jejaring, dan dampak singgungan komputer-manusia yang dapat berdampak pada pelayanan pasien
3.	Prinsip dasar model data dan sistem basis data (termasuk definisi dan penerapan kosa-istilah terstruktur dan terkendali versus jenis data tidak terstruktur)
4.	Kebijakan dan prosedur untuk menyakini keamanan dan kerahasiaan informasi pasien dan integritas sistem komputer dan jejaringnya.
5.	Penerapan agregasi dan analisis data klinis guna meningkatkan kualitas pelayanan dan keluaran pasien
6.	Manfaat dan keterbatasan perangkat keras komputer dan sistem perangkat lunak. Teknologi baru yang mungkin digunakan dalam praktik klinis guna meningkatkan efisiensi, keefektifan, dan produktivitasnya.
7.	Simulasi teknologi untuk mendukung pelatihan klinisi.

6. PEMBELAJARAN BERBASIS PRAKTIK

NO.	DASAR ILMU DAN KETERAMPILAN
A.	Dasar-dasar keputusan medis berbasis bukti
1.	Cara pemeringkatan bukti
2.	Perangkat statistik
3.	Uji Klinis bermutu
4.	Keterbatasan kedokteran berbasis bukti (EBM)
B.	Sumber-sumber pustaka kedokteran berbasis bukti
1.	Perangkat penyedia informasi EBM yang terpilah (misalnya, Cedera klinis, IIMS, dsb.)

2.	Perangkat penyedia informasi EBM yang bersifat umum misalnya kedokteran
C.	Praktik berbasis sistem
1.	Kelompok Kerja: pembentukan, manajemen, peran sebagai pemimpin, dan fasilitator
2.	Koordinasi pelayanan
3.	Analisis untung-rugi
4.	Advokasi bagi pasien
5.	Konsultan sistem
6.	Penilai sistem
D.	Riwayat peningkatan kualitas medis
1.	Masalah keselamatan pasien dan khilaf medis
2.	Telaah dampak proyek peningkatan kualitas sebelumnya
3.	Persyaratan dari perhimpunan untuk peningkaan kinerja guna mempertahankan sertifikasi
4.	Sumber daya untuk peningkatan kualitas—Komisi Kerjasama, Peningkatan Sistem Klinis, Lembaga riset pelayanan kesehatan, Akademi/Kolegium, Administrasi Keselamatan kerja dan kesehatan.
E.	Metodologi Peningkatan Kinerja Deming dan penderasnya
1.	Temukan, Susun, Jelaskan, Pahami, Pilih
	Temukan peluang untuk perbaikan melalui diskusi bersama peserta proses
	Galang pemain utama dan pilih pemimpin dan masukkan dalam naskah misi (berikan SK)
	Jelaskan makna terbaru tentang prosesnya
	Pahami yang hendak diperbaiki oleh tim; tetapkan keluaran yang terukur, pelajari penyimpangannya dan lakukan analisis akar masalahnya
	Pilih bagian proses yang akan diubah
2.	Rancang, Lakukan, pelajari, kerjakan
	a. Rancang – Satu perbaikan kecil pada proses
	b. Lakukan – terapkan perubahan
	c. Pelajari – nilai pengaruh perbaikan itu
	d. Kerjakan – Jika berhasil, terapkan perubahan dalam skala besa
F.	Perangkat peningkatan kinerja

1.	Perangkat gaya-Deming tradisional
	Diagram Pareto, diagram alur, grafik statistik pengendali, diagram tebar, diagram alir, diagram sebab dan akibat (Ishikawa), diagram penguadali, dan grafik balok.
2.	Gaya Toyota/perangkat ramping
	a. Peta proses
	b. Diagram A3
	c. Lima mengapa
	d. Pengendali visual
	1) Sistem 5 langkah (pilih, betulkan, soroti, bakukan, pertahankan)
	2) Atau gunakan perangkat lunak sistem manajemen Kanban
G.	Peran sistem informasi dan informatika dalam implementasi proyek
1.	Sumber data/informasi
	a. Organisasi eksternal – Komite Nasional penjaminan mutu, Lemk
	b. Efektivitas Data Komite nasional untuk penjaminan mutu pela
	c. Pusat pelayanan dan organisasi selia bestari perasuransian swa
	d. Rancangan Kesehatan dan Pelaporan
	e. Sistem data Rumah sakit
	f. Sumber eksternal (misalnya: Dinas Kesehatan Kabupaten, organ
2.	Penggunaan sistem informasi dalam proses rancang-ulang
	a. Rekaman Kesehatan elektronik yang mengikuti 4 kaidah ranc
	b. Registrasi pasien untuk manajemen penyakit kronik.

7. MANAJEMEN RISIKO DAN TANGGUNG JAWAB MEDIS

NO.	DASAR ILMU DAN KETERAMPILAN
A.	Sumber Hukum
1.	Konstitusi (Perundangan dan Perda)
2.	Hukum Perundangan

3.	Hukum Umum
4.	Peraturan
5.	Hukum Perlindungan bagi penolong/ penyelamat
B.	Malpraktik Medis
1.	Elemen kasus
2.	Tugas
3.	Pelanggaran
4.	Penyebab
5.	Kerusakan
6.	Dugaan umum dan kejadian
7.	Pelaporan pengadilan malapraktik dan kapan diterapkan
8.	Sidang pengadilan atau perwasitan (arbitrasi)
9.	Bank Data Praktisi Nasional
10.	Asuransi malapraktik (misal: Klaim yang diminta vs kejadian dan batas pertanggungjawaban
C.	Manajemen Risiko
1.	Komunikasi dokter-pasien
2.	Pemetaan
3.	Manajemen tes diagnosis
4.	Dokumentasi percakapan dan telepon
5.	Dokumentasi kealpaan pasien mengikuti nasihat dokter
D.	Persetujuan/Kesepakatan
1.	Penting untuk yang tersirat, terucap, dan atau persetujuan tertulis
2.	Perwalian Pelayanan Kesehatan
3.	Kekuatan Pengacara Pelayanan Kesehatan, wasiat hidup, dan permintaan kesehatan yang diharapkan sebelumnya
4.	Kompetensi mental untuk membuat persetujuan/kesepakatan
5.	Petunjuk Pelayanan Kesehatan lanjut
6.	Minor, belum dewasa (misalnya kapan dia boleh membuat kesepakatan dan kapan kesepakatan dengan orang tua diperlukan
E.	Rahasia/kebebasan Pribadi

1.	Kerahasiaan pasien dan portabilitas (keterbawaan) asuransi kesehatan dan akta akuntabilitas
2.	Kerahasiaan yang boleh dibuka
3.	Kewajiban untuk membuka
4.	Minors Golongan anak-anak
5.	Pelanggaran hukum kerahasiaan (misalnya, penderaan, penyakit yang boleh dilaporkan)
F.	<i>Office issues</i>
1.	Warga Indonesia dengan akta disabilitas
2.	Perlecehan seksual
3.	Perekrutan dan pemecatan
4.	Jaminan Keselamatan Kerja dan Kematian
5.	Penempatan tenaga sesuai dengan kemauan
6.	Pertanggungjawaban Asuransi

8. KESEHATAN GLOBAL

NO.	DASAR ILMU DAN KETERAMPILAN
1.	Sosial ekonomi, lingkungan, dan dan faktor politik sebagai penentu sehat dan sakit termasuk pasokan air bersih, keamanan pangan, dan sanitasi
2.	Masalah kesehatan dan hak azasi manusia dan berbagai penentu kesehatan khusus untuk populasi imigran, migran, gelandangan, dan pengungsi.
3.	Faktor sosial, lingkungan, geografi, dan telekomunikasi yang berpengaruh pada keterlaksanaan sistem kesehatan secara baik guna mengendalikan berkembangnya penyakit kronik seperti penyakit infeksi yang sedang merebak di negara berkembang.
4.	Kebutuhan khusus bagi yang kurang terlayani dan tanpa asuransi (termasuk sah tidaknya seseorang di tempat internasional khusus untuk mendapat pelayanan kesehatan)
5.	Faktor sosiokultural dan psikologis yang mempengaruhi ke-sadar-sehatan dan interaksi dengan sistem kesehatan lokal
6.	Beragam ancaman budayawi terhadap kesembuhan, kematian dan sekarat.
7.	Pelayanan dan teknologi yang tersedia untuk pelayanan medis spesialisik, diagnosis, pengobatan, dan rehabilitasi khusus untuk

	kebutuhan internasional
8.	Ketersediaan dan keamanan kefarmasian untuk kebutuhan internasional
9.	Metodologi penyajian pelayanan kesehatan khusus dan keluaran data untuk kebutuhan internasional khusus
10.	Epidemiologi penyakit menular global dan penyakit kronik
11.	Sumber daya dan masalah yang berkaitan dengan kedokteran pariwisata, pencegahan risiko kesehatan, pemeliharaan kesehatan, dan keragaman dalam pelayanan kesehatan bagi non-pribumi khusus yang menyangkut wisata internasional
12.	Masalah non-medis, misalnya politis, keamanan, lingkungan, dan iklim, perjalanan internasional dan kepariwisataan
13.	Faktor keamanan khusus, pertimbangan hukum, dan kebebasan pribadi yang mungkin perlu disesuaikan jika (kita) ambil bagian menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang memenuhi syarat internasional
14.	Aspek finansial penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang memenuhi syarat internasional.

9. PRAKTIK DI PERKOTAAN (URBAN)

NO.	DASAR ILMU DAN KETERAMPILAN
A.	Faktor lingkungan dan sosioekonomi yang mempengaruhi kesehatan dan keselamatan pasien
1.	Pola kepegawaian
2.	Peluang pendidikan dan kendala pembelajaran pada sistem sekolah urban
3.	Peluang untuk dan kendala bagi kegiatan fisik dan gizi sehat
4.	Pajanan pada kekerasan dalam keluarga dan komunitas
5.	Dampak riwayat kekerasan dan perampasan hak pada struktur sosial belakangan ini
6.	Kesempatan untuk dan kendala terhadap keterlibatan secara politis dan sosial oleh anggota masyarakat
7.	Pola kriminal dan masalah keamanan di lingkungan pertetangaan
8.	Pola diskriminasi
9.	Riwayat keterkucilan pasien dalam di antara anggota keluarga
10.	Bahaya lingkungan dan pekerjaan bagi kesehatan
11.	Pola penggunaan narkoba dan masalah adiksi
12.	Pendukung pelayanan sosial dan sumber daya kesehatan dalam kota, termasuk perawatan lansia, perumahan, dan agen tenaga kerja
13.	Data setempat tentang perbedaan kesehatan akibat perbedaan pada ras, etnik, dan kelompok tersisihkan

B.	Presentasi klinis terbanyak di lingkup perkotaan
1.	Pencegahan penyakit kronik dan penanganannya pada anak dan dewasa
2.	Masalah pencegahan penyakit pada anak yang berkaitan dengan tumbuh-kembang anak
3.	Penilik kebutuhan pendidikan dan keilmuan sumber daya untuk mengatasi ketidakmampuan pembelajaran
4.	Protokol pengakuan dan pengobatan bagi anak, lansia atau pasangan terdara
5.	Kebutuhan reproduksi
	a. Pengaruh budaya pada pilihan pelayanan kesehatan reprod
	b. Konseling dan pelayanan kesehatan remaja yang berkaitan deng
	c. Pelayanan remaja hamil dan keluarganya
6.	Penyakit menular
	a. Prevalens dan presentasi pada populasi khusus: populasi imigran
	b. Pencegahan, diagnosis, dan terapi penyakit infesi seksual dan
	c. Infeksi parasitik yang sering pada populasi imigran
7.	Kebutuhan kesehatan mental pada populasi khusus
	a. Pengguna narkoba pada gelandangan, imigran, pengungsi, remaja
	b. Kelainan stress pascatrauma berkaitan dengan pajanan kepada
8.	Kedaruratan psikiatrik, termasuk keakraban dengan sumber daya pemindahan dan rujukan yang tersedia
9.	Memahami dasar-dasar kesehatan mulut pada populasi yang mungkin belum punya akses ke kesehatan gigi
10.	Skrining, diagnosis, dan pengobatan untuk kelainan akibat narkoba pada berbagai populasi
11.	Peresepan opioid yang aman untuk nyeri kronik, termasuk mengenali dan mengatasi kelainan akibat penggunaannya pada pasien dengan nyeri kronik
12.	Strategi konseling untuk mengubah perilaku yang menyangkut: nutrisi, kegiatan, penggunaan narkoba, dan praktik/perilaku seksual
13.	Pencegahan kekerasan, pembunuhan, dan kecelakaan
14.	Risiko pekerjaan dan kecelakaan kerja yang sering berkaitan dengan lingkup urban (misalnya: di antara pekerja restoran, industry kecil, tukang servis)
15.	Sistem Keluarga dan ekologi komunitas
16.	Kejadian umum di masyarakat (misalnya bencana lingkungan, nuklir, biologis, kimiawi, dan cara terorisme yang lain, gangguan sipil): peran dokter, staf, dan klinik.
C.	Masalah sistem Kesehatan dan keterlibatan komunitas di lingkup urban
1.	Dasar-dasar dan praktik layanan primer yang berkiblat komunitas
2.	Dasar-dasar kemitraan komunitas yang autentik/asli
3.	Komponen model pelayanan kronik (penyakit kronik)
4.	Model pelayanan tim interprofesional
5.	Berbagai model penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan

	kelanggengannya di lingkup urban termasuk jejaring pusat kesehatan dan rawat jalan berbasis rumah sakit
6.	Prinsip-prinsip pengurangan risiko dan pengurangan kerugian
7.	Epidemiologi komunitas
8.	Dasar-dasar riset berbasis komunitas yang melibatkan masyarakat
9.	Elemen pelayanan di rumah yang berkiblat kepentingan pasien.

10. PRAKTIK DI PEDESAAN (RURAL)

NO.	DASAR ILMU DAN KETERAMPILAN
1.	Pelayanan maternitas
2.	Pelayanan ortopedik dan kedokteran olah raga, termasuk fraktur dasar
3.	Keterampilan prosedur bedah, termasuk kolposkopi, ultrason dan endoskopi
4.	Trauma dan pelayanan kedaruratan lainnya dan stabilisasinya, termasuk pelatihan ACLS, ATLS, PALS, dan ALSO
5.	Pelayanan kritis/kegawatan di faskes rural/ Pedesaan
6.	Kesehatan dan keselamatan kerja, termasuk rekreasi, pertanian, pertambangan, dan perhutanan
7.	Kesehatan perilaku dan psikiatri, termasuk masalah akses yang menjadi ciri khas praktik rural
8.	Manajemen pratik di faskes kecil
9.	Telemedisin, rekam kesehatan elemktronik, dan gawai elektronik serta sumber lainnya
10.	Kesehatan masyarakat, termasuk definisi dasar, narasumber untuk kesehatan rural, akses dan pemeliharannya, masalah kendala, pendanaan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan rural, tim interdisiplin pada kesehatan rural, dampak kesehatan dan keberagaman populasi rural, strategi pelaksanaan yang sadar budaya (perlu diformulasikan)
11.	Pelayanan primer berkiblat komunitas

KETUA KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA,

ttd

BAMBANG SUPRIYATNO

LAMPIRAN III
PERATURAN KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA
NOMOR 65 TAHUN 2019
TENTANG
STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS
KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER

DAFTAR MASALAH KESEHATAN

Masalah Kesehatan Individu			
I. Masalah Sistem Saraf dan Perilaku/Psikiatри			
1	Sakit kepala	19	Perubahan perilaku (termasuk perilaku agresif)
2	Pusing	20	Gangguan perkembangan (mental dan intelektual)
3	Kejang	21	Gangguan belajar
4	Kejang Demam	22	Gangguan komunikasi
5	Epilepsi	23	Penyalahgunaan obat
6	Pingsan/sinkop	24	Pelupa (gangguan memori), bingung
7	Hilang kesadaran	25	Penurunan fungsi berpikir
8	Terlambat bicara (speech delay)	26	Perubahan emosi, <i>mood</i> tidak stabil
9	Gerakan tidak teratur	27	Gangguan perilaku seksual (non-organik)
10	Gangguan gerak dan koordinasi	28	Gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktif
11	Gangguan penciuman	29	Kepercayaan yang aneh
12	Gangguan bicara	30	Gangguan perilaku makan
13	Wajah kaku	31	Gangguan tidur
14	Wajah perot	32	Stress
15	Kesemutan	33	Depresi
16	Mati rasa/baal	34	Cemas
17	Gemetar/Tremor	35	Pemarah
18	Lumpuh	36	Mengamuk
Tambahan			
Masalah kesehatan saraf/psikiatri pada bayi			
37	Kejang		
Masalah kesehatan saraf/psikiatri pada anak			
38	Kejang	46	Susah tidur
39	Sakit kepala	47	Takut sekolah

