



KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA

**KEPUTUSAN KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA
NOMOR 2/KKI/KEP/I/2024
TENTANG
STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS
KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER
SUBSPESIALIS *COMMUNITY ORIENTED PRIMARY CARE***

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KETUA KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat terhadap temuan kasus kedokteran keluarga layanan primer yang sulit, kompleks, langka, dan/atau hasil komplikasi yang didapatkan dari penyakit yang mendasarinya, membutuhkan pendalaman ilmu khusus untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam pelayanan kesehatan di bidang subspecialistik *community oriented primary care*;
 - b. bahwa Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer Subspesialis *Community Oriented Primary Care* telah disusun oleh Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia berkoordinasi dengan kementerian terkait dan pemangku kepentingan terkait, serta telah diusulkan kepada Konsil Kedokteran Indonesia untuk disahkan;
 - c. bahwa berdasarkan Pasal 450 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Konsil Kedokteran Indonesia tetap melaksanakan tugas, fungsi, dan/atau wewenang sampai dengan terbentuknya Konsil yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan;
 - d. bahwa berdasarkan Pasal 453 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, pada saat Undang-Undang ini mulai berlaku, semua peraturan perundang-undangan yang merupakan peraturan pelaksanaan dari Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, dinyatakan masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan dalam Undang-Undang nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan;

- e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d, perlu menetapkan Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia tentang Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer Subspesialis *Community Oriented Primary Care*;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
 2. 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: KEPUTUSAN KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA TENTANG STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER SUBSPESIALIS *COMMUNITY ORIENTED PRIMARY CARE*.

KESATU : Konsil Kedokteran Indonesia mengesahkan Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer Subspesialis *Community Oriented Primary Care*.

KEDUA : Konsil Kedokteran Indonesia melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap penerapan Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer Subspesialis *Community Oriented Primary Care*.

KETIGA : Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer Subspesialis *Community Oriented Primary Care* yang disahkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia ini.

KEEMPAT : Pada saat Keputusan Konsil Kedokteran ini mulai berlaku, Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 135/KKI/KEP/VI/2023 tentang Standar Pendidikan Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer Subspesialis *Community Oriented Primary Care (COPC)*, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 22 Januari 2024

KETUA KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA,

tttd.

PATTISELANNO ROBERTH JOHAN

LAMPIRAN
KEPUTUSAN KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA
NOMOR 2/KKI/KEP/I/2024
TENTANG
STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS
KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER
SUBSPESIALIS *COMMUNITY ORIENTED PRIMARY CARE*

BAB I PENDAHULUAN

- A. LATAR BELAKANG
- B. SEJARAH
- C. ANALISIS SITUASI
- D. PENGERTIAN STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SUB SPESIALIS
- E. FUNGSI DAN PERAN
- F. VISI DAN MISI
- G. MANFAAT STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER SUBSPESIALIS *COMMUNITY ORIENTED PRIMARY CARE*

BAB II STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER SUBSPESIALIS *COMMUNITY ORIENTED PRIMARY CARE*

- A. STANDAR KOMPETENSI DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER SUBSPESIALIS *COMMUNITY ORIENTED PRIMARY CARE*
- B. STANDAR ISI
- C. STANDAR PROSES PENCAPAIAN KOMPETENSI BERDASARKAN TAHAP PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER SUBSPESIALIS *COMMUNITY ORIENTED PRIMARY CARE*
- D. STANDAR RUMAH SAKIT PENDIDIKAN
- E. STANDAR WAHANA PENDIDIKAN
- F. STANDAR DOSEN
- G. STANDAR TENAGA KEPENDIDIKAN
- H. STANDAR PENERIMAAN CALON MAHASISWA
- I. STANDAR SARANA DAN PRASARANA
- J. STANDAR PENGELOLAAN PEMBELAJARAN
- K. STANDAR PEMBIAYAAN
- L. STANDAR PENILAIAN
- M. STANDAR PENELITIAN
- N. STANDAR PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
- O. STANDAR KONTRAK KERJA SAMA RUMAH SAKIT PENDIDIKAN DAN/ATAU WAHANA PENDIDIKAN KEDOKTERAN DENGAN PERGURUAN TINGGI PENYELENGGARA PENDIDIKAN KEDOKTERAN
- P. STANDAR PEMANTAUAN DAN PELAPORAN PENCAPAIAN PROFESI
- Q. STANDAR POLA PEMBERIAN INSENTIF

BAB III PENUTUP

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sejalan dengan transformasi pelayanan kesehatan bidang layanan kesehatan primer, maka spesialisasi dan subspecialisasi bidang kedokteran di layanan primer sangat dibutuhkan. Berbagai negara di dunia menunjukkan bahwa layanan kesehatan primer sudah menjadi primadona layanan kesehatan di negaranya, karena kurang-lebih 80% masalah pasien dapat diselesaikan di pelayanan primer. Banyak penyakit yang terjadi pada masyarakat hanya dapat ditatalaksana dengan tuntas dengan penanganan yang komprehensif dan holistik. Kompleksitas berbagai permasalahan kesehatan di tingkat individu, keluarga dan komunitas menjadi semakin meningkat baik dalam jumlah, maupun dalam kerumitan masalahnya. Selain itu, walaupun penurunan angka kesakitan, angka kematian ibu dan angka kematian bayi baru lahir sudah terjadi, namun belum mencapai target yang diinginkan. Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr. Sp.KKLP) yang merupakan perwujudan Family Physician di Indonesia menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan primer diharapkan dapat mewujudkan kualitas layanan kesehatan primer yang tinggi dan memenuhi harapan masyarakat dalam pemerataan layanan kesehatan di Indonesia. Dengan adanya jenjang spesialis pada generalis di layanan primer, maka Sp.KKLP merupakan jenjang karier dokter yang bekerja dilayanan primer. Dokter yang berkarier fungsional di layanan primer tidak lagi menjadikan pekerjaan dokter di layanan primer adalah batu loncatan sebelum menjadi spesialis lain atau sebelum bekerja struktural di pemerintahan, tetapi dapat meneruskan kariernya sebagai dokterfungsional di layanan primer dengan ketrampilan dan pengalaman yang berlimpah dan menguntungkan masyarakat yang menjadi pasiennya. Berkembangnya dr Sp.KKLP di Indonesia dan secara global, menggiring adanya kebutuhan akan Dokter Subspesialis KKLP yang ilmu pengetahuan dan teknologi telah sangat maju di berbagai negara. Oleh karena itu Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga berupaya untuk mengembangkan ilmu pengetahuan sekaligus karier SpKKLP di Indonesia dengan menyusun Standar Pendidikan SubSpesialis KKLP sesuai dengan kebutuhan di Indonesia. Dokter Subspesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang merupakan hasil dari Program Pendidikan Subspesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer akan memiliki kemampuan akademik dan kompetensi klinik lanjut sesuai kekhususannya yaitu Family Oriented Medical Care (FOMC) dan Community Oriented Primary Care (COPC). Buku ini merupakan pejawantahan dari standar Pendidikan Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan PrimerSubspesialis KKLP COPC yang dapat menjadi panduan program studi Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primersubspesialis KKLP di seluruh Indonesia.

B. 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 dan berbagai disiplin ilmu dalam kedokteran. Keinginan untuk mewujudkan pelayanan bersinambung, paripurna, dan terintegrasi justru didorong oleh klinisi yang melihat perkembangan ilmu kedokteran akan menuju ke arah 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. Perkembangan ilmu kedokteran keluarga berlanjut dengan keberanian Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia memasukkan pembelajaran kedokteran keluarga di dalam kurikulum sejak tahun 1984 dan didukung oleh adanya topik bahasan kedokteran keluarga pada KIPDI II. Diagnosis holistik diciptakan oleh salah satu dosen FKUI bernama dr Nitra Nirwani dan disosialisasi penggunaannya ketika diselenggarakan Pertemuan semua Fakultas Kedokteran (pada waktu itu 37 FK) untuk membicarakan kurikulum Kedokteran Keluarga dalam Kurikulum pendidikan dokter pada tahun 2003. Sejak saat itu pendidikan kedokteran keluarga berkembang dan Perhimpunan Dokter Keluarga Indonesia di bawah organisasi induk Ikatan Dokter Indonesia menetapkan adanya Pakar Kedokteran Keluarga (PKK) kepada 86 orang anggota PDKI yang telah memberikan pembelajaran kedokteran keluarga di fakultas- fakultas kedokteran, dalam rangka menunjang perkembangan ilmunya di institusi pendidikan. Tercantum dalam SK PB IDI No 260/PB/A.4/24/2000 bahwa salah satu tugas para pakar adalah menjadi pendidik ilmu kedokteran keluarga.

Tahap perkembangan selanjutnya, adalah dengan merancang pendidikan post graduate kedokteran keluarga yang dimulai dengan program magister di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. Kemudian PDKI bersama-sama dengan FKUI dan Kementerian Kesehatan 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 keterampilan klinis kedokteran keluarga. Paket diploma dokter keluarga dilaksanakan oleh PDKI bekerjasama dengan FK, ataupun FK menyelenggarakan bekerjasama dengan PDKI. Peserta paket kemudian dikonversi 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 telah memiliki wawasan dan keterampilan terbatas dalam bidang kedokteran keluarga.

Fasilitasi pembentukan Kolegium Ilmu Kedokteran Indonesia berikutnya diwujudkan dalam bentuk keputusan Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI) sebagaimana tercantum pada surat nomor 0061017/MKKI/08/2016. Ikhtiar perkembangan kedokteran keluarga sebagai sebagai sebuah pendekatan pelayanan kedokteran, tidak hanya dilakukan PDKI di Indonesia, melainkan juga terlibat aktif di tingkat 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 pihak lain, Pemerintah Indonesia juga sejak lama mendorong penguatan layanan primer melalui berbagai pendekatan. Salah satu yang

dapat dicatat sebagai tonggak awal perwujudan bentuk dan jalur perkembangan 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 di awal 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 mendengarkan konsepnya. Paska 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 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. Pada tahun 2016 Program Studi Pendidikan Dokter Layanan Primer yang setara dengan pendidikan program studi spesialis di FK Universitas Padjadjaran meluluskan angkatan pertamanya sebagai peserta Program Rekognisi Pembelajaran Lampau.

Pada akhir tahun 2019 terbitlah Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia no 65 tentang Standar Pendidikan Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, yang merupakan gabungan dari Standar Pendidikan DLP yang diajukan oleh Pokjanas DLP dengan Standar Pendidikan Spesialis Famili Medisin yang diajukan oleh PDKI. Dengan terbitnya perkonsil tersebut maka disepakati bahwa organisasi profesi yang mengampu profesi Sp.KKLP adalah PDKI dan kolegiumnya adalah KIKKI.

Pada akhir 2019 dilaksanakan sosialisasi dan proses pendaftaran program pemutihan Sp.KKLP untuk dokter yang telah berkarier di layanan primer selama lebih dari 10 tahun dan berada di lingkungan Fakultas Kedokteran akreditasi tertinggi dalam rangka menyiapkan dibukanya program pendidikan Sp.1 KKLP. Pada bulan Februari 2020 dilaksanakan peresmian dimulainya program pemutihan yang dihadiri oleh 800 dokter yang telah mendaftarkan

diri.

Pandemi covid 19 yang kebetulan terjadi pada tahun itu mendorong PDKI dan KIKKI berinovasi untuk menyelenggarakan program pemutihan dengan bekerjasama Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah di 20 propinsi untuk menanggulangi Covid19. Program dilaksanakan dalam waktu 7 bulan dan menghasilkan 581 dokter dari 20 propinsi lulus program pemutihan dan memperoleh Sertifikat Kompetensi dari KIKKI dan Surat Tanda Registrasi sebagai Sp.KKLP dari KKI. Pada tanggal 31 Desember 2021 Program Studi Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer (Sp.KKLP) FK Universitas Indonesia dibuka dan diikuti oleh program studi yang sama pada tahun 2022 di FK UGM, FK UPH, dan FK UnPrima. Pada tahun 2023 berdiri Prodi Sp1KKLP di FK Un YARSI, FK Universitas Syah Kuala, FK Universitas Riau dan FK USU.

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

C. ANALISIS SITUASI

1. Landasan Hukum

Dalam ketentuan umum Undang-Undang RI No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, disebutkan bahwa standar nasional pendidikan adalah kriteria minimal tentang sistem pendidikan yang berlaku di wilayah hukum Negara Kesatuan Republik Indonesia. Agar lulusan pendidikan Dokter Subspesialis Ilmu Kedokteran Keluarga di seluruh Indonesia mempunyai mutu yang setara maka perlu ditetapkan standar nasional pendidikan lanjutan bagi profesi dokter spesialis Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer yaitu Standar Pendidikan Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC).

Seperti yang disebutkan dalam undang-undang no 17 tahun 2023 tentang Kesehatan bahwa penguatan Pelayanan Kesehatan Primer merupakan salah satu butir transformasi sistem kesehatan dengan mengutamakan pendekatan promotif dan preventif, memberikan pelayanan yang berpusat pada pasien berdasarkan siklus hidup manusia, dan meningkatkan layanan di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan serta bagi masyarakat rentan, maka keberadaan Fellow Kedokteran Perjalanan pada Subspesialis Community Oriented Primary Care sangat dibutuhkan bagi Indonesia. Dalam banyak pasal pada UU tersebut dituliskan bahwa baik pendekatan promotive dan preventif, hingga rehabilitatif dan paliatif berupaya untuk memampukan masyarakat atau komunitas dalam menatalaksana pasien. Hal ini menguatkan bahwa Subspesialis Community Oriented Primary Care sangat dibutuhkan bagi Indonesia.

Standar Pendidikan Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) dibuat berdasarkan ketentuan sebagai berikut:

- a. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.
- b. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- c. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi.
- d. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran.
- e. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional

Pendidikan.

- f. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan.
- g. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggara Pendidikan Tinggi dan Pengelola Perguruan Tinggi.
- h. Peraturan Presiden Nomor 8 Tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia
- i. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 73 Tahun 2013 tentang Penerapan KKNi Bidang Pendidikan Tinggi.
- j. Peraturan Menteri Riset dan Pendidikan Tinggi Nomor 44 Tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi.
- k. Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 045/U/2002 tentang Kurikulum Inti Pendidikan Tinggi.
- l. Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 232/U/2000 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi.
- m. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan no 3 tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi.
- n. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 Tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia.
- o. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 65 Tahun 2019 tentang Standar Kompetensi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga

2. Landasan Filosofis

Landasan filosofis dibentuknya program Pendidikan Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC) 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 mencegah terjadinya penyakit pada pasien maupun keluarga sebagai bagian dari masyarakat dan masyarakat serta meringankan penderitaan pasien yang diwujudkan dalam berbagai pelayanan tidak hanya aspek medis tetapi juga psikologis dan sosial.

Program Pendidikan profesi Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC) merupakan pendidikan tinggi jalur profesi yang setara dengan level 9 pada Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia, yang diselenggarakan oleh Fakultas Kedokteran dengan menggunakan kurikulum dari Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia (KIKKI), yang ditetapkan dalam per konsil khusus untuk Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC). Pendidikan ini dilaksanakan di rumah sakit pendidikan dan jejaringnya, dan wahana pendidikan (Puskesmas dan Klinik) untuk menghasilkan Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC). Pendidikan Profesi Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC) merupakan satu kesatuan utuh antara tahap akademik dan profesi, yang menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi dalam ilmu dan keterampilan dalam bidang Ilmu Kedokteran Keluarga, dengan pendekatan bio-psiko-sosial terhadap pasien, berfokus pada upaya upaya intervensi di komunitas yang 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*) yang mengkhususkan diri di layanan primer. 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 Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC).

Kemajuan Ilmu Kedokteran di pelayanan primer dimungkinkan bila disertai dengan kemajuan ilmu kedokteran keluarga, yang identik dengan pelayanan komprehensif, berkesinambungan, dan kontak pertama pasien dengan pelayanan kesehatan. Melalui keberadaan ilmu kedokteran keluarga maka ilmu kedokteran khususnya di layanan primer dapat berkembang dengan luaran optimal bagi pasien. Pelayanan kedokteran merupakan pelayanan yang kontinum, dari pelayanan rawat jalan, pembedahan superfisial, sampai pembedahan ke dalam berbagai rongga tubuh, bedah mikroskopik, bedah endoskopik, transplantasi organ, keganasan, *palliative care*, sampai *home care* semua membutuhkan pelayanan yang berkesinambungan, holistik dan komprehensif, melalui layanan primer, layanan sekunder dan layanan tersier yang bermutu. Sejalan dengan berbagai permasalahan kesehatan di layanan primer yang semakin kompleks maka pelayanan kedokteran keluarga membutuhkan tidak hanya profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer namun juga membutuhkan Profesi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) yang mengelola pasien dan keluarga berdasarkan karakteristiknya dengan tetap mengacu pada Profesi Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer.

Pada sebagian pasien dengan kondisi medik dan *co-morbid* yang kompleks, tatalaksana yang hanya berfokus pada terapi pasien tidaklah cukup. Mereka membutuhkan apa yang kemudian disediakan dalam pelayanan kedokteran keluarga. Untuk penyakit genetik, infeksi baik akut dan kronis, degeneratif, dan keganasan, serta segala kegawatdaruratan medik yang mengancam jiwa, pasien dirawat oleh Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer maupun Dokter Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang merawat pasien sebagai bagian dari keluarga, masyarakat dan lingkungannya. Penguatan Layanan Primer melalui pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) yang komprehensif akan mengurangi angka rujukan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Primer ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut. Hal ini akan berimplikasi pada efisiensi pembiayaan kesehatan.

3. Landasan Sosiologi

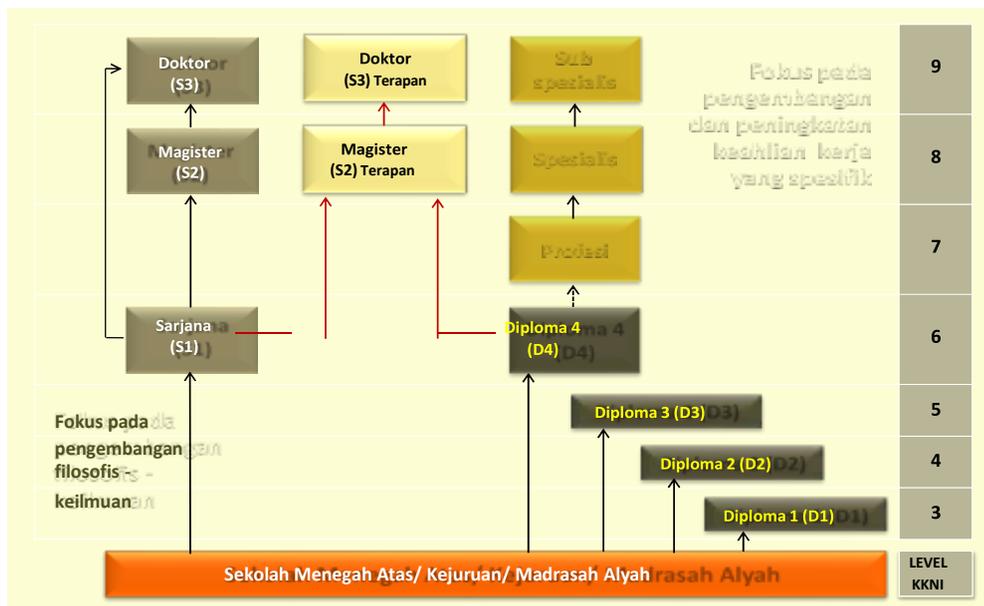
Salah satu unsur sebagai hak asasi manusia adalah pencapaian kesehatan optimal yang merupakan kesejahteraan umum, yang akan turut menjamin terwujudnya pembangunan kesehatan dalam meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang. Untuk mencapai hal tersebut perlu diciptakan berbagai upaya kesehatan kepada seluruh masyarakat. Pendidikan kedokteran pada dasarnya bertujuan untuk meningkatkan mutu kesehatan seluruh masyarakat.

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 Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) sebagai bagian dari perwujudan visi Pembangunan Kesehatan 2045, yaitu penguatan layanan primer yang menjangkau seluruh wilayah Nusantara. 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 bersinambungnya sehingga prinsip *continuum of care* pada jenjang layanan akan menjadi sulit direalisasikan dengan baik.

D. PENGERTIAN STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SUB SPESIALIS

Standar Pendidikan Dokter Sub Spesialis Ilmu Kedokteran Keluarga di Indonesia digunakan sebagai baku mutu secara nasional bagi pendidikan dokter sub spesialis Ilmu Kedokteran Keluarga di Indonesia yang selanjutnya akan disebut dalam gelarnya sebagai Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC). Standar pendidikan profesi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) juga merupakan perangkat untuk menjamin tercapainya tujuan pendidikan sesuai dengan standar kompetensi yang sudah ditambahkan dengan muatan lokal.



Gambar 1.1. Penataan Jenis dan strata pendidikan tinggi R.I.

Standar pendidikan ini terdiri atas komponen akademik dan profesi yang meliputi isi, proses, kompetensi lulusan, tenaga kependidikan, sarana dan prasarana, pengelolaan, pembiayaan, serta evaluasi proses dan hasil Pendidikan Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) yang sesuai dengan acuan yang telah ditetapkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia.

Standar Pendidikan Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) 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 dan Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang diajukan oleh 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. Pelayanan Kesehatan primer dalam perjalanan waktu mengalami berbagai perkembangan sesuai dengan berbagai permasalahan kesehatan yang berkembang di layanan primer. Adapun perkembangan tersebut adalah sebagai berikut:

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.

Tahun 1980-an : pelayanan kesehatan primer adalah berbagai aktivitas 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.

Tahun 1990-an: pelayanan kesehatan primer adalah tingkat pelayanan kesehatan, merupakan pintu utama masuk pertama pelayanan kesehatan (lihat pelayanan primer).

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 pada layanan primer menjadi berorientasi pada *people-centered*.

Dalam peraturan ini yang dimaksud dengan:

- a. Pelayanan primer (*primary care*) atau pelayanan primer, sering dipakai bergantian dengan pelayanan tingkat pertama.
- b. Layanan primer adalah *bagian dari sistem pelayanan kesehatan* yang memastikan pelayanan yang berpusat pada individu, lintas waktu, pada suatu populasi tertentu, kemudian 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,
- c. Karakteristik layanan primer dan berkualitas adalah efektif, safety (keamanan), *people-centered*, komprehensif, berkesinambungan, 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.
- d. 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.
- e. Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) adalah dokter yang telah menyelesaikan pendidikan profesi dokter sub spesialis dan merupakan jenjang lanjut pendidikan profesi dokter spesialis yang menerapkan ilmu kedokteran klinik dengan prinsip ilmu kedokteran keluarga, ilmu kedokteran komunitas, dan ilmu kesehatan masyarakat, serta mampu memimpin dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat primer yang berkualitas.
 - f. 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 pelayanansosial.
 - g. Pelayanan bersinambung adalah pelayanan yang memiliki satu atau lebih atribut berikut ini:
 - 1) pelayanan yang mengkoordinasikan lintas level pelayanan-pelayanan primer dan fasilitas rujukan (layanan sekunder), lintas tempat dan pemberi pelayanan,
 - 2) pelayanan yang meliputi tahapan siklus kehidupan,
 - 3) pelayanan bersinambung yang tidak berhenti hingga penyelesaian suatu episode penyakit atau risiko,
 - 4) pelayanan yang menghubungkan berbagai masalah dan pengalaman yang dialami individu menjadi mudah dimengerti dan terhubung lintas waktu, yang sejalan dengan kebutuhan kesehatan dan pilihannya.
 - h. Pelayanan yang terkoordinasi adalah pelayanan yang menghubungkan seluruh sumber yang ada untuk memberikan pelayanan yang optimal bagi penyelesaian suatu masalah.
 - i. Pelayanan kedokteran gawat darurat (emergency) adalah pelayanan kegawatdaruratan baik di fasilitas kesehatan primer maupun pra hospital.
 - j. Institusi Pendidikan Dokter Sub Spesialis (IPDS) adalah institusi yang menyelenggarakan program Pendidikan Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) yang telah terakreditasi dan telah ditetapkan dan disahkan oleh Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi.
 - k. Kemampuan klinik adalah kemampuan penerapan proses klinis dan komunikasi dalam memecahkan masalah kesehatan yang mencakup profisiensi pengetahuan akademik dan keterampilan klinik.
 - l. Kemampuan akademik adalah kemampuan dalam menerapkan kaidah ilmiah untuk pemecahan masalah, pengambilan keputusan, serta pengelolaan masalah.
 - m. Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia (KIKKI) 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).
 - n. Kompetensi adalah seperangkat tindakan cerdas dan penuh tanggung

jawab yang dimiliki seseorang sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas-tugas bidang pekerjaan tertentu.

- o. Standar Kompetensi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) adalah kompetensi minimal yang harus dicapai dalam pendidikan profesi kedokteran keluarga layanan primer, yang merupakan salah satu kesatuan dengan Standar Pendidikan Kedokteran Keluarga Layanan Primer. Standar Kompetensi ditetapkan oleh Kolegium Kedokteran Indonesia (KKI).
- p. Kurikulum Pendidikan Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) adalah seperangkat rencana dan pengaturan mengenai capaian pembelajaran lulusan, bahankajian, proses, dan penilaian yang digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan program studi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC)
- q. Profesionalisme Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) adalah uraian tentang pengetahuan, keterampilan, sikap, dan perilaku yang diharapkan oleh masyarakat dan pasien dari seorang dokter spesialis di layanan 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.
- r. Para pemangku kepentingan (stakeholder) pendidikan Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) adalah semua pihak yang berkepentingan dengan pendidikan dokter spesialis di layanan primer yaitu peserta Program Pendidikan Dokter Sub 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.

E. FUNGSI DAN PERAN

Di Indonesia, Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr. Sp. KKLP SubSp. COPC) adalah profesi sub spesialisasi baru di pelayanan primer yang sama dengan dokter sub spesialis lain yang selama ini hanya dikenal bekerja di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut namun sesuai dengan ranahnya, Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) dapat bekerja di layanan kesehatan primer dan menerima konsultasi dari dokter dan dokter SP.KKLP yang membutuhkan keahlian dan ketrampilan sesuai yang dimilikinya.

Fungsi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) adalah:

1. Memberikan pelayanan kesehatan di layanan primer yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada komunitas yang sesuai dengan latar belakang budaya,
2. Menyediakan pelayanan holistik yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual dengan membina hubungan dokter yang erat dan setara,

3. Menyediakan pelayanan komprehensif meliputi promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, rehabilitasi dan pelayanan paliatif, yang berkelanjutan pada semua kelompok usia dan penyakit, dan
4. Memberikan pelayanan sesuai etik dan bertanggung jawab secara profesional berbasis bukti ilmiah.
5. Melakukan kolaborasi dengan berbagai profesi, baik profesi kesehatan maupun non kesehatan untuk bekerja bersama sama mendiagnosis masalah kesehatan di masyarakat dan mengatasinya secara bersama sama termasuk juga melakukan upaya upaya pencegahan.