40	Gangguan belajar	48	Makan pilih-pilih
41	Suka menyendiri	49	Terlambat berhitung
42	Suka memainkan alat kelamin	50	Terlambat bicara
43	Suka mengganggu teman bermain/orang lain	51	Terlambat membaca
44	Suka ngambek	52	Terlambat menulis
45	Paparan media sosial		
Masalah kesehatan saraf/psikiatri pada remaja			
52	Sakit kepala	57	Gangguan tidur
53	Kejang	58	Mudah marah
54	Depresi	59	Paparan media sosial
55	Gangguan komunikasi dengan teman sebaya	60	Perilaku beresiko
56	Gangguan <i>mood</i>	61	Perilaku seks menyimpang

II. Masalah Sistem Indra			
1	Mata merah	15	Masalah akibat penggunaan lensa kontak
2	Mata gatal	16	Mata juling
3	Mata berair	17	Mata terlihat seperti mata kucing/orang-orangan mata terlihat putih
4	Mata kering	18	Telinga nyeri/sakit
5	Mata nyeri	19	Keluar cairan dari liang telinga
6	Mata lelah	20	Telinga gatal
7	Kotoran mata	21	Telinga berdenging
8	Penglihatan kabur	22	Telinga terasa penuh
9	Penglihatan ganda	23	Tuli (gangguan fungsi pendengaran)
10	Penglihatan silau	24	Benjolan di telinga
11	Gangguan lapangan pandang	25	Daun telinga merah
12	Buta	26	Benda asing dalam liang telinga
13	Bintit di kelopak mata	27	Telinga gatal
14	Kelilipan (Benda asing di mata)	28	Gangguan penciuman
Tambahan			
Masalah kesehatan Sistem indra pada Bayi			
29	Gangguan pendengaran	31	Mata juling
30	Gangguan penglihatan	32	Mimisan
Masalah kesehatan Sistem indra pada Anak			
33	Kurang mendengar	37	Mimisan
34	Mata buram	38	Sering pilek
35	Mata juling	39	Serumen prop
36	Mata merah		
Masalah kesehatan Sistem indra pada Remaja			
40	Amandel	46	Mimisan
41	Gangguan pendengaran	47	Pilek
42	Gangguan penglihatan	48	Sakit tenggorokan
43	Mata buram	49	Telinga infeksi

44	Mata infeksi	50	Telinga tersumbat
45	Mata juling		
III. Masalah Sistem Respirasi dan Kardiovaskular			
1	Bersin-bersin	11	Tersedak
2	Pilek (ingusan)	12	Benda asing dalam kerongkongan
3	Mimisan	13	Batuk (kering, berdahak, darah)
4	Hidung tersumbat	14	Sakit/nyeri dada
5	Hidung berbau	15	Berdebar-debar
6	Benda asing dalam hidung	16	Sesak nafas atau nafas pendek
7	Suara sengau	17	Nafas berbunyi
8	Nyeri menelan	18	Sumbatan jalan nafas
9	Suara serak	19	Kebiruan
10	Suara hilang		
Tambahan			
Masalah kesehatan sistem respirasi dan kardiovaskular pada Bayi			
20	Sesak	23	Pilek
21	Biru	24	Tersedak
22	Mengorok		
Masalah kesehatan sistem respirasi dan kardiovaskular pada Anak			
25	Berdebar-debar	29	Pusing
26	Mengorok	30	Sesak nafas
27	Nyeri dada	31	Tersedak
28	Pucat		
Masalah kesehatan sistem respirasi dan kardiovaskular pada Remaja			
32	Alergi	36	Nyeri dada
33	Batuk lama	37	Sesak
34	Jantung berdebar-debar	38	Sinkop
35	Ngorok		

IV. Masalah Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier dan Pankreas			
1	Mata kuning	15	Perut berbunyi
2	Mata kering	16	Benjolan di daerah perut
3	Mulut berbau	17	Muntah
4	Sakit gigi	18	Muntah darah
5	Gusi bengkak	19	Sembelit atau tidak dapat berak
6	Sariawan	20	Diare
7	Bibir pecah-pecah	21	Berak berlendir dan berdarah
8	Bibir sumbing	22	Berak berwarna hitam
9	Sulit menelan	23	Berak seperti dempul
10	Cegukan/hiccup	24	Gatal daerah anus
11	Nyeri perut	25	Nyeri daerah anus
12	Nyeri ulu hati	26	Benjolan di anus
13	Perut kram	27	Keluar cacing
14	Perut kembung	28	Air kencing seperti teh
Tambahan			

Masalah Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier dan Pankreas pada Bayi			
29	Kuning	32	Muntah darah
30	Berak darah	33	Sakit perut
31	Mencret	34	Susah BAB
Masalah Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier dan Pankreas pada Anak			
35	Berak darah	40	Mual
36	Turun berok	41	Muntah
37	Kolik	42	Muntah darah
38	Kuning	43	Sakit perut
39	Mencret		
Masalah Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier dan Pankreas pada Remaja			
44	Kuning	49	Sakit perut
45	Mencret	50	Berak darah
46	Mual	51	Turun berok
47	Muntah	52	RKolik (sakit perut hebat)
48	Muntah darah		

V. Masalah Sistem Ginjal dan Saluran Kemih			
1	Nyeri pinggang	10	Kencing bercabang
2	Peningkatan atau penurunan frekuensi buang air kecil (BAK)	11	Waktu kencing preputium melembung/ballooning
3	Berkurangnya jumlah air kencing	12	Air kencing merah (hematuria)
4	Tidak dapat menahan/urgensi kencing	13	Air kencing campur udara (pneumotria)
5	Nyeri saat BAK	14	Air kencing campur tinja
6	BAK mengejan	15	Keluar darah dari saluran kencing
7	Pancaran kencing menurun (poorstream)	16	Darah keluar bersama produk ejakulasi
8	Akhir kencing menetes (dribbling)	17	Duh (discharge) dari saluran kencing
9	BAK tidak puas	18	Benjolah saluran reproduksi eksternal
Tambahan			
Masalah Sistem Ginjal dan Saluran Kemih pada Bayi			
19	Sulit kencing		
Masalah Sistem Ginjal dan Saluran Kemih pada Anak			
20	Gangguan berkemih		
Masalah Sistem Ginjal dan Saluran Kemih pada Remaja			
21	Gangguan berkemih	23	Sulit berkemih
22	Kencing darah		

VI. DAFTAR MASALAH SISTEM REPRODUKSI			
1	ASI tidak keluar/kurang	17	Masalah nifas dan pasca salin
2	Benjolan di daerah payudara	18	Perdarahan saat berhubungan
3	Puting terluka	19	Keputihan

4	Payudara mengencang	20	Gangguan daerah vagina (gatal, nyeri, rasa terbakar, benjolan)
5	<i>Putting</i> tertarik ke dalam (retraksi)	21	Gangguan menstruasi (tidak menstruasi, menstruasi sedikit, menstruasi banyak, menstruasi lama, nyeri saat menstruasi
6	Payudara seperti kulit jeruk	22	Gangguan masa menopause dan perimenopause
7	Nyeri perut waktu hamil	23	Sulit punya anak
8	Perdarahan vagina waktu hamil	24	masalah kontrasepsi
9	Anyang-anyangan waktu hamil	25	Peranakan turun
10	Kaki bengkak waktu hamil	26	Nyeri buah zakar
11	Ambeien waktu hamil	27	Buah zakar tidak teraba
12	Kehamilan tidak diinginkan	28	Buah zakar bengkak
13	Kehamilan prematur	29	Benjolan di lipat paha
14	Ketuban pecah dini	30	Gangguan fungsi ereksi (organik)
15	Perdarahan lewat vagina	31	Produk ejakulat sedikit atau encer
16	Duh (<i>discharge</i>) vagina	32	Bau pada kemaluan
TAMBAHAN			
Bayi dan Anak			
33	Anak: tidak disirkumsisi		
Remaja			
34	Pembesaran testis		
35	Pubertas terlambat		
36	Testis tidak turun		
37	Tidak sirkumsisi		
Masa Pra-konsepsi			
38	Aktivitas fisik rendah		
39	Asupan nutrisi kurang		
40	Aajanan di tempat kerja		
41	Aidak diimunisasi		
42	Tidak menjalankan program KB		
43	Tidak skrining masalah genetik		
Trimester 1			
44	Belum siap secara psikologis dan social		
45	Muntah-muntah berat (hiperemesis)		
46	Penggunaan alkohol saat hamil		
47	Keguguran saat tiga bulan pertama		
48	kehamilan pada dewasa muda		
49	kehamilan yang tidak diinginkan, adopsi dan aborsi		
50	Kekurangan vitamin, zat besi dan asam folat		
51	Ketergantungan obat saat hamil, melahirkan dan setelah melahirkan		
52	Masalah dengan pasangan atau anak yang sudah ada		
53	Masalah genetic		
54	Masalah penyakit menular seksual		

55	Menyusui
56	Merokok saat hamil
57	Nutrisi prenatal
58	Nutrisi prenatal
59	Nyeri panggul
60	Penyakit menular seksual saat hamil
61	Perubahan bentuk tubuh
62	Perubahan berat badan
63	Perubahan pada dinamika keluarga
64	Riwayat kehamilan yang bermasalah
65	Skrining faktor risiko
66	Spotting/perdarahan
67	Stres psikososial selama hamil
68	Tanda dan komplikasi trimester 1
69	Tidak dapat menyusui
70	Tidak imunisasi
71	Tidak melakukan skrining pada faktor risiko
TRIMESTER 2 DAN 3	
72	Anemia kekurangan zat besi
73	Asma/sesak nafas
74	DM gestasinal
75	Fatty liver
76	Gangguan janin
77	Infeksi bakteri atau jamur
78	Kelainan darah
79	Anemia kekurangan zat besi
80	Asma/sesak nafas
81	DM gestasinal
82	Fatty liver
83	Gangguan janin
84	Infeksi bakteri atau jamur
85	Kelainan darah
PERSALINAN DAN PASCA PERSALINAN	
86	Bayi baru lahir bermasalah
87	Pemilihan cara persalinan (persetujuan keluarga)
88	Perdarahan saat persalinan dan pasca persalinan
89	Perdarahan saat persalinan dan pasca persalinan
90	Persalinan dengan vakum
91	Persalinan lewat waktu
92	Persalinan macet
93	Persalinan pada ibu dengan ketergantungan zat
94	Persalinan pada ibu dengan obesitas berat
95	Plasenta tertinggal
96	Pre eklamsi
97	Prematur
98	Ruptur perineum
99	Seksio sesaria

100	Takut sakit saat melahirkan
101	Tidak IMD (inisiasi menyusui dini)
SETELAH MELAHIRKAN	
102	ASI berlimpah
103	Benjolan di payudara
104	Demam setelah melahirkan
105	Depresi pasca melahirkan
106	DM
107	Gangguan berkemih
108	Gangguan siklus haid
109	Hipertensi
110	Hubungan dan dinamika keluarga yang bermasalah
111	Infeksi kelamin dan organ reproduksi
112	Infeksi saluran kemih
113	Keganasan
114	Kesulitan akses ke petugas kesehatan

VII. MASALAH SISTEM ENDOKRIN, METABOLISME DAN NUTRISI			
1	Nafsu makan hilang	6	Tremor
2	Gangguan gizi (gizi buruk, kurang, lebih)	7	Gangguan pertumbuhan
3	Berat bayi lahir rendah	8	Benjolan di leher
4	Kelelahan	9	Berkeringat banyak
5	Penurunan berat badan drastis/mendadak	10	Polifagi, polidipsi, poliuria
TAMBAHAN			
Masalah Sistem Endokrin, Metabolisme dan Nutrisi pada Bayi			
11	Gemuk	12	Kurus
Masalah Sistem Endokrin, Metabolisme dan Nutrisi pada Anak			
13	Gemuk	15	Pendek
14	Kurus	16	Terlalu tinggi
Masalah Sistem Endokrin, Metabolisme dan Nutrisi pada Remaja			
17	Gagal tumbuh	21	Gemuk
18	Gangguan belajar	22	Intoleransi makanan
19	Gangguan gizi	23	Kurus
20	Gangguan makan	24	Obesitas

VIII. MASALAH SISTEM MUSKULOSKELETAL			
1	Patah tulang	6	Gerakan terbatas

2	Terkilir	7	Nyeri punggung
3	Gangguan jalan	8	Bengkak pada kaki dan tangan
4	Terlambat dapat berjalan	9	Varises
5	Gangguan sendi (nyeri, kaku, bengkak, kelainan bentuk)	10	Gangguan otot, nyeri otot, kaku otot, otot mengecil
TAMBAHAN			
Masalah Sistem Muskuloskeletal pada Anak			
11	Cedera saat olahraga	13	Patah tulang
12	Nyeri tulang	14	Tulang belakang bengkok
Masalah Sistem Muskuloskeletal pada Remaja			
15	Cedera setelah olahraga	17	Masalah pada sendi
16	Gangguan rotasi sendi	18	Tulang belakang bengkok

IX. MASALAH SISTEM INTEGUMEN			
1	Kulit gatal	12	Kulit melepuh
2	Kulit nyeri	13	Benjolan kulit
3	Kulit mati rasa	14	Luka gores, tusuk, sayat
4	Kulit berubah warna (menjadi putih, hitam, merah, atau kuning)	15	Luka bakar
5	Kulit kering	16	Kuku nyeri
6	Kulit berminyak	17	Kuku berubah warna atau bentuk
7	Kulit menebal	18	Ketombe
8	Kulit menipis	19	Rambut rontok
9	Kulit bersisik	20	Kebotakan
10	Kulit lecet, luka, tukak	21	Ruam kulit
11	Kulit bernanah		
TAMBAHAN			
Masalah kesehatan Sistem Integumen pada Bayi			
22	Alergi pada kulit	24	Alergi susu
23	Alergi popok	25	Gigitan serangga/kutu
Masalah kesehatan Sistem Integumen pada Anak			
26	Gatal - gatal di kulit	27	Gigitan serangga/kutu
Masalah kesehatan Sistem Integumen pada Remaja			
28	Alergi	30	Jerawat

29	Gigitan serangga/kutu	31	Luka bakar
X. MASALAH KESEHATAN MULTISISTEM			
1	Demam	4	Bengkak/edema
2	Lelah/letih/lesu	5	Gatal
3	Kelainan/cacat bawaan		
TAMBAHAN			
MASALAH KESEHATAN MULTISISTEM PADA BAYI			
6	Tidak mau menyusui	10	Malas menyusui
7	Cengeng	11	Peradangan
8	Gemuk	12	Tidak diimunisasi
9	Kematian mendadak	13	Tidur terus
MASALAH KESEHATAN MULTISISTEM PADA ANAK			
14	Anak dengan kebutuhan khusus	21	Penyiksaan anak
15	Cengeng	22	Pucat
16	Demam	23	Pusing
17	Benjolan	24	Tenggelam
18	Gangguan pergerakan	25	Terbakar
19	Keracunan	26	Terjatuh
20	Pelecehan seksual	31	Tidak diimunisasi
MASALAH KESEHATAN MULTISISTEM PADA REMAJA			
38	Adopsi	48	Masalah gigi
39	Benjolan	49	Masalah penyakit keturunan
40	Demam	50	Pelecehan seksual
41	Gangguan gerak	51	Penyiksaan
42	Gangguan perkembangan	52	Pucat
43	Kecelakaan fisik	53	Radang
44	Kecelakaan kendaraan bermotor	54	Remaja dengan kebutuhan khusus
45	Kekerasan	55	Terpapar orang yang infeksi
46	Kematian	56	Tidak imunisasi
47	Keracunan		
XI. MASALAH KESEHATAN KELUARGA			
1	Dampak penyakit pada keluarga		

2	Risiko cedera di rumah
3	Riwayat penyakit genetik di keluarga
4	Ancangan berkiblat sistem keluarga yang mempertimbangkan pengaruhnya sebagai pendukung, kepedihan persaudaraan, deraan pasangan, kepenatan pengasuhan, saat-saat kritis pergeseran kehidupan keluarga dan kebahagiaan
5	Masalah keluarga berencana
MASALAH KESEHATAN KELUARGA PADA BAYI	
6	Orang tua bermasalah
MASALAH KESEHATAN KELUARGA PADA ANAK	
7	Orang tua atau orang sekitar menderita penyakit infeksi
8	Orang tua bermasalah
MASALAH KESEHATAN KELUARGA PADA REMAJA	
9	Gangguan komunikasi dengan keluarga
10	Hubungan keluarga tidak harmonis
11	Keluarga non-tradisional
12	Orang tua bermasalah
13	Perceraian orang tua

XII. Masalah Kesehatan Masyarakat/Kedokteran Komunitas/Kedokteran Pence	
1	Kematian neonatus, bayi dan balita
2	Kematian ibu akibat kehamilan dan persalinan
3	"Tiga terlambat" pada penatalaksanaan risiko tinggi kehamilan (terlambat mengambil keputusan, terlambat dirujuk, terlambat ditangani)
4	"Empat terlalu" pada deteksi risiko tinggi kehamilan (terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering, terlalu banyak)
5	Tidak terlaksananya audit maternal perinatal
6	Laktasi (termasuk lingkungan kerja yang tidak mendukung laktasi)
7	Imunisasi
8	Pola asuh
9	Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada masyarakat termasuk anak usia sekolah
10	Anak dengan difabilitas
11	Perilaku berisiko pada masa pubertas
12	Kehamilan pada remaja
13	Kehamilan yang tidak dikehendaki
14	Kekerasan pada wanita dan anak (termasuk child abuse dan neglected, serta kekerasan dalam rumah tangga)
15	Kejahatan seksual
16	Penganiayaan/perlukaan
17	Kesehatan kerja

18	Audit medic
19	Pembiayaan pelayanan kesehatan
20	Kesehatan lansia
21	Cakupan pelayanan kesehatan yang masih rendah
22	Perilaku pencarian pelayanan kesehatan (<i>care seeking behaviour</i>)
23	Kepercayaan dan tradisi yang mempengaruhi kesehatan
24	Akses yang kurang terhadap fasilitas pelayanan kesehatan (misalnya masalah geografi, masalah ketersediaan dan distribusi tenaga kesehatan)
25	Kurangnya mutu fasilitas pelayanan kesehatan
26	Sistem rujukan yang belum berjalan baik
27	Cakupan program intervensi
28	Kurangnya pengetahuan keluarga dan masyarakat terkait program kesehatan pemerintah (misalnya KIA, kesehatan reproduksi, gizi masyarakat, TB Paru, dll)
29	Gaya hidup yang bermasalah (rokok, narkoba, alkohol, sedentary life, pola makan)
30	Kejadian Luar Biasa
31	Kesehatan pariwisata (<i>travel medicine</i>)
32	Morbiditas dan mortalitas penyakit, penyakit menular dan tidak menular
33	Kesehatan lingkungan (termasuk sanitasi, air bersih, dan dampak pemanasan global)
34	Kejadian wabah (endemi, pandemi)
35	Rehabilitasi medik dan sosial
36	Pengelolaan pelayanan kesehatan termasuk klinik, puskesmas, dll
37	Rekam medik dan pencatatan pelaporan masalah kejadian penyakit
38	Pembiayaan pelayanan kesehatan
1.	MATRA
	a. Masalah Kesehatan Lapangan
	1) Kesehatan haji
	2) Kesehatan transmigrasi
	3) Kesehatan dalam penanggulangan bencana
	4) Kesehatan di bumi perkemahan
	5) Kesehatan dalam situasi khusus
	6) Kesehatan lintas alam
	7) Kesehatan bawah tanah
	8) Kesehatan dalam penanggulangan gangguan kamtibmas

	9) Kesehatan dalam operasi dan latihan militer di darat
	b. Masalah Kesehatan Kelautan dan bawah air
	1) Kesehatan pelayaran dan lepas pantai
	2) Kesehatan penyelaman dan hiperbarik
	3) Kesehatan dalam operasi dan latihan militer di laut
	c. Masalah Kesehatan Kedirgantaraan
	1) Kesehatan penerbangan di dirgantara
	2) Kesehatan dalam operasi dan latihan militer di udara
2.	Masalah Kesehatan Masyarakat Daerah Terpencil
1	Pelayanan kesehatan (puskesmas keliling dsb. frekuensi kunjungan) dengan kendala geografis
2	Akses melalui darat, laut, sungai, udara. (jalan, pelabuhan, kendaraan)
3	Penyediaan nakes dan alkes yang kurang memadai.
4	Penyediaan perumahan yang tidak layak huni
5	Kesulitan penyediaan air bersih, saluran limbah
6	Pencegahan pencemaran udara, air, tanah.
7	Pencegahan penyakit menular dan tidak menular
3.	PEDESAAN
1	Pelayanan kesehatan (puskesmas keliling dsb. frekuensi kunjungan) dengan kendala geografis
2	Penyediaan sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas, RS) yang tidak memadai
3	Akses melalui darat, laut, sungai, udara. (jalan, pelabuhan, kendaraan)
4	Penyediaan nakes dan alkes yang tidak memadai.
5	Penyediaan perumahan yang tidak layak huni
6	Kesulitan penyediaan air bersih, saluran limbah, tempat sampah
7	Pencegahan pencemaran udara, air, tanah.
8	Penyakit menular: diare, cacingan, tb paru, penyakit kulit, scabies, frambosia,
9	Keracunan.
10	Kebiasaan: merokok, minuman keras, narkoba
4.	PERKOTAAN
1.	Masalah penyakit kronis dan penanganannya pada anak dan dewasa
2.	Masalah pengaruh budaya pada pilihan pelayanan kesehatan reproduksi wanita
3.	Masalah kesehatan remaja yang berkaitan dengan seksualitas, kesehatan reproduksi, dan pencegahan penyakit infeksi seksual
4.	Masalah pelayanan remaja hamil dan keluarganya
5.	Masalah kesehatan pada populasi khusus: populasi imigran baru, gelandangan, LSL, suntikan pengguna narkoba, remaja dan populasi pesakitan
6.	Masalah infeksi parasitic yang sering pada populasi imigran
7.	Masalah kesehatan mental pada populasi khusus:
	a. Masalah pengguna narkoba pada gelandangan, imigran, pengungsi, remaja, waria, lesbian, biseksual dan transgender (LGBT)

	b. Kelainan stress pascatrauma berkaitan dengan pajanan kepada kekerasan, pengalaman imigrasi, perang dan penyiksaan di antara kelompok imigran
8.	Kedaruratan psikiatrik, termasuk keakraban dengan sumber daya pemindahan dan rujukan yang tersedia
9.	Masalah kesehatan mulut pada populasi yang mungkin belum punya akses ke kesehatan gigi
10.	Masalah kekerasan, pembunuhan dan kecelakaan
11.	Risiko pekerjaan dan kecelakaan kerja yang sering berkaitan dengan lingkup urban (misalnya: di antara pekerja restoran, industry kecil, tukang servis)
12.	Kejadian umum di masyarakat (misalnya bencana lingkungan, nuklir, biologis, kimiawi, dan cara terorisme yang lain, gangguan sipil): peran dokter, staf, dan klinik.
5.	Masalah pengelolaan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
1	Masalah dalam penjaminan mutu pengelolaan FKTP
2	Masalah dalam keselamatan pasien
3	Masalah dalam sistem informasi FKTP
4	Masalah dalam pengelolaan SDM FKTP
5	Masalah dalam pengelolaan keuangan FKTP
6	Masalah dalam pengelolaan sarana dan prasarana FKTP
7	Masalah dalam pengelolaan farmasi di FKTP

XIII. MASALAH TERKAIT PROFESI DOKTER	
1	Melakukan praktik kedokteran tidak sesuai dengan kompetensinya
2	Melakukan praktik tanpa izin (tanpa SIP dan STR)
3	Melakukan praktik kedokteran lebih dari 3 tempat
4	Mengiklankan/mempromosikan diri dan institusi kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan KODEKI
5	Memberikan Surat Keterangan Sakit atau Sehat yang tidak sesuai kondisi sebenarnya
6	Bertengkar dengan tenaga kesehatan lain atau dengan tenaga non-kesehatan di insitusi pelayan kesehatan
7	Tidak melakukan informed consent dengan semestinya
8	Tidak mengikuti Prosedur Operasional Standar atau Standar Pelayanan Minimal yang jelas
9	Tidak membuat dan menyimpan rekam medik sesuai dengan ketentuan yang berlaku
10	Membuka rahasia medis pasien kepada pihak yang tidak berkepentingan dan tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku
11	Melakukan tindakan yang tidak seharusnya kepada pasien, misalnya pelecehan seksual, berkata kotor, dan lain-lain
12	Meminta imbal jasa yang berlebihan
13	Menahan pasien di rumah sakit bukan karena alasan medis
14	Memberikan keterangan/kesaksian palsu di pengadilan

15	Tidak menangani pasien dengan baik sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia
16	Melakukan tindakan yang tergolong malpraktik
17	Tidak memperhatikan keselamatan diri sendiri dalam melakukan tugas profesinya
18	Melanggar ketentuan institusi tempat bekerja (<i>hospital bylaws</i> , peraturan kepegawaian, dan lain-lain)
19	Melakukan praktik kedokteran melebihi batas kewajaran dengan motivasi yang tidak didasarkan pada keluhuran profesi dengan tidak memperhatikan kesehatan pribadi
20	Tidak mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran
21	Melakukan kejahatan asuransi kesehatan secara sendiri atau bersama dengan pasien (misalnya pemalsuan hasil pemeriksaan, dan tindakan lain untuk kepentingan pribadi)
22	Pelanggaran disiplin profesi
23	Menggantikan praktik atau menggunakan pengganti praktik yang tidak memenuhi syarat
24	Melakukan tindakan yang melanggar hukum (termasuk ketergantungan obat, tindakan kriminal/perdata, penipuan, dan lain-lain)
25	Merujuk pasien dengan motivasi untuk mendapatkan keuntungan pribadi, baik kepada dokter spesialis, laboratorium, klinik swasta, dan lain-lain
26	Peresepan obat tidak rasional
27	Melakukan kolusi dengan perusahaan farmasi, meresepkan obat tertentu atas dasar keuntungan pribadi
28	Menolak dan/atau tidak membuat Surat Keterangan Medis dan/atau Visum et Repertum sesuai dengan standar keilmuan yang seharusnya wajib dikerjakan

KETUA KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA,

ttd

BAMBANG SUPRIYATNO

LAMPIRAN IV
PERATURAN KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA
NOMOR 65 TAHUN 2019
TENTANG
STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS
KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER

DEFINISI TINGKAT PENGETAHUAN DAN TINGKAT KETERAMPILAN
SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER

A. Definisi Tingkat Kemampuan dalam Standar Kompetensi Dokter Spesialis
Kedokteran Keluarga Layanan Primer

1. TINGKAT KEMAMPUAN – 1 (mengenali dan menjelaskan)

Lulusan spesialis kedokteran keluarga layanan primer, mampu:

- a. Mengenali dan menjelaskan gambaran klinik penyakit sebagai kemungkinan diagnosis, serta mengetahui cara yang paling tepat untuk mendapatkan informasi lebih lanjut mengenai penyakit tersebut,
- b. Merencanakan dan menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya.
- c. Memberikan dukungan psikologis dan sosial kepada pasien dan keluarga untuk persiapan kemungkinan rencana tatalaksana di tingkat rujukan.
- d. Menindaklanjuti penatalaksanaan sesuai anjuran atau arahan yang diusulkan dokter pemeriksa di Fasilitas Rujukan, secara kolaboratif untuk menjaga kesinambungan pelayanan.

2. TINGKAT KEMAMPUAN – 2 (mendiagnosis dan merujuk)

Lulusan spesialis kedokteran keluarga layanan primer, mampu:

- a. Menegakkan diagnosis biopsikososial untuk deteksi dini penyakit atau masalah kesehatan.
- b. Merencanakan dan menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya.

- c. Memberikan dukungan psikologis dan sosial kepada pasien dan keluarga untuk persiapan kemungkinan rencana tatalaksana di tingkat rujukan.
 - d. Menindaklanjuti penatalaksanaan sesuai anjuran atau arahan yang diusulkan dokter pemeriksa di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut, secara kolaboratif untuk menjaga kesinambungan pelayanan.
3. TINGKAT KEMAMPUAN – 3A (mendiagnosis, melakukan tatalaksana awal dan merujuk pada bukan kasus darurat)
- Lulusan spesialis kedokteran keluarga layanan primer, mampu:
- a. Menegakkan diagnosis biopsikososial untuk deteksi dini penyakit atau masalah kesehatan.
 - b. Merencanakan dan memberikan tatalaksana awal pada kondisi *bukan* gawat darurat, untuk mengatasi keluhan atau kondisi yang mengganggu pasien.
 - c. Merencanakan dan menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya.
 - d. Memberikan dukungan psikologis dan sosial kepada pasien dan keluarga untuk persiapan kemungkinan rencana tatalaksana di tingkat rujukan.
 - e. Menindaklanjuti penatalaksanaan sesuai anjuran atau arahan dokter pemeriksa di Fasilitas Rujukan, dan melengkapi tatalaksana untuk mencapai pelayanan yang komprehensif dengan melibatkan secara aktif pasien dan keluarganya.
4. TINGKAT KEMAMPUAN – 3B (mendiagnosis, melakukan tatalaksana awal dan merujuk pada kasus darurat)
- Lulusan spesialis kedokteran keluarga layanan primer, mampu:
- a. Menegakkan diagnosis biopsikososial untuk deteksi dini penyakit atau masalah kesehatan.
 - b. Merencanakan dan memberikan tatalaksana awal pada kondisi gawat darurat, untuk mengatasi keluhan atau kondisi yang mengganggu pasien.
 - c. Merencanakan dan menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya.

- d. Memberikan dukungan psikologis dan sosial kepada pasien dan keluarga untuk persiapan kemungkinan rencana tatalaksana di tingkat rujukan.
- e. Menindaklanjuti penatalaksanaan sesuai anjuran atau arahan dokter pemeriksa di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut, dan melengkapi tatalaksana untuk mencapai pelayanan yang komprehensif dengan melibatkan secara aktif pasien dan keluarganya.

5. TINGKAT KEMAMPUAN – 4A (mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas)

Lulusan spesialis kedokteran keluarga layanan primer, mampu:

- a. Menegakkan diagnosis biopsikososial untuk deteksi dini penyakit atau masalah kesehatan.
- b. Merencanakan dan memberikan tatalaksana secara komprehensif sesuai diagnosis dan kondisi pasien.
- c. Melakukan monitoring dan evaluasi bekerjasama dengan keluarga/ pelaku rawat, masyarakat, tenaga kesehatan, dan dokter, sebagai koordinator pelayanan untuk mempertahankan pelayanan yang bersinambung.

6. TINGKAT KEMAMPUAN – 4B

Kompetensi yang diperoleh setelah mendapatkan pelatihan khusus yang tersertifikasi oleh Kolegium dan bersifat pilihan.

B. Definisi Tingkat Keterampilan dalam Standar Kompetensi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer

1. TINGKAT KEMAMPUAN – 1 (mengetahui dan menjelaskan)

Lulusan spesialis kedokteran keluarga layanan primer, mampu:

Menguasai pengetahuan teoritis termasuk aspek biomedik keterampilan tersebut sehingga dapat menjelaskan kepada pasien/klien dan keluarganya, teman sejawat, serta profesi lainnya tentang prinsip, indikasi, dan komplikasi yang mungkin timbul.

2. TINGKAT KEMAMPUAN – 2 (pernah melihat atau di demonstrasikan)
Lulusan spesialis kedokteran keluarga layanan primer, mampu:
Menguasai pengetahuan teoritis dari keterampilan ini dengan penekanan pada *clinical reasoning* dan *problem solving* serta berkesempatan untuk melihat dan mengamati keterampilan tersebut dalam bentuk demonstrasi atau pelaksanaan langsung pada pasien/masyarakat.
3. INGGAT KEMAMPUAN – 3 (pernah melakukan atau pernah menerapkan di bawah supervisi)
Lulusan spesialis kedokteran keluarga layanan primer, mampu:
Menguasai pengetahuan teoritis dari keterampilan ini termasuk latar belakang biomedik dan dampak psikososial keterampilan tersebut, berkesempatan untuk melihat dan mengamati keterampilan tersebut dalam bentuk demonstrasi atau pelaksanaan langsung pada pasien/masyarakat, serta berlatih keterampilan tersebut pada alat peraga dan/atau pasien standar.
4. TINGKAT KEMAMPUAN – 4A (mampu melakukan secara mandiri)
Lulusan spesialis kedokteran keluarga layanan primer, mampu melakukan keterampilan secara mandiri.
Merupakan kemahiran yang didapatkan setelah menyelesaikan pendidikan spesialis.
5. TINGKAT KEMAMPUAN – 4B
Kompetensi yang diperoleh setelah mendapatkan pelatihan yang tersertifikasi oleh kolegium dan bersifat pilihan.

Sistematika Lampiran daftar penyakit dan masalah dalam Standar Kompetensi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer disusun tidak hanya berdasarkan sistem organ seperti sistematika Standar Kompetensi Dokter Indonesia, namun juga berdasarkan siklus kehidupan sesuai dengan karakteristik pelayanan kedokteran keluarga.