F. VISI DAN MISI

1. Visi

Visi program studi subspecialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah terdapatnya pusat pendidikan dokter subspecialis KKLK di Indonesia yang bermartabat, kompetitif, unggul di tingkat nasional dan internasional berbasis riset dan teknologi terkini dalam menunjang proses pelaksanaan pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

2. Misi

a. Terlaksananya pendidikan dan pelatihan para dokter spesialis kedokteran keluarga layanan primer untuk menjadi dokter subspecialis kedokteran keluarga layanan primer dengan peminatan (fellow) Kedokteran perkotaan (*urban medicine*), Kedokteran pedesaan (*rural medicine*), Kedokteran komunitas adat terpencil (*indigenous medicine*), Kedokteran sosial (*social medicine*), kedokteran perjalanan (*travel medicine*), Kedokteran rentan dan termarginal (*vulnerable and marginalized medicine*), Kedokteran pada kelompok kecanduan (*addiction and behavioral medicine*), Kelembagaan pelayanan kedokteran komunitas spesifik (*Community health care institutionalized medicine*), Kedokteran informatic di layanan primer (*medical informatic in primary care*), dan Penataan manajemen fasilitas kesehatan tingkat primer (*practice and management in primary care clinical setting*).

b. Diperolehnya hasil *translation research* dalam bidang kedokteran keluarga layanan primer dengan kekhususan mendalami Kedokteran perkotaan (*urban medicine*), Kedokteran pedesaan (*rural medicine*), Kedokteran komunitas adat terpencil (*indigenous medicine*), Kedokteran sosial (*social medicine*), kedokteran perjalanan (*travel medicine*), Kedokteran rentan dan termarginal (*vulnerable and marginalized medicine*), Kedokteran pada kelompok kecanduan (*addiction and behavioral medicine*), Kelembagaan pelayanan kedokteran komunitas spesifik (*Community health care institutionalized medicine*), Kedokteran informatic di layanan primer (*medical informatic in primary care*), dan Penataan manajemen fasilitas kesehatan tingkat primer (*practice and management in primary care clinical setting*).

c. Melaksanakan pengabdian dan pelayanan kepada masyarakat untuk berperan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pendalaman Kedokteran perkotaan (*urban medicine*), Kedokteran pedesaan (*rural medicine*), Kedokteran komunitas adat terpencil (*indigenous medicine*), Kedokteran sosial (*social medicine*), kedokteran perjalanan (*travel medicine*), Kedokteran rentan dan termarginal (*vulnerable and marginalized medicine*), Kedokteran pada kelompok kecanduan (*addiction and behavioral medicine*),

Kelembagaan pelayanan kedokteran komunitas spesifik (*Community health care institutionalized medicine*), Kedokteran informatic di layanan primer (*medical informatic in primary care*), dan Penataan manajemen fasilitas kesehatan tingkat primer (*practice and management in primary care clinical setting*).

G. MANFAAT STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER SUBSPESIALIS COMMUNITY ORIENTED PRIMARY CARE

Dengan disusunnya Standar Pendidikan Sp2 ini, maka manfaat yang dapat diperoleh adalah:

1. Tercapainya keseragaman mutu lulusan Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) dari semua Institusi Pendidikan Dokter Spesialis dan Sub Spesialis (IPDS) dengan rujukan standar kompetensi nasional dan regional.
2. Menghasilkan Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) dengan kemampuan akademik dan keahlian klinik seorang profesional untuk memenuhi kebutuhan nasional dan meningkatkan daya saing di tingkat internasional.
3. Terwujudnya pendidikan sub spesialis yang memiliki pendalaman pada kompetensi khusus bidang ilmu kedokteran keluarga layanan primer yang berorientasi pada permasalahan kesehatan di komunitas.

BAB II
STANDAR PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN
KELUARGA LAYANAN PRIMER SUBSPESIALIS *COMMUNITY ORIENTED
PRIMARY CARE*

A. STANDAR KOMPETENSI DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER SUBSPESIALIS *COMMUNITY ORIENTED PRIMARY CARE*

1. Profil

Community Oriented Primary Care (COPC) adalah salah satu bentuk pelayanan dokterkeluarga yang berorientasi pada kebutuhan khusus populasi tertentu. Pada awalnya COPC biasanya mengacu pada pelayanan dokter keluarga yang responsif terhadap kebutuhan masyarakat yang kurang mendapatkan akses layanan kesehatan dan terisolasi, namun saat ini sudah lebih meluas pada berbagai bentuk layanan kesehatan primer. Definisi Komunitas dalam hal ini bisa dalam konteks batasan wilayah geografis, sosial, lingkungan pekerjaan, atau bias juga hanya sebatas satu komunitas yang dilayani oleh seorang dokter keluarga (bagian dari cakupan kapitasi dokter keluarga). Terdapat 4 prinsip utama dalam membangun pelayanan COPC yaitu: (1) partisipasi komunitas; (2) menjembatani kendala bahasa dan budaya; (3) memastikan/menilai masalah kesehatan dan penyakit yang terjadi di komunitas; (4) merekrut dan melibatkan kader kesehatan untuk mendukung kegiatan tenaga kesehatan dalam pelayanan langsung ke masyarakat (*outreach*). COPC menggabungkan 2 bentuk pelayanan, yaitu pelayanan klinis dan pelayanan komunitas.

Dalam pelayanan COPC, terdapat 5 ciri khas utama yang mendasari yaitu: kombinasi program yang sesuai dengan masalah kesehatan komunitas (bias dalam bentuk program pencegahan, promosi kesehatan, upaya pengobatan, serta rehabilitasi); Pelibatan komunitas namun juga dalam hal keterjangkauan secara finansial, diterima secara social dan juga tidak ada hambatan bahasa). Pelayanan COPC akan berhasil dengan baik bila dikelola dengan pendekatan integratif, komprehensif, kolaboratif (melibatkan multiprofesional), mobilitas tim dalam melakukan pendekatan preventif ke masyarakat, memperluas jangkauan kegiatan promosi kesehatan ke komunitas lain seperti memanfaatkan sekolah, kelompok/organisasi kemasyarakatan dan lainnya.

Dokter Sub Spesialis *Community Oriented Primary Care* Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP Sub.Sp.COPC) yang akan dihasilkan dari pelatihan/fellowship ini diharapkan dapat memberikan pelayanan tidak terbatas hanya pada individu, namun melihat individu sebagai bagian dari keluarga dan komunitas. Dokter Sub.Sp. COPC harus dapat melayani tanpa memandang usia maupun jenis kelamin; menyediakan pelayanan primer dan bersinambung bagi komunitas; mengatasi masalah kesehatan fisik, psikologis, dan keterkaitannya dengan masalah sosial; dan mengkoordinasikan pelayanan yang komprehensif dengan spesialis dan/ atau tenaga kesehatan lain. Dokter Sub Spesialis *Community Oriented Primary Care* Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP Sub.Sp.COPC) memberikan pelayanan kesehatan berkelanjutan (*continuity of care*) di layanan primer untuk setiap siklus kehidupan manusia dan siklus keluarga, melingkupi seluruh spektrum kedokteran pencegahan dari tingkat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif hingga perawatan paliatif, melalui kerjasama dengan seluruh perangkat di fasilitas kesehatan primer, sekunder, tersier dan unsur masyarakat terkait (*comprehensive care*).

Tugas, peran dan fungsi Dokter Sub Spesialis *Community Oriented*

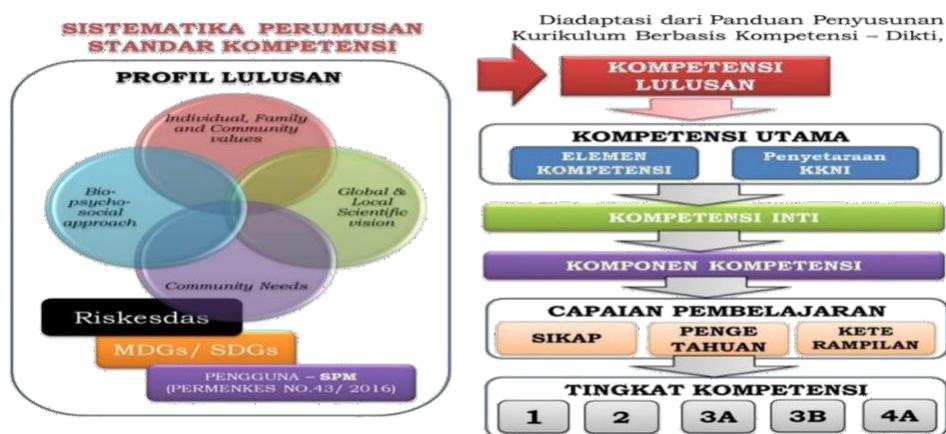
Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP Sub.Sp.COPC) merupakan pengembangan dan pendalaman dari tugas, peran dan fungsi Sp.KKLP dalam lingkup komunitas.

2. Sistematika Perumusan Standar Kompetensi

Sistematika perumusan standar kompetensi lulusan Program Studi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) disusun dengan mempertimbangkan beberapa hal seperti: (1) profil; (2) tugas, fungsi dan peran dokter Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) 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 Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) kemudian disusun dengan menetapkan area kompetensi dari Sp.KKLP dengan mengimplementasi setiap kompetensi dalam tatalaksana penyakit dan masalah kesehatan kemudian dikelompokkan dalam tingkatan 1 sampai dengan 4A sesuai dengan kewenangan dr.Sp.KKLP.

Sistematika perumusan standar kompetensi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) dapat dilihat pada Gambar 2.1 di bawah ini:



Gambar 2.1. Sistematika perumusan standar kompetensi

Standar kompetensi lulusan mengacu kepada Permendikbud nomor 3 tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SNPT), Permenristekdikti no.18 tahun 2018 tentang Standar Nasional Pendidikan Kedokteran (SNPK), dan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia no. 12 tahun 2013 tentang Penerapan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) 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.

- Rumusan capaian pembelajaran lulusan mengacu pada deskripsi capaian pembelajaran lulusan KKNI yang memiliki jenjang kualifikasi 9 (sembilan) untuk pendidikan sub spesialis.

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 Kerangka Kualifikasi Nasional Level 9 adalah sebagai berikut:

1. Mampu mengembangkan pengetahuan, teknologi, dan atau seni baru di dalam bidang keilmuannya atau praktik profesionalnya melalui riset, hingga menghasilkan karya kreatif, original, dan teruji.
2. Mampu memecahkan permasalahan sains, teknologi, dan atau seni di dalam bidang keilmuannya melalui pendekatan inter, multi, atau transdisipliner.
3. Mampu mengelola, memimpin, dan mengembangkan riset dan pengembangan yang bermanfaat bagi ilmu pengetahuan dan kemaslahatan umat manusia, serta mampu mendapat pengakuan nasional maupun internasional.

Standar kompetensi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) 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.

Standar kompetensi terdiri atas 7 (tujuh) area kompetensi yang diturunkan dari gambaran tugas, peran dan fungsi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC). Setiap area kompetensi dijabarkan lebih lanjut menjadi kemampuan yang kemudian disebut sebagai kompetensi inti. Standar kompetensi lulusan merupakan kriteria minimal tentang kualifikasi kemampuan lulusan yang mencakup sikap, pengetahuan, dan keterampilan yang dinyatakan dalam kompetensi inti, komponen kompetensi, dan rumusan capaian pembelajaran lulusan, yang digunakan sebagai acuan utama pengembangan kurikulum pendidikan.

Rumusan ketrampilan umum program subspecialis berdasarkan permendikbud no 3 tahun 2020 adalah Lulusan Program subspecialis wajib memiliki ketrampilan umum sebagai berikut:

1. Mampu bekerja di bidang keahlian pokok/profesi untuk jenis pekerjaan yang spesifik dan kompleks serta memiliki kompetensi kerja yang setara dengan standar kompetensi profesi yang berlaku secara internasional
2. Mampu membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, kreatif, komprehensif, dan arif
3. Mampu mengomunikasikan hasil kajian, kritik, apresiasi, argumen,

atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi, dan kemaslahatan manusia, yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi, kepada masyarakat umum melalui berbagai bentuk media

4. Mampu melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaan profesinya baik oleh dirinya sendiri, sejawat, atau sistem institusinya
5. Mampu meningkatkan keprofesiannya pada bidang yang khusus melalui pelatihan dan pengalaman kerja dengan mempertimbangkan kemutakhiran bidang profesinya di tingkat nasional, regional, dan internasional
6. Mampu meningkatkan mutu sumber daya untuk pengembangan program strategis organisasi
7. Mampu memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah baik pada bidang profesinya, maupun masalah yang lebih luas dari bidang profesinya
8. Mampu bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang maupun yang tidak sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan yang kompleks yang terkait dengan bidang profesinya
9. Mampu mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dan kliennya
10. Mampu bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya
11. Mampu meningkatkan kapasitas pembelajaran diri sendiri dan tim yang berada di bawah tanggung jawabnya
12. Mampu berkontribusi dalam evaluasi atau pengembangan kebijakan nasional dalam rangka peningkatan mutu pendidikan profesi atau pengembangan kebijakan nasional pada bidang profesinya, dan
13. Mampu mendokumentasikan, menyimpan dan menemukan kembali data serta informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerja profesinya

3. Kompetensi

Standar Pendidikan Dokter Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang dilaksanakan mengacu pada Standar Kompetensi yang dituangkan pada Perkonsil 65 Tahun 2019. Standar Kompetensi pada Perkonsil 65 Tahun 2019 terdiri atas 7 area kompetensi yang memberikan gambaran akan peran, tugas dan fungsi seorang dokter spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer.

Standar kompetensi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) 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.

Standar kompetensi terdiri atas 7 (tujuh) area kompetensi yang diturunkan dari gambaran tugas, peran dan fungsi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC). Setiap area kompetensi dijabarkan lebih lanjut menjadi kemampuan yang kemudian disebut sebagai kompetensi inti. Standar kompetensi lulusan merupakan kriteria minimal tentang kualifikasi kemampuan lulusan yang mencakup sikap, pengetahuan, dan keterampilan yang dinyatakan dalam kompetensi inti, komponen kompetensi, dan rumusan capaian

pembelajaran lulusan, yang digunakan sebagai acuan utama pengembangan kurikulum pendidikan.

Area Kompetensi Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah:

- 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
- h. Pembelajaran kedokteran keluarga layanan primer

Uraian Area Kompetensi Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer adalah:

- a. Area Kompetensi: Etika, hukum, dan profesionalisme

Kompetensi ini dimaksudkan agar seorang Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) selain melaksanakan praktik kedokteran keluarga secara profesional, mempertimbangkan secara seksama prinsip ke-Tuhan-an, menjunjung etika, moral, dan hukum yang menjadi salah satu pilar utama profesinya dalam keseharian, namun melaksanakan pemberdayaan lingkungannya guna mewujudkan layanan yang menjunjung tinggi etika, moral, dan hukum, layanan yang sadar biaya dan sadar mutu, dan layanan yang dapat diaudit dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etik kedokteran.

- b. Area Kompetensi: Mawas diri dan pengembangan diri

Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) selain selalu mampu menyesuaikan diri dengan perubahan dan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta tuntutan masyarakat yang terus meningkat, juga melaksanakan berbagai inovasi dalam meningkatkan kualitas diri dan profesi yang bekerjasama dengannya dalam rangka meningkatkan kualitas layanan primer pada individu, keluarga dan komunitas. Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer juga mampu memfasilitasi pembelajaran Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer di wahana pendidikan layanan primer dan rujukan.

- c. Area Kompetensi: Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien

Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) selain mampu memanfaatkan potensi keluarga untuk mencapai tujuan terapi dan mengenali, mengendalikan, atau mengintervensi faktor keluarga yang menghambat proses pengobatan, juga mampu memberdayakan sumber daya keluarga untuk meningkatkan derajat kesehatan individu, keluarga dan komunitas dalam berbagai situasi dan kondisi termasuk masyarakat mono maupun multikultural. Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) juga mampu memberdayakan kemajuan teknologi dalam bidang informasi dalam rangka meningkatkan efektifitas dan efisiensi hubungan dokter-pasien di layanan primer.

- d. Area kompetensi: Pengelolaan informasi

Kompetensi ini sangat penting dikuasai oleh setiap Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) yang selain menerapkan prinsip-prinsip pelayanan kedokteran keluarga berbasis bukti (*Evidence Based Practice*), juga merancang dan melaksanakan pengumpulan data dan menganalisisnya secara mutakhir demi menunjang pelaksanaan layanan komprehensif yang dapat diaudit dan dipertanggungjawabkan secara ilmiah, berorientasi pasien dan masyarakat. Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) mampu menganalisa data dalam berbagai komunitas yang berbeda dalam menentukan kebutuhan pencegahan masyarakat menghadapi risiko masalah kesehatan, masalah kesehatan, komplikasi masalah kesehatan hingga rehabilitasi setelah masalah kesehatan terjadi dalam lingkup individu, keluarga, dan komunitas

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

Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) memiliki kemampuan dasar sebagai Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer secara mapan, dengan menerapkan ilmu biomedik, epidemiologi, biostatistik, perilaku, budaya, kedokteran sosial, kedokteran pencegahan dan kesehatan masyarakat dalam komunitas perkotaan, pedesaan, kedokteran perjalanan dan informatika medis yang mumpuni. Serta memiliki pengetahuan mendalam tentang tantangan kesehatan yang unik di lingkungan perkotaan, pedesaan, komunitas adat terpencil, masyarakat pelancong, korban kecanduan, masyarakat rentan dan terpinggirkan.

- f. Area kompetensi: Keterampilan Klinis Kedokteran Keluarga

Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) selain mempunyai keterampilan klinis sebagai dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, juga memiliki ketrampilan klinis dan ketrampilan komunitas yang dapat menjadi rujukan dalam menyelesaikan masalah-masalah terkait masalah sosial, masalah perjalanan, di perkotaan maupun di pedesaan serta ketrampilan dalam mengelola data, menganalisa data serta menginformasikannya kepada pasien dan masyarakat, dengan memperhatikan determinan sosial kesehatan, dengan cara pemberdayaan pasien, keluarga, kelompok sebaya, kelompok khusus, dan masyarakat di komunitas

- g. Area Kompetensi: Pengelolaan kesehatan

Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) bukan hanya selalu memperhitungkan pengaruh keluarga, komunitas, masyarakat dan lingkungannya, namun menggunakan dan memberdayakan keadaan sosial dan budaya yang ada pada keluarga dan komunitas untuk menjaga keadaan sehat keluarga, komunitas dan mengembalikan keadaan individu kembali sehat dan berfungsi sebagai pribadi, bagian dari keluarga dan komunitas. Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) bekerja secara mandiri dan berkolaborasi dalam tim pelayanan kesehatan serta mampu mengembangkan perannya dalam koordinator perawatan (*care coordinator*), kolaborator perawatan (*care collaborator*), menjadi bagian dari tim perawatan (*care team member*) dan/atau menjadi manajer pusat pelayanan kesehatan dengan dukungan informasi data yang

dikelola dan dianalisa secara terkini.

- h. Area Kompetensi: Pembelajaran Kedokteran Keluarga Layanan Primer Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) mampu memberikan fasilitasi proses belajar kepada peserta didik Sp.KKLP maupun peserta didik dari bidang keilmuan kedokteran yang lainnya. Kemampuan memfasilitasi proses belajar peserta didik ini meliputi kemampuan fasilitasi kelas besar, diskusi kelompok kecil, fasilitasi bermain peran, fasilitasi kelompok magang berbasis komunitas, melakukan observasi individu dan kelompok, memberikan umpan balik yang membangun, menstimulasi refleksi dan melakukan mentorship yang berkelanjutan sebagai pembimbing klinik. Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) akan menjadi tenaga pendidik yang handal dalam institusi pendidikan dokter maupun jejaring fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjut.

Tabel 2.1. Fellowship dari Pendidikan dr SpKKLP SubSp.COPC adalah:

| No | Fellowship |
|----|---|
| 1 | Kedokteran Informatik layanan primer (<i>primary care medical informatic</i>) |
| 2 | Penataan manajemen FKTP (<i>management of primary health care</i>) |
| 3 | Kedokteran perkotaan (<i>urban medicine</i>) |
| 4 | Kedokteran pedesaan (<i>rural medicine</i>) |
| 5 | Kedokteran komunitas adat terpencil (<i>indigenous medicine</i>) |
| 6 | Kedokteran sosial (<i>social medicine</i>) |
| 7 | Kedokteran masyarakat rentan dan termarginalisasi (<i>vulnerable and marginalized medicine</i>) |
| 8 | Kedokteran perilaku dan penanganan kecanduan (<i>addiction and behavioral medicine</i>) |
| 9 | Kedokteran perjalanan (<i>travel medicine</i>) |
| 10 | Kelembagaan pelayanan kedokteran komunitas spesifik (<i>Community health care institutionalized medicine</i>) |

Pengertian masing-masing *fellow*:

1. Kedokteran Informatik layanan primer (primary care medical informatics)
Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) terlatih untuk memiliki keterampilan dan pengetahuan yang luas dalam ilmu gabungan antara informasi medis, teknologi dan pengelolaan data untuk meningkatkan kualitas pelayanan pada pasien. *Medical Informatics* dapat mencakup sejumlah kompetensi yang melibatkan penggunaan teknologi informasi dalam pengelolaan pasien dan sistem kesehatan.
2. Penataan manajemen FKTP (management of primary health care)
Selain penanganan pasien, keluarga dan komunitasnya, Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) terlatih untuk menjadi manajemen wahana pelayanan di tingkat primer yang memiliki pendalaman mendalam terhadap kesehatan keluarga hingga mengelola pelayanan primer dengan koordinasi dan kolaborasi

berbagai professional kesehatan lainnya

3. Kedokteran perkotaan (*urban medicine*)

Dengan pengetahuan mendalam tentang tantangan kesehatan yang khas di lingkungan perkotaan, serta ketrampilan khusus dalam memberikan layanan kesehatan di lingkungan perkotaan, Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC) akan memberikan pelayanan yang efektif dan holistik komprehensif kepada masyarakat kota yang memiliki masalah khas karena kepadatan penduduk di perkotaan.
4. Kedokteran pedesaan (*rural medicine*)

Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC) akan memberikan pelayanan terjangkau yang efektif dan holistik komprehensif kepada masyarakat pedesaan yang memiliki masalah khas berdasarkan lingkungan, budaya dan keterbatasan sumber daya. Dengan pendalaman tentang tantangan kesehatan di pedesaan, serta ketrampilan khusus dalam memberikan pelayanan berkualitas walau dengan sumber daya terbatas, maka kebutuhan pelayanan kedokteran di pedesaan akan terpenuhi.
5. Kedokteran komunitas adat terpencil (*indigenous medicine*)

Sebagai tuan rumah di tanah air dengan hampir 2500 komunitas adat di Indonesia, Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC) memiliki pendalaman untuk terbuka dalam mempelajari sistem pengobatan tradisional yang unit pada masing-masing kelompok komunitas adat terpencil. Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC) akan memberikan solusi bagi beberapa masalah kesehatan, yang dapat diakui atau diintegrasikan sebagian atau sepenuhnya dalam sistem kesehatan konvensional.
6. Kedokteran sosial (*social medicine*)

Dengan pengetahuan mendalam tentang faktor-faktor sosial yang mempengaruhi kesehatan dan upaya-upaya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara menyeluruh, Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC) akan menekankan keterlibatan aktif dalam memahami dan mengatasi isu-isu sosial yang membawa perubahan positif untuk meningkatkan kesehatan.
7. Kedokteran masyarakat rentan dan termarginalisasi (*vulnerable and marginalized medicine*)

Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC) memiliki keterampilan dan pemahaman yang luas untuk memberikan pelayanan kesehatan yang inklusif dan efektif kepada kelompok rentan dan terpinggirkan dengan salah satu caranya adalah mengadaptasi praktik mereka sesuai dengan konteks lokal dan memastikan pelayanan yang berpusat pada pasien dan inklusif. Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC) memiliki perhatian khusus pada kelompok rentan dan termarginalisasi seperti kelompok LGBTQI, imigran, narapidana, keluarga dari pasien dengan penyakit yang masih menimbulkan stigma, serta kelompok dokter yang merupakan kelompok rentan terdepan untuk penyakit-penyakit yang berisiko menimbulkan bencana.
8. Kedokteran perilaku dan penanganan kecanduan (*addiction and*

behavioral medicine)

Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) mengaplikasikan kedokteran perilaku untuk penatalaksanaan perawatan kecanduan. Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) membantu individu untuk mengatasi kebiasaan buruk, mengidentifikasi pemicu-pemicu perilaku adiktif, dan mengembangkan strategi untuk menghindari atau menanggapi situasi-situasi yang dapat memicu keinginan untuk kembali ke perilaku kecanduan.

9. Kedokteran perjalanan (travel medicine)

Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) menekankan pada upaya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan bagi individu yang melakukan perjalanan dan memberikan perawatan holistik dan pencegahan yang efektif kepada individu yang melakukan perjalanan, serta membantu menjaga kesehatan selama dan setelah perjalanan.

10. Kelembagaan pelayanan kedokteran komunitas spesifik (Community health care institutionalized medicine)

Dalam tatalaksana komprehensif komunitas spesifik, timbul kebutuhan adanya wahana yang dapat menampung, memelihara dan menjaga kesehatan secara spesifik pula. Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) terlatih untuk memiliki keterampilan dan pengetahuan yang luas untuk memberikan pelayanan kesehatan yang holistik di lingkungan institusi dan masyarakat terlembaga.

Untuk menjadi seorang Dokter Subspesialis Community Oriented Primary Care Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC), diwajibkan menguasai 2 (dua) fellow wajib dan 4 (empat) fellow pilihan. Berikut daftar fellow wajib dan pilihan:

Fellow wajib:

| | |
|---|---|
| 1 | Kedokteran informatik layanan primer (<i>primary care medical informatic</i>) |
| 2 | Penataan manajemen FKTP (<i>management of primary health care</i>) |

Fellow pilihan:

| | |
|---|--|
| 1 | Kedokteran perkotaan (<i>urban medicine</i>) |
| 2 | Kedokteran pedesaan (<i>rural medicine</i>) |
| 3 | Kedokteran komunitas adat terpencil (<i>indigenous medicine</i>) |
| 4 | Kedokteran sosial (<i>social medicine</i>) |
| 5 | Kedokteran masyarakat rentan dan termarginalisasi (<i>vulnerable and marginalized medicine</i>) |
| 6 | Kedokteran perilaku dan penanganan kecanduan (<i>addiction and behavioral medicine</i>) |
| 7 | Kedokteran perjalanan (<i>travel medicine</i>) |
| 8 | Kelembagaan pelayanan kedokteran komunitas spesifik (<i>Specific community health care institutionalized medicine</i>) |

B. STANDAR ISI

Dengan 8 Area Kompetensi beserta penjabaran arti dari setiap area kompetensi dalam Pendidikan Dokter Subspesialis *Community Oriented Primary Care* Kedokteran Keluarga Layanan Primer, maka dibawah ini adalah komponen kompetensi dari setiap area kompetensi pada masing-masing fellow.

Isi kurikulum 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. Yang akan dirinci pada masing-masing standar pendidikan fellow.