Standar Kompetensi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah kesinambungan dari Standar Kompetensi Dokter Indonesia, untuk itu semua tingkat kemampuan dan keterampilan sistem organ yang tidak ditulis secara khusus di lampiran Standar Kompetensi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah sama dengan Standar Kompetensi Dokter Indonesia.

KETUA KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA,

ttd

BAMBANG SUPRIYATNO

LAMPIRAN V
PERATURAN KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA
NOMOR 65 TAHUN 2019
TENTANG
STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS
KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER

TINGKAT PENGETAHUAN DAN TINGKAT KETERAMPILAN SPESIALIS
KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER
BERDASARKAN SISTEM ORGAN

1. PSIKIATRI

No.	DAFTAR PENYAKIT	TINGKAT KEMAMPUAN SKDS-KKLP
1	Delirium yang tidak diinduksi oleh alcohol atau zat psiko aktif lainnya	3B
2	Intoksikasi akut zat psikoaktif	4A
3	Adiksi/ketergantungan Narkoba	3A
4	Delirium yang diinduksi oleh alcohol atau zat psiko aktif lainnya.	3B
5	Gangguan skizofrenia episode pertama	4A
6	Gangguan skizofrenia berkelanjutan	4A
7	Gangguan skizofrenia dengan eksaserbasi akut	4A
8	Gangguan psikotik akut dan sementara	4A
9	Gangguan skizo afektif	3A
10	Skizofrenia tanpa penyulit	4A
11	Skizofrenia dengan penyulit (EPS)	4A
12	Skizofrenia dengan penyerta (kormobiditas)	3A
13	Gangguan siklotimia	-
14	Depresi endogen, episode tunggal dan rekuran	-
15	Gangguan distimia (depresi neurosis)	4A
16	Ganguandepresif yang tidak terklasifikasikan	4A
17	Baby blues (post-partum depression)	4A
18	Agorafobia dengan/tanpa panik	4A
19	Fobiasosial	4A
20	Fobia spesifik	4A
21	Gangguan panik	4A
22	Gangguan cemas menyeluruh	4A
23	Gangguan campuran cemas depresi	4A

24	Gangguan obsesif-kompulsif	3A
25	Reaksi terhadap stress yang berat, dan gangguan penyesuaian	4A
26	Post traumatic stress disorder	3A/3B
27	Gangguan disosiasi (konversi)	-
28	Gangguan kepribadian	2
29	Gangguan identitas gender	1
30	Gangguan preferensi seksual	1
31	Gangguan perkembangan pervasif	3A
32	Gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktif (termasuk autisme)	3A
33	Gangguan keinginan dan gairah seksual	3A
34	Gangguan orgasmus, termasuk gangguan ejakulasi dini (ejakulasi dini)	3A
35	<i>Sexual pain disorder</i> (termasuk vaginismus, diparenia)	3A
36	Insomnia	2
37	Hipersomnia	2
Mengelola ketergantungan NAPZA		
38	Alkohol	2
39	Amfetamin	2
40	Kafein	2
41	Kanabis	2
42	Kokain	2
43	Halusinogen	
44	Inhalan	2
45	Nikotin	2
46	Opioid	2
47	Fensiklidin	2
48	Sedatif, hipnotik atau zat anxiolitik	2
49	Gangguan akibat adiksi multiple zat psikoaktif	2
50	Paranoid	4
51	Diorganisir	4
52	Katatonik	4
53	Manajemen nyeri	2
Manajemen Gangguan Kepribadian		
54	Paranoid	2
55	Skizoid	2
56	Skizotipal	2
57	Antisosial	2
58	Borderline	2
59	Histrionik	2
60	Narsistik	2
61	Menghindar	2

2. SISTEM INDERA MATA (Non Bedah)

No.	DAFTAR PENYAKIT	TINGKAT KEMAMPUAN SKDS-KKLP
KONJUNCTIVA		
1	Benda asing di konjungtiva	4A
2	Konjungtivitis	4A
3	Pterigium	4A
4	Perdarahan subkonjungtiva	4A
5	Mata kering	4A
KELOPAK MATA		
6	Blefaritis	4A
7	Hordeolum	4A
8	<i>Chalazion</i>	3A
9	Laserasi kelopak mata	3B
10	Entropion	3A
11	Trikiasis	4A
12	Lagofthalmus	3A
13	Epikantus	3A
14	Ptosis	3A
15	Retraksi kelopak mata	3A
16	<i>Xanthelasma</i>	3A
APARATUS LAKRIMALIS		
17	Dakrioadenitis	3A
18	Dakriosistitis	3A
19	Dakriostenosis	3A
20	Laserasi duktus lakrimal	3A
SKLERA		
21	Skleritis	3A
22	Episkleritis	4A
KORNEA		
23	Erosi	3B
24	Benda asing di kornea	3B
25	Luka bakar kornea	3B
26	Keratitis	3A
27	Kerato-konjungtivitis sicca	3A
28	Edema kornea	3A
29	Keratokonus	3A
30	<i>Xerophthalmia</i>	3A
BOLA MATA		
31	Endoftalmitis	3A
32	Mikroftalmos	3A
BILIK MATA DEPAN		
33	Hifema	3A
34	Hipopion	3A
CAIRAN VITREOUS		
35	Perdarahan Vitreous	2
IRIS DAN BADAN SILIER		
36	Iridosisklitis, iritis	3A
37	Tumor iris	3A

LENSA		
38	Katarak	3A
39	Afakia kongenital	3A
40	Dislokasi lensa	3A
AKOMODASI DAN REFRAKSI		
41	Hipermetropia ringan	4A
42	Miopia ringan	4A
43	Astigmatism ringan	4A
44	Presbiopia	4A
45	Anisometropia pada dewasa	3A
46	Anisometropia pada anak	3A
47	Ambliopia	3A
48	Diplopia binokuler	2
49	Buta senja	4A
50	Skotoma	2
51	<i>Hemianopia, bitemporal, and homonymous</i>	2
52	Gangguan lapang pandang	2
RETINA		
53	Ablasio retina	2
54	Perdarahan retina, oklusi pembuluh darah retina	2
55	Degenerasi makula karena usia	2
56	Retinopati (diabetik, hipertensi, prematur)	2
57	Korioretinitis	2
DISKUS OPTIK DAN SARAF MATA		
58	<i>Optic disc cupping</i>	3A
59	Edema papil	3A
60	Atrofi optik	3A
61	Neuropati optik	3A
62	Neuritis optik	3A
63	Glaukoma akut	3B
64	Glaukoma lainnya	3A
KONJUNCTIVA		
65	Kemosis, folikel, papila, flikten	2
66	Alergi	4A
67	Pinguekula	2
68	Tumor konjungtiva	2
69	Oftalmia neonatorum (konjungtivitis pada neonatus)	3A
KELOPAK MATA		
70	Kontusio kelopak	3A
71	Abrasi kelopak	3A
72	Avulsi kelopak	3A
73	Meibomitis	4A
74	Herpes simplex virus	4A
75	Herpes zoster virus	4A
76	Epiblefaron	2
77	Koloboma	2
78	Nevus	2
79	Hemangioma	2
80	Port-wine stain	2
81	Milia	2

82	Papiloma	2
83	Keratoakantoma	2
84	Karsinoma sel basal	1
85	Karsinoma sel squamosa	1
86	Melanoma maligna	1
87	Tumor metastatik	1
88	Ektropion	3A
KORNEA		
89	Abrasi kornea	3B
90	Perforasi/ruptur	3B
91	Herpes zoster	3B
92	Herpes simplex virus	3B
93	Ulkus kornea (bakteri, virus, fungus, parasit)	3A
94	Keratitis	3A
95	Neovaskularisasi	3A
96	Konjungtivitis alergi	3A
97	Keratoglobus	2
98	Megalokornea	2
99	Mikrokornea	2
BILIK MATA DEPAN		
100	Uveitis Anterior	2
IRIS DAN BADAN SILIER		
101	Kista	3A
102	Anisokoria	1
LENSA		
103	Leukokoria	2
RETINA		
104	Komosio retina	2
105	Infeksi (CMV, HIV, toksoplasmosis, tuberkulosis)	2
106	Inflamatorik	1
107	Retinitis pigmentosa	4A
108	Retinoblastoma	2
109	Limfoma	2
ORBITA		
110	Tumpul dan tajam	3B
111	Selulitis (preseptal)	2
112	Selulitis (orbital)	2
113	Tiroid oftalmopati (retraksi kelopak mata)	3A
114	Mikroftalmos, kelainan kraniofasial	3A
115	Ganas (rabdomiosarkoma, leukemia, metastasis)	1
OTOT EKSTRAOKULAR DAN SARAF KRANIAL		
116	Horizontal, vertical	2
117	Kongenital, didapat, fisiologik	1
118	III, IV, VI	2
119	Miastenia gravis	1
PERSEPSI VISUAL		
120	Diplopia binocular	3A
121	Skotoma	2
122	Hemianopia bitemporal	2
123	Hemianopia homonym	2
124	Glaucomatous changes	2

3. SISTEM INDERA TELINGA – HIDUNG – TENGGOROK – KEPALA DAN LEHER (Non Bedah)

No.	DAFTAR PENYAKIT	TINGKAT KEMAMPUAN SKDS-KKLP
TELINGA		
<i>Telinga, Pendengaran, dan Keseimbangan</i>		
1	Tuli (kongenital, perseptif, konduktif)	3A
2	Inflamasi pada aurikular	3A
3	Herpes zoster pada telinga	3A
4	Fistula pre-aurikular	3A
5	Labirintitis	3A
6	Otitis eksterna	4A
7	Otitis media akut	4A
8	Otitis media serosa	3A
9	Otitis media kronik	3A
10	Mastoiditis	3A
11	Miringitis bullosa	3A
12	Benda asing	3B
13	Perforasi membran timpani	3A
14	Otosklerosis	3A
15	Timpanosklerosis	3A
16	Kolesteatoma	2
17	Presbiakusis	3A
18	Serumen prop	4A
19	Mabuk perjalanan	4A
20	Trauma akustik akut	3B
21	Trauma aurikular	3B
HIDUNG		
<i>Hidung dan Sinus Hidung</i>		
22	Deviasi septum hidung	3A
23	Furunkel pada hidung	4A
24	Rhinitis akut	4A
25	Rhinitis vasomotor	4A
26	Rhinitis alergika	4A
27	Rhinitis kronik	3A
28	Rhinitis medikamentosa	3A
29	Sinusitis	3A
30	Sinusitis frontal akut	3A
31	Sinusitis maksilaris akut	3A
32	Sinusitis kronik	3A
33	Benda asing	4A
34	Epistaksis	4A
35	Etmoiditis akut	2
36	Polip	3A
TENGGOROK		
<i>Laring dan Faring</i>		
37	Faringitis	4A
38	Tonsilitis	4A
39	Laringitis	4A
40	Hipertrofi Adenoid	3A

41	Abses peritonsilar	3A
42	<i>Pseudo-croop acute epiglottitis</i>	3A
43	Difteria (THT)	3B
44	Karsinoma Laring	3A
45	Karsinoma Nasofaring	3A
<i>Trakea</i>		
46	Trakeitis	3A
47	Aspirasi	3B
48	Benda asing	3B
KEPALA DAN LEHER		
49	Fistula dan kista brankial lateral dan medial	2
50	Higroma kistik	2
51	Tortikolis	3A
52	Abses Bezold	3A

4. SISTEM RESPIRASI

No.	DAFTAR PENYAKIT	TINGKAT KEMAMPUAN SKDS-KKLP
1	Asma bronkial	4A
2	Status asmatikus (asma akut berat)	3B
3	Bronkitis akut	4A
4	Bronkiolitis akut	4A
5	Bronkiektasis	3A
6	Displasia bronkopulmonar	2
7	Karsinoma paru	2
8	Pneumonia, bronkopneumonia	4A
9	Pneumonia aspirasi	3B
10	Tuberkulosis paru tanpa komplikasi	4A
11	Tuberkulosis dengan HIV	3A
12	<i>Multi Drug Resistance</i> (MDR) TB	3A
13	<i>Pneumothorax non-ventil</i>	3A
14	<i>Pneumothorax ventil</i>	3B
15	Efusi pleura	3A
16	Efusi pleura masif	3B
17	Emfisema paru	3A
18	Atelektasis	3A
19	Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) eksaserbasi akut	3B
20	Edema paru	3B
21	Infark paru	2
22	Abses paru	3B
23	Emboli paru	1
24	Kistik fibrosis	2
25	<i>Haematothorax</i>	3B
26	Tumor mediastinum	2
27	Pnemokoniasis	2
28	Penyakit paru intersisial	2
29	<i>Obstructive Sleep Apnea</i> (OSA)	2

5. ILMU BEDAH

No.	DAFTAR PENYAKIT	TINGKAT KEMAMPUAN SKDS-KKLP
1	Prinsip dasar diagnosis bedah	
	a. Konsep dasar tindakan pembedahan dalam pelayanan ambulatory di pelayanan primer.	4A
	b. Fisiologi luka, rawatan dan penyembuhan luka	4A
	c. Asesmen klinis, termasuk riwayat pasien, pemeriksaan fisik, evaluasi hasil laboratorium dan penegakan diagnosis diferensial berdasarkan gejala dan tanda kunci dari suatu kondisi bedah	4A
	d. Rontgen ekstremitas, foto polos abdomen, <i>schedele photo</i> , pemasangan spalk, pemasangan gips, dll.	2
2	Anestesi	
	a. Premedikasi tindakan bedah rawat jalan di layanan primer.	4A
	b. Agen dan rute administrasi tindakan anestesi:	
	1) Anestesi local	4A
	2) Anestesi regional/ spinal	2
	3) Anestesi umum	2
	4) Anestesi topikal	4A
	5) Anestesi infiltrasi	4A
	c. Metode resusitasi:	
	1) Pijat Jantung Luar	4A
	2) RJP	4A
3	Identifikasi keadaan emergensi dan non emergensi bedah	
	a. Respiratori	
	1) Obstruksi jalan nafas	3B
	2) Trauma Dada	
	a) <i>Flail chest</i>	3B
	b) Hemothoraks	3B
	c) Pneumothoraks	3B
	b. Sirkulasi	
	1) Hipovolemia	
	a) Perdarahan gastrointestinal	3B
	b) Kehilangan darah akibat trauma	3B

	c. Saluran cerna dan abdomen	
	1) Perforasi viskus	3B
	2) Obstruksi intestinal	3B
	3) Hernia inkarserata	2
	4) Iskemia Mesenterik	3B
	5) Apendisitis :	
	a) Apendisitis Akut	3B
	b) Apendisitis Kronik	3A
	c) Apendisitis Infiltrat	3A
	d) Apendisitis Perforasi/Akut Abdomen	3B
	6) Divertikulitis	3B
	7) Skibala	4A
	8) Ileus/ kolik ureter	3B
	9) Kolik renal	3B
	10) Intususepsi	3B
	11) Kejengkolan	4A
	12) Intoksikasi organofosfat	4A
	13) Pankreatitis	2
	14) Varises esofagus	2
	15) Hematemesis	3A/ 3B
	16) Melena	3A
	17) Ca Colon	3A
	18) Ca Gaster	3A
	19) Ca caput pankreas	3A
	d. Jaringan Lunak	
	1) Infeksi jaringan lunak nekrotik	3B
	2) Cedera termal (combustio):	
	a) Derajat 1 dan 2	3A
	b) Derajat 3 dan 4	3B
4	Prosedur bedah umum	
	a. Apendektomi	2
	b. Cholecystectomy	2
	c. Herniorrhaphy	2
	d. Choledectomy	2
	e. Hemorrhoidectomy – surgical or simple banding	2
	f. Breast surgery – lumpectomy, mastectomy	2
	g. Arterial bypass	2