Komponen kompetensi pada setiap fellow:

1. Kedokteran informatik layanan primer (*medical informatic in primary care*)

| No | Komponen Kompetensi, Kedokteran informatik layanan primer mampu | Capaian pembelajaran: lulusan Prodi SpKKLP SubSpCOPC, mampu | Kompetensi |
|----|---|---|----------------------------------|
| 1 | Mengembangkan keamanan informasi kesehatan dengan menjamin keamanan dan privasi informasi kesehatan pasien serta memahami dan mematuhi regulasi keamanan informasi kesehatan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis undang undang dan peraturan yang mengatur privasi dan keamanan data pasien Menganalisis peran dan tanggung jawab spesialis kedokteran keluarga dalam melindungi data pasien. Ini mungkin termasuk pemahaman terhadap teknologi enkripsi, manajemen hak akses, dan strategi mitigasi risiko • Mengembangkan sikap integritas dan etika profesional dalam manajemen dan perlindungan data. • Mengembangkan langkah-langkah keamanan pemanfaatan teknologi digital dalam praktek sehari-hari, seperti menggunakan password yang kuat, melindungi perangkat dari akses yang tidak sah, dan menjaga kerahasiaan informasi pasien. | Etika, hukum dan profesionalisme |
| 2 | Mengembangkan Inovasi Teknologi dengan mencari | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis teknologi terkini dan berbagai inovasi dalam bidang | Mawas diri dan pengembangan diri |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | dan mengintegrasikan inovasi teknologi baru untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan primer | <p>komunikasi dan informasi kesehatan yang dapat diterapkan dalam layanan primer untuk peningkatan efisiensi dan kualitas layanan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan sikap mawas diri dan pengembangan diri, berupaya untuk terus mempelajari teknologi baru dan tetap update dengan perkembangan terbaru dalam bidang informasi kesehatan.• Mengembangkan teknologi dan inovasi baru dalam praktek kedokteran sehari-hari di layanan primer untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas layanan. | |
| 3 | Mengembangkan Interoperabilitas sistem yaitu memastikan komunikasi yang efektif antara sistem informasi kesehatan yang berbeda serta mengoptimalkan pertukaran data untuk perawatan yang terkoordinasi. | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi konsep, prinsip, dan teknologi yang mendukung interoperabilitas sistem, seperti standar pertukaran data (misalnya, HL7, FHIR, IHE) dan terminologi standar kesehatan (misalnya, SNOMED, LOINC, ICD).• Mengembangkan sikap kerjasama dan kolaborasi dalam bekerja dengan pihak lain (seperti IT, penyedia EHR, dan staf klinik lainnya).• Mengembangkan standar pertukaran informasi dan terminologi dalam praktek perawatan primer sehari-hari untuk memfasilitasi pertukaran data yang efektif dan aman | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 4 | Mengembangkan pengelolaan Data dan Analisis dengan mengumpulkan, menganalisis, | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisis konsep-konsep dan teknik analisis data kesehatan pasien yang diperlukan untuk menghasilkan | Pengelolaan informasi |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | <p>dan menginterpretasi data kesehatan pasien serta menyediakan wawasan untuk mendukung perencanaan pelayanan kesehatan yang lebih baik.</p> | <p>wawasan yang berguna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan sikap kesadaran akan pentingnya pengelolaan data yang baik dalam memberikan perawatan kesehatan yang berkualitas. • Mengembangkan kemampuan untuk menganalisis data kesehatan secara kritis dan menggunakan teknik analisis yang relevan untuk menghasilkan wawasan yang berarti. | |
| 5 | <p>Pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan dengan memimpin atau berpartisipasi dalam proyek pengembangan atau upgrade sistem informasi kesehatan serta memastikan kelancaran implementasi proyek tersebut.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis kerangka kerja, metode, dan alat yang digunakan dalam pengelolaan sistem informasi kesehatan, termasuk pemahaman tentang manajemen risiko dan kualitas sistem. • Mengembangkan sikap kepemimpinan dan kemampuan berkolaborasi dalam mengorganisir tim proyek serta berpartisipasi aktif dalam pemecahan masalah dan pengambilan keputusan. • Mengembangkan program evaluasi proyek untuk memastikan keberhasilan implementasi sistem informasi kesehatan, termasuk memperhatikan aspek akuntabilitas, keamanan data, dan kepuasan pengguna | <p>Pengelolaan informasi</p> |
| 6 | <p>Mengembangkan Decision Support</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi prinsip dasar sistem | <p>Landasan ilmiah ilmu kedokteran</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | <p>Systems yaitu memanfaatkan sistem pendukung keputusan untuk membantu dalam pengambilan keputusan klinis dan menggunakan alat bantu keputusan berbasis bukti untuk meningkatkan kualitas pelayanan</p> | <p>pendukung keputusan (Decision Support Systems) dan teknik yang digunakan untuk membantu dalam pengambilan keputusan klinis</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan sikap pentingnya penggunaan sistem pendukung keputusan untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan klinis dalam praktik kedokteran keluarga• Mengembangkan penggunaan sistem pendukung keputusan dengan efektif, termasuk memasukkan data pasien, menganalisis informasi yang dihasilkan, dan menginterpretasikan rekomendasi yang didapatkan | <p>keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat</p> |
| 7 | <p>Implementasi sistem informasi kesehatan serta memastikan keberhasilan penggunaannya dalam praktik layanan primer.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi teknologi informasi kesehatan yang digunakan dalam praktik perawatan primer, seperti Electronic Health Records (EHR), Clinical Decision Support Systems (CDSS), dan telemedicine• Mengembangkan sikap yang menganggap penting implementasi sistem informasi kesehatan dalam meningkatkan efisiensi, keselamatan, dan kualitas perawatan dalam praktik kedokteran keluarga• Mengembangkan implementasi sistem informasi kesehatan secara efektif dalam praktek perawatan primer, termasuk pemrosesan data | <p>Keterampilan klinis kedokteran keluarga</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | <p>pasien, penggunaan EHR, dan penggunaan alat bantu keputusan klinis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyelenggarakan praktik berbasis telemedicine yang • berpusat pada pasien dan efektif | |
| 8 | <p>Mengembangkan Manajemen Sistem Informasi Kesehatan berupa pengelolaan sistem informasi kesehatan dalam layanan primer serta memastikan keamanan data pasien dan kepatuhan terhadap regulasi penjagaan privasi kesehatan.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi regulasi privasi kesehatan, seperti Health • Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) atau General Data Protection Regulation (GDPR), serta kepatuhan yang diperlukan dalam perlindungan data pasien. • Mengembangkan sikap bertanggung jawab terhadap privasi dan keamanan data pasien, serta memprioritaskan pemenuhan regulasi penjagaan privasi kesehatan. • Mengembangkan program keamanan data pasien dengan menerapkan langkah-langkah perlindungan dan kepatuhan terhadap regulasi penjagaan privasi kesehatan yang berlaku | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |
| 9 | <p>Mengembangkan Electronic Health Records (EHR) termasuk menggunakan dan mengelola catatan kesehatan elektronik serta integrasi informasi pasien dalam meningkatkan koordinasi</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis konsep dan prinsip dasar mengenai Electronic Health Records (EHR) dan penggunaannya dalam pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer. • Menganalisis standar dan pedoman yang berlaku terkait dengan pengembangan EHR, seperti Clinical | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |

| | | | |
|----|--|---|---|
| | perawatan | <p>Document Architecture (CDA) atau Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan sikap terbuka terhadap penggunaan teknologi informasi dan mengakui peran penting EHR dalam pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer. • Mengembangkan penggunaan sistem EHR dengan efektif, termasuk kemampuan untuk membuat catatan kesehatan elektronik yang akurat, menyusun dan melacak rencana perawatan pasien. | |
| 10 | Mengembangkan program pembimbingan klinik untuk menerapkan pembelajaran kedokteran informatik layanan primer | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis konsep dan prinsip dasar pembelajaran kedokteran informatik dalam konteks layanan primer. • Mempunyai sikap terbuka terhadap bidang kedokteran informatik dan mengakui pentingnya penerapan pembelajaran kedokteran informatik dalam praktek klinis di layanan primer. • Mengembangkan perancangan dan pelaksanaan program pembimbingan klinik yang memfasilitasi pembelajaran kedokteran informatik bagi rekan dokter di lingkungan layanan primer. | Pembelajaran Kedokteran Keluarga Layanan Primer |

2. Penataan manajemen FKTP (*management of primary health care*)

| No | Komponen Kompetensi, Penataan | Capaian pembelajaran: lulusan Prodi SpKKLP SubSpCOPC, mampu | Kompetensi |
|----|-------------------------------|---|------------|
|----|-------------------------------|---|------------|

| | manajemen FKTP mampu | | |
|---|---|--|----------------------------------|
| 1 | Menganalisa isu-isu sosial, termasuk isu-isu yang berkaitan dengan kesetaraan, keragaman, dan inklusivitas dalam memberikan perawatan yang adil, tidak memihak, dan tidak mendiskriminasi kepada semua pasien, tanpa memandang ras, agama, gender, orientasi seksual, atau latar belakang lainnya | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi isu-isu sosial yang berhubungan dengan kesetaraan, keragaman, dan inklusivitas dalam pelayanan kesehatan primer. • Menganalisa kebijakan, regulasi, dan perspektif hukum yang relevan dalam memberikan perawatan yang inklusif dan tidak diskriminatif. • Mengembangkan sikap empati, pengertian, dan sensitivitas sosial terhadap kebutuhan pasien dari berbagai latar belakang dan memastikan tidak adanya diskriminasi dalam memberikan perawatan • Mengembangkan praktik yang adil, tidak diskriminatif, dan inklusif dalam memberikan perawatan kepada semua pasien. • Mengembangkan kemampuan pembatasan pribadi dalam meminimalkan prasangka dan stereotip dalam interaksi dengan pasien | Etika, hukum dan profesionalisme |
| 2 | Mengembangkan penanganan isu-isu etis dalam praktik kesehatan primer. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa konsep dan aturan hukum yang terkait dengan praktik kesehatan primer dan perlindungan pasien. • Mengembangkan sikap tanggung jawab terhadap praktik etis dan profesional yang konsisten dengan prinsip-prinsip etika dan hukum. • Mengembangkan proses pengambilan keputusan etis yang sistematis dalam praktik kesehatan primer | Etika, hukum dan profesionalisme |
| 3 | Mengevaluasi aspek hukum dan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi kerangka hukum yang mengatur | Etika, hukum dan profesionalisme |

| | | | |
|---|--|--|----------------------------------|
| | etika dalam praktek kedokteran keluarga dan manajemen kesehatan masyarakat. | <p>praktik kedokteran keluarga dan manajemen kesehatan masyarakat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan sikap untuk secara aktif mengevaluasi dan menerapkan prinsip-prinsip etika dan aspek hukum yang berlaku dalam praktik sehari-hari. • Mengevaluasi situasi medis, menerapkan prinsip-prinsip etika, dan mempertimbangkan kerangka hukum yang berlaku dalam pengambilan keputusan klinis. | |
| 4 | Mengembangkan keterampilan kepemimpinan dan pengembangan profesional, termasuk partisipasi dalam program pendidikan berkelanjutan, pencapaian sertifikasi, ikut serta dalam penelitian dan proyek-proyek kualitas, serta berkontribusi pada pengembangan kebijakan dan praktik yang berkaitan dengan pelayanan kedokteran keluarga | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa konsep-konsep dan praktik terkini dalam pengembangan diri dan pemantauan kualitas. • Mengembangkan sikap untuk memahami pentingnya program pendidikan berkelanjutan, sertifikasi, penelitian, dan proyek-proyek kualitas dalam pengembangan profesi kedokteran keluarga • Mengembangkan program untuk berkontribusi pada pengembangan kebijakan dan praktik terkait dengan pelayanan kedokteran keluarga melalui partisipasi dalam organisasi profesional, advokasi, dan dialog dengan pemangku kepentingan terkait. | Mawas diri dan pengembangan diri |
| 5 | Mengembangkan keterlibatan dalam kegiatan advokasi kesehatan masyarakat dan mengembangkan kebijakan yang mendukung penguatan layanan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi isu-isu kesehatan masyarakat yang relevan, termasuk tren penyakit, determinan sosial kesehatan, dan perubahan kebijakan terkait pelayanan kesehatan primer. • Mengembangkan sikap komitmen untuk berperan dalam advokasi | Mawas diri dan pengembangan diri |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | kesehatan primer. | <p>kesehatan masyarakat dan pengembangan kebijakan yang mendukung penguatan layanan kesehatan primer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan terlibat aktif dalam kegiatan advokasi kesehatan masyarakat seperti penyuluhan, kampanye penyadaran, dan partisipasi dalam program-program advokasi terkait penguatan layanan kesehatan primer. | |
| 6 | Mengembangkan kerja sama dengan organisasi kesehatan masyarakat untuk meningkatkan akses dan pelayanan kesehatan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi berbagai model kerja sama yang dapat dilakukan antara spesialis kedokteran keluarga dan organisasi kesehatan masyarakat. • Mengembangkan sikap terbuka dan proaktif terhadap kerja sama dengan organisasi kesehatan masyarakat untuk meningkatkan akses dan pelayanan kesehatan. • Mengembangkan praktik terbaik dalam meningkatkan keterlibatan masyarakat dan membangun kapasitas dalam konteks pelayanan kesehatan. | Mawas diri dan pengembangan diri |
| 7 | Mengembangkan metoda komunikasi dokter-pasien yang baik yang terintegrasi untuk memperoleh rasa kepemilikan pasien terhadap kesehatan dan pelayanan kesehatan (patient engagement) | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa teknik komunikasi yang dapat meningkatkan rasa kepemilikan pasien terhadap kesehatan dan pelayanan kesehatan. • Mengembangkan sikap yang empatik, terbuka, dan responsif terhadap kebutuhan dan keinginan pasien. • Mengembangkan teknik komunikasi yang membangun kepercayaan dan empati, seperti menjelaskan diagnosis | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | dan pengobatan secara jelas serta memberikan ruang bagi pasien untuk mengungkapkan kekhawatiran dan pertanyaan. | |
| 8 | Mengembangkan cara berkomunikasi dengan menciptakan ruang yang aman dan terbuka bagi pasien untuk berbagi masalah kesehatan pasien | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi prinsip-prinsip dasar dalam menciptakan ruang komunikasi yang memungkinkan pasien untuk berbagi masalah kesehatan mereka.• Mengembangkan sikap yang empatik dan penuh perhatian terhadap kebutuhan dan masalah kesehatan pasien.• Mengembangkan layanan dengan waktu yang mencukupi untuk pasien dalam menjelaskan masalah kesehatan mereka tanpa terburu-buru.• Mengembangkan layanan dengan privasi dan kerahasiaan pasien, serta menciptakan suasana yang bebas dari gangguan dan interupsi. | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 9 | Mengembangkan program komitmen tenaga kesehatan dalam memberikan informasi yang akurat, terkini, dan memadai kepada pasien, serta menjawab pertanyaan atau kebingungan yang mungkin dimiliki oleh pasien | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi sumber-sumber informasi yang dapat diandalkan untuk memperoleh pengetahuan yang mutakhir dalam bidang pelayanan kesehatan• Mengembangkan sikap respek dan kepedulian terhadap keinginan pasien untuk memahami informasi yang diberikan.• Mengembangkan keterampilan mengkomunikasikan informasi secara efektif dengan menggunakan teknik seperti menjelaskan dengan gambar atau contoh yang relevan, menggunakan bahasa yang ramah, dan memastikan pasien memahami informasi | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | | yang diberikan. | |
| 10 | Mengembangkan kolaborasi pasien dalam berpartisipasi aktif pada penatalaksanaan kesehatannya sendiri karena telah didiskusikan sehingga memahami implikasi jangka panjang dari pilihan mereka, serta membantu mereka memilih pendekatan yang sesuai dengan nilai-nilai dan preferensi mereka sendiri. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa nilai-nilai dan preferensi pasien serta bagaimana mengintegrasikannya dalam perencanaan penatalaksanaan kesehatan. • Mengembangkan sikap terbuka terhadap kolaborasi dengan pasien dan menghormati keputusan yang diambil oleh pasien. • Mengembangkan layanan yang membantu pasien memahami implikasi jangka panjang dari pilihan penatalaksanaan kesehatan dan membantu mereka memilih pendekatan yang sesuai dengan nilai-nilai dan preferensi pribadi. | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 11 | Mengembangkan penggunaan teknologi informasi terkini untuk mendukung manajemen informasi dan layanan kesehatan primer. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi berbagai platform, aplikasi, dan tools terkini yang tersedia untuk mendukung pengelolaan informasi kesehatan dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan primer. • Mengembangkan sikap profesional dalam penggunaan teknologi informasi, meliputi etika dalam komunikasi digital dan penanganan data pasien. • Mengembangkan implementasikan berbagai platform dan aplikasi untuk memfasilitasi komunikasi dengan pasien dan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. | Pengelolaan informasi |
| 12 | Mengembangkan penggunaan platform telemedicine dan sumber daya digital lainnya untuk | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi peraturan, etika, dan best practice terkait telemedicine, termasuk masalah privasi dan sekuritas data • Menganalisa keuntungan, tantangan, dan batasan | Pengelolaan informasi |

| | | | |
|----|--|---|-----------------------|
| | memfasilitasi konsultasi dan pemantauan jarak jauh. | <p>telemedicine dibandingkan dengan praktek medis konvensional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan sikap yang berorientasi pada pasien, memastikan bahwa teknologi digunakan dengan cara yang memaksimalkan manfaat bagi pasien dan tidak mengorbankan kualitas perawatan. • Mengembangkan implementasi penggunaan platform telemedicine dan sumber daya digital lainnya dalam prakteknya, termasuk konsultasi dan pemantauan jarak jauh dalam rangka meningkatkan kualitas layanan dan pengalaman pasien melalui penggunaan teknologi. | |
| 13 | Mengembangkan manajemen pendaftaran pasien, jadwal praktek, penjadwalan pasien, dan penanganan administrasi keuangan serta jadwal tindak lanjut pasien | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi sistem, teknologi, dan alat yang dapat digunakan untuk memfasilitasi proses pendaftaran pasien, penjadwalan praktik dan pasien, administrasi keuangan, dan penjadwalan tindak lanjut. • Mengembangkan sikap yang proaktif terhadap efisiensi dan organisasi dalam praktek medis, dan memperlakukan manajemen praktek sebagai bagian penting dari pelayanan pasien • Mengembangkan sistem dan teknologi untuk efisiensi dan akurasi dalam manajemen pendaftaran dan penjadwalan pasien, penanganan administrasi keuangan, dan penjadwalan tindak lanjut | Pengelolaan informasi |
| 14 | Menganalisa aspek | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi aplikasi | Landasan ilmiah |

| | | | |
|----|--|---|---|
| | manajemen risiko dalam praktek kesehatan primer. | <p>manajemen risiko pada praktek kesehatan primer, seperti risiko klinis, operasional, keuangan, dan reputasional.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan sikap komitmen untuk manajemen risiko proaktif untuk menjaga keamanan pasien dan stabilitas praktek• Mengembangkan pengetahuan teoretis dan praktis dalam ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat untuk memahami dan menangani tantangan dan risiko di tingkat individual dan komunitas. | ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 15 | Mengevaluasi inisiatif peningkatan kualitas untuk meningkatkan hasil pelayanan pada pasien. | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi konsep-konsep dan alat peningkatan kualitas dalam pelayanan kesehatan, termasuk audit klinis, penilaian hasil, penelitian pelayanan kesehatan, dan lainnya.• Mengembangkan sikap integritas, kerjasama, dan profesionalisme dalam semua inisiatif peningkatan kualitas• Mengembangkan kerja sama secara efektif dengan tim kesehatan dan komunitas yang lebih luas untuk mengimplementasikan dan mendukung inisiatif peningkatan kualitas. | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 16 | Mengembangkan perancangan kebijakan dan prosedur praktik untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi pelayanan | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi landasan ilmiah yang mendukung pengembangan kebijakan dan prosedur praktik yang berkualitas tinggi dan efisien.• Mengembangkan sikap kepekaan terhadap perbedaan budaya, sosial, | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | <p>dan ekonomi dalam pengembangan kebijakan dan praktik kesehatan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan kolaborasi dengan berbagai pemangku kepentingan, termasuk rekan dokter, perawat, administrator, dan masyarakat umum dalam merancang kebijakan dan prosedur praktik yang efisien dan berkualitas. | |
| 17 | <p>Mengembangkan perancangan dan melaksanakan program manajemen penyakit kronis, seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit kardiovaskular.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi pedoman terkini dalam manajemen penyakit kronis, termasuk strategi pencegahan, diagnosis, serta pengobatan dan tatalaksana yang efektif• Mengembangkan sikap untuk bekerja sama dengan tim interprofesional dalam manajemen penyakit kronis, termasuk perawat, ahli gizi, farmasis, dan tenaga kesehatan lainnya• Mengembangkan kemampuan dalam merencanakan dan melaksanakan tatalaksana penyakit kronis yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien, termasuk pemberian obat-obatan, pengobatan non-farmakologi, serta pengaturan rujukan ke spesialis bila diperlukan. | <p>Keterampilan klinis kedokteran keluarga</p> |
| 18 | <p>Mengembangkan integrasikan perawatan jangka panjang yang melibatkan pasien dan keluarganya</p> | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi manajemen penyakit kronis, pemeriksaan kesehatan, rehabilitasi, perawatan jangka panjang, dan tatalaksana pasien umum.• Mengembangkan sikap pentingnya meningkatkan mutu pelayanan, mengikuti perkembangan medis terkini, dan berkomitmen untuk | <p>Keterampilan klinis kedokteran keluarga</p> |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | <p>memberikan perawatan yang informatif dan holistik</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan dan mengintegrasikan perawatan jangka panjang yang melibatkan pasien dan keluarganya dalam konteks keterampilan klinis kedokteran keluarga | |
| 19 | <p>Mengembangkan partisipasi dalam program-program kesehatan masyarakat yang bertujuan meningkatkan kesehatan populasi.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi faktor-faktor risiko, prevalensi, dan dampak penyakit dalam populasi tertentu.• Mengembangkan sikap kesadaran terhadap pentingnya pemusatan perhatian pada pencegahan dan pengendalian penyakit, bukan hanya pada pengobatan penyakit yang sudah ada• Mengembangkan partisipasi dalam program-program kesehatan masyarakat yang bertujuan meningkatkan kesehatan populasi dalam konteks Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |
| 20 | <p>Mengembangkan kebijakan dan prosedur untuk meningkatkan kualitas layanan dan kepuasan pasien.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi indikator-indikator kualitas pelayanan dan metode peningkatan kualitas yang relevan• Mengembangkan sikap progresif dan inovatif terhadap pengembangan kebijakan dan prosedur yang bertujuan meningkatkan kualitas layanan dan kepuasan pasien• Mengembangkan kebijakan dan prosedur untuk meningkatkan kualitas layanan dan kepuasan pasien dalam konteks Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | primer | |
| 21 | Mengembangkan program pembimbingan klinik untuk menerapkan pembelajaran penataan manajemen FKTP | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi prinsip-prinsip penataan dan pengorganisasian sumber daya, termasuk kompetensi manajemen yang diperlukan dalam mengelola dan mengembangkan fasilitas kesehatan primer • Mengembangkan sikap kooperatif dan dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dalam mengimplementasikan program pembimbingan klinik • Mengembangkan program pembimbingan klinik untuk menerapkan pembelajaran penataan manajemen fasilitas kesehatan tingkat primer dalam konteks Pembelajaran Kedokteran Keluarga Layanan Primer | Pembelajaran Kedokteran Keluarga Layanan Primer |

3. Kedokteran perkotaan (urban medicine)

| No | Komponen Kompetensi Kedokteran Perkotaan: mampu | Capaian pembelajaran: lulusan Prodi SpKKLP SubSpCOPC, mampu | Kompetensi |
|----|---|---|----------------------------------|
| 1 | Mengembangkan strategi pemberdayaan komunitas yang mempertimbangkan keragaman budaya dan sosial di lingkungan perkotaan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi kondisi kesehatan komunitas perkotaan • Mengembangkan solusi dalam tantangan khusus kesehatan perkotaan | Etika, hukum dan profesionalisme |
| 2 | Menganalisa keanekaragaman budaya dan multikultural di lingkungan perkotaan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi keragaman budaya dan sosial masyarakat perkotaan • Menganalisa faktor-faktor sosial dan budaya yang memengaruhi kesehatan masyarakat. • Mengembangkan profil kesehatan masyarakat perkotaan yang memperhitungkan | Mawas diri dan pengembangan diri |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | | variasi budaya dan sosial. | |
| 3 | Mengembangkan pendekatan pelayanan kesehatan dengan kebutuhan budaya pasien. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan keterampilan komunikasi yang efektif untuk berinteraksi dengan masyarakat yang beragam budaya dan sosial • Mengembangkan pendekatan pelayanan yang menunjukkan penghargaan terhadap perbedaan dan membangun hubungan yang inklusif dengan komunitas | Mawas diri dan pengembangan diri |
| 4 | Mengembangkan pendidikan kesehatan pada masyarakat perkotaan tentang gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, dan manajemen kesehatan diri. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan pendidikan dan pelatihan komunitas • Mengevaluasi dampak program | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 5 | Mengembangkan program partisipasi aktif masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan upaya kesehatan perkotaan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan penggunaan metode partisipatif masyarakat perkotaan • Mengembangkan rancangan program pemberdayaan komunitas | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 6 | Mengembangkan koordinasi tanggap darurat dengan penyedia layanan kedaruratan dan bencana di perkotaan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi penyedia layanan darurat, rumah sakit, dan lembaga kedaruratan lainnya di wilayah perkotaan • Mengembangkan rencana tanggap darurat yang sesuai dengan karakteristik perkotaan. • Menganalisis risiko kesehatan lingkungan yang unik bagi wilayah perkotaan • Mengidentifikasi potensi dampak kesehatan dari bencana alam atau | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | | <p>insiden lainnya di lingkungan tersebut.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan strategi komunikasi publik untuk menyampaikan informasi kepada masyarakat selama dan setelah kejadian darurat. | |
| 7 | Mengembangkan kegiatan advokasi dokter keluarga untuk perbaikan kesehatan perkotaan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan integrasi yang mempromosikan keberlanjutan program pemberdayaan komunitas • Mengembangkan strategi yang memperhatikan aspek-aspek keadilan sosial dan mengurangi disparitas kesehatan | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 8 | Mengembangkan program kemitraan dengan lembaga-lembaga kesehatan, pemerintah lokal, dan organisasi masyarakat dalam rangka meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan di lingkungan perkotaan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan kolaborasi dalam tim multidisiplin • Mengembangkan kebijakan kesehatan yang inklusif | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 9 | Menganalisa kebutuhan masyarakat perkotaan terhadap akses dan kualitas layanan kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa kebutuhan dan sumber daya komunitas dengan memperhatikan keragaman budaya dan sosial • Mengembangkan program pemanfaatan sumber daya komunitas yang ada | Pengelolaan informasi |
| 10 | Mengembangkan teknologi informasi kesehatan untuk meningkatkan pengelolaan rekam medis, koordinasi perawatan, dan komunikasi dengan pasien, keluarga dan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan teknologi informasi untuk koordinasi perawatan antarprofesional dan lintasfasilitas. • Mengembangkan sistim komunikasi dengan pasien melalui | Pengelolaan informasi |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | komunitas masyarakat perkotaan. | <p>portal kesehatan elektronik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan pemantauan yang efektif terhadap pasien melalui platform kolaboratif. • Mengembangkan peningkatan akses pasien ke sumber daya kesehatan digital. • Mengembangkan sistim perbaikan berkelanjutan • untuk meningkatkan efisiensi dan keefektifan. | |
| 11 | Menganalisa dinamika kesehatan dalam konteks perkotaan, termasuk faktor- faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan yang memengaruhi kesehatan masyarakat kota. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis dampak faktor sosial seperti pendidikan, pekerjaan, dan status ekonomi terhadap kesehatan masyarakat perkotaan. • Menganalisis dampak lingkungan fisik perkotaan, seperti polusi udara dan desain kota, terhadap kesehatan masyarakat • Mengevaluasi ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan di perkotaan • Mengidentifikasi hambatan yang mungkin dialami oleh masyarakat dalam mencari perawatan. • Menganalisis dampak urbanisasi dan tekanan kehidupan perkotaan terhadap kesehatan mental. • Menganalisis faktor-faktor ketertiban dan keamanan di lingkungan perkotaan dan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat. | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 12 | Mengembangkan penerapan intervensi pencegahan yang efektif dalam komunitas | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan program pencegahan berbasis bukti untuk menangani faktor risiko kesehatan | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | perkotaan. | <p>tertentu. Mengembangkan kemitraan dengan organisasi masyarakat, lembaga pendidikan, dan pihak terkait lainnya.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan program ketelibatan komunitas dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi program pencegahan.• Mengembangkan strategi pendidikan kesehatan dalam berbagai format, termasuk seminar, workshop, dan materi edukasi online.• Mengembangkan materi yang dapat diakses dan dipahami oleh berbagai lapisan masyarakat.• Mengembangkan pendekatan yang sensitif terhadap budaya untuk memastikan relevansi dan penerimaan program pencegahan serta beradaptasi dengan nilai dan norma lokal untuk meningkatkan efektivitas intervensi. | kesehatan masyarakat |
| 13 | Mengembangkan program vaksinasi dan pencegahan spesifik lainnya yang sesuai dengan masalah kesehatan di perkotaan | <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan program vaksinasi dan pencegahan dengan kebutuhan kesehatan spesifik komunitas.• Menganalisis kebutuhan vaksinasi tambahan untuk kelompok risiko tinggi atau populasi yang rentan.• Mengembangkan program penilaian terhadap ketersediaan dan aksesibilitas vaksin di fasilitas kesehatan perkotaan. | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisis data untuk menilai keberhasilan program dan mengidentifikasi area untuk perbaikan• Mengembangkan inovasi dalam strategi pencegahan, seperti penggunaan teknologi atau pendekatan baru. | |
| 14 | Mengembangkan upaya pemantauan kesehatan anak dan remaja di lingkungan perkotaan. | <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan program pemantauan tumbuh kembang anak yang dapat diintegrasikan ke dalam kurikulum pendidikan.• Mengembangkan program pencegahan dampak penggunaan teknologi digital dan media sosial terhadap kesehatan anak dan remaja.• Mengembangkan strategi pemantauan khusus untuk kondisi kesehatan tertentu yang sering terjadi pada anak dan remaja di perkotaan• Mengembangkan program pemantauan kesehatan• anak dan remaja yang dapat diintegrasikan ke dalam sistem layanan kesehatan yang lebih besar. | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 15 | Mengembangkan upaya pemantauan kesehatan reproduksi dan kesehatan perempuan di lingkungan perkotaan | <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan program pemantauan kesehatan reproduksi yang mencakup berbagai tahapan kehidupan reproduksi perempuan sesuai dengan panduan kesehatan nasional dan internasional.• Mengembangkan jaringan kolaboratif untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan reproduksi di | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | | <p>lingkungan perkotaan</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan strategi pemantauan khusus untuk kesehatan reproduksi remaja.• Mengembangkan program pemantauan dan penatalaksanaan faktor risiko kesehatan reproduksi seperti merokok, konsumsi alkohol, dan paparan zat berbahaya di lingkungan perkotaan.• Mengembangkan program kolaborasi lintas profesional tentang pendidikan seksualitas yang sesuai dengan berbagai kelompok usia pada masyarakat perkotaan | |
| 16 | Mengembangkan upaya pemantauan kesehatan pekerja di perkotaan | <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan protokol pemantauan yang mempertimbangkan risiko dan kebutuhan kesehatan pekerja di lingkungan perkotaan• Mengembangkan layanan konseling dan dukungan psikologis bagi pekerja yang mengalami stres atau masalah kesehatan mental terkait pekerjaan dan mengelola tekanan kerja serta meningkatkan kesejahteraan mental.• Mengembangkan program vaksinasi untuk pekerja yang berisiko tinggi atau bekerja dalam lingkungan dengan risiko kesehatan tertentu• Merngembangkan strategi untuk meningkatkan keseimbangan antara kehidupan kerja dan | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | | kehidupan pribadi. | |
| 17 | Mengembangkan upaya pemantauan kesehatan usia lanjut di perkotaan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi tantangan kesehatan khusus yang dihadapi oleh populasi usia lanjut di lingkungan perkotaan. • Mengembangkan protokol pemantauan yang mempertimbangkan kebutuhan dan karakteristik kesehatan usia lanjut di lingkungan perkotaan. • Mengembangkan program pemantauan kesehatan mental dan emosional pada usia lanjut, termasuk depresi dan kecemasan. • Mengembangkan program evaluasi keamanan rumah bagi individu usia lanjut. • Mengembangkan program olahraga dan kebugaran yang sesuai dengan kondisi fisik usia lanjut. • Mengembangkan program penyuluhan kepada masyarakat tentang proses penuaan dan bagaimana merawat individu usia lanjut. | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 18 | Mengembangkan program penatalaksanaan masalah kesehatan mental yang sering dijumpai pada lingkungan perkotaan, termasuk kecemasan, depresi, dan stress yang terkait dengan tekanan hidup perkotaan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menilai faktor-faktor khusus yang berkontribusi pada masalah kesehatan mental di lingkungan perkotaan. Mengembangkan program penilaian awal untuk mengidentifikasi gejala-gejala kesehatan mental pada pasien • Mengembangkan protokol intervensi untuk penanganan masalah kesehatan mental yang umum di lingkungan perkotaan dengan memasukkan pendekatan holistik | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | | <p>dalam penatalaksanaan, termasuk aspek fisik, emosional, dan sosial.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan program pemberdayaan pasien untuk mengelola kesehatan mental mereka sendiri.• Mengembangkan integrasi terapi kognitif dan behavioral dalam program penatalaksanaan sekaligus ketrampilan koping pasien dalam mengatasi stres dan cemas. | |
| 19 | <p>Mengembangkan penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi yang sesuai dengan kebutuhan penduduk perkotaan, termasuk program perencanaan keluarga dan pelayanan antenatal.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan program perencanaan keluarga yang sesuai dengan kebutuhan penduduk perkotaan.• Mengembangkan pelayanan antenatal yang holistik, termasuk pemeriksaan kehamilan, konseling gizi, dan pemantauan kesehatan ibu hamil dengan penekanan pada risiko-risiko kesehatan yang mungkin terjadi selama kehamilan dan memberikan intervensi yang tepat waktu di perkotaan• Mengembangkan strategi untuk meningkatkan keterlibatan pasien dan pemberdayaan masyarakat dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan reproduksi• Mengembangkan kerja sama dengan penyedia layanan kesehatan lainnya untuk mendukung pendekatan holistik terhadap kesehatan | <p>Keterampilan klinis kedokteran keluarga</p> |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | <p>reproduksi</p> <ul style="list-style-type: none">• Menganalisis isu-isu kesehatan reproduksi kontemporer, seperti penggunaan teknologi reproduksi, penanganan infertilitas, dan pengelolaan kehamilan risiko tinggi. | |
| 20 | <p>Mengembangkan penanganan keadaan darurat kesehatan dan trauma yang lebih sering terjadi di lingkungan perkotaan.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi kondisi darurat kesehatan yang lebih sering terjadi di lingkungan perkotaan, seperti serangan jantung, stroke, kecelakaan lalu lintas, dan insiden kebakaran• Memberikan konseling dan dukungan psikologis kepada pasien dan keluarga yang mengalami trauma atau keadaan darurat, serta mengarahkan mereka ke sumber daya mental kesehatan yang sesuai.• Mengembangkan program pelatihan masyarakat tentang tindakan pertolongan pertama dan respons darurat untuk meningkatkan kapasitas masyarakat dalam menghadapi keadaan darurat yang sering terjadi di lingkungan perkotaan.• Mengembangkan program pengelolaan stres dan kelelahan yang mungkin timbul pada petugas kesehatan selama penanganan keadaan darurat, untuk memastikan kualitas pelayanan yang optimal.• Mengembangkan tindakan penanganan | <p>Keterampilan klinis kedokteran keluarga</p> |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | keadaan darurat kolaboratif dan koordinatif dengan tim multidisiplin dan spesialis lain. | |
| 21 | Mengembangkan pengelolaan penyakit-penyakit yang cenderung sering terjadi di lingkungan perkotaan, seperti penyakit pernapasan, penyakit terkait polusi udara, dan gangguan kesehatan mental yang berkaitan dengan stress perkotaan. | <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan program pencegahan berbasis bukti untuk mengurangi insidensi penyakit perkotaan dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.• Mengembangkan strategi pencegahan dan penanganan bagi pasien yang terkena dampak polusi udara perkotaan, serta memberikan edukasi kepada masyarakat tentang cara melindungi diri dari polusi udara• Mengembangkan deteksi gangguan kesehatan mental yang berkaitan dengan stres perkotaan, seperti kecemasan dan depresi, dan memberikan intervensi yang sesuai, termasuk rujukan ke spesialis mental kesehatan• Mengembangkan program pengelolaan stres untuk membantu pasien mengatasi dampak stres perkotaan, termasuk strategi koping dan promosi kesejahteraan mental. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 22 | Menganalisa penyediaan pelayanan kesehatan yang mempertimbangkan faktor-faktor lingkungan perkotaan yang dapat memengaruhi kesehatan, seperti polusi udara, kepadatan | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa dampak implementasi program kesehatan lingkungan, dan melakukan penyesuaian berdasarkan hasil evaluasi untuk meningkatkan efektivitas.• Menganalisa risiko lingkungan bagi pasien | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | penduduk, dan akses terhadap sumber daya hijau | <p>dan masyarakat perkotaan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat memengaruhi kesehatan mereka.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa kasus kesehatan yang disebabkan oleh faktor lingkungan, serta memberikan saran untuk pencegahan lebih lanjut. | |
| 23 | Mengembangkan program pencegahan penyakit menular yang sesuai dengan risiko kesehatan di lingkungan perkotaan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan inisiatif untuk meningkatkan kebersihan lingkungan perkotaan, termasuk manajemen sampah, sanitasi, dan pelayanan air bersih. • Mengembangkan teknologi, seperti aplikasi kesehatan dan media sosial, untuk memantau penyebaran penyakit menular dan menyampaikan informasi edukatif kepada masyarakat • Mengembangkan evaluasi dan memetakan zona risiko penyakit menular di lingkungan perkotaan untuk merancang strategi pencegahan yang lebih spesifik • Mengembangkan program vaksinasi yang efektif untuk mencegah penyakit menular yang dapat dicegah melalui imunisasi, dan memberikan informasi serta dukungan kepada masyarakat tentang pentingnya vaksinasi. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 24 | Mengembangkan program pembimbingan klinik untuk menerapkan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan kemampuan untuk merancang program pembelajaran klinik yang sesuai dengan | Pembelajaran Kedokteran Keluarga Layanan Primer |

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|
| | pembelajaran kedokteran perkotaan | <p>kebutuhan dokter keluarga dalam menghadapi situasi kesehatan perkotaan</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengembangkan keterampilan klinis yang spesifik untuk kasus-kasus yang sering terjadi di lingkungan perkotaan, seperti manajemen penyakit menular, penyakit pernapasan, dan gangguan kesehatan mental. | |
|--|-----------------------------------|--|--|

4. Kedokteran pedesaan (*rural medicine*)

| No. | Komponen Kompetensi Kedokteran Pedesaan, mampu | Capaian pembelajaran: lulusan Prodi SpKKLP SubSp COPC, mampu | Kompetensi |
|-----|--|---|----------------------------------|
| 1 | Mengidentifikasi dan mengevaluasi konteks pedesaan yang mempengaruhi dan membentuk sistem kesehatan pedesaan | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa berbagai elemen (<i>geographic and environmental elements</i>) yang membentuk konteks pedesaan yang menjadi determinan kesehatan pedesaan. • Menganalisis secara mendalam karakteristik realitas geografi (<i>geographic realities</i> dan aspek perkembangan (<i>developmental aspects</i>) yang berperan langsung dalam menentukan sistem kesehatan pedesaan. • Memahami dan mengembangkan pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan praktik klinis dan intervensi kesehatan masyarakat melalui layanan kesehatan komprehensif dengan melibatkan partisipasi komunitas dan kolaborasi antar profesional dan | Etika, hukum dan profesionalisme |

| | | antar sektoral. | |
|---|--|---|----------------------------------|
| 2 | Mengevaluasi identifikasi dan pemanfaatan sumber daya komunitas pedesaan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisis secara mendalam karakteristik, nilai-nilai budaya, dan tantangan kesehatan yang unik di komunitas pedesaan• Mengembangkan program promosi kesehatan yang disesuaikan dengan konteks pedesaan, memanfaatkan budaya lokal dan memperkuat pandangan positif masyarakat terhadap praktik hidup sehat.• Mengembangkan evaluasi berkala terhadap program kesehatan komunitas yang dilaksanakan, dan mengidentifikasi cara-cara untuk meningkatkan dampak dan partisipasi masyarakat. | Etika, hukum dan profesionalisme |
| 3 | Mengembangkan penerapan strategi inovatif untuk meningkatkan akses dan pelayanan kesehatan | <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan keterampilan dalam menyelaraskan nilai-nilai kesehatan modern dengan etika tradisional dalam menyusun rencana penatalaksanaan yang bermakna.• Mengembangkan penerapan teknologi, seperti telemedicine atau aplikasi kesehatan, untuk meningkatkan akses dan memfasilitasi pelayanan kesehatan di pedesaan | Etika, hukum dan profesionalisme |
| 4 | Mengembangkan keterlibatan masyarakat dalam pengambilan keputusan kesehatan dan perancangan program-program pemberdayaan | <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan keterampilan untuk melakukan penilaian kesehatan komunitas dengan melibatkan partisipasi aktif masyarakat dan mengidentifikasi masalah kesehatan | Etika, hukum dan profesionalisme |

| | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| | komunitas. | <p>khusus yang perlu ditangani.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan pemanfaatan sumber daya lokal, seperti tokoh masyarakat, untuk menyampaikan pesan edukasi kesehatan kepada masyarakat pedesaan | |
| 5 | Mengembangkan program kesehatan lokal yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat pedesaan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan kolaborasi dengan praktisi kesehatan lokal, termasuk dukun bayi, bidan desa, atau tenaga kesehatan tradisional, untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan di pedesaan. • Mengembangkan program pemetaan dan analisis epidemiologi lokal untuk mengidentifikasi prioritas kesehatan dan melibatkan komunitas dalam upaya pencegahan dan pengelolaan penyakit. | Etika, hukum dan profesionalisme |
| 6 | Mengembangkan indikator kesadaran dan penghargaan terhadap keanekaragaman budaya di masyarakat pedesaan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan sensitivitas terhadap nilai-nilai lokal dan kepercayaan masyarakat pedesaan yang dapat mempengaruhi keputusan kesehatan, termasuk dalam konteks perawatan dan pengobatan • Mengembangkan keterampilan dalam merancang dan melaksanakan program kesehatan yang mengakomodasi keanekaragaman budaya, seperti penyuluhan kesehatan dan kampanye preventif. | Mawas diri dan pengembangan diri |
| 7 | Menganalisa | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa | Mawas diri dan |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | penyesuaian pendekatan pelayanan kesehatan dengan kebutuhan budaya pasien. | <p>kepesertaan diri dalam pelatihan atau workshop kultural secara berkala untuk terus meningkatkan pemahaman dan keterampilan dalam merespons keanekaragaman budaya di masyarakat pedesaan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis faktor-faktor sosial dan ekonomi yang mempengaruhi kesehatan masyarakat pedesaan, serta kemampuan untuk merancang intervensi yang sesuai | pengembangan diri |
| 8 | Menganalisis kontribusi pelayanan kedokteran keluarga pada upaya pemeliharaan lingkungan sehat pedesaan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa risiko lingkungan di pedesaan yang dapat berdampak pada kesehatan keluarga, termasuk polusi air, polusi udara, dan masalah sanitasi. • Menganalisa sumber daya alam lokal yang dapat mendukung kesehatan masyarakat, seperti sumber air bersih dan tanaman obat-obatan tradisional. | Mawas diri dan pengembangan diri |
| 9 | Mengembangkan penyediaan pelayanan kesehatan yang mempertimbangkan faktor lingkungan di daerah pedesaan, seperti kualitas air dan sanitasi | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan prinsip-prinsip ekologi dalam praktik klinis, termasuk pemahaman tentang keterkaitan antara kesehatan manusia dan ekosistem lokal. • Mengembangkan strategi pencegahan lingkungan yang dapat diterapkan dalam praktik kedokteran keluarga, termasuk advokasi untuk pemeliharaan lingkungan sehat. | Mawas diri dan pengembangan diri |
| 10 | Mengevaluasi pemberian edukasi kesehatan kepada | <ul style="list-style-type: none"> • mengevaluasi komunikasi dan bahasa untuk | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter- |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | masyarakat pedesaan tentang gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, dan kesehatan reproduksi. | <ul style="list-style-type: none">• memfasilitasi pemahaman dan keterlibatan pasien dalam lingkungan pedesaan yang mungkin memiliki variasi dialek atau bahasa lokal.• Mengevaluasi edukasi kepada keluarga dan masyarakat tentang kesehatan lingkungan, termasuk dampak kesehatan dari kebiasaan tertentu dan cara meminimalkan risiko. | pasien |
| 11 | Mengembangkan program promosi kesehatan untuk meningkatkan literasi kesehatan masyarakat pedesaan | <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan komunikasi efektif dalam menghargai keterlibatan budaya pada proses penyuluhan kesehatan, pembinaan, dan konseling, sehingga informasi disampaikan dengan memperhatikan konteks budaya• Mengembangkan keterampilan kultural, seperti mengenali ekspresi non-verbal dan memberikan respons yang sesuai terhadap kebutuhan budaya pasien. | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 12 | Menganalisis upaya advokasi yang mendukung kesejahteraan masyarakat pedesaan. | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa pemetaan kesehatan dan budaya lokal secara berkala untuk memahami perubahan dan perkembangan yang dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan.• Mengevaluasi kepekaan terhadap perbedaan konteks dan kehidupan di pedesaan• Mengevaluasi isu-isu kesejahteraan yang memerlukan perhatian dan advokasi.• Mengembangkan | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | keterampilan dalam merancang dan melaksanakan kampanye advokasi yang mempromosikan kesejahteraan masyarakat pedesaan. | |
| 13 | Mengembangkan upaya advokasi perubahan kebijakan dan perbaikan infrastruktur kesehatan di daerah pedesaan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan upaya advokasi untuk peningkatan sumber daya kesehatan di pedesaan, baik dalam hal infrastruktur fisik maupun tenaga kesehatan yang berkualitas | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 14 | Mengevaluasi pemanfaatan teknologi informasi kesehatan untuk mendukung pengelolaan rekam medis dan pelaporan kesehatan di pedesaan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perbedaan antara praktek kedokteran di pedesaan dengan di perkotaan, termasuk aspek demografi, sosial, dan ekonomi. • Mengembangkan inisiatif yang sesuai dengan budaya dan nilai-nilai setempat. | Pengelolaan informasi |
| 15 | Mengembangkan penerapan teknologi untuk meningkatkan akses dan efisiensi pelayanan kesehatan di pedesaan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan telemedicine untuk memfasilitasi konsultasi jarak jauh dan memberikan akses kesehatan yang lebih baik kepada masyarakat pedesaan. | Pengelolaan informasi |
| 16 | Mengembangkan partisipasi tim kesehatan komunitas dalam peningkatan koordinasi pelayanan kesehatan pedesaan | <ul style="list-style-type: none"> • Membangun kerjasama dengan berbagai pihak, termasuk pemerintah daerah, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat setempat untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pedesaan. • Mengembangkan kepemimpinan dalam mengkoordinasikan tim kesehatan dan memfasilitasi pelibatan komunitas. | Pengelolaan informasi |
| 17 | Mengembangkan kolaborasi antar praktisi kesehatan, | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan inisiatif yang sesuai dengan budaya dan | Pengelolaan informasi |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | seperti perawat, apoteker, dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan holistik dan komprehensif di pedesaan | <ul style="list-style-type: none"> • nilai-nilai setempat. • Mengembangkan intervensi yang melibatkan faktor-faktor sosial, ekonomi, dan budaya. | |
| 18 | Mengevaluasi dinamika dan karakteristik kesehatan masyarakat pedesaan. | <ul style="list-style-type: none"> • menganalisis determinan sosial kesehatan yang mempengaruhi masyarakat pedesaan. • Mengembangkan respons dinamika lingkungan pedesaan, termasuk perubahan iklim dan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat. • Mengembangkan keterampilan dalam mengevaluasi dampak program advokasi, termasuk perubahan kebijakan dan praktik di tingkat lokal, regional, atau nasional. | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 19 | Menganalisis faktor-faktor lingkungan, sosial, dan ekonomi yang mempengaruhi kesehatan penduduk pedesaan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis praktik kesehatan dengan kebutuhan spesifik kelompok demografis di pedesaan • Menganalisa faktor risiko utama yang memengaruhi kesehatan masyarakat pedesaan, seperti faktor lingkungan, gaya hidup, dan aksesibilitas layanan kesehatan. | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 20 | Mengembangkan pelayanan kesehatan reproduksi dan antenatal berkualitas tinggi dan sesuai dengan kebutuhan, kepercayaan serta harapan masyarakat pedesaan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan perbedaan pemahaman atas gender dan peran sosial di masyarakat pedesaan, dan menyusun rencana perawatan yang mempertimbangkan dinamika ini. • Mengembangkan sikap yang sangat sensitif terhadap kebutuhan, kepercayaan, dan harapan individu | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | | <p>pasien di masyarakat pedesaan terkait dengan kesehatan reproduksi dan antenatal care.</p> | |
| 21 | <p>Mengembangkan koordinasi respon darurat dan perawatan sementara di pedesaan</p> | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa cara mengoptimalkan sumberdaya lokal untuk meningkatkan koordinasi dan efisiensi respons darurat• Mempertimbangkan konteks budaya dalam merancang respon darurat, menghormati nilai- nilai setempat, dan memahami cara terbaik berkomunikasi dengan masyarakat pedesaan.• Mengembangkan keterampilan komunikasi yang efektif dalam situasi darurat, baik dengan tim medis maupun dengan masyarakat.• Mengembangkan keterampilan kepemimpinan• yang dapat memotivasi dan menyatukan tim dalam merespons situasi darurat | <p>Keterampilan klinis kedokteran keluarga</p> |
| 22 | <p>Mengembangkan keterampilan klinis dalam penggunaan USG, AED, EKG, dan Spirometri dalam pelayanan skrining dan penunjang diagnosis</p> | <ul style="list-style-type: none">• Memahami dan melakukan pelayanan dengan pendekatan holistik komprehensif, termasuk penggunaan instrumen diagnostik untuk menunjang diagnostik dan keputusan layanan.• Memahami tentang isolasi profesional relatif (<i>relative professional isolation</i>) yang dialami oleh PPA di pedesaan sehingga sangat dibutuhkan keterampilan penggunaan USG, EKG, dan Spirometri dalam pelaksanaan skrining dan | <p>Keterampilan klinis kedokteran keluarga</p> |

| | | | |
|----|--|--|---|
| | | penunjang diagnostik yang tepat waktu dan akurat | |
| 23 | Mengembangkan keterampilan emergency (emergency skills dan perawatan emergensi (emergency care) yang dilakukan sebelum pengelolaan di faskes lanjutan. | Mengembangkan ketrampilan manajemen henti jantung jantung, jalan napas, manajemen awal trauma berat, manajemen awal tulang belakang leher, dan perawatan pasca persalinan dan persalinan sito/segera | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |
| 24 | Mengembangkan penanganan keadaan darurat kesehatan yang mungkin memerlukan evakuasi dari daerah pedesaan ke fasilitas layanan lanjutan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa indikator dan kriteria untuk menentukan kebutuhan evakuasi darurat. • Menganalisa mengidentifikasi jalur evakuasi, transportasi, dan fasilitas layanan kesehatan lanjutan yang dapat diakses • Mengembangkan komunikasi efektif kepada pasien dan keluarga mengenai urgensi dan manfaat evakuasi. • Mengembangkan sikap keterlibatan yang positif dengan komunitas, mendengarkan kekhawatiran mereka, dan melibatkan mereka dalam proses pengambilan keputusan evakuasi. • Mengembangkan penilaian cepat dan akurat untuk menentukan tingkat keparahan kondisi darurat dan memutuskan apakah evakuasi diperlukan. • Mengembangkan simulasi evakuasi untuk menguji keterampilan dan merancang skenario latihan | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | yang realistis. | |
| 25 | Mengembangkan praktik prosedur kesehatan pedesaan (<i>rural procedure practices</i>): pelayanan obstetri, anestesi lokal/infiltrasi, dan bedah minor, injeksi intra articular, dan fungsi. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi pentingnya penguatan praktik prosedur dan melaksanakannya dalam pelayanan komunitas pedesaan untuk pelayanan yang tepat waktu dan efisiensi biaya pelayanan. • Mengembangkan kemampuan ketrampilan kognitif (<i>Cognitive skills</i>) dan keterampilan psikomotor (<i>psychomotor skills</i>) secara terstruktur dan berkesinambungan | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |
| 26 | Menganalisa profil kesehatan masyarakat pedesaan sebagai bagian dari determinan sosial dan kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa sistem kepercayaan lokal dan praktik kesehatan tradisional yang dapat mempengaruhi persepsi masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit. • Menganalisa faktor-faktor sosial dan ekonomi yang mempengaruhi kesehatan masyarakat pedesaan, serta kemampuan untuk merancang intervensi yang sesuai. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 27 | Mengembangkan penerapan pendekatan pelayanan kedokteran berbasis keluarga untuk individu dan komunitas | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan integrasi faktor budaya dalam perencanaan perawatan pasien, termasuk penggunaan metode pengobatan alternatif yang dapat diterima oleh pasien. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 28 | Mengembangkan program kesehatan populasi untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat pedesaan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi I pengetahuan tentang profil kesehatan masyarakat pedesaan, termasuk penyakit endemik, faktor risiko, dan determinan sosial kesehatan. • Mengembangkan | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | <p>program peningkatan kesadaran akan pentingnya peran seorang dokter keluarga dalam meningkatkan kesejahteraan kesehatan populasi pedesaan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan keterampilan dalam melakukan evaluasi program secara sistematis untuk mengukur dampak dan efektivitasnya. | |
| 29 | <p>Mengembangkan pencegahan, pemantauan dan penanganan penyakit menular yang mungkin lebih sering ditemukan di daerah pedesaan.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa pengetahuan mendalam tentang jenis-jenis penyakit menular yang umumnya lebih sering ditemukan di daerah pedesaan, seperti infeksi saluran pernapasan, penyakit vektor, dan penyakit tropis. • Mengembangkan sikap kewaspadaan terhadap potensi penyebaran penyakit menular di lingkungan pedesaan. • Mengembangkan keterampilan diagnostik yang cepat dan akurat untuk penyakit menular yang umum di daerah pedesaan • Mampu mengelola kasus penyakit menular secara holistik, termasuk koordinasi dengan tim kesehatan dan melibatkan sumberdaya lokal. | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |
| 30 | <p>Mengembangkan program pengelolaan penyakit kronis yang mungkin lebih umum di daerah pedesaan, seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa faktor lingkungan dan sosial yang dapat mempengaruhi manajemen penyakit kronis di pedesaan. • Menganalisa perbedaan dalam gaya hidup dan | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | pernapasan kronis. | <p>pola makan masyarakat pedesaan yang dapat mempengaruhi perkembangan penyakit kronis</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan sikap pemberdayaan pasien untuk mengelola penyakit kronis mereka sendiri dengan lebih baik.• Mengembangkan perencanaan, pengorganisasian, dan pengelolaan program pengelolaan penyakit kronis di tingkat komunitas pedesaan. | |
| 31 | Mengembangkan program Penyediaan perawatan jangka panjang untuk pasien dengan kondisi kronis. | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi sumberdaya kesehatan lokal yang• dapat digunakan untuk penyediaan perawatan• jangka panjang, termasuk fasilitas kesehatan, tenaga medis, dan dukungan dari komunitas• Mengembangkan kepedulian terhadap kebutuhan pasien tidak hanya dari segi medis, tetapi juga sosial dan emosional.• Mengembangkan perencanaan program penyediaan perawatan jangka panjang yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan karakteristik masyarakat pedesaan | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 32 | Mengembangkan program pembimbingan klinik untuk menerapkan pembelajaran kedokteran pedesaan | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi pengetahuan tentang model pembelajaran efektif untuk menerapkan praktik kedokteran pedesaan, termasuk pembelajaran berbasis kasus, simulasi, dan pengalaman lapangan | Pembelajaran Kedokteran Keluarga Layanan Primer |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>melalui <i>Integrated Community Experiences (ICE)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan sikap kepemimpinan untuk memotivasi dan membimbing mahasiswa, resident, atau tenaga kesehatan yang sedang belajar dalam praktik kedokteran pedesaan. • Mengembangkan keterampilan dalam menyusun dan memfasilitasi sesi pembelajaran berbasis kasus yang menarik dan relevan dengan konteks kedokteran pedesaan. | |
|--|--|--|--|