	<i>h. Varicose vein procedures</i>	2
	i. Tiroidektomi dan nodul tiroid	2
	j. Paratiroidektomi	2
5	Pertimbangan etik, legal, bio-psiko-sosial-kultural, dan end-of-life issues dalam kasus bedah	
	<i>a. Informed consent</i>	4A
	<i>b. Quality of life</i>	4A
	<i>c. Cultural sensitivity</i>	4A
	<i>d. End-of-life issues dan palliative care</i>	3A
6	Persiapan pre-operatif	
	a. Identifikasi kelayakan calon pasien bedah	2
	b. Asesmen risiko bedah	2
	c. Penyakit komorbid	2
	d. Profilaksis antibiotik	2
	e. Persiapan pasien (usus besar, obat-obatan, jadwal, dll)	2
7	Perawatan intra-operatif	
	a. Teknik sterilisasi dan aseptis dasar	2
	b. Monitoring pasien	2
	c. Manajemen cairan	2
	d. Kebutuhan darah	2
	e. Kontrol temperatur	2
	f. Penggunaan instrumen bedah dasar	2
8	Rawatan Post-operatif	
	a. Rutin	
	1) Rawatan luka	3A
	2) Mobilisasi pasien	3A
	3) Manajemen nutrisi	4A
	4) Manajemen nyeri	3A
	5) Drain dan suction	3A
	b. Komplikasi umum	
	1) Manajemen dan penatalaksanaan	3A

	demam	
	2) <i>Wound dehiscence</i>	3A
	3) Retensi urin	4A
	4) Perdarahan	3A
	5) Pneumonia	3A
	6) Atelektasis	2
	7) Overload cairan	3A
	8) Reaksi transfusi	2
	9) Thrombophlebitis	3A
	10) Emboli pulmoner	2
	11) Oliguri	2
	12) Insufisiensi respirasi	3A
	13) Ileus	3A
	14) Infeksi	3A
	15) Shock	3A
9	Pasien bedah rawat jalan	
	a. Seleksi pasien	3A
	b. Analgesi dan sedasi procedural	2
	c. Prinsip-prinsip observasi pasca operasi	2
	d. Follow-up care (rawatan tindak lanjut)	3A
10	Rawatan klinik bedah untuk kondisi umum	
	a. Lebam, benjolan dan abses	4A
	b. Laserasi sederhana	4A
	c. Luka bakar superfisial	4A
11	Pengenalan dan perawatan luka pembedahan	
	a. Luka penetrasi	3A
	b. Luka terbuka, luka remuk dan luka dalam (<i>avulsion, crush and shear injury wounds</i>)	3A
	c. Luka gigitan:	
	1) Insect bite atau gigitan binatang berpotensi mengalami infeksi penyakit menular binatang	3B
	2) Gigitan binatang berbisa	3B

NO.	DAFTAR KETERAMPILAN	TINGKAT KETERAMPILAN SKDS-KKLP
1	Asesmen pre-operatif	2
2	Evaluasi risiko pembedahan, termasuk asesmen penggunaan obat-obatan	
	a. Evaluasi risiko pembedahan	2
	b. Asesmen fisik	2
	c. Asesmen radiografi	2
	d. Prosedur diagnostik non-invasif	2
	e. Prosedur diagnostik invasif	2
	1) Parasintesis	3
	2) Lavage nasogastrik	4
	3) Lavage peritoneal	3
	4) Torakosintesis	3
	5) Aspirasi kandung kemih	3
	6) Akses vena sentral	2
	7) <i>Venous cutdown</i>	2
	8) Kateterisasi dan punksi arteri	3
	9) Teknik biopsy dan aspirasi <i>needle</i>	3
3	Mengenali saat dibutuhkannya teknik bedah emergensi	
	a. <i>Cricothyroidotomy</i>	3
	b. <i>Needle thoracostomy</i>	3
	c. <i>Pericardiocentesis</i>	2
4	Keterampilan Intra-operatif	
	a. Insisi dan diseksi	2
	b. Paparan dan retraksi	2
	c. Hemostasis	3
	d. Estimasi jumlah darah yang hilang	3
	e. Penggantian cairan	3
	f. <i>Wound closure</i>	
	1) Pemilihan Teknik (<i>ligature, staples, adhesives</i>)	2
	2) Pemilihan jahitan	3
	3) Drainase	2
	4) Dressings	2
5	Rawatan post-operatif	
	a. Pembukaan jahitan	4
	b. Penggantian dressing	3
	c. Pembukaan drain	3
6	Teknik bedah minor	

	a. Anestesi local	4
	b. Eksisi sederhana	4
	c. Insisi dan drainase kista dan abses	4
	d. Aspirasi	4
	e. Pengangkatan benda asing	4
	f. Luka bakar minor	4
	g. Vasektomi	2
	h. Kauterisasi dan elektrodesikasi	4
	i. Biopsi kulit (<i>punch, shave, excisional</i>)	2
	j. Wound debridement	4
	k. Enukleasi dan eksisi haemorrhoid <i>thrombotic</i> eksternal	3
	l. Bedah kuku	4
	m.Criosurgery (nitrogen cair)	3
	n. Konseling mengenai <i>advance directive</i> , donasi d	3
	o. Pengenalan dan penatalaksanaan venous stasis ulcers, arterial ulcers, and neuropathic ulcers	2
	p. Penatalaksanaan dan grading ulkus decub	4

6. SISTEM KARDIOVASKULAR

No.	DAFTAR PENYAKIT	TINGKAT KEMAMPUAN SKDS-KKLP
1.	Coronary Artery Disease	
	a. Asymptomatic/ high risk population	3A
	b. Acute Coronary Syndrome, with and	
	1) Unstable Angina Pectoris and non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI)	3B
	2) ST elevation myocardial infarction (STEMI)	3B
	c. Stable Angina Pectoris	3A
	d. Secondary prevention Post Acute Coronary Syndrome	4A
2.	Syncope, cardiogenic and non-cardiogenic	3B
3.	Dysrhythmias	
	a. Tachyarrhythmia	
	1) Supraventricular	3B
	2) Ventricular	3B
	b. Bradyarrhythmia	3B
	c. Ectopy	

	1) Atrial	2
	2) Ventricular	2
4	Hypertension	
	a. Essential	4A
	b. Secondary	3A
	c. Emergency/crisis	3B
5	Pulmonary Hypertension and Cor Pulmonale	3B
6	Heart Failure	
	a. Systolic dysfunction	3A
	b. Diastolic dysfunction	3A
7	Venous Thromboembolic Disease (VTE)	3A
8	Valvular Heart Disease	
	a. Rheumatic	3A
	b. Congenital	3A
	c. Degenerative	3A
	d. Mitral valve prolapse syndrome	3A
9	Congenital Heart Disease	3A
	a. Common left to right shunts (acyanotic)	3B
	b. Common right to left shunts (cyanotic)	3B
	c. Common obstructive problems	3B
10	Dissecting aneurysm	2
11	Innocent Heart Murmurs	2
12	Peripheral Vascular Disease	
	a. Aneurysm	2
	b. Carotid atherosclerosis	2
	c. Arterial disease	3A
	d. Arteriosclerosis obliterans	3A
13	Cardiomyopathies	
	a. Congestive (dilated)	3A
	b. Restrictive	3A
	c. Hypertrophic cardiomyopathy	3A
	d. Postpartum	3A
14	Pericardial Disease	3A
	a. Viral myocarditis	3A
	b. Subacute bacterial endocarditis	3A
	c. Kawasaki's disease	3A
15	Other Cardiac Disease	
	a. Immunologic	
	1) Acute rheumatic fever	3A
	2) Autoimmune disorder	3A
	b. Psychogenic	3A
	c. Traumatic	2
	d. Nutritional	2
	e. Myxoma	2
	f. Marfan syndrome	2
	g. Drug related such as cocaine, steroids,	2
16	Evaluation of Cardiac Patient for Non Cardiac Surgery	
	a. Cardiac risk including preoperative	2

	b. Preoperative and postoperative	2
17	Antibiotic Prophylaxis for Valvular Disease	4A

7. SISTEM SARAF

No	DAFTAR PENYAKIT	TINGKAT KEMAMPUAN SKDS-KKLP
<i>Prinsip Dasar Diagnosis Kelainan Neurologis</i>		
1.	Anatomi klinis dan fisiologi normal yang memungkinkan lokalisasi penyakit/ kelainan neurologis.	4A
2.	Pertumbuhan normal, perkembangan, dan degenerasi sistem saraf	4A
3.	Indikasi, kontraindikasi, risiko, dan signifikansi tes tambahan	
	a. Lumbar puncture	2
	b. Electroencephalogram	2
	c. Visual, brain stem auditory, and somatosensory evoked potential	1
	d. Nerve conduction study and electromyography (Neural-Scan)	2
	e. Muscle and nerve biopsy	1
	f. Computed axial tomography, with and without contrast	2
	g. Magnetic resonance imaging, with and without contrast	1
	h. Magnetic resonance angiography	1
	i. Angiography	1
	j. Myelography	1
	k. Carotid ultrasound	1
	l. Sleep study	1
	m. Genetic testing	1
	n. Positron emission tomography (PET) scanning	1
	o. Single-photon emission computed tomography (SPECT) scanning	1
<i>Gangguan Neurologis</i>		
4.	Diagnosis, tatalaksana awal, dan kolaborasi manajemen bekerja sama dengan neurologis:	
	a. Dementia	
	1) Alzheimer	2

	2) Frontotemporal	2
	3) Parkinson	3A
	4) Vascular	2
	5) Pseudodementia	2
	b. Delirium	3A
	c. Headache	
	1) Tension	4A
	2) Cluster	3A
	3) Migraine	4A
	4) Rebound/ medication withdrawal	3A
	d. Peripheral neuropathy	3A
	e. Lightheadedness/Vertigo	
	1) Benign paroxysmal position vertigo	4A
	2) Meniere disease	3A
	3) Labyrinthitis	3A
	4) Vestibular neuritis	3A
	f. Komplikasi neurologis dan komorbiditas keterlambatan perkembangan/ keterbelakangan mental/ketidakmampuan belajar	3A
	g. Tremor	
	1) Essential tremor	3A
	2) Parkinson disease	3A
	h. Motor disorders	
	Restless legs syndrome	2
	i. Neuralgia	
	1) Trigeminal neuralgia	3A
	2) Postherpetic neuralgia	3A
	j. Concussion/Traumatic brain injury	3A
	k. Paresthesia	
	1) Vitamin deficiency	3A
	2) Alcohol-induced	3A
	l. Nerve palsies	
	1) Bell palsy	4A
	2) Brachial plexus palsy	3A
5.	Diagnosis, tatalaksana awal, dan kolaborasi manajemen bekerja sama dengan neurologis:	
	a. Amyotrophic lateral sclerosis	2
	b. CNS neoplasms	2
	c. Horner syndrome	2
	d. Microcephaly, macrocephaly, plagiocephaly, and craniosynostosis	2

	e. Multiple sclerosis	2
	f. Muscular dystrophy	2
	g. Neuromuscular disorders	
	1) Polymyositis	2
	2) Dermatomyositis	2
	h. Normal-pressure hydrocephalus	2
6.	Manajemen aspek psikologis dan rehabilitasi pasien, terutama untuk masalah neurologis kronis. Termasuk penggunaan modalitas lain seperti manipulasi, terapi kedokteran fisik, terapi okupasi, dan tambahan obat alternatif atau komplementer.	3A
7.	Genetik konseling dan edukasi pada gangguan neurologis yang bersifat genetik yang mempengaruhi pasien, dan keluarganya.	3A
8.	Komplikasi neurologis dari penyakit sistemik.	3A
	<i>Layanan Geriatri pada Gangguan Neurologis</i>	
9.	Mengenali potensi interaksi obat dan efek samping obat, terutama pada pasien usia lanjut	3A
	<i>Layanan Paliatif pada Gangguan Neurologis</i>	
10.	Memahami masalah <i>end-of-life issues</i> pada gangguan neurologis, peran layanan paliatif, dan aspek etika dan hukum pada perawatan terminal	3A

8. ILMU KEDOKTERAN FISIK DAN REHABILITASI MEDIK

NO.	DAFTAR KOMPETENSI	TINGKAT KEMAMPUAN SKDS-KKLP
1.	Rehabilitasi Sindrom Dekondisi	2
2.	Rehabilitasi Stroke	2
3.	Rehabilitasi Nyeri otot leher (neck pain)	2
4.	Rehabilitasi Fraktur Anggota Gerak	2
5.	Rehabilitas Osteoarthritis Genu	2
6.	Rehabilitasi Nyeri Punggung Bawah	2
7.	Rehabilitas pada Ankle sprain	2
8.	Rehabilitasi pada Bells Palsy	2
9.	Rehabilitasi Vertigo (BPPV)	2
10.	Rehabilitasi Asma Bronkiale	2
11.	Rehabilitasi TB Paru tanpa komplikasi	2
12.	Rehabilitasi pada obesitas	2
13.	Rehabilitasi pada Lepra	2
14.	Rehabilitasi pada Hipertensi Esensial	2
15.	Rehabilitasi pada Trauma Medula Spinalis Kronis	2

KETUA KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA,

ttd

BAMBANG SUPRIYATNO

LAMPIRAN VI
PERATURAN KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA
NOMOR 65 TAHUN 2019
TENTANG
STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS
KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER

TINGKAT PENGETAHUAN DAN TINGKAT KETERAMPILAN SPESIALIS
KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER
BERDASARKAN SIKLUS KEHIDUPAN

1. KESEHATAN PRIA

NO.	DAFTAR PENYAKIT/ MASALAH	TINGKAT KEMAMPUAN SKDS-KKLP
1.	Perbedaan insidensi penyakit keturunan antara pria dan wanita	4A
2.	Tumbuh kembang normal dan variasinya	4A
3.	Perbedaan normal antara pria dan wanita kaitannya dengan:	
	a. Fisiologi	4A
	b. Perilaku	4A
	c. Harapan hidup	4A
	d. Ekspektasi sosial dan support (dukungan)	4A
4.	Pemeriksaan dan asesmen urologi	
	a. Bayi baru lahir	3A
	b. Anak	4A
	c. Remaja (Tanner stages and normal variation)	4A
	d. Dewasa	4A
	e. Geriatri	4A
5.	Sirkumsisi: Indikasi, rekomendasi terkini dan pengetahuan praktis mengenai prosedur sirkumsisi	4A
6.	Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit	
	a. Kebutuhan nutrisi: perbedaan kebutuhan dan sikap antara pria dan wanita.	4A
	b. Aktivitas fisik dan kebugaran: rekomendasi yang sesuai untuk berbagai kelompok umur.	4A
	c. Pencegahan cedera olahraga dan cedera terkait aktivitas fisik.	3A
	d. Manajemen berat badan dan manajemen/pencegahan obesitas.	4A

	e. Penyalahgunaan zat	4A
	f. Penyakit menular seksual dan pencegahan kehamilan	4A
	g. Kesehatan kerja dan pencegahan cidera.	3A
	h. Keamanan penggunaan kendaraan bermotor, sepeda dan kendaraan jenis lainnya	3A
	i. Pencegahan penyakit arteri koroner dan	3A
	j. Pencegahan dan skrining kanker	3A
	k. Kesehatan gigi dan mulut	3A
7.	Kesehatan jiwa	
	a. Pencegahan anxiety dan stress	3A
	b. Depresi dan gangguan mood	3A
	c. Penyalahgunaan obat-obatan	3A
	d. Manajemen kemarahan	3A
	e. <i>Attention deficit/ hyperactivity</i>	3A
	f. Performa di sekolah	4A
	g. Bunuh diri	4A
	h. <i>Post-traumatic stress disorder</i>	3A
	i. Perilaku mengambil risiko dan mencari sensasi	3A
8.	Isu psikososial dan komunitas	
	a. Kekerasan domestik	4A
	b. Pemerkosaan dan pelecehan seksual	4A
	c. Stres okupasional termasuk pengangguran	4A
	d. Stress dalam keluarga dan perpisahan	4A
	e. Citra tubuh	3A
	f. Kehilangan/duka cita dan hidup sendirian	3A
9.	Isu kesehatan umum	
	a. Hipertensi/penyakit ginjal	3A
	b. Dyslipidemia	3A
	c. Penyakit arteri koroner dan sekuel nya	3A
	d. Asma/PPOK	4A
	e. Arthritis/kelainan muskuloskeletal	3A
	f. Kanker/penyakit neoplasma	3A
	g. Diabetes/endokrine	4A
	h. Alkoholik/sequel	3A
	i. Stroke/kognitive impairment	3B
	j. Penuaan /senescence	4A
	k. Penyalahgunaan obat-obatan untuk	4A

	l. Penyakit – penyakit neurodegenerative	3A
	m. Cedera okupasi/ <i>overuse</i>	3A
	n. Hepatitis C	3A
	o. Pankreatitis	3B
	p. Fisura Anus	3A
	q. Acute Kidney Injury	3A
	r. Penyakit Ginjal Kronik	3A
	s. Sindrom Nefrotik	3A
	t. Kolik Renal	3B
	u. Epididymitis	3A
	v. Hiperplasia Prostat Jinak	3A
	w. Diabetes Insipidus	2
	x. Akromegali gigantisme	2
	y. Defisiensi Hormon Pertumbuhan	2
	z. Hiperparatiroid	2
	aa. Sindrom Metabolik	4A
	bb. Anemia Megaloblastik	3A
	cc. Dislokasi Pada Sendi Ekstremitas	3B
	dd. Akondroplasia	2
	ee. Dysplasia Fibrosa	2
10.	Organ reproduksi	
	a. Penyakit menular seksual (PMS)	4A
	b. Infeksi Non-PMS, seperti: prostatitis	3A
	c. Penyakit neoplasma (testikel/prostat/	3A
	d. BPH/prostatitis/masalah berkemih	4A
	e. Kontrasepsi/infertilitas	4A
	f. Masalah kongenital (hipospadias,	3A
	g. Hipogonadisme	3A
	h. Permasalahan homoseksualitas pria (<i>Male-</i>	3A
11.	Seksualitas	

	a. Orientasi/perilaku seksual	3A
	b. Disfungsi ereksi/disfungsi ejakulasi	3A
	c. Libido/respon	3A