5. Kedokteran komunitas adat terpencil (indigenous medicine)

| No | Komponen Kompetensi Kedokteran komunitas adat terpencil mampu | Capaian pembelajaran: lulusan Prodi SpKKLP SubSpCOPC, mampu | Kompetensi |
|----|--|---|----------------------------------|
| 1 | Menganalisa penggunaan pengobatan herbal dan tanaman obat lokal yang digunakan dalam tradisi kesehatan komunitas adat terpencil. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi nilai-nilai, keyakinan, dan praktik kesehatan tradisional yang melibatkan pengobatan herbal • Mengembangkan sikap kolaboratif dalam bekerja sama dengan komunitas adat terpencil untuk memahami lebih lanjut tentang penggunaan tanaman obat dan praktik kesehatan tradisional • Mengembangkan keterampilan dalam berkolaborasi • dengan anggota tim kesehatan lainnya, seperti ahli herbalis atau praktisi pengobatan tradisional, untuk memberikan perawatan yang | Etika, hukum dan profesionalisme |

| | | | |
|---|--|--|----------------------------------|
| | | holistik. | |
| 2 | Mengembangkan penyusunan rencana pengobatan yang memanfaatkan sumber daya alam setempat | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi pengetahuan tentang cara mengintegrasikan pengobatan alam lokal dengan prinsip-prinsip pengobatan konvensional.• Mengembangkan sikap keteguhan etika profesional dalam memberikan saran pengobatan kepada pasien.• Mengembangkan keterampilan dalam berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya, seperti ahli herbalis atau praktisi tradisional, untuk memastikan penyelarasan dalam memberikan perawatan holistik. | Etika, hukum dan profesionalisme |
| 3 | Menganalisa peran dan makna ritual serta upacara kesehatan dalam konteks komunitas adat terpencil. | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi pengaruh ritual dan upacara kesehatan pada kesehatan fisik, mental, dan spiritual pasien komunitas adat terpencil.• Mengembangkan sikap keterbukaan terhadap keanekaragaman budaya dan keyakinan di komunitas adat terpencil.• Mengembangkan perencanaan tatalaksana kedokteran yang menghargai dan memanfaatkan ritual serta upacara kesehatan dengan pendekatan holistik, menggabungkan praktik kesehatan tradisional dan konvensional. | Etika, hukum dan profesionalisme |
| 4 | Menganalisa keterlibatan diri dokter keluarga dalam upacara-upacara kesehatan | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi peran upacara dalam proses penyembuhan dan pemeliharaan kesehatan komunitas | Etika, hukum dan profesionalisme |

| | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| | dan mendukung pasien dalam menjalani proses ini. | <p>adat terpencil.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan sikap sensitif terhadap aspek budaya dalam upacara kesehatan dan memahami keunikan setiap praktik • Mengembangkan penilaian holistik terhadap pasien, yang mencakup pemahaman tentang peran upacara kesehatan dalam perjalanan penyembuhan. | |
| 5 | Menganalisa pemahaman dan penghormatan hak-hak kesehatan pasien serta etika tradisional yang mengatur praktik kesehatan komunitas adat terpencil | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa prinsip prinsip hak-hak kesehatan pasien sesuai dengan standar internasional dan hukum nasional, hak pasien, termasuk hak informasi, persetujuan, dan privasi • Mengembangkan sikap empati terhadap pasien komunitas adat terpencil dan kepekaan terhadap konteks budaya yang mempengaruhi keputusan kesehatan mereka. • Keterampilan merancang dan mengimplementasikan program pelayanan kesehatan yang menghormati etika tradisional dan nilai-nilai budaya komunitas adat terpencil. | Etika, hukum dan profesionalisme |
| 6 | Mengembangkan program dalam memastikan bahwa pelayanan kesehatan tetap sesuai dengan norma-norma etika tradisional. | <ul style="list-style-type: none"> • Menguasai pengetahuan tentang etika tradisional yang mengatur praktik kesehatan di komunitas adat terpencil. • Mengembangkan sikap terbuka terhadap Integrasi Budaya dan Etika kesediaan untuk belajar dan beradaptasi | Etika, hukum dan profesionalisme |

| | | | |
|---|--|--|----------------------------------|
| | | <p>dengan konteks budaya.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan keterampilan dalam menilai dampak integrasi nilai budaya dan etika tradisional terhadap pelayanan kesehatan. | |
| 7 | Menganalisa praktik kesehatan tradisional dan budaya lokal pada komunitas adat terpencil. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengetahui konteks budaya yang memengaruhi pandangan dunia terhadap kesehatan dan penyembuhan. • Mengembangkan sikap terbuka terhadap keanekaragaman budaya dan menghargai praktik kesehatan tradisional komunitas adat terpencil. • Mengembangkan strategi yang berkelanjutan dan relevan dengan budaya lokal. | Mawas diri dan pengembangan diri |
| 8 | Menganalisa pendalaman tradisi kesehatan dan kebudayaan lokal, termasuk keyakinan, nilai-nilai, dan praktik kesehatan komunitas adat terpencil | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi berbagai metode penyembuhan, ramuan tradisional, dan praktik kesehatan lainnya yang menjadi bagian integral dari kebudayaan lokal. • Mengembangkan sikap terbuka terhadap berbagai keyakinan dan nilai budaya, tanpa prasangka atau penilaian terhadap tradisi kesehatan dan kebudayaan lokal komunitas adat terpencil. • Menganalisa faktor-faktor budaya yang dapat mempengaruhi interaksi dengan layanan kesehatan | Mawas diri dan pengembangan diri |
| 9 | Mengembangkan program asuhan kesehatan anak berdasarkan keyakinan | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa keyakinan, nilai-nilai, dan praktik kesehatan komunitas adat terpencil yang | Mawas diri dan pengembangan diri |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | komunitas adat terpencil. | <p>berhubungan dengan kesehatan anak.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan promosi keterlibatan orang tua dan keluarga dalam upaya kesehatan anak. • Mengembangkan penyesuaian program asuhan kesehatan anak berdasarkan umpan balik dari komunitas komunitas adat terpencil. | |
| 10 | Mengembangkan program keterlibat komunitas adat terpencil dalam pelatihan dan kegiatan pengembangan diri untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan dalam bidang kesehatan diri, keluarga dan lingkungan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa pengetahuan mendalam tentang kebutuhan kesehatan dan tantangan kesejahteraan komunitas adat terpencil • Mengembangkan sikap terbuka untuk bekerja sama dan berkolaborasi dengan komunitas adat terpencil dalam pengembangan program keterlibatan masyarakat. • Mengembangkan keterampilan mengembangkan materi pelatihan yang memperhitungkan keanekaragaman budaya dan bahasa komunitas adat terpencil. • Mengembangkan keterampilan berkomunikasi dengan bahasa dan gaya yang sesuai dengan norma-norma budaya komunitas adat terpencil. | Mawas diri dan pengembangan diri |
| 11 | Menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi hubungan saling percaya antara dokter dengan pasien dan | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis peran bahasa, gerak tubuh, dan ekspresi wajah dalam membangun kepercayaan komunitas adat terpencil. | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | keluarganya di tengah komunitas adat terpencil | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan sikap kesadaran budaya yang tinggi dan sensitivitas terhadap nilai-nilai dan norma-norma budaya komunitas adat terpencil. • Mengembangkan keterampilan dalam mengidentifikasi faktor-faktor ketidaksetaraan kesehatan yang mungkin muncul dalam hubungan dokter-pasien. | |
| 12 | Mengembangkan program partisipasi aktif komunitas dalam tatalaksana kesehatan dengan memahami nilai-nilai dan norma-norma komunitas adat terpencil. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa peran dan interaksi antara individu, keluarga, dan komunitas dalam konteks kesehatan. • Mengembangkan promosi pemberdayaan masyarakat melalui keterlibatan langsung dan kolaboratif. • Mengembangkan keterampilan mendukung pemberdayaan komunitas untuk mengambil peran aktif dalam perawatan kesehatan mereka sendiri. | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 13 | Mengembangkan kemitraan dan hubungan yang kuat dengan komunitas adat terpencil. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi sejarah, perkembangan, dan dinamika sosial komunitas adat terpencil. • Terlibat aktif dalam komunitas, menunjukkan empati terhadap kebutuhan dan keberhasilan mereka. • Mengembangkan keterampilan dalam membangun jaringan dan kemitraan yang kuat dengan tokoh-tokoh komunitas dan pemimpin adat. | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 14 | Mengembangkan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi | Keterampilan |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | <p>layanan konseling kesehatan yang berfokus pada nilai-nilai dan keyakinan komunitas adat terpencil.</p> | <p>bagaimana faktor budaya memengaruhi persepsi kesehatan dan kesejahteraan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan kepedulian terhadap aspek kesehatan yang mungkin dipengaruhi oleh nilai-nilai budaya. • Mengembangkan keterampilan konseling yang sesuai budaya dan memperhitungkan nilai-nilai komunitas adat terpencil | <p>komunikasi dan hubungan dokter-pasien</p> |
| 15 | <p>Mengembangkan upaya advokasi bagi pengakuan dan penghormatan pengobatan tradisional komunitas adat terpencil di tingkat masyarakat dan pemerintahan.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa kebijakan dan regulasi kesehatan yang berlaku terkait pengobatan tradisional di tingkat nasional dan lokal • Mengembangkan sikap advokasi untuk membela hak-hak kesehatan komunitas adat terpencil. • Mengembangkan Keterampilan dalam mengevaluasi keberhasilan kampanye advokasi dan mengukur dampaknya terhadap komunitas adat terpencil. | <p>Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien</p> |
| 16 | <p>Mengembangkan upaya advokasi untuk mendukung integrasi pengobatan tradisional dalam sistem kesehatan nasional</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Memahami struktur dan fungsi sistem kesehatan nasional yang memengaruhi integrasi pengobatan tradisional. • Mengembangkan sikap advokasi untuk memperjuangkan pengakuan dan integrasi pengobatan tradisional dalam sistem kesehatan. • Mengembangkan keterampilan dalam menyampaikan presentasi publik untuk mengedukasi | <p>Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien</p> |

| | | | |
|----|---|---|-----------------------|
| | | dan memotivasi pemangku kepentingan terkait integrasi pengobatan tradisional | |
| 17 | Mengembangkan penelitian atau evaluasi kesehatan yang mempertimbangkan konteks budaya dan nilai-nilai komunitas adat terpencil. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi dampak budaya terhadap praktik kesehatan dan pengobatan. • Mengembangkan sikap hormat dan ketertarikan terhadap kearifan lokal • Mengembangkan penelitian yang sensitif terhadap budaya dan nilai-nilai lokal | Pengelolaan informasi |
| 18 | Mengembangkan penggunaan riset sebagai alat untuk memahami lebih baik praktik kesehatan tradisional dan mencari cara untuk meningkatkannya. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi berbagai metode riset kesehatan yang dapat digunakan untuk memahami praktik kesehatan tradisional • Mengembangkan sikap inklusif terhadap kolaborasi dengan komunitas adat terpencil dan pihak-pihak terkait dalam riset kesehatan • Mengembangkan keterampilan dalam merancang penelitian yang mempertimbangkan aspek budaya dan konteks lokal. | Pengelolaan informasi |
| 19 | Mengembangkan proyek riset yang secara langsung menguntungkan komunitas adat terpencil. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa kebutuhan kesehatan khusus komunitas adat terpencil, termasuk tantangan dan potensi solusi. • Mengembangkan sikap kolaboratif dan inklusif dalam memahami perspektif serta kebutuhan komunitas adat terpencil. • Mengembangkan keterampilan merancang intervensi kesehatan yang berkelanjutan, mempertimbangkan | Pengelolaan informasi |

| | | aspek budaya dan keberlanjutan proyek | |
|----|---|--|---|
| 20 | Mengembangkan penanaman masalah kesehatan mental dengan mempertimbangkan dimensi spiritual dan budaya masyarakat adat | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi bagaimana nilai-nilai spiritual dan budaya komunitas adat terpencil mempengaruhi persepsi mereka terhadap kesehatan mental • Menganalisa stigma yang mungkin terkait dengan masalah kesehatan mental dan bekerja untuk menguranginya. • Mengembangkan keterampilan merancang program kesehatan mental yang berkelanjutan dan terintegrasi dengan praktik kesehatan lokal. | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 21 | Mengembangkan program pencegahan penyakit berbasis pada tradisi lokal. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis tradisi lokal komunitas adat terpencil yang berpotensi digunakan untuk pencegahan penyakit. • Mengembangkan sikap dengan menghargai dan terbuka terhadap kearifan lokal dan nilai-nilai budaya komunitas adat terpencil. • Mengembangkan keterampilan memobilisasi dukungan komunitas untuk melibatkan masyarakat dalam program pencegahan. | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 22 | Mengembangkan penyediaan vaksinasi dan intervensi kesehatan preventif yang disesuaikan dengan keyakinan komunitas adat terpencil. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi jenis-jenis vaksin yang relevan untuk komunitas adat terpencil dan manfaatnya dalam mencegah penyakit tertentu. • Mengembangkan sikap empati dan pengertian | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | | <p>terhadap kekhawatiran dan kepercayaan komunitas adat terpencil terhadap vaksinasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan keterampilan merancang program vaksinasi yang terpadu, mempertimbangkan keberagaman budaya dan keyakinan komunitas adat terpencil. | |
| 23 | <p>Mengembangkan program pemantauan kesehatan anak dan keluarga dengan mempertimbangkan praktik kesehatan tradisional.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis parameter kesehatan tradisional yang diakui oleh komunitas adat terpencil tentang indikator kesehatan anak dan keluarga • Mengembangkan sikap terbuka terhadap keanekaragaman praktik kesehatan, baik konvensional maupun tradisional. • Mengembangkan keterampilan mengintegrasikan praktik kesehatan tradisional dalam program pemantauan, tanpa mengabaikan pendekatan medis konvensional. | <p>Keterampilan klinis kedokteran keluarga</p> |
| 24 | <p>Mengembangkan program layanan kesehatan yang menampilkan dukungan psikososial berbasis budaya pada layanan kesehatan primer di komunitas adat terpencil</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi fungsi dan peran layanan kesehatan primer dalam memberikan dukungan kesehatan holistik di komunitas adat terpencil • Mengembangkan sikap kolaboratif dan membuka dialog dengan praktisi budaya lokal, termasuk dukun, pemimpin adat, atau tokoh masyarakat yang memiliki peran dalam dukungan psikososial. • Mengembangkan keterampilan menilai | <p>Keterampilan klinis kedokteran keluarga</p> |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | dampak program dukungan psikososial tentang perubahan positif dalam kesehatan mental dan kesejahteraan komunitas adat terpencil | |
| 25 | Mengembangkan pengintegrasian pengobatan tradisional dengan praktik kesehatan modern dalam pelayanan kesehatan keluarga. | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi potensi interaksi antara pengobatan tradisional dan modern serta isu keamanan yang terkait dengan integrasi kedua pendekatan tersebut.• Mengembangkan sikap kolaboratif dengan praktisi pengobatan tradisional dan terlibat dalam dialog yang saling menghormati.• Mengembangkan keterampilan menilai kondisi kesehatan keluarga secara komprehensif, mempertimbangkan faktor-faktor yang memengaruhi pilihan pengobatan tradisional dan modern. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 26 | Mengembangkan penyusunan rencana penatalaksanaan yang menggabungkan aspek-aspek pengobatan tradisional dengan pengobatan konvensional berbasis bukti ilmiah. | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa metode pengobatan tradisional yang umumnya digunakan oleh komunitas adat terpencil• Mengembangkan sikap kolaboratif dengan pasien dan praktisi pengobatan tradisional untuk menyusun rencana perawatan yang terintegrasi.• Mengembangkan keterampilan dalam menilai kondisi pasien secara holistik, mempertimbangkan faktor fisik, psikososial, dan spiritual serta mengidentifikasi kebutuhan dan preferensi pasien terkait pengobatan | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |

| | | | |
|----|---|---|---|
| 27 | Mengembangkan program pembimbingan klinik untuk menerapkan pembelajaran kedokteran komunitas adat terpencil | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa prinsip-prinsip dasar pembimbingan klinik, termasuk aspek-aspek evaluasi dan pengembangan • Mengembangkan sikap mencari solusi kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan komunitas adat terpencil. • Mengembangkan keterampilan dalam memberikan pembimbingan yang efektif kepada tim kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien komunitas adat terpencil. | Pembelajaran Kedokteran Keluarga Layanan Primer |
|----|---|---|---|

6. Kedokteran sosial (*social medicine*)

| No | Komponen Kompetensi Kedokteran sosial, mampu | Capaian pembelajaran: lulusan Prodi SpKKLP SubSpCOPC, mampu | Kompetensi |
|----|---|--|----------------------------------|
| 1 | Mengevaluasi penerapan etika sosial dalam pengambilan keputusan kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi konsep dan prinsip-prinsip etika sosial dalam konteks pelayanan kesehatan. • Mengembangkan sikap sensitif terhadap ketidaksetaraan sosial dan ketidakadilan dalam akses dan pelayanan kesehatan. • Mengembangkan keterampilan dalam menerapkan prinsip-prinsip etika sosial dalam pengambilan keputusan kesehatan | Etika, hukum dan profesionalisme |
| 2 | Menganalisa dilema etika yang timbul dari aspek-aspek sosial dan kesehatan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi aspek-aspek sosial, termasuk ketidaksetaraan, ketidakadilan, dan kerentanan, memengaruhi pengambilan keputusan kesehatan. • Mengembangkan sikap rasa tanggung jawab | Etika, hukum dan profesionalisme |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | <p>terhadap peningkatan aksesibilitas dan kesehatan yang setara untuk semua</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan keterampilan dalam mengidentifikasi area perbaikan dan mengusulkan perubahan untuk meningkatkan keadilan sosial dalam praktik kesehatan | |
| 3 | <p>Menganalisa hubungan antara sistem sosial, ekonomi, dan kesehatan.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi cara ketidaksetaraan sosial dan ekonomi dapat menjadi penentu utama kesehatan masyarakat• Mengembangkan sikap terlibat dan aktif dalam upaya mengatasi masalah sosial dan ekonomi yang memengaruhi kesehatan• Mengembangkan Keterampilan mengidentifikasi faktor ketidaksetaraan sosial dan ekonomi yang dapat menjadi hambatan dalam mencapai kesehatan yang setara. | <p>Mawas diri dan pengembangan diri</p> |
| 4 | <p>Menganalisa pemahaman isu-isu kesehatan mental dalam konteks sosial.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa ketidaksetaraan sosial yang dapat memengaruhi kesehatan mental.• Menganalisa stigma dan diskriminasi yang terkait dengan gangguan kesehatan mental serta dampak stigma terhadap pencarian bantuan dan pemulihan.• Mengembangkan keterampilan mengelola situasi krisis dalam konteks kesehatan mental | <p>Mawas diri dan pengembangan diri</p> |
| 5 | <p>Menganalisa pengurangan stigma</p> | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa peran media, budaya, dan | <p>Mawas diri dan pengembangan diri</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | terkait dengan masalah kesehatan mental di masyarakat. | <p>ketidapkahaman dalam memperkuat stigma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa strategi dan intervensi yang telah terbukti efektif dalam mengurangi stigma • Mengembangkan sikap sebagai advokat yang berkomitmen untuk mengurangi stigma di masyarakat. • Mengembangkan keterampilan bekerja sama dengan kelompok-kelompok advokasi, organisasi kesehatan mental, dan lembaga pendidikan untuk merancang inisiatif pengurangan stigma. | |
| 6 | Menganalisa dampak kebijakan sosial dan ekonomi terhadap kesehatan masyarakat. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi dampak ekonomi pada akses layanan kesehatan dan kebijakan pelayanan kesehatan. • Mengembangkan sikap kritis terhadap implikasi kebijakan terhadap keadilan sosial dan kesejahteraan. • Mengembangkan keterampilan mengidentifikasi solusi atau rekomendasi perubahan kebijakan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat | Mawas diri dan pengembangan diri |
| 7 | Mengembangkan kolaborasi dengan lembaga-lembaga sosial, organisasi non-pemerintah, dan lembaga komunitas untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi dampak ekonomi pada akses layanan kesehatan dan kebijakan pelayanan kesehatan • Mengembangkan sikap aktif dalam advokasi untuk perubahan kebijakan yang mendukung kesehatan masyarakat. • Mengembangkan keterampilan bekerja sama dengan pemangku | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | kepentingan, termasuk pemerintah, LSM, dan komunitas, untuk memahami dan mengatasi dampak kebijakan | |
| 8 | Membangun jejaring untuk mendukung upaya kesehatan bersama. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi sumber daya lokal yang dapat dimanfaatkan dalam membangun jejaring kesehatan. • Mengembangkan sikap empati terhadap kebutuhan dan tantangan yang dihadapi oleh pihak-pihak yang terlibat dalam jejaring, termasuk masyarakat yang dilayani • Mengembangkan ketrampilan dalam mengidentifikasi peluang dan tantangan dalam memperkuat jejaring. | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 9 | Mengembangkan program layanan yang memerlukan partisipasi aktif pasien dalam pengambilan keputusan kesehatan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa konsep "<i>shared decision-making</i>" dan praktik terbaik untuk melibatkan pasien dalam praktik kedokteran keluarga. • Mengembangkan sikap dalam mempromosikan kepercayaan diri pasien dalam menyampaikan kebutuhan dan preferensinya. Mengembangkan keterampilan mengakomodasi keanekaragaman budaya dan nilai pasien dalam pengambilan keputusan | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 10 | Membangun kapasitas komunitas untuk mengelola dan memperjuangkan kesehatan mereka sendiri. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi model-model pengembangan kapasitas komunitas yang efektif • Mengembangkan sikap dalam mempromosikan rasa tanggung jawab | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | <p>dan inisiatif dalam pemberdayaan masyarakat untuk mengelola kesehatan mereka sendiri.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan keterampilan dalam merencanakan dan melaksanakan inisiatif pemberdayaan masyarakat yang mendukung kesehatan masyarakat | |
| 11 | <p>Mengembangkan program edukasi kesehatan masyarakat tentang prinsip-prinsip kesehatan preventif dan promotif.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi faktor-faktor protektif yang dapat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan. • Mengembangkan sikap kolaboratif dengan berbagai pemangku kepentingan dalam merancang dan melaksanakan program edukasi kesehatan. • Mengembangkan keterampilan menggunakan media yang efektif untuk menyebarkan informasi kesehatan | <p>Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien</p> |
| 12 | <p>Mengembangkan program penyediaan layanan dan edukasi yang mendukung pencegahan penyakit menular.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi faktor-faktor sosial yang memengaruhi penyebaran penyakit menular. • Mengevaluasi cara determinan sosial yang dapat diintervensi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. • Mengembangkan sikap dalam mengakomodasi nilai-nilai dan norma-norma budaya dalam pendekatan pencegahan. • Mengembangkan Keterampilan membangun kapasitas dan pemberdayaan masyarakat untuk mengambil peran aktif dalam pencegahan penyakit menular. | <p>Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien</p> |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 13 | Mengembangkan program advokasi kebijakan dan program kesehatan yang mengurangi kesenjangan kesehatan. | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi perbedaan akses terhadap layanan kesehatan dan determinan kesehatan antar kelompok.• Mengevaluasi peran dan interaksi berbagai pemangku kepentingan dalam proses advokasi.• Mengembangkan sikap inisiatif dan partisipasi aktif dalam upaya pengurangan kesenjangan• Mengembangkan keterampilan negosiasi dengan berbagai pihak termasuk pemangku kepentingan untuk mencapai dukungan dan konsensus dalam mendukung program dan kebijakan kesehatan. | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 14 | Mengembangkan program partisipasi dalam kampanye advokasi untuk hak-hak kesehatan masyarakat. | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi hak-hak kesehatan masyarakat dan pentingnya perlindungan hak tersebut• Mengevaluasi pentingnya partisipasi aktif dalam mendukung hak-hak kesehatan.• Mengembangkan keterampilan mengevaluasi efektivitas kampanye dan melakukan perubahan yang diperlukan. | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 15 | Mengembangkan program keterlibatan masyarakat dalam pendidikan kesehatan dan kampanye pencegahan | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi strategi kampanye yang efektif untuk memotivasi perubahan perilaku masyarakat dalam kampanye pencegahan.• Mengembangkan sikap proaktif dalam memberikan edukasi kesehatan kepada masyarakat.• Mengembangkan keterampilan melibatkan masyarakat | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |

| | | | |
|----|--|---|------------------------------|
| | | <p>dalam kegiatan pendidikan</p> <ul style="list-style-type: none"> • kesehatan dan kampanye. | |
| 16 | <p>Menganalisis data kesehatan dan riset untuk menyelidiki masalah sosial yang berkaitan dengan kesehatan.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis dan menginterpretasikan temuan dari analisis data untuk mengidentifikasi masalah kesehatan sosial • Mengevaluasi berbagai pemahaman kompleksitas masalah sosial kesehatan. • Mengembangkan kolaborasi dengan ahli lainnya untuk mengoptimalkan pemanfaatan data sosial yang berkaitan dengan kesehatan | <p>Pengelolaan informasi</p> |
| 17 | <p>Mengembangkan penggunaan bukti-bukti ilmiah untuk meningkatkan motivasi dan melaksanakan perubahan sosial yang positif.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi konsep perubahan sosial dan dampaknya pada kesehatan masyarakat • Mengembangkan sikap terbuka terhadap perubahan dan inovasi dalam praktik kesehatan. • Mengembangkan ketrampilan dalam mengidentifikasi peluang perubahan sosial yang dapat diimplementasikan dalam konteks kesehatan masyarakat. | <p>Pengelolaan informasi</p> |
| 18 | <p>Mengembangkan metode pemantauan dan evaluasi program kesehatan masyarakat.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi kriteria penilaian keberhasilan program kesehatan masyarakat • Mengembangkan sikap kritis terhadap data yang dikumpulkan, mempertimbangkan keterbatasan dan potensi bias. • Mengembangkan ketrampilan dalam mengidentifikasi tren, pola, dan temuan yang dapat mendukung pengambilan | <p>Pengelolaan informasi</p> |

| | | keputusan | |
|----|--|---|-----------------------|
| 19 | Mengevaluasi dampak program kesehatan pada tingkat sosial dan komunitas. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi konsep dan prinsip dasar dalam mengevaluasi dampak program kesehatan pada tingkat sosial dan komunitas • Mengembangkan sikap empati dan sensitivitas terhadap dampak sosial yang mungkin timbul dari intervensi kesehatan. • Mengembangkan ketrampilan dalam memahami dampak perubahan sosial jangka panjang dan jangka pendek yang dihasilkan oleh program kesehatan. | Pengelolaan informasi |
| 20 | Menganalisa faktor-faktor sosial yang mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi kontribusi ketidaksetaraan sosial terhadap ketidaksetaraan kesehatan • Mengembangkan sikap kesadaran untuk berkontribusi dalam mengurangi disparitas kesehatan • Mengembangkan kemampuan dalam menilai dampak faktor-faktor sosial terhadap kesehatan individu dan masyarakat | Pengelolaan informasi |
| 21 | Menganalisa determinan sosial kesehatan yang berperan dalam ketidaksetaraan kesehatan di suatu wilayah | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi metode-metode penelitian yang relevan untuk memahami determinan sosial. • Mengembangkan sikap sensitif terhadap keberagaman sosial di masyarakat. • Mengembangkan ketrampilan dalam merancang dan melaksanakan penelitian kesehatan masyarakat yang fokus pada determinan | Pengelolaan informasi |