2. KESEHATAN PEREMPUAN

No.	DAFTAR PENYAKIT	TINGKAT KEMAMPUAN SKDS-KKLP
A.	Promosi Kesehatan, Pencegahan Penyakit dan Evaluasi Kesehatan Periodik	
1.	Aspek dasar tumbuh kembang normal wanita (dan variasinya) dari pubertas hingga dewasa	4A
2.	Fisiologi reproduksi normal pada wanita sehat, dari pubertas hingga menopause.	4A
3.	Respon fisiologi seksual normal dan diagnosis disfungsi seksual (termasuk pengobatan awal dan rujukan yang sesuai)	4A
4.	Rekomendasi untuk menyusui	4A
5.	Rekomendasi untuk vaksinasi papilloma virus (HPV)	4A
6.	Evaluasi dan konseling yang sesuai menggunakan panduan berbasis bukti, untuk:	4A
	a. Kebutuhan nutrisi sepanjang siklus hidup wanita	4A
	b. Panduan skrining kanker, termasuk HPV	4A
	c. Imunisasi	4A
	d. Olahraga	4A
	e. Pencegahan osteoporosis	4A
	f. Berhenti merokok	4A
	g. Terapi komplementer	3A
	h. Kesehatan mulut pada wanita hamil dan tidak hamil	3A
	i. Resiko dan presentasi unik penyakit kardiovaskular pada wanita. (termasuk pemilihan test yang sesuai dan strategi perawatan pada wanita yang menunjukkan gejala)	3A
7.	Risiko yang khas terhadap wanita didalam	4A

	komunitas (termasuk kemiskinan, kekerasan, akses ke layanan kesehatan untu wanita hamil dan tidak hamil, kehamilan remaja dan dampak faktor-faktor tersebut pada morbiditas dan mortalitas bayi)	
B.	Penyakit Saluran Reproduksi (Juga lihat: Maternitas dan Ginekologi)	
1.	Metode pencegahan, skrining, pengobatan infeksi human papilloma virus (HPV), dan dysplasia serviks.	2
2.	Gejala utama pada endometriosis, uji diagnostik dan manajemen awal pada kondisi tersebut, sambil mempertimbangkan target reproduksi pasien	2
3.	Evaluasi massa pada pelvis pada wanita berbagai usia	2
4.	Risiko, gejala yang tampak dan diagnosis kerja patologi endometrial. (Termasuk efek hormon pada uterus)	2
5.	Epidemiologi dan gejala utama pada fibroid uterine (termasuk evaluasi dan pilihan pengobatan)	2
6.	Gejala yang tampak, evaluasi dan pengobatan awal untuk polycystic ovary sindrom (termasuk hubungan nya dengan Diabetes Melitus Tipe 2)	2
7.	Diagnosis diferensial untuk nyeri pelvis kronik (termasuk infeksi, endometriosis, tumor dan permasalahan yang mendasari pelecehan seksual)	2
C.	Penyakit infeksi	
1.	Epidemiologi, skrining dan pengobatan untuk infeksi saluran reproduksi termasuk penyakit yang ditularkan secara seksual dan penyakit radang panggul.	3A
2.	Risiko, gejala yang tampak dan evaluasi berbagai jenis vaginitis dan pengobatan spesifik yang sesuai.	3A
3.	Risiko, skrining dan presentasi infeksi <i>human immunodeficiency virus</i> (HIV) pada wanita, termasuk evaluasi awal, konseling, dan sumberdaya rujukan yang tersedia di komunitas untuk pasien wanita dengan HIV, baik yang hamil maupun tidak hamil.	3A
D.	Menstruasi	
1	Fisiologi menstruasi normal dan masalah amenorea dan perdarahan uterus abnormal (termasuk evaluasi dan pengobatan untuk kondisi tersebut)	4A
E.	Ginecologi pada Wanita yang lebih tua	
1.	Perubahan fisiologis selama menopause, termasuk:	
	a. Diagnosis	3A

	b. Dampak fisik, emosional dan seksual dari penurunan fungsi ovarium bertahap (<i>climacteric</i>)	3A
	c. Risiko dan keuntungan dari terapi sulih hormone	2
	d. Pengobatan simptonmatis lain yang sesuai	2
2.	Gejala utama disfungsi dasar panggul (termasuk berbagai jenis inkontinensia urin dan prolaps dasar panggul, termasuk pilihan terapi medis dan bedah)	
F.	Kesehatan payudara	
1.	Anatomi dan fisiologi penyakit jinak payudara (termasuk kista, adenoma dan perubahan fibrokistik selama siklus menstruasi)	2
2.	Jenis, risiko dan dampak psikologis pemasangan implant payudara	3A
3.	Rekomendasi dan kontroversi skrining kanker payudara menggunakan pemeriksaan klinis, pemeriksaan mandiri, pencitraan dan uji genetik.	2
4.	Rekomendasi awal untuk modalitas pengobatan, sumberdaya rujukan, dan follow-up di layanan primer untuk pasien kanker payudara.	2
G.	Keluarga Berencana serta Manajemen dan Evaluasi Kehamilan	
1.	Rekomendasi untuk konseling pre-konsepsi pada wanita dari berbagai kelompok usia.	4A
2.	Evaluasi yang sesuai dan konseling menggunakan panduan berbasis bukti untuk kontrasepsi, untuk wanita dari berbagai kelompok usia reproduktif, termasuk perimenopause.	
	a. Permanen	3A
	b. Reversible	
	1) Oral	3A
	2) Injeksi	3A
	3) Implan	3A
	4) KB Alami	4A
	5) Barrier methods	3A
	6) Alat Kontrasepsi dalam Rahim	4A
	7) Kontrasepsi darurat paska-koitus	4A
3.	Konseling untuk kehamilan yang tidak direncanakan (termasuk pilihan adopsi atau terminasi kehamilan)	3A

4.	Asesmen dan manajemen kehilangan janin di awal kehamilan, termasuk penantian waspada (<i>expectant management/watchful waiting</i>), medikasi dan aspirasi	2
5.	Asesmen dan manajemen paska-keguguran dan paska-aborsi serta komplikasinya.	3A
6.	Etiologi infertilitas pada wanita, serta evaluasi, pemeriksaan, konseling dan sumebrdaya rujukan dengan pendekatan yang berpusat pada keluarga (termasuk konseling terkait teknologi dampingan reproduksi dan adopsi)	2
H.	Kesehatan Jiwa	
1.	Risiko unik dan presentasi masalah kesehatan jiwa pada wanita, termasuk:	
	a. Kelainan depresif mayor dan depresi post-partum.	3A
	b. Gangguan kecemasan dan manajemen stress	3A
	c. Permasalahan dengan harga diri	3A
	d. Gangguan makan dan obesitas	3A
	e. Alkohol dan penyalahgunaan zat	3A
	f. Nyeri kronik dan disabilitas	3A
2.	Fisiologi dan kriteria diagnostik baik untuk sindrom premenstruasi (PMS) dan gangguan disforik premenstruasi serta pengobatan yang tersedia untuk kedua nya.	3A
I.	Kekerasan Domestik dan Seksual	
1.	Epidemiologi, risiko dan tanda bahaya dalam identifikasi	3A
2.	Komponen evaluasi dan pengobatan korban pemerkosaan dan penyiksaan seksual (termasuk masalah psikososial dan hukum)	2
J.	Isu Kesehatan Umum	
1.	Hipertensi/penyakit ginjal	3A
2.	Dyslipidemia	3A
3.	Penyakit arteri koroner dan sekuel nya termasuk CHF	3A
4.	Asma/PPOK	4A
5.	Artritis/kelainan muskuloskeletal	3A
6.	Kanker/penyakit neoplasma	3A
7.	Diabetes/endokrine	4A
8.	Alkoholik/sequel	3A
9.	Stroke/kognitive impairment	3B
10.	Penuaan /senescence	4A
11.	Penyalahgunaan obat-obatan untuk stamina dan rekreasional	4A
12.	Penyakit – penyakit neurodegenerative	3A

	(Parkinson's, dll.)	
13.	Cedera okupasi/ <i>overuse</i>	3A
14.	Hepatitis C	3A
15.	Pankreatitis	3B
16.	Fisura Anus	3A
17.	Acute Kidney Injury	3A
18.	Penyakit Ginjal Kronik	3A
19.	Sindrom Nefrotik	3A
20.	Kolik Renal	3B
21.	Epididymitis	3A
22.	Hiperplasia Prostat Jinak	3A
23.	Diabetes Insipidus	2
24.	Akromegali gigantisme	2
25.	Defisiensi Hormon Pertumbuhan	2
26.	Hiperparatiroid	2
27.	Sindrom Metabolik	4A
28.	Anemia Megaloblastik	3A
29.	Dislokasi Pada Sendi Ekstremitas	3B
30.	Akondroplasia	2
31.	Dysplasia Fibrosa	2

3. MATERNITAS

No.	DAFTAR PENYAKIT	TINGKAT KEMAMPUAN SKDS-KKLP
A.	Perencanaan dan konseling pre-konsepsi:	
1	Konseling untuk permasalahan:	
	a. Nutrisi	4A
	b. Kontrasepsi	4A
	c. Pencegahan defek lahir	4A
	d. Optimalisasi kesehatan pre-konsepsi	4A
	e. Penilaian status imunisasi	4A
	f. Skrining untuk konselik genetik pre-konsepsi	4A
	g. Olahraga	4A
	h. Penilaian <i>hazard</i> okupasional	3A
	i. Panduan antisipatif terkait penilaian realistis mengenai ekspektasi kerja	3A
B.	Perawatan Antenatal: Trimester Pertama	
1.	Diagnosis kehamilan, termasuk diferensiasi dan manajemen atau rujukan kehamilan abnormal (penyakit kehamilan tropoblastik, kehamilan ektopik)	4A

2.	Evaluasi awal dan pencatatan riwayat prenatal termasuk penilaian klinis usia kehamilan.	4A
3.	Penilaian dan manajemen komplikasi-komplikasi dan gejala-gejala di trimester pertama:	
	a. <i>Spotting/ bleeding</i>	3A
	b. Nyeri pelvis	3A
	c. Hyperemesis gravidarum	4A
	d. Perubahan muskuloskeletal dan ketidaknyamanan	4A
	e. Perubahan citra tubuh	4A
	f. Stress sepanjang siklus kehidupan dan perubahan dalam dinamika keluarga.	4A
4.	Skrining faktor risiko:	
	Konseling yang sesuai untuk membantu pasien membuat keputusan pribadi terkait risiko skrining dan penilaian, seperti:	
	a. Pilihan-pilhan yang tersedia untuk skrining awal abnormalitas kromosom termasuk ultrasound, uji marker, dan protokol skrining kombinasi atau sekuensial.	2
	b. Rujukan untuk konseling genetik terkait penyakit genetik lain, dengan memperhatikan usia maternal dan faktor risiko lainnya.	2
	c. Rujukan untuk amniosintesis.	2
5.	Konseling untuk pencegahan atau pengobatan ketergantungan zat dan PMS, yang secara spesifik meliputi:	
	a. Konseling berhenti merokok dalam kehamilan.	
	b. Risiko penyalahgunaan alkohol dan <i>fetal alcohol syndrome</i>	
	c. Penyalahgunaan opiate dan rujukan untuk pengobatan dengan methadone dan konseling terkait <i>neonatal abstinence syndromes</i>	
	d. Penyalahgunaan zat lainnya dan risikonya dalam kehamilan.	

	e. Faktor-faktor risiko untuk penyakit menular seksual dan dampaknya terhadap kehamilan dan <i>outcome</i> janin, termasuk hepatitis viral dan HIV.	
6.	Konseling nutrisi prenatal untuk nutrisi optimal bagi perkembangan fetus dan ibunya, termasuk:	
	a. Vitamin, zat besi, dan suplementasi asam folat sesuai kebutuhan.	3A
	b. Konseling kenaikan berat badan yang sesuai, tergantung pada IMT maternal pre-kehamilan dan konseling terkait peningkatan risiko obesitas (atau kurangnya kenaikan berat badan pada wanita dengan berat badan normal atau dibawah normal) selama kehamilan.	3A
7.	Stressor psikososial selama kehamilan:	
	Konseling dan dukungan terhadap pasien dan keluarganya selama melalui berbagai penyesuaian yang dibutuhkan pada kehamilan normal maupun dengan komplikasi, termasuk dampak pada pasangan dan anak lain di keluarga, dan rujukan ke psikolog bila dibutuhkan.	3A
8.	Konseling untuk kehamilan yang tidak diinginkan (termasuk pilihan untuk adopsi dan terminasi kehamilan)	3A
9.	Kehilangan janin di trimester pertama:	
	Diagnosis dan diagnosis diferensial untuk kegagalan kehamilan (aborsi mengancam, <i>incomplete</i> , <i>complete</i> dan <i>missed</i>) dan mengenali serta merujuk kehamilan ektopik.	3A
	Manajemen aborsi spontan <i>uncomplicated</i>	3B
	Rujukan untuk intervensi bedah atas indikasi untuk aborsi spontan dengan komplikasi infeksi, tertahan nya produk konsepsi atau pada situasi berisiko tinggi lainnya.	3A
	Konseling terkait duka saat terjadinya kehilangan janin di trimester pertama, baik direncanakan maupun tidak (aborsi spontan)	3A
	Evaluasi medis yang sesuai untuk kehilangan janin di awal kehamilan yang berulang.	3A
10.	Menyusui: Promosi dini dan dukungan untuk menyusui, juga dukungan dalam pembuatan keputusan selama kehamilan menggunakan pengetahuan dan Pendidikan pasien sebagai sarana untuk optimalisasi kesehatan ibu dan bayi baru lahir.	4A
11.	Kehamilan pada remaja: Pertimbangan khusus terkait kebutuhan nutrisi,	3A

	kerahasiaan, kebutuhan social dan psikologis dengan kesadaran akan suberdaya di masyarakat.	
12.	Ketergantungan zat dalam kehamilan: Pertimbangan khusus untuk uji dan monitoring prenatal, dan untuk mengantisipasi kebutuhan manajemen nyeri dan/atau gejala putus obat selama periode kehamilan, intrapartum dan postpartum.	3A
13.	Konseling dan promosi imunisasi yang sesuai dalam kehamilan.	4A
C.	Antenatal Care: Trimester Kedua dan Ketiga	
1.	Konseling, penilaian, dan manajemen terkait ketidaknyamanan dan penyesuaian terhadap kehamilan yang semakin membesar, termasuk keluhan-keluhan muskuloskeletal, perdarahan pervagina, dan perubuhan fisiologis normal.	3A
2.	Skrining:	
	a. Diabetes Gestational (termasuk skrining trimester pertama bila dibutuhkan sesuai dengan faktor risiko)	3A
	b. Penyakit – penyakit menular seksual	3A
	c. Vaginitis bakterial atau jamur	3A
	d. Skrining Group B beta-hemolytic strep	3A
	e. Bakteriuria asimtomatis, infeksi saluran kemih, dan komplikasinya.	3A
	f. Anemia defisiensi besi	4A
3.	Diabetes Gestasional: Manajemen dengan konseling yang sesuai dan rujukan untuk rawatan nutrisi, uji kadar glukosa, pengobatan oral atau insulin, monitoring fetal, dan konsultasi obstetri atas indikasi.	3A
4.	Komplikasi obstetrik: Penilaian dan manajemen, termasuk indikasi untuk konsultasi dengan ahli obstetri atau kebutuhan untuk transfer rawatan:	
	a. Kelahiran prematur	3A
	b. Malposisi	3A
	c. Abrupsi plasenta	3A
	d. Trauma/cedera	3A
	e. <i>Blood factor isoimmunization</i>	2
	f. Hipertensi yang diinduksi oleh kehamilan,	3B

	preeklampsia dan eklampsia,	
	g. Sindrom HELLP dan penyakit acute fatty liver pada kehamilan	3B
	h. Kematian janin dalam kandungan	3A/ 3B
	i. Kolaborasi dalam manajemen pasien risiko tinggi dengan konsultasi obstetri, mengembangkan keterampilan untuk identifikasi dini pasien dengan risiko tinggi morbiditas atau mortalitas terhadap ibu dan fetus dan rujukan yang sesuai dan tepat waktu ke konsultan fetomaternal.	3A
5.	Komplikasi medis selama kehamilan, dengan rujukan atau konsultasi yang sesuai ke ahli obstetri:	
	a. Asma	3A
	b. Pielonefritis dan batu ginjal	3A
	c. Cholelithiasis dan cholecystitis akut	3B
	d. Diabetes atau hipertensi yang telah ada sebelum kehamilan (<i>pre-existing</i>)	3A
	e. Penyakit tromboemboli	3A
	f. Kardiomiopati dilatasi.	3A
D.	Rawatan Peripartum: Persalinan dan Kelahiran	
1.	Persalinan dan kelahiran normal:	
	a. Memahami fisiologi tiga tahap persalinan, medemonstrasikan manajemen efektif persalinan prodromal dan tiga tahap persalinan, termasuk manajemen aktif kala 3.	4A
	b. Mendemonstrasikan utilisasi yang sesuai dan interpretasi atas alat monitoring fetal elektronik eksternal, dengan pengetahuan akan keuntungan dan keterbatasan penggunaannya, dan menghormati keinginan-keinginan individu dan keluarga dalam persalinan.	4A
	c. Menggunakan analgesi dan anastesi obstetri yang sesuai, evaluasi kebutuhan dan konseling yang sesuai untuk intervensi kontrol nyeri. Mengakomodasi kehadiran keluarga dan kesadaran akan	3A

	adanya metode-metode supportif untuk persalinan. Antisipasi dan rencanakan kebutuhan-kebutuhan populasi khusus seperti: pasien-pasien dengan ketergantungan opioid atau pasien dengan penyalahgunaan zat; wanita dengan obesitas ekstrim.	
	d. Memahami dan mendemonstrasikan metode-metode untuk melindungi perineum selama tahap kedua persalinan, memahami indikasi untuk episiotomi.	4A
	e. Memahami perjalanan normal kala 3 persalinan, dan langkah-langkah yang diperlukan untuk mencegah perdarahan berlebihan dan mengurangi risiko perdarahan post-partum menggunakan Teknik manajemen aktif sebagaimana tercantum pada <i>Advanced Life Support in Obstetrics</i> (ALSO).	4A
	f. Meberikan dukungan dan konseling pada pasien terkait menyusui segera setelah melahirkan, memanfaatkan kehadiran staf pendukung seperti konsultan laktasi bila ada indikasi.	4A
2.	Komplikasi selama persalinan dan kelahiran.	
	a. Malposisi janin: memahami hubungan janin-panggul dan pentingnya deteksi dini malposisi, membedakan jenis-jenis malposisi yang berbeda dan memahami kompatibilitasnya dengan kelahiran per vaginam.	2
	b. Distosia persalinan: memahami faktor risiko, pencegahan, identifikasi dan manajemen, termasuk agumentasi persalinan dan memanfaatkan fasilitas konsultasi dengan ahli obstetri bila ada indikasi.	2
	c. Kehamilan post-term: Memahami indikasi penilaian risiko induksi untuk kehamilan lewat waktu, termasuk monitoring post-date dan pemilihan opsi-opsi penatalaksanaan yang tersedia, termasuk, ruptur artifisial membrane. Penilaian yang sesuai dan penggunaan skoring Bishop	2

	untuk manajemen induksi.	
	d. Ketuban pecah dini dan lama: mengetahui intervensi yang sesuai termasuk induksi atau augmentasi persalinan dan menggunakan antibiotik profilaksis bila ada indikasi.	3A/3B
	e. Mekonium: Mendemonstrasikan kesadaran akan dibutuhkan nya kehadiran personil yang sesuai pada waktu kelahiran dan manajemen intrapartum yang sesuai untuk neonates yang lahir dengan cairan ketuban yang mengandung mekonium, termasuk konseling untuk ibu dan keluarga mengenai ekspektasinya terhadap kelahiran.	3A
	f. Kegawatdaruratan: Mengenali gejala dan tanda kegawatdaruratan yang berpotensi mengancam jiwa selama periode peripartum dan menggunakan Teknik resusitasi yang sesuai pada ibu dan bayi.	3B
	g. Fetal distress: mengenali tanda-tanda kompromi awal pada janin dan mendemonstrasikan intervensi yang sesuai, termasuk perubahan posisi, tokolitik, cairan maternal dan resusitasi oksigen serta konsultasi pada waktu yang tepat bila dibutuhkan.	3A/3B
	h. Distosia bahu: faktor risiko, pencegahan, pengenalan dan manajemen distosia bahu.	3B
	i. Kelahiran dengan bantuan: indikasi untuk dan penggunaan ekstraksi vakum yang sesuai.	2
	j. Operasi Caesar: memahami indikasi, risiko/manfaat, dan kebutuhan akan konsultasi yang tepat waktu.	2
	k. Lahir mati: rawatan untuk kebutuhan psikologis pasien dan keluarga yang mengalami lahir mati atau komplikasi medis katastropik dari kehamilan lainnya.	3A
E.	Rawatan Post-Partum	
1.	Rawatan post-partum rutin termasuk memahami pola lokia normal, perubahan	4A

	komposisi cairan tubuh, edukasi cara merawat daerah perineum, dukungan untuk menyusui dan bonding ibu-anak, dan konseling terkait pilihan kontrasepsi post-partum.	
2.	Mengenali dan melakukan evaluasi yang sesuai dan melakukan manajemen komplikasi post-partum yang sesuai, termasuk:	
	a. Perdarahan tunda post-partum	3B
	b. Demam dan endometritis postpartum	3B
	c. Nyeri terkait involusi uterus normal, episiotomi, atau perbaikan laserasi, anestesi spinal atau epidural terkait nyeri atau sakit kepala, dan cedera muskuloskeletal yang berhubungan dengan kehamilan.	3A
	d. Penyakit tromboemboli	2
	e. Laktasi – menyelesaikan kesulitan-kesulitan yang dihadapi pada periode <i>newborn</i> .	4A
	f. Depresi postpartum dan gangguan mood lainnya	3A
3.	Follow up lanjutan post-partum	
	a. Lokia post-partum normal dan abnormal serta pola perdarahan.	3A
	b. Kesadaran dan konseling dan manajemen untuk kesulitan menyusui yang umum, termasuk masalah dengan suplai susu, perlekatan, puting sakit atau pecah, sumbatan saluran, pembengkakan dan mastitis.	4A
	c. Skrining, penilaian dan manajemen gangguan mood post-partum yang kontinu.	3A
	d. Hubungan intim postpartum dan dinamika keluarga.	4A
	e. Edukasi dan sumberdaya <i>parenting</i>	4A
4.	Rawatan antar-kehamilan: konseling terkait jarak antar kehamilan, risiko dan monitoring terkait <i>outcome</i> kehamilan sebelumnya (seperti: diabetes gestasional, hipertensi yang diinduksi oleh kehamilan, riwayat persalinan	4A

	atau kelahiran prematur, dan penyakit tromboemboli) dengan pengetahuan spesifik mengenai pengurangan risiko untuk pencegahan kelahiran prematur.	
F.	Rawatan bayi baru lahir – <i>Lihat Anak dan Bayi Baru Lahir</i>	
G.	Konsultasi dan rujukan	
1.	Memahami peran ahli obstetri, ginekologi dan subspesialis.	3A
2.	Mengenal berbagai sumber daya yang tersedia di sistem layanan kesehatan, untuk wanita (perencanaan menjadi orangtua, dll.)	4A
3.	Regionalisasi rawatan perinatal pada kehamilan risiko tinggi.	4A
4.	Kolaborasi dengan penyedia layanan kesehatan lainnya (edukasi kelahiran anak, konsultan laktasi, bidan/perawat tersertifikasi, ahli nutrisi, ahli diet, edukator <i>parenting</i> , pekerja sosial, Departemen kesehatan, layanan untuk kesehatan jiwa dan adiksi, dll)	4A

4. GINEKOLOGI

NO	DAFTAR KOMPETENSI	TINGKAT KEMAMPUAN SKDS-KKLP
A.	Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit serta evaluasi Kesehatan berkala.	4A
B.	Perencanaan keluarga, kontrasepsi dan infertilitas.	3A
C.	Menstruasi	3A
1.	Fisiologi pubertas, menarche, dan siklus menstruasi, termasuk variasi normal.	4A
2.	Menstruasi abnormal	
	a. Amenorea: Evaluasi dan manajemen baik pada keadaan primer maupun sekunder	3A
	b. Perdarahan anovulatori	3A
	c. Perdarahan uterus disfungsi	3A
	d. Perdarahan post-coitus	3A
	e. Dysmenorrhea and menorrhagia (evaluasi dan pilihan pengobatan)	3A
3.	Gangguan disforik premenstrual dan sindrom premenstrual	3A
D.	Infeksi traktus genitalia	
1.	Vaginitis and vulvitis: Gejala utama, evaluasi dan pengobatan, baik akut maupun berulang.	4A
2.	Servisititis dan Penyakit Radang Panggul: (presentasi, evaluasi, manajemen pasien	3A

	rawat inap dan rawat jalan, komplikasi termasuk abses tubo-ovarian)	
E.	Penyakit-penyakit pada Saluran Reproduksi.	
1.	Neoplasma jinak dan ganas pada genitalia internal dan eksternal	3A
2.	Penyakit akibat HPV: Metode pencegahan, rekomendasi skrining terkini, biopsi dan penatalaksanaan displasia serviks.	3A
3.	Endometriosis: Gejala utama, diagnosis dan manajemen awal, termasuk konseling, prognosis dan rujukan yang sesuai.	3A
4.	Identifikasi dan evaluasi masa pelvis pada wanita dari berbagai usia.	3A
5.	Patologi uterus, evaluasi dan penatalaksanaan: mioma uteri, hiperplasia endometrial, dan lesi uterus jinak dan ganas lainnya.	3A
6.	Nyeri pelvis: evaluasi dan diagnosis diferensial nyeri pelvis akut dan kronik, termasuk mengenali kegawatdaruratan, seperti torsi ovarium, dan kesadaran akan hubungan riwayat atau keadaan kekerasan domestik atau seksual dengan nyeri pelvis kronik.	3A
7.	Disfungsi seksual pada wanita, evaluasi, konseling dan manajemen, termasuk masalah libido, dyspareunia dan anorgasmia.	3A
8.	Trauma: evaluasi yang berpusat pada pasien, evaluasi sensitive untuk trauma aksidental terhadap daerah genital dan korban kekerasan dari pasangan intim dan kekerasan seksual.	4A
F.	Ginekologi pada wanita yang lebih tua	
G.	Penyakit-penyakit pada payudara: Evaluasi dan manajemen masalah yang mencakup:	
1.	Mastodinia	3A
2.	<i>Galactorrhea and nipple discharge</i>	4A
3.	Penyakit payudara jinak (fibroadenoma, penyakit fibrokistik)	3A
4.	Konseling dan indikasi untuk rujukan atau bedah reduksi payudara maupun implant payudara.	4A
5.	Konseling, rujukan dan follow up di layanan primer untuk pasien kanker.	3A
H.	Uroginekologi	
1.	Infeksi traktus urinarius: Diagnosis dan manajemen ISK akut <i>uncomplicated</i> maupun <i>complicated</i> dan berulang. Indikasi dan manajemen penggunaan antibiotik profilaksis.	3A
2.	Inkontinensia: Skrining, evaluasi dan pilihan-pilihan penatalaksanaan untuk <i>stress incontinence</i> dan <i>overactive bladder</i> termasuk pengobatan, terapi dasar panggul, modifikasi	3A

	perilaku serta rujukan untuk pembedahan.	
3.	<i>Interstitial cystitis</i> : Gejala utama, evaluasi dan rujukan.	3A

NO.	DAFTAR KETERAMPILAN	TINGKAT KETERAMPILAN SKDS-KKLP
Ginekologi Dasar		
1.	Pemeriksaan skrining untuk payudara wanita dan saluran reproduksi.	4
2.	Mendapatkan sitologi vagina dan servis (dengan uji HPV atas indikasi)	3
3.	Kolposkopi	2
4.	Biopsi serviks dan <i>polypectomy</i>	2
5.	Endometrial biopsi	2
6.	<i>Cryosurgery</i> dan <i>cautery</i> untuk penyakit-penyakit jinak	2
7.	Diagnosis mikroskopis untuk hapusan urin dan vaginal.	4
8.	Penatalaksanaan abses bartolini	4
9.	Biopsi vulvovaginal	2
10.	Aspirasi kista payudara	2
Perencanaan keluarga dan kontrasepsi		
1	Memasukkan dan mengeluarkan alat kontrasepsi dalam rahim	4
2	Memasukkan dan mengeluarkan implant subkutan.	4
Kehamilan (Dasar)		
1.	Pencatatan riwayat, pemeriksaan fisik, konseling dan monitoring laboratorium dan klinis selama kehamilan.	4
2.	Penilaian panggul dan pelvimetri.	4
3.	Penilaian perkiraan berat janin	4
4.	Melakukan pemeriksaan kardiotokografi dan menginterpretasi hasil pemeriksaannya.	4
5.	USG obstetrik terbatas (posisi fetus, index cairan amnion, lokasi plasenta dan aktivitas jantung)	4
6.	Manajemen kelahiran dengan penilaian akurat kematangan serviks dan presentasi janin dan letak janin.	4
7.	Induksi dan augmentasi persalinan termasuk amniotomi.	2
8.	Kelahiran normal	4
9.	Ekstraksi vakum	2
10.	Kelahiran gawat darurat janin sungsang/presentasi bokong	3
11.	Episiotomi	4
12.	Perbaikan episiotomi dan laserasi derajat 1 dan 2	4
13.	Manajemen permasalahan intrapartum umum (malpresentasi, distosia bahu tidak	3

	diantisipasi, pengeluaran plasenta manual)	
14.	Manajemen aktif kala 3 pada persalinan	4
15.	Resusitasi neonatus	4
16.	Kelahiran pervaginam setelah operasi caesar sebelumnya.	2
Pembedahan ginekologi		
1.	Prosedur bedah besar termasuk histerektomi dan ligase tuba bilateral.	2
2.	Manajemen paska operasi setelah pembedahan obstetri atau ginekologi.	3
Ginekologi (tingkat lanjut)		
1.	<i>Loop electrosurgical excision procedures with paracervical block</i>	2
2.	<i>Culdocentesis</i>	2
Perencanaan keluarga dan kontrasepsi (tingkat lanjut)		
1	Ligasi tuba bilateral	2
Kehamilan (tingkat lanjut)		
1.	Manajemen kelahiran premature atau ketuban pecah dini.	3
2.	Manajemen kehamilan multiple	2
3.	Manajemen kelahiran <i>breech</i> yang direncanakan	2
4.	<i>External cephalic version</i>	2
5.	Kelahiran dibantu fosep	2
6.	Perbaikan laserasi derajat empat	2
7.	Manajemen pre-eklamsia berat atau eklamsia.	2
8.	Manajemen komplikasi kelahiran pervagina setelah operasi Caesar sebelumnya.	2

5. BAYU BARU LAHIR DAN ANAK

No.	DAFTAR PENYAKIT	TINGKAT KEMAMPUAN SKDS-KKLP
1.	Fase janin dan neonatus	
	a. Skrining hipotiroid kongenital bayi baru lahir	2
	b. Diagnosis dan tatalaksana yang sesuai untuk:	
	1) Infeksi intra uterin: korioamniositis	3A
	2) Asfiksia perinatal	3A
	3) Respiratory distress syndrome	3B
	4) Sianosis	2
	5) Apnea	2

	6) Seizures (kejang)	4A
	7) Hipoglikemia	4A
	8) Sepsis	3B
	9) Birth-related injuries 10) (cedera/ luka terkait persalinan)	2
	11) Neonatal abstinence syndrome 12) (pada kasus narkotika intra uterin)	2
	13) Anemia	4A
	14) Inkompatibilitas rhesus dan golongan darah	2
	15) Polisitemia	2
	16) Jaundice	3A
2.	Perawatan bayi baru lahir dan anak yang sehat	
	a. Rekomendasi jadwal dan jenis pemeriksaan dari bayi hingga remaja	4A
	b. Kolik	3A
	c. Deteksi dini masalah kesehatan sesuai usia dan tahapan perkembangan	
	1) Sirkumsisi	4A
	2) Pilihan dan variasi pemberian makanan	3A
	3) Perilaku dan temperamen	3A
	4) Tahapan perkembangan dan waktu-waktu penting	4A
	5) Skrining tumbuh kembang	3A
	6) Gangguan tidur	4A
	d. Skrining remaja untuk perilaku beresiko, aktivitas seksual dan depresi	3A
	e. Perkembangan seksual dan tingkatan Tanner	3A
3	Pertumbuhan fisik	
	a. Strategi pemberian makanan	4A

	b. Kebutuhan kalori dan pertumbuhan	4A
	c. Pertumbuhan normal dan variasinya, termasuk perkembangan gigi	4A
	d. Failure to thrive	2
4	Preventif dan skrining	
	a. Pencegahan cedera	
	1) <i>Drowning</i> (tenggelam)	3A
	2) Tersedak dan asfiksia	4A
	3) Keracunan dan paparan racun	4A
	b. Child abuse (penyiksaan anak)	3A
	c. Imunisasi	4A
	d. Skrining	
	1) Anemia	4
	2) Timbal	1
	3) Fluorida	1
	4) Anak dengan risiko tinggi (obesitas, TBC, penyakit infeksi,dll)	3A
	5) Hipertensi pada anak	3A
	6) Penglihatan	4A
	7) Pendengaran	4A
	8) Permasalahan kesehatan lingkungan lainnya: dampak paparan sinar matahari, paparan media dan kekerasan	3A
5	Isu/masalah sosial dan etik yang berdampak terhadap kesehatan	
	a. Adopsi	3A
	b. Perceraian, perpisahan, dan kematian	3A
	c. Dampak kekerasan dalam keluarga, penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol	3A
	d. Penyiksaan anak (child abuse)	3A

	e. Keluarga non-tradisional	3A
6	Genetik dan kelainan kongenital	
	a. Skrining masalah genetik	1
	b. Kelainan kongenital	2
7	Disabilitas/hambatan perkembangan	
	a. Keterlambatan perkembangan	3A
	b. Gangguan belajar	3A
	c. Rawatan kronik dan preventif untuk anak dengan kebutuhan khusus	3A
	d. Gangguan spektrum autisme	2
8	Permasalahan medis bayi dan anak: Mengenali, manajemen dan rujukan yang sesuai	
	a. Alergi	4A
	1) Asthma	4A
	2) Atopi and eksema	4A
	3) Rhinitis alergi	4A
	4) Anafilaksis	
	b. Inflamasi	
	1) Juvenile idiopathic arthrtis (sebelumnya dikenal dengan juvenile rheumatoid arthritis)	2
	2) Sindrom vaskulitis	2
	3) Kawasaki disease	2
	4) Henoch-Schönlein purpura	2
	5) Demam rematik	3A
	c. Renal and urologi	
	1) Glomerulonefritis akut pasca streptokokus	3A
	2) Hematuria and proteinuria	3A
	3) Infeksi saluran kemih, termasuk pielonefritis	4A
	4) Refluks vesikoureteral	2

	5) Hipospadia, prolaps uretra, adhesi labia	2
	6) Enuresis	3A
	7) Testis tidak turun	2
	8) Hidrokel	2
	9) Phimosis	3A
	d. Permasalahan endokrin/ metabolik dan nutrisi	
	1) Gangguan tiroid	2
	2) Diabetes Melitus, Tipe 1 dan Tipe 2	2
	3) Obesitas	3A
	4) Pola pertumbuhan abnormal (perawakan pendek atau tinggi)	4A
	5) Pubertas prematur atau terlambat, thelarce, dan/ atau menarche	2
	e. Permasalahan neurologis	
	1) Seizure disorders	2
	2) Nyeri kepala	3A
	3) Sinkop	3B
	4) Keterlambatan psikomotor dan cerebral palsy	3A
	5) Tiks dan gangguan gerak	2
	f. Permasalahan Gastrointestinal	
	1) Diare kronik	3A
	2) Konstipasi	3A
	3) Hepatitis	3A
	4) Refluks Gastroesophageal	3A
	5) Malabsorpsi dan Intoleransi Makanan	3A
	6) Stenosis Pylori	2
	7) Intussusepsi	2

	8) Nyeri abdominal berulang dan kronik	3A
	9) Nyeri abdomen kronik dan berulang	3A
	10) Hernia	2
	11) Appendisitis	3B
	12) Pankreatitis	2
	13) Kolesistitis	2
	14) Emesis Bilious	2
	15) Hematemesis	2
	16) Hematokhezia	2
	g. Permasalahan kardiovaskular	
	1) Penyakit jantung kongenital dan penyakit katup jantung	2
	2) Evaluasi bising jantung (murmur)	2
	3) Nyeri dada	2
	4) Hipertensi	3A
	h. Permasalahan saluran pernafasan	
	1) Infeksi saluran pernafasan atas akibat virus	4A
	2) Penyakit saluran nafas reaktif dan asma	3B
	3) Bronkiolitis	3B
	4) Aspirasi benda asing	2
	5) Pneumonia viral atau bakterial	4A
	6) Pertusis	4A
	7) Tonsilitis, faringitis, sinusitis	4A
	8) Epiglottitis	3A
	9) Croup	3A
	10) Epistaksis	4A

	11)Trakeitis bakterialis	2
	12) Mendengkur	2
	13) Obstructive sleep apnea	2
	i. Infeksi tropis dan infeksi serius lainnya	
	1) Demam pada anak usia <90 hari	3A
	2) Demam tanpa penyebab jelas	3A
	3) Sepsis	3B
	4) Meningitis and encephalitis	3B
	5) Penyakit streptokokus dan stafilokokus invasif	3A
	6) Osteomielitis	3B
	7) Human immunodeficiency virus (HIV)	3A
	8) Dengue Haemorrhagic Syndrome (DHF)	3A
	9) Dengue Shock Syndrome (DSS)	3B
	10)Demam Tifoid	3A
	11)Kecacingan	4A
	j. Permasalahan limfatik	
	1) Limfadenopati reaktif	3A
	2) Adenitis servikal	3A
	k. Keganasan pada anak	
	1) Limfoma	2
	2) Neuroblastoma	2
	3) Wilms’ tumor	2
	4) Leukemia	2
	l. Permasalahan hematologi	
	1) Anemia	4A
	2) Hemoglobinopati, termasuk thalasemia dan sickle cell	2

	3) Thrombositopenia	2
	4) Perdarahan diastesis	2
	5) Thrombophilias	1

6. KESEHATAN LANJUT USIA (LANSIA)

No.	DAFTAR PENYAKIT	TINGKAT KEMAMPUAN SKDS-KKLP
1.	Perawatan berkelanjutan pasien lanjut usia dimana terjadi :	
	a. Berkurangnya kemampuan homeodinamis	3A
	b. Perubahan metabolisme dan interaksi obat	3A
	c. Penurunan fungsi berbagai sistem organ	3A
2.	Mempertahanan penurunan fisiologis baik secara biologis, psikologis, dan sosial	
	a. Mengelola stressor umum seperti pensiun, berduka, relokasi, dan atau penyakit	3A
	b. Perubahan siklus kehidupan keluarga yang mempengaruhi kesehatan lansia	3A
3.	Deteksi dini dan pengelolaan keluhan dan tanda penyakit kronis pada lansia di mana tidak muncul seperti tanda dan gejala pada umumnya.	3A
4.	Manajemen risiko dan reaksi lanjutan pada perawatan lansia seperti :	
	a. Polifarmasi	3A
	b. Penyakit-penyakit iatrogenik	3A
	c. Imobilisasi	3A
	d. Ketergantungan	3A
	e. Perawatan tidak optimal	3A
	f. Tidak terdiagnosisnya penyakit yang dapat diobati	3A
	g. Penatalaksanaan berlebihan	3A
	h. Pemanfaatan teknologi yang tidak tepat	3A

	i. Kurangnya dukungan keluarga	4A
5.	Perawatan berkelanjutan melalui deteksi dini dan penilaian risiko secara berkala.	4A
6.	Pelayanan rehabilitasi dan menjaga kemandirian lanjut usia untuk menjaga kemampuan fungsional mereka di keluarga, rumah, dan lingkungan sosial.	3A
7.	Perawatan lansia di rumah atau penilaian risiko di rumah sesuai indikasi.	4A
8	Perawatan lansia di institusi perawatan jangka panjang dan pusat perawatan alternative untuk lansia misalnya panti wreda, <i>hospice centre</i> , dll.	3A
9.	Memahami dan menjalankan standar pelayanan di fasilitas perawatan jangka panjang untuk lansia.	3A
10.	Mengembangkan program promosi kesehatan lansia berupa program aktivitas fisik, nutrisi, dan konseling psikologis yang bersifat personal.	3A
11	Deteksi dini dan tatalaksana kekerasan dan atau penelantaran pada lansia	3A
12.	Mengelola sumber daya di masyarakat untuk membantu lansia mengembangkan kemandiriannya.	3A
14.	Penilaian status fungsional lansia	4A
15.	Manajemen kondisi khusus pada lansia :	
	a. Gangguan indera : gangguan pendengaran, penglihatan, bicara, pengecap, vestibuler, dan propioseptif	3A
	b. Respirasi: pneumonia, dan infeksi lainnya	3A
	c. Kardiovaskuler: hipertensi, gagal jantung, infark miokardial, tromboemboli, arteritis temporal, gangguan serebrovaskuler, TIA, dan hipotensi postural.	3A
	d. Perawatan hygiene oral: karies, penyakit periodontal, gigi tanggal dan gigi palsu, kanker orofaring, dan perawatan oral pada penyakit sistemik.	3A
	e. Gastrointestinal: masalah mengunyah dan gigi geligi, abdomen akut, malnutrisi, konstipasi, dan impaksi fekal.	3A
	f. Genitourinaria: inkontinensia, infeksi saluran kemih, bakteriuria, dan disfungsi seksual	3A
	g. Musculoskeletal: penyakit sendi degenerative, fraktur, kontraktur, osteopenia/osteoporosis, gangguan kaki (podiatry), jatuh, decubitus, dan ulkus karena tekanan.	3A
	h. Neurologis: delirium, demensia, gangguan status mental, gangguan keseimbangan, tremor, kehilangan daya ingat, gangguan berjalan, dan gangguan tidur.	3A
	i. Metabolik: dehidrasi, diabetes, hipotiroid, penyakit	3A

	yang diinduksi obat-obatan, malnutrisi, hipotermia, dan keganasan.	
	j. Psikososial: kekerasan (fisik, finansial, dan psikologis) ketergantungan alkohol dan NAPZA, reaksi berkebalan, depresi, gangguan psikologis akibat penyakit, nyeri, perawatan paliatif, malnutrisi, dan gagal tumbuh.	3A
	k. Dermatologis: kulit kering, tumor kulit, penyakit kulit akibat gangguan sistemik, vesikel, lesi akibat trauma dan paparan lingkungan.	3A

NO.	DAFTAR KETERAMPILAN	TINGKAT KETERAMPILAN SKDS-KKLP
1.	Penilaian fungsi dasar geriatrik (fisik, kognitif, emosional, dan sosial)	4
2.	Deteksi dini dan penilaian berkala status mental, depresi, status fungsional (ADL dan IADL)	4

7. RAWATAN RUMAH & RAWATAN PALIATIF

No.	DAFTAR PENYAKIT	TINGKAT KEMAMPUAN SKDS-KKLP
1.	Rawatan paliatif dan rawatan <i>end-of-life</i>	
	Misi	
	a. Meningkatkan kualitas hidup	3A
	b. Mengurangi penderitaan	3A
	c. Autonomi pasien	4A
	d. Perawatan berpusat pada pasien dan keluarga	4A
	1) Domain Quality Hospice dan Paliative Care	
	a) Struktur dan proses rawatan	3A
	b) Aspek fisik rawatan	3A
	c) Aspek psikososial dan psikiatri dari rawatan	3A
	d) Aspek sosial rawatan	3A

	e) Aspek spiritual, religi dan eksistensi dari rawatan	3A
	f) Aspek budaya dari rawatan	3A
	g) Rawatan pasien yang mendekati kematian	3A
	h) Aspek etik dan legal	3A
2.	Memahami peran team <i>hospice</i> untuk optimalisasi perawatan:	
	a. Dokter	
	1). Identifikasi pasien yang sesuai untuk hospice care	
	a) Pasien kanker	3A
	b) Pasien non-kanker	3A
	c) Pulmoner	3A
	d) Kardiovaskuler	3A
	e) Neurology	3A
	f) Infeksi	3A
	g) Hati	3A
	h) Ginjal	3A
	2) Kriteria dan proses rujukan	3A
	3). Asuransi dan jaminan kesehatan nasional dalam berbagai situasi	3A
	b. Perawat	3A
	c. Keluarga	3A
	d. Apoteker	3A
	e. Asisten rawatan rumah	3A
	f. Pekerja sosial	3A
	g. Pemuka agama	3A
	h. Relawan	3A
3.	Menentukan prognosis	
	a. Akurasi prognosis	3A
	b. Indeks Karnofsky	3A
	c. Skala Paliatif Prognostik	3A
4.	Kontrol nyeri	
	a. Opiat (kerja cepat dan lama)	3A
	b. Konversi opiate (table equianalgesic)	3A
	c. Non-opiat	3A

	d. Adiksi, habituasi dan ketergantungan	3A
	e. Dosis baseline dan dosis penyelamatan	3A
	f. Pengobatan alternatif dan komplementer	3A
	g. Tindakan kontrol nyeri non-farmakologis	3A
	h. Efek samping dari tindakan kontrol nyeri	3A
5.	Penyebab dan penatalaksanaan gejala non-nyeri	
	a. Mual	3A
	b. Sesak nafas	3A
	c. Hilang nafsu makan	3A
	d. Muntah	3A
	e. Kurang tidur/tidak bisa tidur	3A
	f. Depresi	3A
	g. Ansietas	3A
	h. Batuk	3A
	i. Konstipasi	3A
	j. Diare	3A
	k. Xerostomia	3A
	l. Sekresi	3A
	m. Kejang	3A
	n. Inkontinensia	3A
	o. Enkopresis	3A
6.	Nutrisi dan hidrasi pada penyakit terminal	
	a. <i>Artificial feeding</i>	3A
	b. Cairan intravena	3A
	c. Pembatasan makanan dan cairan	3A
7.	Lokasi rawatan	
	a. Unit Gawat Darurat	3A
	b. Pasien rawat inap	3A
	c. Pasien rawat jalan	3A
	d. <i>Extended-care facilities</i>	3A

	e. Rumah	3A
8.	Data terkait rawatan end-of-life nasional	
	a. Populasi menua	3A
	b. Penyakit kronik paling umum	3A
	c. Penyakit paling umum sesuai usia	3A
	d. Biaya rawatan pada penyakit terminal dalam berbagai situasi	3A
	e. Distribusi lokasi kematian (rumah vs. rumah sakit)	3A
9.	Proses kehilangan dan berduka	
	a. Reaksi berduka normal	3A
	b. Idenfitikasi/diferensiasi karakteristik disfungsi proses kehilangan/berduka , termasuk depresi, anxietas, rasa bersalah, ketergantungan zat dan rekonsiliasi hubungan.	3A
10.	Isu legal	
	a. Kompetensi pasien	4A
	b. <i>Advance directives</i>	4A
	c. Perintah Jangan-lakukan-resusitasi	4A
	d. Wewenang pengacara dalam rawatan kesehatan	4A
	e. <i>Living will</i>	4A
	f. Surat wasiat (<i>Estate planning</i>) pasien dan keluarga	4A
	g. Menahan dan menarik penunjang kehidupan	4A
	h. Pernyataan kematian	4A
	i. Menyelesaikan sertifikat kematian	4A

NO	DAFTAR KETERAMPILAN	TINGKAT KETERAMPILAN SKDS-KKLP
1.	Melaksanakan pemeriksaan fisik yang akurat, dengan perhatian pada hal-hal yang umum ditemukan pada pasien dengan penyakit terminal	4
2.	Memfasilitasi pertemuan keluarga menggunakan kalimat dan pertanyaan yang sesuai, serta memahami dampak proses ini terhadap pasien dan keluarga	4
3.	Mematuhi regulasi terkait penggunaan zat yang dibatasi, pada pasien dengan penyakit terminal, di dalam dan diluar <i>hospice care</i>	3
4.	Mengembangkan regimen analgetik inisial yang mencakup penggunaan dosis obat setara-morfin dan equivalen narkotika lainnya	3
5.	Secara efektif menggunakan rute alternative analgesik	
	a. Rektal	4
	b. Topikal (krim, gel, <i>patch</i>)	4
	c. Nasal	4
	d. Subkutan	4
	e. Sublingual	4
6.	Melakukan rujukan ke layanan sosial, baik untuk pasien maupun keluarga	4
7.	Secara efektif melakukan konseling terhadap keluarga dan pihak terkait mengenai proses kehilangan dan berduka	4
8.	Mendampingi keluarga dalam melakukan <i>self-care</i> dan mencari dukungan bila pasien meninggal dunia	4

KETUA KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA,

ttd

BAMBANG SUPRIYATNO