| | | sosial. | |
|----|---|--|---|
| 22 | Mengembangkan keterlibatan dokter keluarga dalam pengembangan dan implementasi inisiatif kesehatan komunitas. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi konsep-konsep kesehatan komunitas dan hubungannya dengan praktik kedokteran keluarga. • Mengembangkan sikap fleksibel dalam menyesuaikan program kesehatan dengan dinamika lokal • Mengembangkan ketrampilan dalam mengintegrasikan aspek-aspek budaya lokal dalam perencanaan program. | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 23 | Mengembangkan program partisipasi aktif masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi dinamika sosial dan budaya yang memengaruhi partisipasi masyarakat di layanan kesehatan primer • Mengembangkan sikap terbuka dan mendukung terhadap inisiatif dan ide-ide masyarakat. • Mengembangkan kemampuan dalam mengelola konflik dan perbedaan pendapat yang mungkin timbul dalam proses partisipas | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 24 | Mengembangkan pengelolaan dan respons situasi krisis kesehatan masyarakat. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis protokol keamanan dan standar operasional yang berlaku dalam menghadapi krisis kesehatan masyarakat • Mengembangkan sikap ketenangan dan kepemimpinan yang diperlukan untuk membimbing tim dan masyarakat melalui krisis • Mengembangkan ketrampilan dalam merancang dan melaksanakan pelatihan kesiapan krisis | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 25 | Mengembangkan koordinasi upaya bersama dengan lembaga-lembaga kesehatan dan pihak terkait lainnya. | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisis pengetahuan interdisipliner yang melibatkan berbagai sektor kesehatan, termasuk kesehatan masyarakat, kebijakan kesehatan, dan layanan kesehatan primer.• Mengembangkan kemampuan dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi proyek bersama dengan lembaga-lembaga kesehatan.• Mengembangkan ketrampilan pembelajaran berkelanjutan untuk mengikuti perkembangan terbaru dalam bidang kesehatan dan koordinasi upaya bersama. | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |
| 26 | Mengembangkan strategi pencegahan penyakit menular yang memperhitungkan aspek-aspek sosial dan komunitas. | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi determinan sosial yang mempengaruhi pencegahan dan kontrol penyakit.• Mengembangkan sikap sensitivitas terhadap perbedaan sosial dan budaya dalam merancang strategi pencegahan.• Mengembangkan kemampuan dalam Mampu merancang strategi pencegahan penyakit menular berdasarkan analisis determinan sosial dan epidemiologi. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 27 | Mengembangkan program layanan kesehatan yang membutuhkan partisipasi aktif pasien dalam pengambilan keputusan | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa dampak positif partisipasi pasien terhadap hasil kesehatan alam pengambilan keputusan kesehatan.• Mengembangkan sikap terbuka terhadap | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | kesehatan. | <p>aspirasi pasien dalam proses pengambilan keputusan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan partisipasi pasien yang dapat diakses oleh semua kelompok dan tidak mendiskriminatif | |
| 28 | Mengembangkan kapasitas komunitas untuk mengelola dan memperjuangkan kesehatan mereka sendiri. | <ul style="list-style-type: none"> • menganalisa determinan kesehatan komunitas dan faktor-faktor yang memengaruhi kapasitas kesehatan masyarakat • Mengembangkan sikap komitmen yang tinggi terhadap pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan bersama-sama. • Mengembangkan pendidikan kesehatan yang sesuai dengan budaya lokal dan tingkat literasi. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 29 | Mengembangkan layanan kesehatan yang responsif terhadap konteks sosial dan ekonomi pasien. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa dampak sosial dan ekonomi terhadap pemahaman penyakit dan keterlibatan pasien dalam tatalaksana • Mengembangkan sikap yang mendorong keterlibatan aktif pasien dalam perencanaan dan pelaksanaan perawatan. • Mengembangkan kemampuan bernegosiasi dengan pasien untuk merumuskan rencana perawatan yang dapat diimplementasikan dengan mempertimbangkan keterbatasan sosial dan ekonomi | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 30 | Mengembangkan kemampuan untuk mengadaptasi | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi faktor-faktor sosial dan lingkungan yang | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | strategi penatalaksanaan pasien sesuai dengan kondisi sosial dan lingkungan | memengaruhi kesehatan dan perjalanan penyakit. <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan sikap komitmen untuk memberikan pelayanan kesehatan yang setara dan dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat.• Mengembangkan keterlibatan pasien dalam merancang rencana penatalaksanaan yang memperhitungkan kondisi sosial dan lingkungan | di layanan primer |
| 31 | Mengembangkan penyediaan layanan dan edukasi yang mendukung pencegahan penyakit menular pada berbagai lingkungan sosial. | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa epidemiologi, gejala, penularan, dan strategi pencegahan khusus untuk setiap penyakit menular yang umum di berbagai lingkungan sosial.• Mengembangkan sikap kesadaran akan pentingnya pencegahan penyakit menular sebagai bagian integral dari layanan kesehatan primer.• Mengembangkan kemampuan untuk mengidentifikasi dan mengatasi hambatan sosial yang mungkin mempengaruhi keberhasilan program. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 32 | Mengembangkan program pembimbingan klinik untuk menerapkan pembelajaran kedokteran sosial | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi konsep-konsep utama dan prinsip-prinsip kedokteran sosial dalam konteks layanan kesehatan keluarga.• Mengevaluasi pengetahuan kedokteran sosial ke dalam praktek klinis sehari-hari.• Mengembangkan sikap responsif terhadap kebutuhan dan harapan masyarakat | Pembelajaran Kedokteran Keluarga Layanan Primer |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>dalam mengembangkan program pembimbingan klinik.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan rancangan program pembimbingan klinik yang sesuai dengan kebutuhan klinis dan sosial pasien. | |
|--|--|--|--|

7. Kedokteran kelompok rentan dan termarginal (*vulnerable and marginalized medicine*)

| No | Komponen Kompetensi, Kedokteran kelompok rentan dan termarginal, mampu | Capaian pembelajaran: lulusan Prodi SpKKLP SubSpCOPC, mampu | Kompetensi |
|----|---|--|----------------------------------|
| 1 | Menganalisa karakteristik dan tantangan kesehatan yang dihadapi oleh kelompok rentan dan terpinggirkan, seperti mereka yang tinggal di daerah terpencil atau dengan akses terbatas ke layanan kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa tentang karakteristik dan kondisi, aspek-aspek sosial, ekonomi, dan budaya yang mempengaruhi kesehatan kelompok rentan, seperti mereka yang tinggal di daerah terpencil atau dengan akses terbatas ke layanan kesehatan. • Menganalisa faktor-faktor yang menyebabkan akses terbatas terhadap layanan kesehatan dan dampaknya. • Menganalisa implementasi intervensi kesehatan yang terbukti efektif untuk mengatasi masalah kesehatan khusus kelompok rentan. | Etika, hukum dan profesionalisme |
| 2 | Mengevaluasi disparitas kesehatan yang ada dalam kelompok rentan | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa faktor-faktor sosial, ekonomi, dan budaya yang menjadi determinan utama disparitas kesehatan dan interaksinya dalam mempengaruhi kesehatan kelompok rentan. • Mengembangkan sikap | Etika, hukum dan profesionalisme |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | <p>partisipasi aktif dalam inisiatif dan program yang bertujuan meningkatkan kesehatan dalam mengurangi disparitas kesehatan dalam kelompok rentan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Menguasai penggunaan alat dan metode evaluasi yang sesuai untuk mengukur efektivitas intervensi dengan karakteristik kelompok rentan. | |
| 3 | <p>Mengembangkan perancangan intervensi yang berfokus pada mencapai hasil kesehatan yang setara</p> | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa berbagai model intervensi yang efektif untuk mencapai hasil kesehatan yang setara• Mengembangkan sikap sensitif terhadap faktor budaya dan kontekstual dalam perancangan intervensi• Mengembangkan penerapan intervensi kesehatan dengan memastikan keterlibatan dan partisipasi aktif kelompok rentan untuk aksesibilitas dan akseptabilitas program | <p>Etika, hukum dan profesionalisme</p> |
| 4 | <p>Menganalisa penghormatan dan penghargaan keanekaragaman budaya dalam praktik kesehatan.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi ketidaksetaraan kesehatan yang dapat dipengaruhi oleh kurangnya penghormatan terhadap keanekaragaman budaya.• Mengembangkan sikap proaktif dalam mencari solusi yang sesuai dengan kebutuhan kelompok rentan.• Mengembangkan keterampilan untuk mengintegrasikan aspek budaya dalam perencanaan dan pemberian pelayanan | <p>Mawas diri dan pengembangan diri</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | kesehatan kepada kelompok rentan. | |
| 5 | Mengevaluasi penyesuaian pelayanan agar sesuai dengan nilai dan kepercayaan kelompok rentan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi budaya dan tradisi masyarakat rentan yang dapat memengaruhi pendekatan dalam memberikan pelayanan kesehatan. • Mengembangkan sikap komitmen untuk menyesuaikan pelayanan kesehatan agar sesuai dengan nilai dan kepercayaan kelompok rentan • Mengembangkan implementasi perubahan pada praktik kesehatan yang mempertimbangkan nilai dan kepercayaan kelompok rentan.. | Mawas diri dan pengembangan diri |
| 6 | Mengembangkan program advokasi perubahan kebijakan dan praktik yang mendukung kesehatan kelompok rentan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis kebijakan kesehatan yang berkaitan dengan kelompok rentan. • Mengembangkan kesadaran yang tinggi terhadap isu-isu sosial dan ketidaksetaraan yang dialami oleh kelompok rentan. • Mengembangkan program advokasi yang terfokus pada perubahan kebijakan dan praktik kesehatan kelompok rentan. | Mawas diri dan pengembangan diri |
| 7 | Mengembangkan komunikasi layanan kesehatan primer dengan bahasa dan budaya yang sesuai dengan kelompok rentan dan terpinggirkan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis hambatan kebijakan dan praktik kesehatan yang dapat mempengaruhi kesehatan kelompok tersebut. • Mengembangkan sikap terbuka, inklusif, dan non-diskriminatif terhadap individu dari kelompok tersebut. • Mengembangkan kemampuan mengorganisir kegiatan | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | | partisipatif untuk meningkatkan kesadaran dan dukungan. | |
| 8 | Mengembangkan komunikasi dengan efektif dan empati terhadap kelompok rentan, termasuk keterampilan keterlibatan yang kuat dengan keluarga pasien. | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisis pentingnya keterlibatan keluarga dalam mendukung kesehatan anggota keluarga, terutama pada kelompok rentan.• Mengembangkan kepekaan terhadap tantangan dan stigmatisasi yang mungkin dihadapi keluarga pasien.• Mengembangkan pengukuran efektivitas keterlibatan keluarga dalam mencapai hasil kesehatan yang optimal. | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 9 | Mengembangkan pemberian pendidikan kesehatan dan pelatihan kepada kelompok rentan untuk meningkatkan literasi kesehatan. | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa kebutuhan spesifik kelompok rentan dalam meningkatkan literasi kesehatan dan faktor-faktor sosial, ekonomi, dan budaya yang mempengaruhi literasi kesehatan• Mengembangkan sikap partisipasi aktif dalam kegiatan edukasi kesehatan.• Mengembangkan penerapan perangkat evaluasi yang dapat mengukur peningkatan literasi. | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 10 | Mengembangkan fasilitasi program edukasi yang bersifat pencegahan pada kelompok rentan | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi strategi pencegahan penyakit yang relevan untuk kelompok rentan• Mengembangkan sikap Bersikap proaktif dalam mengembangkan program edukasi yang berkelanjutan• Mengembangkan pendekatan komprehensif dalam mengintegrasikan | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | edukasi pencegahan dalam layanan kesehatan primer. | |
| 11 | Mengembangkan dan memelihara kemitraan dengan lembaga masyarakat, organisasi non-pemerintah, dan lembaga kesehatan lainnya untuk mendukung upaya kesehatan kelompok rentan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi struktur sistem kesehatan lokal dan nasional serta kebijakan yang memengaruhi kelompok rentan. • Mengembangkan sikap terbuka dan tanpa prasangka terhadap keragaman kelompok rentan. • Mengembangkan ide-ide inovatif untuk memperkuat kemitraan dan meningkatkan dukungan bagi kelompok rentan. | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 12 | Mengevaluasi penilaian dan pengelolaan masalah kesehatan mental yang mungkin lebih sering terjadi pada kelompok rentan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi epidemiologi dan prevalensi penyakit yang signifikan dalam konteks kelompok rentan. • Menganalisis metode penilaian kesehatan mental yang sensitif terhadap konteks budaya dan sosial kelompok rentan. • Mengembangkan sikap yang mendorong partisipasi aktif individu dalam pengambilan keputusan terkait perawatan kesehatan mental. • Mengembangkan kemampuan pengelolaan kasus kesehatan mental kelompok rentan dengan pendekatan yang terkoordinasi. | Pengelolaan informasi |
| 13 | Mengembangkan dan mengimplementasikan program kesehatan komprehensif yang dirancang khusus | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi karakteristik, kebutuhan, dan tantangan kesehatan khusus yang dihadapi oleh kelompok rentan. • Mengembangkan sikap | Pengelolaan informasi |

| | | | |
|----|---|---|------------------------------|
| | <p>untuk kelompok rentan.</p> | <p>advokasi yang konsisten untuk memperjuangkan hak dan kesejahteraan kelompok rentan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan implementasi pelayanan kesehatan yang holistik, mencakup aspek-aspek fisik, mental, dan sosial kesehatan kelompok rentan. <p>Mengembangkan kemampuan untuk Merancang dan melaksanakan program pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan literasi kesehatan dan memberdayakan kelompok rentan.</p> | |
| 14 | <p>Mengevaluasi dampak program kesehatan komprehensif yang dirancang khusus untuk kelompok rentan secara teratur.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis konsep penilaian dampak jangka panjang dan jangka pendek terhadap kesehatan dan kesejahteraan kelompok rentan • Mengembangkan sikap kepekaan yang tinggi terhadap perubahan kebutuhan dan preferensi kelompok rentan • Mengembangkan penggunaan hasil evaluasi untuk mengadaptasi program kesehatan komprehensif agar lebih responsif terhadap kebutuhan kelompok rentan. | <p>Pengelolaan informasi</p> |
| 15 | <p>Mengembangkan penelitian yang mengarah pada pemahaman lebih baik tentang kesehatan kelompok rentan.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi berbagai metode penelitian yang relevan untuk memahami isu-isu kesehatan kelompok rentan • Mengembangkan sikap untuk mengakui hak dan keadilan dalam pelaksanaan | <p>Pengelolaan informasi</p> |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | <p>penelitian, terutama terkait dengan kelompok rentan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan keterlibatan kelompok rentan dalam setiap tahap penelitian, mulai dari perencanaan hingga penyampaian hasil• Mengembangkan penggunaan temuan penelitian untuk mendukung advokasi kebijakan dan praktik yang mendukung kesehatan kelompok rentan demi perubahan kebijakan berdasarkan bukti ilmiah. | |
| 16 | <p>Mengembangkan penerapan pendekatan holistik dalam perawatan kesehatan dengan memahami peran dan dampak faktor-faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan terhadap kesehatan keluarga rentan.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisis dampak faktor sosial terhadap kesehatan keluarga rentan• Mengembangkan sikap komitmen untuk memberikan perawatan kesehatan yang disesuaikan dengan keunikan setiap keluarga.• Mengembangkan keterampilan berkolaborasi dengan profesional kesehatan mental, pekerja sosial, dan pihak terkait lainnya untuk memberikan perawatan holistik. | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |
| 17 | <p>Mengembangkan penyediaan dukungan psikososial pada masalah kesehatan mental yang lebih sering terjadi pada kelompok rentan</p> | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi prinsip-prinsip dukungan psikososial dan dampaknya pada kesehatan mental.• Mengembangkan sikap komitmen untuk menyediakan dukungan emosional yang diperlukan untuk membantu kelompok rentan mengatasi masalah kesehatan mental. | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |

| | | | |
|----|--|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan layanan yang melibatkan keluarga dan masyarakat dalam promosi kesehatan mental dan pencegahan masalah kesehatan mental. | |
| 18 | Mengembangkan penerapan pendekatan holistik dalam perawatan kesehatan dengan memahami peran dan dampak faktor-faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan terhadap kesehatan keluarga rentan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi faktor-faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan yang memengaruhi kesehatan keluarga rentan. • Mengembangkan sikap komitmen untuk memberikan perawatan kesehatan yang disesuaikan dengan keunikan setiap keluarga. • Mengembangkan penerapan strategi pendekatan holistik untuk mengelola masalah kesehatan mental dalam konteks keluarga rentan. | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 19 | Mengembangkan penyediaan dukungan psikososial pada masalah kesehatan mental yang lebih sering terjadi pada kelompok rentan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi prinsip-prinsip dukungan psikososial dan dampaknya pada kesehatan mental. • Mengembangkan sikap empati dan tanpa stigmatisme terhadap individu dengan masalah kesehatan mental. • Mengembangkan keterampilan konseling untuk memberikan dukungan psikososial kepada individu dan keluarga. | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |
| 20 | Mengembangkan penyediaan layanan kesehatan reproduksi yang mengakomodasi kebutuhan kelompok rentan, termasuk akses terhadap kontrasepsi dan | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa tantangan khusus yang dihadapi oleh kelompok rentan dalam konteks kesehatan reproduksi • Mengembangkan sensitivitas dan keterbukaan terhadap kebutuhan dan | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | perawatan kehamilan. | preferensi kelompok rentan terkait layanan kesehatan reproduksi. <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan keterampilan konseling yang memungkinkan penyampaian informasi kesehatan reproduksi dengan cara yang dapat dimengerti dan mendukung.• Mengembangkan pengelolaan perawatan kesehatan reproduksi yang mencakup pelayanan kontrasepsi, pemeriksaan kehamilan, dan pemantauan kondisi kesehatan reproduksi. | |
| 21 | Mengembangkan pemantauan kesehatan anak secara teratur dan menyediakan vaksinasi yang sesuai pada kelompok rentan | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa kesehatan anak, termasuk perkembangan fisik dan mental, serta kebutuhan kesehatan khusus kelompok rentan.• Mengembangkan sikap sebagai advokat vaksinasi untuk anak-anak dalam kelompok rentan• Mengembangkan program kesehatan anak yang inklusif dan dapat diakses oleh kelompok rentan.• Mengembangkan mekanisme untuk meningkatkan akses kelompok rentan terhadap pelayanan kesehatan anak | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |
| 22 | Mengembangkan penyediaan perawatan kesehatan yang komprehensif untuk ibu hamil dan anak-anak pada kelompok rentan | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa risiko kesehatan spesifik yang dihadapi oleh ibu hamil dalam kelompok rentan.• Mengevaluasi peran penting asuhan kesehatan primer dalam memberikan perawatan kesehatan komprehensif untuk anak-anak kelompok | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | <p>rentan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan sikap bahwa setiap intervensi dan pelayanan disesuaikan dengan kondisi sosial dan lingkungan kelompok rentan • Mengembangkan keterampilan pemantauan kesehatan ibu hamil secara teratur, dengan penekanan pada indikator kesehatan khusus kelompok rentan • Mengembangkan program deteksi dini dan mengatasi masalah kesehatan ibu hamil dan anak-anak dalam kelompok rentan. | |
| 23 | Menganalisa identifikasi dan pemanfaatan sumber daya komunitas kelompok rentan untuk meningkatkan perawatan kesehatan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi diversitas sumber daya, termasuk layanan kesehatan yang ada, dukungan sosial, dan organisasi non-pemerintah di wilayah tersebut • Mengembangkan sikap responsif terhadap aspirasi dan nilai-nilai komunitas dalam pengembangan program perawatan kesehatan. • Mengembangkan keterampilan pengumpulan dan analisis data komunitas untuk memahami profil kesehatan dan sumber daya yang tersedia. • Mengembangkan penerapan sistem pemantauan yang memantau partisipasi dan kontribusi aktif komunitas dalam perawatan kesehatan. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 24 | Mengembangkan adaptasi pendekatan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi konsep dan prinsip | Pengelolaan penyakit dan |

| | | | |
|----|--|--|---|
| | <p>berbasis keluarga untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarganya dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan unik kelompok rentan.</p> | <p>pendekatan berbasis keluarga dalam memberikan pelayanan kesehatan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan sikap empati dan menghormati nilai-nilai serta preferensi keluarga dalam proses pengambilan keputusan kesehatan• Mengembangkan perencanaan perawatan terpadu yang mencakup kebutuhan kesehatan seluruh keluarga, terutama anggota yang rentan.• Mengembangkan metode evaluasi untuk menilai efektivitas pendekatan berbasis keluarga dalam meningkatkan kesehatan kelompok rentan. | <p>masalah kesehatan di layanan primer</p> |
| 25 | <p>Mengembangkan program pencegahan penyakit menular yang sesuai dengan risiko kesehatan kelompok rentan.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa tingkat prevalensi, faktor penyebab, dan karakteristik klinis penyakit menular dalam kelompok rentan.• Mengembangkan sikap dalam pendekatan pencegahan yang menghormati nilai-nilai dan kepercayaan kelompok rentan.• Mengembangkan intervensi pencegahan penyakit menular yang terbukti efektif dan relevan untuk kelompok rentan. | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |
| 26 | <p>Mengembangkan pengelolaan penyakit menular termasuk pengelolaan penyakit menular seksual dengan mempertimbangkan situasi khusus</p> | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi mekanisme penularan, gejala, dan dampak jangka panjang penyakit menular, dengan penekanan khusus pada penyakit menular seksual (PMS) pada | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | kelompok rentan. | <p>kelompok rentan. Mengembangkan sikap dengan tingkat sensitivitas yang tinggi terhadap stigma dan diskriminasi yang mungkin dihadapi oleh kelompok rentan terkait dengan penyakit menular, khususnya PMS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan keterampilan diagnostik yang teliti untuk mendeteksi penyakit menular, termasuk PMS, pada kelompok rentan. • Mengembangkan keterampilan pengelolaan penyakit menular secara komprehensif, termasuk PMS, dengan mempertimbangkan situasi khusus kelompok rentan | |
| 27 | Mengembangkan inisiatif pemberdayaan komunitas untuk meningkatkan kesehatan kelompok rentan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi konsep dan prinsip pemberdayaan komunitas, khususnya dalam konteks meningkatkan kesehatan kelompok rentan. • Mengembangkan sikap yang mendukung pemberdayaan, menggalang kekuatan internal komunitas untuk meraih kontrol atas kesehatan mereka. • Mengembangkan kemampuan untuk melakukan pemetaan sumber daya komunitas yang melibatkan keahlian, potensi, dan dukungan yang dapat diberikan oleh komunitas. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 28 | Mengembangkan program | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi relevansi dan manfaat | Pembelajaran Kedokteran |

| | | | |
|--|---|--|--------------------------------|
| | <p>pembimbingan klinik untuk menerapkan pembelajaran kedokteran kelompok rentan dan termarginal</p> | <p>pembimbingan klinik dalam meningkatkan pelayanan kesehatan untuk kelompok rentan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan sikap untuk memberikan pelayanan kesehatan yang setara dan bermutu untuk semua. • Mengembangkan keterampilan komunikasi yang sensitif, termasuk kemampuan untuk berkomunikasi dengan bahasa dan gaya yang dapat dimengerti oleh kelompok rentan. | <p>Keluarga Layanan Primer</p> |
|--|---|--|--------------------------------|

8. Kedokteran perilaku dan penanganan kelompok kecanduan (*addiction and behavioral medicine*)

| No | Komponen Kompetensi, Kedokteran perilaku dan penanganan kelompok kecanduan mampu | Capaian pembelajaran: lulusan Prodi SpKKLP SubSpCOPC, mampu | Kompetensi |
|----|--|--|---|
| 1 | <p>Menganalisis keterlibatan keluarga dan lingkungan sosial dalam proses pelayanan kesehatan</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa peran dan dampak keterlibatan keluarga dalam proses perawatan individu yang mengalami masalah kecanduan dan perilaku maladaptif. • Mengevaluasi hubungan antara lingkungan sosial dan kecenderungan perilaku adiktif. • Mengembangkan sikap yang sensitif terhadap kebutuhan dan tantangan keluarga individu yang sedang menjalani perawatan. • Mengembangkan kemampuan untuk mengidentifikasi pola interaksi keluarga yang mungkin mendukung atau menghambat | <p>Etika, hukum dan profesionalisme</p> |

| | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| | | pemulihan. | |
| 2 | Mengembangkan edukasi kepada pasien dan keluarganya tentang sifat kecanduan, efeknya, dan peran mereka dalam proses pemulihan. | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi sifat kecanduan, termasuk mekanisme biologis, psikologis, dan sosial yang terlibat.• Mengembangkan sikap untuk Menciptakan lingkungan yang terbuka dan mendukung untuk berkomunikasi tentang kecanduan.• Mengembangkan ketrampilan untuk menyusun edukasi berdasarkan tingkat literasi dan kebutuhan individual.• Mengembangkan rancangan dan memberikan sesi edukasi individual kepada pasien untuk menyampaikan informasi khusus terkait kecanduan mereka. | Etika, hukum dan profesionalisme |
| 3 | Mengembangkan edukasi masyarakat tentang risiko kecanduan, pencegahan dan cara mengatasinya | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa efek kecanduan terhadap kesehatan mental dan fisik individu.• Mengembangkan sikap mendukung keluarga dalam mengungkapkan perasaan, kekhawatiran, dan pertanyaan terkait kecanduan.• Mengembangkan perancangan dan pelayanan sesi edukasi individual kepada pasien untuk menyampaikan informasi khusus terkait kecanduan mereka.• Mengembangkan kemampuan dalam mengidentifikasi hambatan pemahaman dan menyesuaikan strategi edukasi untuk mengatasi tantangan | Etika, hukum dan profesionalisme |

| | | | |
|---|--|--|----------------------------------|
| | | tersebut. | |
| 4 | Mengembangkan edukasi tentang risiko dan praktik seksual yang aman | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa risiko seksual yang terkait dengan kecanduan dan perilaku berisiko lainnya. • Mengevaluasi informasi tentang metode kontrasepsi yang sesuai dan penggunaan kondom untuk mencegah penularan penyakit. • Mengembangkan sikap untuk menekankan pentingnya pembicaraan terbuka dan jujur tentang praktik seksual untuk kesehatan yang lebih baik. • Mengembangkan sikap dalam dukungan kepada pasien untuk membuat keputusan yang bertanggung jawab terkait dengan praktik seksual. • Mengembangkan keterampilan komunikasi untuk membahas isu seksual secara terbuka dengan pasien. • Mengembangkan materi edukasi dalam menyampaikan informasi tentang seksualitas sehat yang mencakup keanekaragaman budaya dan latar belakang pasien. | Etika, hukum dan profesionalisme |
| 5 | Menganalisa segala perihal kecanduan perilaku, seperti kecanduan judi, kecanduan aktifitas seksual, makan berlebihan, atau kecanduan merokok, kecanduan obat-obatan, kecanduan miras | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa faktor predisposisi yang dapat menyebabkan kecanduan perilaku. • Menganalisa peran faktor genetik, lingkungan, dan psikososial dalam perkembangan kecanduan • Mengembangkan sikap non-stigmatizing dan | Mawas diri dan pengembangan diri |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | atau kecanduan internet. | <p>memahami bahwa kecanduan perilaku dapat mempengaruhi siapa saja tanpa memandang latar belakang atau status sosial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan kemampuan untuk merancang dan memberikan intervensi awal untuk individu yang mengalami kecanduan perilaku. • Mengembangkan ketrampilan untuk menyampaikan informasi dengan cara yang mudah dipahami oleh pasien dan keluarganya. | |
| 6 | Menilai dampak kecanduan perilaku terhadap kesehatan fisik dan mental. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi hubungan antara kecanduan perilaku dengan penyakit fisik dan masalah kesehatan mental. • Mengembangkan sikap yang sensitif terhadap dampak kesehatan fisik dan mental yang dialami oleh individu yang mengalami kecanduan perilaku. • Mengembangkan ketrampilan untuk menganalisis secara kritis dampak kecanduan perilaku pada organ tubuh dan fungsi mental. | Mawas diri dan pengembangan diri |
| 7 | Mengembangkan layanan konseling individu dan kelompok untuk mendukung pemulihan kelompok kecanduan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi berbagai pendekatan konseling yang efektif dalam mendukung pemulihan dari kecanduan. • Mengembangkan sikap untuk menghormati hak pasien untuk mendapatkan bantuan tanpa merendahkan martabat mereka. • Mengembangkan ketrampilan dalam memberikan informasi | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | yang komprehensif kepada pasien dan keluarganya tentang dampak kecanduan perilaku terhadap kesehatan. | |
| 8 | Mengembangkan layanan informasi yang dapat dimengerti keluarga tentang penatalaksanaan dan dukungan yang tersedia dalam menatalaksana pasien kecanduan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi berbagai layanan dan dukungan yang tersedia untuk individu yang mengalami kecanduan. • Mengembangkan sikap terbuka dan kesediaan untuk berkomunikasi dengan keluarga pasien. • Mengembangkan kemampuan dalam menjelaskan proses penatalaksanaan dan mendukung keluarga dalam pemahaman mereka. | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 9 | Mengembangkan kolaborasi dengan tim perawatan kesehatan yang melibatkan psikiater, psikolog, dan profesional kesehatan lainnya. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi perkembangan terkini dalam bidang psikiatri, psikologi, dan kesehatan mental. • Mengembangkan sikap profaktif dalam berkolaborasi demi mencapai hasil penatalaksanaan yang holistik. • Mengembangkan kerja sama dengan tim perawatan, termasuk psikolog, ahli nutrisi, dan spesialis lainnya, untuk menyusun rencana perawatan yang komprehensif | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 10 | Mengembangkan koordinasi penatalaksanaan terpadu bagi pasien dengan kecanduan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi metode diagnosis dan klarifikasi kecanduan yang terkini • Mengembangkan sikap terbuka terhadap kolaborasi dengan berbagai profesional kesehatan dan ahli terkait. • Mengembangkan keterampilan koordinasi dengan tim | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |

| | | | |
|----|---|---|-----------------------|
| | | perawatan, termasuk psikiater, psikolog, dan profesional kesehatan lainnya. | |
| 11 | Mengembangkan pemanfaatan teknologi, seperti aplikasi dan platform online, untuk memberikan dukungan jarak jauh bagi bagi pasien dengan kecanduan dalam proses pemulihan. | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi tren terbaru dalam pengembangan teknologi aplikasi dan platform online untuk dukungan jarak jauh bagi pasien dengan kecanduan• Mengembangkan kemampuan dalam mengintegrasikan teknologi dalam praktek klinis, seperti menggunakan telekonsultasi, pesan teks, atau panggilan video untuk memberikan dukungan jarak jauh.• Mengembangkan praktik terbaik dalam penggunaan teknologi dalam bidang addiction dan behavioral medicine, termasuk mengikuti pedoman dan regulasi yang berlaku. | Pengelolaan informasi |
| 12 | Mengevaluasi monitoring dan menilai penggunaan teknologi dalam konteks perawatan. | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi berbagai jenis teknologi yang digunakan dalam pemantauan dan evaluasi perawatan, seperti aplikasi berbasis mobile, perangkat wearable, atau sistem elektronik untuk melacak perilaku, kesehatan, dan progress pasien.• Mengevaluasi manfaat dan keterbatasan penggunaan teknologi dalam mendukung perawatan, termasuk aspek keamanan dan privasi data pasien.• Mengembangkan sikap kritis dan hati-hati dalam mengevaluasi penggunaan teknologi, | Pengelolaan informasi |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | | <p>dengan tidak mengabaikan nilai-nilai etika dan privasi pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi efektivitas dan validitas teknologi yang digunakan dalam perawatan, dengan mempertimbangkan bukti-bukti ilmiah dan hasil penelitian yang relevan • Mengintegrasikan teknologi dalam praktik klinis sehari-hari, termasuk memantau dan menginterpretasikan data yang dihasilkan oleh teknologi untuk mendukung proses penatalaksanaan | |
| 13 | Menganalisa perilaku yang memicu penggunaan zat serta tatalaksananya. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi dasar-dasar perilaku manusia dan faktor-faktor yang memengaruhi penggunaan zat, seperti faktor genetik, lingkungan sosial, dan faktor psikologis. Mengembangkan sikap empati dan tidak menghakimi terhadap individu yang menggunakan zat, dengan memahami bahwa penggunaan zat dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor kompleks • Mengembangkan perencanaan dan aplikasi intervensi yang sesuai, termasuk pengobatan farmakologi, terapi perilaku kognitif, dan dukungan psikososial. | Landasan ilmiah ilmukedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 14 | Mengembangkan integrasi pendekatan medis, psikoterapi, dan intervensi perilaku. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa teori dan metode psikoterapi yang relevan, baik individual maupun kelompok, untuk | Landasan ilmiah ilmukedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | <p>membantu pasien yang mengalami masalah behavioral medicine dan penyalahgunaan zat.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan sikap terbuka terhadap pendekatan berbasis bukti dan penelitian dalam praktek medis, serta berkomitmen untuk terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam bidang behavioral medicine dan addiction care.• Mengembangkan kemampuan dalam mengintegrasikan pendekatan medis, psikoterapi, dan intervensi perilaku dalam penanganan pasien dengan masalah behavioral medicine dan penyalahgunaan zat | masyarakat |
| 15 | Mengevaluasi dan mengelola penggunaan obat-obatan yang dapat mendukung proses pemulihan. | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisis berbagai jenis obat-obatan yang digunakan dalam pengobatan terkait pemulihan, termasuk obat pengganti nikotin, obat pengurang keinginan untuk zat tertentu, dan obat penopang pemulihan kesehatan mental dan fisik• Mengembangkan sikap berbasis bukti dalam penggunaan obat-obatan yang mendukung proses pemulihan, dengan mempertimbangkan keuntungan, risiko, dan efektivitasnya dalam konteks perawatan pasien secara individu.• Mengembangkan penerapan pengetahuan tentang | Landasan ilmiah ilmukedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | farmakologi dan obat-obatan untuk merencanakan penggunaan obat-obatan yang tepat, termasuk memilih obat yang sesuai, merencanakan dosis yang efektif, dan memantau efek samping atau interaksi obat yang mungkin terjadi | |
| 16 | Mengembangkan koordinasi dengan spesialis farmakologi dalam meresepkan obat-obatan yang sesuai. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi prinsip-prinsip farmakologi yang mendasari penggunaan obat-obatan dalam perawatan pasien, termasuk interaksi obat, efek samping, dan dosis yang efektif. • Mengembangkan sikap terbuka terhadap saran dan masukan dari spesialis farmakologi untuk memastikan penggunaan obat-obatan yang optimal bagi pasien. • Mengembangkan perilaku untuk melakukan referensi yang tepat ke spesialis farmakologi ketika diperlukan, seperti dalam situasi kompleks atau saat perlu penilaian yang lebih mendalam mengenai interaksi obat atau efek samping. | Landasan ilmiah ilmukedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 17 | Mengembangkan penyusunan rencana penatalaksanaan terpadu untuk individu dengan kecanduan zat. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi beragam pendekatan terapeutik untuk perawatan individu dengan kecanduan zat, seperti terapi perilaku kognitif, farmakoterapi, terapi kelompok, dan dukungan sosial • Mengembangkan sikap yang memiliki keyakinan bahwa pemulihan adalah | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | | <p>• mungkin bagi individu dengan kecanduan zat dan berkomitmen untuk membantu mereka mencapai perubahan positif.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan layanan kolaborasi dengan anggota tim perawatan lainnya, termasuk psikiater, ahli psikologi, pekerja sosial, dan terapis lainnya, dalam merencanakan rencana pentalaksanaan terpadu. | |
| 18 | <p>Mengembangkan strategi untuk memantau dan mencegah kembali jatuh ke dalam kecanduan.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisis strategi dan metode pemantauan yang efektif untuk mengidentifikasi situasi berisiko dan mencegah jatuh kembali ke dalam kecanduan, seperti tes narkoba, pengawasan lingkungan, serta pemantauan terhadap faktor pemicu yang potensial.• Mengembangkan sikap untuk memiliki komitmen terhadap kesinambungan perawatan dan kontribusi dalam mengembangkan strategi personalisasi yang membantu pasien mencegah kekambuhan.• Mengembangkan kemampuan untuk mengidentifikasi perilaku berisiko dan situasi lingkungan yang dapat memicu kembali ke dalam kecanduan, serta bekerja sama dengan pasien dalam mengembangkan strategi untuk menghindari atau menghadapinya dengan | <p>Keterampilan klinis kedokteran keluarga</p> |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | | cara yang sehat. | |
| 19 | Mengembangkan penyediaan dukungan dan strategi koping untuk mengelola situasi berisiko tinggi | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa strategi koping yang efektif untuk menghadapi situasi berisiko tinggi, seperti relaksasi otot, latihan pernapasan, pengalihan perhatian, refleksi diri, atau penyelesaian masalah.• Mengembangkan sikap untuk dapat Memprioritaskan keadilan, kesetaraan, dan keberagaman dalam memberikan dukungan kepada pasien, tanpa diskriminasi atau prasangka.• Mengembangkan layanan yang membantu pasien dalam mengembangkan rencana tindakan koping yang realistis dan terukur untuk mengelola situasi berisiko tinggi, dengan memperhatikan preferensi dan sumber daya yang tersedia. | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |
| 20 | Mengembangkan program evaluasi komprehensif terhadap pasien untuk mendeteksi kecanduan zat atau perilaku tertentu. | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi berbagai jenis tes skrining dan alat evaluasi yang dapat digunakan untuk mendeteksi kecanduan zat atau perilaku tertentu, serta memahami kelebihan dan kelemahan masing-masing.• Mengembangkan sikap yang tidak menghakimi dan empati terhadap pasien yang mengalami kecanduan zat atau perilaku tertentu, serta memahami bahwa kecanduan merupakan suatu penyakit yang memerlukan perawatan dan dukungan. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan layanan edukasi kepada pasien dan keluarganya mengenai dampak negatif dan risiko yang terkait dengan kecanduan, serta memberikan informasi mengenai pilihan perawatan yang tersedia.• Mengembangkan layanan rujukan ke spesialis atau program rehabilitasi yang sesuai untuk perawatan atau intervensi lebih lanjut, dan menyusun rencana pemantauan dan tindak lanjut setelah perawatan. | |
| 21 | Mengembangkan program penegakkan diagnosis yang akurat berdasarkan kriteria klinis dan perilaku. | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisis kriteria klinis dan perilaku yang digunakan untuk menegakkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan terkait perilaku, seperti gangguan penggunaan zat, gangguan makan, atau gangguan kontrol impulsif.• Mengembangkan sikap objektif dan komitmen untuk melakukan penilaian dan diagnostik yang akurat, tanpa prasangka atau stereotip terhadap individu yang mengalami masalah perilaku atau gangguan kesehatan mental• Mengembangkan kemampuan untuk Menginterpretasikan informasi yang dikumpulkan dengan cermat dan membandingkannya dengan kriteria diagnostik yang ada, sehingga dapat melakukan diagnosis yang akurat dan | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | menyusun program penanganan yang tepat. | |
| 22 | Mengembangkan program pengelolaan proses detoksifikasi dengan memahami tata cara dan risiko yang terkait. | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa berbagai metode atau pendekatan yang digunakan dalam detoksifikasi, seperti penghentian penggunaan zat secara tiba-tiba (cold turkey), detoksifikasi bertahap, atau penggunaan terapi penggantian zat.• Mengembangkan sikap empati dan kepedulian terhadap perjuangan pasien selama proses detoksifikasi, serta mendorong mereka untuk mencari perubahan positif.• Mengembangkan program detoksifikasi yang disesuaikan dengan kebutuhan individu pasien, dengan mempertimbangkan faktor seperti jenis zat yang digunakan, derajat kecanduan, keadaan medis, dan preferensi pasien. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 23 | Mengembangkan program perawatan pendukung selama periode withdrawal. | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi proses withdrawal yang terjadi saat individu berhenti atau mengurangi penggunaan zat adiktif, termasuk gejala fisik dan psikologis yang mungkin timbul.• Mengembangkan sikap empati dan pengertian terhadap pasien yang mengalami gejala withdrawal, dan mampu mendengarkan secara aktif serta memberikan dukungan yang memadai.• Mengembangkan rancangan program perawatan pendukung yang mencakup strategi farmakologis | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | dan non- farmakologis yang tepat, seperti penggunaan obat pengganti atau terapi perilaku kognitif. | |
| 24 | Mengembangkan terapi perilaku kognitif untuk membantu individu mengubah pola pikir dan perilaku yang terkait dengan kecanduan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi konsep dasar teori perilaku kognitif dan metode terapeutik yang digunakan dalam terapi perilaku kognitif. • Mengembangkan sikap empati dan pengertian terhadap individu yang mengalami kecanduan dan bersedia membantu mereka untuk mengubah pola pikir dan perilaku yang merugikan. • Mengembangkan penggunaan teknik perilaku kognitif seperti pengkajian, self-monitoring, reframe kognitif, dan pemecahan masalah untuk membantu individu mengubah pola pikir dan perilaku yang tidak sehat. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 25 | Mengembangkan penanganan masalah kesehatan mental yang sering terkait dengan kecanduan, seperti depresi, kecemasan, dan gangguan stres pasca-trauma. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi gejala, penyebab, dan mekanisme kesehatan mental yang terkait dengan kecanduan seperti depresi, kecemasan, dan gangguan stres pasca-trauma • Mengembangkan sikap bahwa percaya pada pentingnya pendekatan tim dalam penanganan masalah kesehatan mental yang terkait dengan kecanduan dan mendorong kerja sama lintas disiplin. • Mengembangkan rencana penatalaksanaan yang komprehensif dan terintegrasi yang mencakup terapi | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | | <p>perilaku kognitif, intervensi farmakologis, serta dukungan sosial dan psikososial</p> | |
| 26 | <p>Mengembangkan penatalaksanaan kesehatan mental yang bersifat holistik terhadap pasien dengan kecanduan.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi mekanisme perilaku dan psikososial yang mendasari kecanduan, termasuk faktor risiko dan protektif yang terkait • Mengembangkan sikap holistik terhadap penanganan kecanduan, dengan memperhatikan tidak hanya aspek fisik, tetapi juga emosional, sosial, dan spiritual pasien. • Mengembangkan rencana penatalaksanaan yang holistik, yang mencakup intervensi yang sesuai dengan kebutuhan pasien dalam aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |
| 27 | <p>Mengembangkan penilaian risiko kesehatan fisik dan penangan masalah kesehatan fisik yang mungkin muncul sebagai akibat penggunaan zat.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa pemeriksaan klinis dan skrining yang relevan untuk mengidentifikasi adanya masalah kesehatan fisik akibat kecanduan. • Mengembangkan sikap bahwa penanganan kecanduan tidak hanya melibatkan aspek psikologis dan sosial, tetapi juga memerlukan pemantauan dan penilaian yang baik terhadap kesehatan fisik pasien. • Mengembangkan rencana pengelolaan yang terintegrasi antara aspek kesehatan fisik dan penanganan kecanduan pasien. | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |
| 28 | <p>Mengembangkan</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi | <p>Pengelolaan</p> |

| | | | |
|-----------|--|--|---|
| | <p>layanan kesehatan dan intervensi terkait kesehatan seksual bagi individu dengan kecanduan.</p> | <p>hubungan antara kecanduan dengan kesehatan seksual individu, termasuk bagaimana kecanduan dapat mempengaruhi fungsi seksual, pola perilaku seksual, dan risiko penyakit menular seksual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan sikap penghormatan, kerahasiaan, dan kepercayaan dalam memberikan layanan kesehatan seksual kepada pasien dengan kecanduan. • Mengembangkan rencana intervensi kesehatan secara individu yang mencakup manajemen kecanduan dan pemeliharaan kesehatan seksual. | <p>penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |
| <p>29</p> | <p>Mengembangkan program pembimbingan klinik untuk menerapkan pembelajaran kedokteran perilaku dan penanganan kelompok kecanduan</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi berbagai pendekatan dalam pembelajaran kedokteran perilaku, termasuk pendekatan kognitif, pendekatan berbasis kelompok, dan pendekatan berdasarkan bukti. • Mengembangkan sikap terbuka dan empati terhadap individu yang mengalami masalah kecanduan, serta menyadari pentingnya memberikan lingkungan yang aman dan mendukung dalam program pembimbingan • Mengembangkan pembimbingan klinik diintegrasikan ke dalam praktik sehari-hari sebagai spesialis kedokteran keluarga di layanan primer. | <p>Pembelajaran Kedokteran Keluarga Layanan Primer</p> |

9. Kelembagaan pelayanan kedokteran komunitas spesifik (*Community health care institutionalized medicine*)

| No | Komponen Kompetensi, Kelembagaan pelayanan kedokteran komunitas spesifik mampu | Capaian pembelajaran: lulusan Prodi SpKKLP SubSpCOPC, mampu | Kompetensi |
|----|---|--|----------------------------------|
| 1 | Mengembangkan program pemberdayaan pasien untuk meningkatkan kemandirian dan keputusan dalam aspek kesehatan dalam suatu institusi komunitas spesifik seperti panti lansia, panti grahita, panti rehabilitasi adiksi, penjara, dan sebagainya | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa populasi pasien yang mengalami kondisi khusus, seperti lansia, penderita grahita, atau rehabilitasi adiksi, serta memahami tantangan yang mungkin dihadapi oleh masing-masing kelompok tersebut. • Mengevaluasi kebutuhan medis dan kesehatan yang spesifik dalam institusi komunitas seperti panti lansia, panti grahita, panti rehabilitasi adiksi, penjara, dan sebagainya. • Mengembangkan sikap menghayati dan menghargai otonomi pasien dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan mereka sendiri. • Mengembangkan strategi pendampingan dan dukungan yang sesuai untuk membantu pasien dalam mencapai kemandirian kesehatan dan meningkatkan kemampuan mereka dalam pengambilan keputusan | Etika, hukum dan profesionalisme |
| 2 | Menganalisa struktur, kebijakan, dan dinamika institusi kesehatan komunitas dalam kelembagaan pelayanan kedokteran komunitas spesifik. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi struktur organisasi dan pengaturan kelembagaan dalam institusi kesehatan komunitas spesifik, termasuk peran dan tanggung jawab masing-masing stakeholder seperti tenaga medis, | Mawas diri dan pengembangan diri |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | <p>tenaga keperawatan, tenaga administrasi, dan lainnya.</p> <ul style="list-style-type: none">• Menegmbangkan sikap mawas diri dalam mengenali kelebihan dan keterbatasan diri sebagai anggota tim pelayanan kesehatan dalam institusi komunitas, serta selalu berusaha untuk berkembang dan meningkatkan kompetensi diri.• Menganalisa kebijakan pelayanan kesehatan yang berlaku di institusi kesehatan komunitas dan menerapkannya dalam praktek klinis, dengan memastikan bahwa tindakan medis dan intervensi mematuhi standar dan regulasi yang berlaku. | |
| 3 | <p>Mengevaluasi peran dan tanggung jawab praktisi kesehatan dalam konteks lembaga tersebut.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi regulasi dan kebijakan yang mengatur praktik kesehatan dalam konteks lembaga tersebut, seperti kode etik medis, prosedur operasional standar, dan kebijakan keselamatan pasien.• Mengembangkan sikap Memiliki sikap reflektif dan kritis terhadap peran dan tanggung jawab pribadi sebagai praktisi kesehatan dalam institusi kesehatan komunitas.• Mengembangkan hubungan kerjasama yang baik dengan anggota tim kesehatan lainnya dan berpartisipasi aktif dalam kegiatan peningkatan kualitas dan pengembangan profesi dalam konteks lembaga tersebut. | <p>Mawas diri dan pengembangan diri</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| 4 | Mengembangkan koordinasi dengan berbagai profesional kesehatan dan staf layanan di institusi komunitas spesifik. | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa berbagai profesi kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien di lembaga tersebut, seperti perawat, ahli gizi, tenaga medis, dan psikolog.• Menegembangkan sikap terbuka dan inklusif terhadap peran dan kontribusi masing-masing anggota tim kesehatan dalam memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien• Mengembangkan keterampilan komunikasi yang efektif dalam berinteraksi dengan profesional kesehatan dan staf layanan lainnya di institusi kesehatan komunitas• Mengembangkan koordinasi yang baik dalam mengintegrasikan perawatan pasien dan merencanakan tindakan yang diperlukan dengan profesional kesehatan lainnya | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 5 | Mengembangkan program konseling kepada pasien dan keluarga mengenai perawatan, prognosis, dan perubahan gaya hidup. | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa pendekatan konseling yang efektif, termasuk teknik komunikasi yang baik, strategi motivasi, dan pemahaman tentang perubahan perilaku pasien.• Mengembagnkan sikap dalam memahami pentingnya membangun hubungan yang kuat dengan pasien dan keluarganya untuk memfasilitasi proses konseling yang efektif.• Mengembangkan keterampilan komunikasi yang baik dalam memberikan konseling kepada pasien | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | <p>dan keluarga, termasuk mendengarkan dengan empati, mengajukan pertanyaan yang relevan, dan memberikan informasi dengan cara yang mudah dipahami.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan lingkungan yang mendukung dan aman di mana pasien dan keluarga merasa nyaman untuk berbagi perasaan, kekhawatiran, dan harapan mereka terkait perawatan, prognosis, dan perubahan gaya hidup | |
| 6 | Mengembangkan hubungan percaya dengan pasien dan keluarganya. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa pentingnya hubungan percaya antara dokter dan pasien dalam konteks perawatan kesehatan keluarga dan komunitas. • Mengembangkan sikap terbuka, empati, dan penghargaan terhadap keberagaman dalam komunikasi dengan pasien dan keluarganya. • Mengembangkan hubungan yang saling percaya dengan pasien dan keluarganya, melalui komunikasi yang terbuka, konsisten, dan penuh perhatian. | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 7 | Mengembangkan program advokasi untuk perbaikan kesehatan masyarakat di dalam dan di sekitar institusi. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi tentang metode dan strategi advokasi yang efektif, termasuk efek dari perubahan kebijakan, pendidikan masyarakat, dan kolaborasi dengan berbagai pemangku kepentingan • Mengembangkan sikap untuk berperan aktif dalam melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya dalam | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | <p>pembahasan dan perencanaan program advokasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan keterampilan komunikasi yang baik dalam mengadvokasi perbaikan kesehatan masyarakat, termasuk kemampuan untuk mengartikulasikan isu-isu kesehatan secara efektif, mempengaruhi pemangku kepentingan, dan membangun hubungan kolaboratif. | |
| 8 | <p>Mengembangkan kegiatan inisiatif yang mendukung kesehatan komunitas secara keseluruhan.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi berbagai inisiatif dan intervensi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. • Mengembangkan sikap pentingnya kolaborasi dan kemitraan dengan anggota masyarakat, organisasi, dan lembaga terkait dalam upaya meningkatkan kesehatan komunitas • Mengembangkan kemampuan berkomunikasi secara efektif dengan anggota masyarakat, lembaga, dan organisasi lain untuk mengumpulkan dukungan dan bekerja sama dalam upaya meningkatkan kesehatan komunitas. | <p>Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien</p> |
| 9 | <p>Mengembangkan pengelolaan rekam medis pasien yang akurat dan memastikan kepatuhan terhadap regulasi privasi data kesehatan dalam suatu institusi komunitas spesifik.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa berbagai sistem informasi kesehatan dan teknologi yang dapat membantu dalam pengelolaan informasi dan rekam medis pasien. • Mengembangkan sikap dalam mempromosikan budaya etika dan transparansi dalam pengelolaan informasi dan rekam medis pasien • Mengembangkan kemampuan dalam | <p>Pengelolaan informasi</p> |

| | | | |
|----|--|---|---|
| | | menyusun, menyimpan dan mengelola rekam medis pasien dengan akurat dan efisien, sesuai dengan standar dan prosedur yang berlaku. | |
| 10 | Mengembangkan penerapan teknologi informasi kesehatan untuk meningkatkan manajemen data kesehatan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi hukum dan regulasi yang berlaku mengenai penggunaan dan perlindungan data kesehatan, termasuk privasi dan keamanan data. • Mengembangkan sikap dedikasi untuk mempergunakan teknologi secara etis dan menghormati hak dan privasi pasien. • Mengembangkan integrasi teknologi informasi kesehatan ke dalam praktek kedokteran keluarga, termasuk penggunaan sistem elektronik untuk catatan kesehatan, manajemen data, dan komunikasi • Mengembangkan pembaruan dan penyesuaian terhadap teknologi dan sistem yang digunakan secara periodik, demi mempertahankan tingkat efisiensi dan keamanan. | Pengelolaan informasi |
| 11 | Mengembangkan standar kesehatan dan keamanan lingkungan di dalam institusi. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi permasalahan kesehatan yang berhubungan dengan lingkungan di dalam institusi dan dampaknya terhadap kesehatan individu dan masyarakat. • Mengembangkan sikap untuk berkolaborasi dengan tim multidisiplin untuk mengembangkan standar kesehatan dan keamanan lingkungan | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |

| | | | |
|----|--|---|---|
| | | <p>di dalam institusi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan praktik komunikasi efektif dengan staf institusi dan masyarakat terkait isu-isu kesehatan lingkungan di dalam institusi. • Mengembangkan penerapan pengetahuan dan ketrampilan dalam mengidentifikasi, menganalisis, dan menyelesaikan masalah kesehatan di dalam institusi terkait lingkungan. | |
| 12 | Mengembangkan program kebersihan dan pengendalian infeksi dalam suatu institusi komunitas spesifik | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi surveilans dan investigasi infeksi di komunitas, termasuk metode pengumpulan data, analisis data, dan pelaporan hasil surveilans. • Mengembangkan sikap kooperatif dalam mengembangkan dan melaksanakan program kebersihan dan pengendalian infeksi di komunitas, dengan bekerja sama dengan pihak terkait, seperti tenaga medis, tenaga kebersihan, dan pihak manajemen institusi. • Mengembangkan dan melaksanakan program kebersihan dan pengendalian infeksi di komunitas secara efektif, dengan merencanakan kegiatan, melibatkan pihak terkait, melaksanakan intervensi yang sesuai, dan melakukan evaluasi program secara berkala | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 13 | Mengembangkan penatalaksanaan dari berbagai disiplin ilmu yang terintegrasi dalam suatu institusi | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa berbagai disiplin ilmu yang relevan, seperti epidemiologi, biostatistik, kebijakan kesehatan, promosi | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | komunitas spesifik. | <p>kesehatan, manajemen kesehatan, dan lingkungan kesehatan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi cara mengintegrasikan pengetahuan dari berbagai disiplin ilmu untuk mengevaluasi, merencanakan, dan melaksanakan penatalaksanaan yang efektif dalam konteks institusi komunitas spesifik. • Mengembangkan sikap untuk selalu mempertimbangkan faktor sosial, budaya, dan lingkungan dalam merancang dan mengelola program atau intervensi kesehatan di tingkat komunitas. Mengembangkan pendekatan berbasis bukti dan menerapkan landasan ilmiah dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi penatalaksanaan kesehatan di institusi komunitas spesifik • Mengembangkan integrasi pengetahuan dan pendekatan dari berbagai disiplin ilmu untuk mengelola program dan intervensi kesehatan yang holistik dan multifaktorial. | masyarakat |
| 14 | Mengembangkan penyusunan rencana perawatan komprehensif yang mencakup aspek medis, psikososial, dan lingkungan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa sumber daya masyarakat dan layanan yang tersedia untuk mendukung aspek psikososial dan lingkungan dalam penatalaksanaan kesehatan keluarga dari pasien yang dirawat • Mengembangkan sikap komitmen untuk mengutamakan pelayanan yang berpusat pada pasien, dengan memahami | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | | <p>bahwa penatalaksanaan yang komprehensif harus mempertimbangkan aspek medis, psikososial, dan lingkungan secara holistik</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan integrasi informasi yang diperoleh dari berbagai sumber untuk merumuskan rencana penatalaksanaan yang komprehensif, termasuk melibatkan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan• Mengembangkan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lainnya, berbagi informasi, dan mengkoordinasikan upaya penatalaksanaan yang melibatkan aspek medis, psikososial, dan lingkungan. | |
| 15 | <p>Mengembangkan kolaborasi dengan tim multidisiplin untuk merancang perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi peran dan sumbangan yang diberikan oleh berbagai profesi kesehatan, seperti perawat, ahli gizi, fisioterapis, ahli farmasi, pekerja sosial, dan psikolog.• Mengembangkan sikap untuk mempraktikkan keterampilan komunikasi yang efektif, termasuk mendengarkan dengan empati, menghargai sudut pandang orang lain, dan mengekspresikan pikiran dan pendapat dengan jelas.• Mengembangkan langkah identifikasi kebutuhan pasien secara holistik dengan melibatkan anggota tim multidisiplin.• Mengembangkan | <p>Keterampilan klinis kedokteran keluarga</p> |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | koordinasi upaya dan sumber daya tim multidisiplin untuk memastikan perawatan yang terintegrasi dan terkoordinasi. | |
| 16 | Mengembangkan program penanganan keadaan darurat kesehatan yang dapat terjadi di institusi. | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi protokol penanganan darurat kesehatan yang berlaku di institusi, termasuk langkah-langkah pertolongan pertama, pemberian obat-obatan darurat, dan resusitasi jantung paru.• Mengembangkan sikap empati, simpati, dan kepedulian terhadap pasien dan keluarganya dalam situasi darurat yang penuh tekanan.• Mengembangkan koordinasi dengan tim penanganan darurat lainnya, seperti perawat, petugas medis lainnya, dan tim kegawatdaruratan, dalam menyediakan perawatan yang terkoordinasi dan efektif bagi pasien. | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |
| 17 | Mengembangkan rencana tanggap darurat yang efektif dengan keterlibatan tim darurat | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa prosedur penilaian awal, pengenalan dan penanganan masalah kesehatan kritis, serta pengetahuan dasar tentang farmakologi dan resusitasi kardiorespirasi.• Mengembangkan sikap profesional yang kuat, seperti ketelitian, kehati-hatian, dan keberanian dalam menghadapi situasi darurat yang memerlukan tindakan cepat.• Mengembangkan sikap kolaboratif dan komunikatif yang baik, mampu berkomunikasi secara efektif dengan | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | <p>anggota tim darurat lainnya untuk memastikan tindakan yang terkoordinasi dan efisien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan perencanaan tanggap darurat yang terstruktur dan efektif, termasuk penilaian risiko dan identifikasi sumber daya yang dibutuhkan. | |
| 18 | Mengembangkan pelayanan kesehatan primer di lingkungan lembaga. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa manajemen penyakit kronis dan mampu menggunakan panduan klinis serta alat-alat pemantauan untuk merencanakan dan mengelola perawatan pasien pada lembaga perawatan dengan masalah kesehatan kronis. • Mengembangkan sikap komitmen untuk memberikan pelayanan kesehatan yang merujuk pada pemeliharaan kesehatan, pengendalian penyakit, dan perawatan jangka panjang pasien. • Mengembangkan perencanaan dan pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan dengan pendekatan holistik, termasuk edukasi pasien, pengobatan farmakologis, dan pemantauan rutin. • Mengembangkan koordinasi dengan tim medis lainnya, seperti perawat, ahli gizi, dan ahli rehabilitasi, untuk memberikan perawatan yang terintegrasi dan berkelanjutan. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 19 | Mengembangkan pemantauan | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa pemantauan kesehatan | Pengelolaan penyakit dan |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | <p>kesehatan rutin dan intervensi medis dasar.</p> | <p>rutin, seperti penilaian diabetes, hipertensi, penyakit kardiovaskular, dan skrining kanker pada pasien komunitas spesifik ada suatu lembaga</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan sikap proaktif dalam mempromosikan pemantauan kesehatan rutin kepada pasien, mendorong partisipasi aktif mereka dalam perawatan dan pengelolaan kesehatan.• Mengembangkan strategi yang efektif dalam memberikan intervensi medis dasar, termasuk pemberian obat, edukasi pasien, pengelolaan diet, serta peningkatan aktivitas fisik | <p>masalah kesehatan di layanan primer</p> |
| 20 | <p>Mengembangkan pengelolaan penyakit kronis di antara populasi institusi, seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit kardiovaskular.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa metode evaluasi dan pemantauan dalam mengukur efektivitas pengelolaan penyakit kronis.• Mengembangkan sikap proaktif dalam mengelola penyakit kronis di antara populasi institusi, dengan fokus pada upaya pencegahan, pemantauan berkala, dan tindakan pengelolaan yang tepat.• Mengembangkan evaluasi dan pemantauan yang komprehensif bagi pasien dengan penyakit kronis, termasuk pengumpulan data klinis, pemantauan parameter kesehatan, serta menggunakan alat dan teknologi yang relevan.• Mengembangkan kolaborasi dengan tim | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | interdisipliner dalam menyediakan perawatan yang terintegrasi bagi pasien dengan penyakit kronis, termasuk mendukung koordinasi perawatan dan mengoptimalkan sumber daya yang tersedia. | |
| 21 | Mengembangkan program perawatan jangka panjang dan pendampingan untuk pasien dengan kondisi kronis. | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa keberagaman budaya dan sosial yang berpengaruh dalam pengelolaan penyakit kronis dan mampu mengintegrasikan pendekatan yang sensitif terhadap keberagaman tersebut.• Mengembangkan sikap proaktif dan menyeluruh terhadap pasien dengan kondisi kronis, termasuk pemahaman dan rasa empati terhadap tantangan dan kebutuhan psikososial yang mereka hadapi.• Mengembangkan perencanaan dan pelaksanaan program perawatan jangka panjang yang spesifik dan terintegrasi untuk pasien dengan kondisi kronis, termasuk pengelolaan terapi, pemantauan, dan intervensi yang diperlukan. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 22 | Mengembangkan penanganan pasien dengan keterbatasan fungsional, termasuk penyakit neurodegeneratif atau kondisi fisik yang memerlukan perawatan khusus. | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa patofisiologi dan karakteristik klinis penyakit neurodegeneratif dan kondisi fisik yang mempengaruhi keterbatasan fungsional pasien, seperti penyakit Alzheimer, Parkinson, kecacatanik, kelumpuhan, dan gangguan neuromuskuler lainnya. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi terapi dan intervensi yang relevan untuk meningkatkan kualitas hidup dan fungsi pasien, termasuk pengelolaan gejala, rehabilitasi, penggunaan alat bantu, dan perawatan jangka panjang.• Mengembangkan sikap dan persepsi yang inklusif dan empatik terhadap pasien dengan keterbatasan fungsional, mampu menghormati dan mengakomodasi kebutuhan serta preferensi individu pasien.• Mengembangkan pendekatan holistik dan komprehensif dalam penilaian, perencanaan, dan pengelolaan perawatan pasien dengan keterbatasan fungsional. | |
| 23 | Mengembangkan program dalam mengoptimalkan kualitas hidup pasien di lingkungan institusi. | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa prinsip-prinsip penting dalam mengoptimalkan kualitas hidup pasien di lingkungan institusi, termasuk aspek fisik, psikologis, dan sosial.• Mengevaluasi kebutuhan khusus pasien yang tinggal di lingkungan institusi dan mengerti bagaimana meningkatkan pengalaman perawatan mereka.• Mengembangkan sikap yang empatik, responsif, dan peduli terhadap kualitas hidup pasien di lingkungan institusi.• Mengembangkan perencanaan dan pengembangan program yang terintegrasi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien di | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | lingkungan institusi, dengan mempertimbangkan kebutuhan individu dan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. | |
| 24 | Mengembangkan perawatankesehatan mental di dalam institusi dan dukungan pada pasien dengan gangguan kesehatan mental untuk mencapai stabilisasi dan pemulihan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa berbagai metode dan pendekatan dalam perawatan kesehatan mental yang efektif di dalam institusi, seperti terapi obat, terapi perilaku kognitif, terapi keluarga, dan dukungan sosial. • Mengembangkan sikap empatik, tidak diskriminatif, dan nonstigmatis terhadap pasien dengan gangguan kesehatan mental di lingkungan institusi. • Mengembangkan pemantauan dan pengaturan perawatan yang berkelanjutan, termasuk pemantauan efek samping obat, terapi yang tepat waktu, dan tindak lanjut terhadap pasien. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 25 | Mengembangkan perawatankesehatan perempuan dan layanan kesehatan reproduksi di lingkungan institusi, termasuk kehamilan dan pasien dengan gangguan hormonal. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa gangguan hormonal pada perempuan, seperti gangguan menstruasi, kelainan tiroid, dan gangguan hormon lainnya, serta dampaknya terhadap kesehatan perempuan • Mengembangkan sikap empatik, menghormati, dan sensitif terhadap kebutuhan khusus perempuan dalam perawatan kesehatan mereka, termasuk dalam konteks kehamilan dan gangguan hormonal. • Mengembangkan sikap untuk menghargai pentingnya privasi dan kerahasiaan dalam | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | <p>memberikan layanan kesehatan reproduksi, serta menghormati keputusan pasien terkait pilihan kontrasepsi dan perawatan lainnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan layanan konseling yang tepat mengenai kontrasepsi, perencanaan keluarga, penanganan komplikasi kehamilan, dan pengelolaan gangguan hormonal. | |
| 26 | Mengembangkan program pembimbingan klinik untuk menerapkan pembelajaran Kelembagaan pelayanan kedokteran komunitas spesifik | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi konsep dan prinsip dasar dalam <i>community health care institutionalized medicine</i>, termasuk pemahaman tentang kebutuhan kesehatan masyarakat, faktor risiko penyakit, dan penilaian komprehensif pada tingkat komunitas. • Mengembangkan sikap mengenai penghargaan terhadap pentingnya kolaborasi dan keterlibatan masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kelembagaan pelayanan kedokteran komunitas. • Mengembangkan kemampuan dalam merencanakan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi program pembimbingan klinik yang berfokus pada pengembangan kelembagaan pelayanan kedokteran komunitas. | Pembelajaran Kedokteran Keluarga Layanan Primer |

10. Kedokteran perjalanan (*travel medicine*)

| No | Komponen Kompetensi Kedokteran perjalanan mampu | Capaian pembelajaran: lulusan Prodi SpKKLP SubSpCOPC, mampu | Kompetensi |
|----|---|---|----------------------------------|
| 1 | Mengembangkan koordinasi dengan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi sumber-sumber informasi yang | Etika, hukum dan profesionalisme |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | <p>ahli kesehatan lokal di destinasi perjalanan untuk mendapatkan informasi tambahan dan pemahaman lokal tentang risiko kesehatan.</p> | <p>dapat digunakan untuk memperoleh pemahaman lokal tentang risiko kesehatan, seperti Kementerian Kesehatan, organisasi kesehatan internasional, dan publikasi ilmiah terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan sikap untuk menghargai pentingnya menghormati dan mengikutsertakan ahli kesehatan lokal sebagai mitra dalam memberikan layanan travel medicine kepada pasien. • Mengembangkan kemampuan untuk menjalin hubungan kerja yang baik dengan ahli kesehatan lokal melalui komunikasi reguler dan kolaborasi dalam pertukaran informasi yang relevan | |
| 2 | <p>Menganalisa sumber daya lokal yang dapat digunakan dalam situasi darurat pada saat perjalanan</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi jenis sumber daya lokal yang tersedia dalam situasi darurat saat perjalanan, seperti fasilitas kesehatan, rumah sakit, dokter dan tenaga medis lokal, dan layanan evakuasi medis. • Mengembangkan sikap tanggung jawab dan keseriusan terhadap keamanan dan kesejahteraan pasien dengan mengidentifikasi dan mempelajari sumber daya lokal yang relevan sebelum perjalanan. • Mengembangkan rencana darurat yang mencakup kontak dan lokasi sumber daya medis lokal yang dapat digunakan dalam situasi darurat. | <p>Etika, hukum dan profesionalisme</p> |
| 3 | <p>Menganalisa risiko</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa faktor- | <p>Mawas diri dan</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | <p>kesehatan individu selama perjalanan melalui prosedur wawancara dan penilaian lainnya.</p> | <p>faktor risiko kesehatan yang berhubungan dengan perjalanan seperti penyakit infeksi, kondisi medis yang ada sebelumnya, iklim atau cuaca yang ekstrem, aktivitas fisik dan perjalanan jarak jauh, dan faktor sosial dan kebudayaan</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengembangkan sikap menghargai pentingnya pengumpulan informasi yang akurat dan mendalam melalui wawancara dengan pasien dan menggunakan penilaian lainnya untuk menganalisa risiko kesehatan individu sebelum atau selama perjalanan• Mengembangkan prosedur wawancara yang komprehensif dan sistematis untuk mengumpulkan informasi terkait riwayat medis pasien, kondisi kesehatan saat ini, vaksinasi sebelumnya, dan faktor-faktor risiko lainnya yang relevan | <p>pengembangan diri</p> |
| 4 | <p>Mengembangkan informasi kepada pasien tentang vaksinasi wajib dan disarankan berdasarkan tujuan perjalanan.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Menganalisa tujuan perjalanan yang berbeda dan mempelajari vaksinasi wajib dan disarankan yang diperlukan untuk setiap tujuan perjalanan.• Mengembangkan sikap untuk memberikan informasi yang akurat, jelas, dan mudah dipahami kepada pasien tentang vaksinasi yang diperlukan berdasarkan tujuan perjalanan mereka.• Mengembangkan pendekatan berbasis bukti dalam memberikan informasi | <p>Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | | kepada pasien, merujuk pada sumber-sumber yang terpercaya dan mengikuti pedoman vaksinasi yang terbaru | |
| 5 | Mengembangkan penyuluhan kesehatan kepada individu sebelum perjalanan, termasuk informasi tentang kesehatan makanan, kebersihan, dan langkah-langkah pencegahan penyakit lainnya. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi rekomendasi terkini tentang vaksinasi, obat profilaksis, dan perlengkapan medis yang diperlukan berdasarkan tujuan perjalanan. • Mengembangkan sikap akan pentingnya penyuluhan kesehatan sebelum perjalanan untuk mencegah penyakit dan melindungi kesejahteraan individu. Mengembangkan materi penyuluhan yang informatif dan relevan tentang kesehatan makanan, kebersihan, serta langkah-langkah pencegahan penyakit lainnya yang spesifik untuk tujuan perjalanan tertentu | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 6 | Mengembangkan pemahaman tentang gejala, penularan, dan cara pencegahan tentang penyakit endemik di daerah tujuan perjalanan | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa prosedur tes diagnostik yang relevan untuk mendeteksi penyakit endemik yang mungkin dialami oleh individu setelah perjalanan. • Mengembangkan sikap kepedulian terhadap kesehatan pasien dan kesediaan untuk memberikan informasi yang tepat dan akurat mengenai penyakit endemik di daerah tujuan perjalanan. • Mengembangkan program evaluasi riwayat perjalanan, termasuk destinasi yang dikunjungi, dan melakukan pemantauan geografis untuk mengidentifikasi risiko penyakit endemik yang | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |

| | | mungkin terjadi | |
|---|---|---|--|
| 7 | Mengembangkan program konseling kesehatan mental terkait perjalanan, termasuk mengatasi kecemasan atau stres perjalanan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa faktor-faktor kesehatan mental yang mungkin muncul sehubungan dengan perjalanan, seperti kecemasan sebelum berangkat, stres lingkungan yang tidak familiar, atau tekanan perjalanan jangka panjang. • Mengembangkan sikap untuk mendorong pasien untuk berbagi pengalaman dan perasaan mereka terkait dengan perjalanan, sehingga dapat dirumuskan rencana konseling yang sesuai • Mengembangkan teknik komunikasi yang efektif, seperti pendekatan mendengarkan yang aktif, memberikan dukungan emosional, dan memberikan informasi yang jelas dan terperinci tentang strategi pengelolaan kesehatan mental. | Keterampilan komunikasi dan hubungan dokter-pasien |
| 8 | Mengevaluasi dan menyampaikan informasi tentang tanda dan gejala penyakit yang mungkin muncul dan tindakan yang harus diambil jika terjadi masalah kesehatan dalam perjalanan | <p>Menganalisa jenis penyakit atau kondisi kesehatan yang mungkin muncul selama perjalanan dan gejala yang terkait dengan masing-masing penyakit tersebut</p> <p>Mengembangkan sikap terbuka dan ramah dalam menyampaikan informasi kepada pasien, sehingga pasien merasa nyaman untuk bertanya dan berbagi masalah kesehatan.</p> <p>Menganalisa informasi yang didapatkan untuk mengidentifikasi potensi penyakit atau masalah kesehatan yang mungkin terjadi.</p> | Pengelolaan informasi |

| | | | |
|----|--|--|-----------------------|
| 9 | Mengevaluasi dan menyampaikan informasi tentang penyakit endemik di daerah tujuan perjalanan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa karakteristik dan faktor risiko penyakit endemik di daerah tujuan perjalanan. • Mengembangkan komitmen untuk memberikan informasi yang akurat, terpercaya, dan terkini kepada pasien mengenai penyakit endemik yang ada di daerah tujuan perjalanan mereka. • Menganalisa informasi yang dikumpulkan untuk mengevaluasi risiko individu pasien terhadap penyakit endemik dan memberikan rekomendasi yang tepat. | Pengelolaan informasi |
| 10 | Mengevaluasi dan menyampaikan informasi tentang sumber daya dan dukungan mental yang tersedia di destinasi perjalanan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa kemungkinan adanya perbedaan dalam aksesibilitas dan kualitas sumber daya kesehatan mental di berbagai destinasi perjalanan. • Mengembangkan sikap untuk menghargai pentingnya memberikan informasi yang akurat dan objektif tentang sumber daya dan dukungan mental yang tersedia di destinasi perjalanan • Mengembangkan saran praktis kepada pasien mengenai langkah-langkah yang dapat mereka ambil jika mereka merasa membutuhkan dukungan mental selama perjalanan | Pengelolaan informasi |
| 11 | Mengevaluasi dan menyampaikan informasi tentang faktor-faktor lingkungan yang dapat memengaruhi kesehatan, | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa iklim yang berbeda, pengaruh elevasi dan kebersihan lingkungan dapat mempengaruhi kesehatan selama perjalanan | Pengelolaan informasi |

| | | | |
|----|---|--|-----------------------|
| | seperti iklim, elevasi, dan kebersihan lingkungan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan sikap komitmen untuk memberikan informasi yang akurat dan terpercaya kepada pasien mengenai faktor-faktor lingkungan yang dapat memengaruhi kesehatan • Mengembangkan saran atau arahan praktis kepada pasien untuk mempersiapkan diri secara fisik dan mengatasi potensi risiko kesehatan yang terkait dengan faktor-faktor lingkungan | |
| 12 | Mengevaluasi dan menyampaikan penyuluhan dan saran tentang kesehatan seksual dan reproduksi selama perjalanan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa langkah-langkah pencegahan yang efektif, seperti penggunaan kondom, vaksinasi yang diperlukan, dan perencanaan keluarga yang tepat dalam perjalanan • Mengembangkan sikap kepedulian dan komitmen untuk memberikan informasi yang akurat, obyektif, dan tidak diskriminatif tentang kesehatan seksual dan reproduksi • Mengembangkan layanan edukasi komprehensif tentang pilihan kontrasepsi, perlindungan dari penyakit menular seksual, dan langkah-langkah pencegahan lainnya yang diperlukan selama perjalanan. | Pengelolaan informasi |
| 13 | Mengevaluasi dan menyampaikan informasi tentang perlindungan terhadap penyakit menular seksual dan kontrasepsi. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa penyakit menular seksual yang umum terjadi di daerah tujuan wisata dan cara penularannya • Mengembangkan sikap tanpa prasangka dan terbuka dalam membicarakan topik | Pengelolaan informasi |

| | | | |
|----|---|---|------------------------------|
| | | <p>terkait dengan penyakit menular seksual dan kontrasepsi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan komunikasi interaktif dengan pasien untuk memahami kebutuhan dan preferensi mereka, serta memberikan informasi yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi individu pasien. | |
| 14 | <p>Mengevaluasi dan menyampaikan informasi tentang sumber daya kesehatan darurat di destinasi perjalanan.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa layanan kesehatan yang tersedia di destinasi perjalanan, termasuk rumah sakit, klinik, praktek dokter, dan fasilitas medis lainnya. • Mengembangkan sikap berempati dan peduli terhadap kesehatan dan keamanan pasien selama perjalanan. • Mengembangkan konsultasi rencana darurat kesehatan sebelum berangkat, termasuk memastikan pasien memiliki informasi yang dibutuhkan dan mengetahui langkah-langkah yang harus diambil dalam situasi darurat. | <p>Pengelolaan informasi</p> |
| 15 | <p>Mengembangkan program edukasi masyarakat tentang prinsip-prinsip kesehatan perjalanan dan pencegahan penyakit.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa prinsip-prinsip dasar kesehatan perjalanan, termasuk vaksinasi, pengendalian serangga, kesehatan makanan dan minuman, dan langkah-langkah pencegahan infeksi. • Mengembangkan sikap proaktif dalam mempromosikan kesehatan perjalanan dan pencegahan penyakit kepada masyarakat • Mengembangkan program edukasi masyarakat yang | <p>Pengelolaan informasi</p> |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | berfokus pada prinsip-prinsip kesehatan perjalanan dan pencegahan penyakit terkait perjalanan | |
| 16 | Mengembangkan kegiatan promosi kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang risiko dan langkah-langkah pencegahan dalam kesehatan perjalanan | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa risiko kesehatan yang terkait dengan perjalanan • Mengembangkan sikap proaktif dalam mendorong kesadaran masyarakat tentang risiko kesehatan terkait perjalanan dan pentingnya tindakan pencegahan • Mengembangkan kegiatan promosi kesehatan yang berfokus pada risiko dan langkah-langkah pencegahan dalam kesehatan perjalanan. | Pengelolaan informasi |
| 17 | Menganalisis faktor risiko yang terkait dengan destinasi perjalanan, termasuk epidemiologi penyakit tertentu dan kondisi lingkungan. | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi epidemiologi penyakit-penyakit tertentu yang dapat ditemukan di berbagai destinasi perjalanan • Mengembangkan sikap proaktif untuk mencari dan menganalisis informasi terkini mengenai faktor risiko kesehatan di setiap destinasi perjalanan. • Mengembangkan rekomendasi berdasarkan pada penilaian risiko yang teliti kepada individu atau kelompok yang berencana bepergian. | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |
| 18 | Mengembangkan program penilaian status imunisasi pasien dan memberikan vaksinasi yang sesuai dengan profil risiko perjalanan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengenalisa faktor risiko individu yang memengaruhi kebutuhan vaksinasi, seperti riwayat penyakit atau kondisi kesehatan yang mendasarinya. • Mengembangkan sikap proaktif dalam mengukur status imunisasi pasien dan merencanakan vaksinasi | Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | <p>yang sesuai dengan profil risiko perjalanan mereka.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan program penilaian status imunisasi yang sistematis dan terkini untuk pasien yang berencana melakukan perjalanan | |
| 19 | <p>Mengembangkan rekomendasi prinsip-prinsip pencegahan terkait dengan penyakit menular dan kondisi kesehatan tertentu pada pelancong</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa faktor-faktor yang mempengaruhi risiko terkena penyakit menular selama perjalanan, seperti musim perjalanan, paparan lingkungan, dan kebiasaan lokal. • Mengembangkan sikap komitmen terhadap prinsip-prinsip kesehatan masyarakat dalam melindungi masyarakat dari penyebaran penyakit melalui pelancongan • Mengembangkan rekomendasi pencegahan yang tepat, termasuk imunisasi, profilaksis obat, tindakan kebersihan, dan adaptasi gaya hidup yang sesuai | <p>Landasan ilmiah ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat</p> |
| 20 | <p>Mengembangkan rencana pencegahan khusus untuk setiap individu pelancong berdasarkan riwayat kesehatan dan rencana perjalanan mereka.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi riwayat kesehatan secara komprehensif dan menganalisis informasi tersebut untuk mengidentifikasi risiko kesehatan yang relevan. • Mengembangkan sikap profesional dan etis dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada individu pelancong, dengan menunjukkan empati dan rasa tanggung jawab terhadap keselamatan dan kesejahteraan mereka. • Mengembangkan keterampilan dalam | <p>Keterampilan klinis kedokteran keluarga</p> |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | | menganalisis dan mengevaluasi informasi kesehatan pelancong untuk mengidentifikasi risiko kesehatan yang mungkin mereka hadapi selama perjalanan. | |
| 21 | Mengembangkan rekomendasi pencegahan spesifik berdasarkan kondisi medis dan kebutuhan kesehatan masing-masing pelancong. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa kondisi medis umum yang dapat memengaruhi pelancong dan mempelajari rekomendasi pencegahan yang berkaitan dengan kondisi tersebut, seperti penyakit jantung, diabetes, asma, dan penyakit menular. • Mengembangkan sikap kepekaan terhadap kebutuhan individual pelancong dengan kondisi medis, termasuk mempertimbangkan pengaturan perjalanan yang aman dan aksesibilitas layanan medis selama perjalanan. • Mengembangkan rekomendasi pencegahan yang spesifik dengan jelas dan efektif kepada pelancong, termasuk penggunaan obat-obatan, tindakan pencegahan non-obat, serta langkah-langkah khusus yang perlu diambil berdasarkan kondisi medis mereka | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |
| 22 | Mengidentifikasi dan memberikan penanganan awal untuk penyakit menular yang mungkin terjadi selama atau setelah perjalanan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa jenis penyakit menular yang umum terjadi selama atau setelah perjalanan, seperti demam berdarah, malaria, diare wisatawan, infeksi saluran pernapasan, dan penyakit menular seksual. <p>Mengembangkan sikap proaktif terhadap pengenalan dan penanganan penyakit menular selama atau</p> | Keterampilan klinis kedokteran keluarga |

| | | | |
|----|--|---|---|
| | | <p>setelah perjalanan, dengan kesadaran akan potensi konsekuensi serius dan dampaknya terhadap kesehatan pelancong.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan penanganan awal yang tepat dan sesuai standar, termasuk pemberian obat-obatan yang diperlukan, merujuk ke layanan medis yang lebih spesifik, atau memberikan saran untuk manajemen gejala. | |
| 23 | <p>Mengembangkan perencanaan tindakan pencegahan berdasarkan kondisi lingkungan yang mungkin dihadapi selama perjalanan.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa cara-cara mencegah penularan penyakit melalui perencanaan tindakan pencegahan yang tepat, termasuk imunisasi, penggunaan perlindungan individual, penggunaan pengobatan profilaksis, dan praktik kebersihan yang baik. • Mengembangkan sikap proaktif dan tanggap terhadap faktor risiko penyakit yang terkait dengan kondisi lingkungan selama perjalanan. • Mengembangkan perencanaan tindakan pencegahan yang sesuai, termasuk imunisasi yang diperlukan, penggunaan perlindungan individual, penggunaan pengobatan profilaksis jika diperlukan, dan menjaga kebersihan pribadi dan sanitasi makanan | <p>Keterampilan klinis kedokteran keluarga</p> |
| 24 | <p>Menganalisa identifikasi dan pengelolaan masalah kesehatan pasca-perjalanan yang mungkin muncul.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa variasi penyakit dan masalah kesehatan yang mungkin muncul pasca-perjalanan, termasuk | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | <p>penyakit menular, penyakit tropis, eksaserbasi penyakit kronis, serta masalah kesehatan yang terkait dengan kondisi lingkungan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan sikap sensitif terhadap masalah kesehatan pasca-perjalanan dan pentingnya mengidentifikasi dan mengelola dengan tepat. • Mengembangkan sistematika analisa gejala dan riwayat perjalanan pasien untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab masalah kesehatan pasca- perjalanan | |
| 25 | Mengembangkan panduan tentang pemantauan sendiri kesehatan pelancong selama perjalanan. | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa gejala dan tanda-tanda umum dari penyakit umum yang dapat ditemui selama perjalanan, serta tindakan yang perlu diambil jika gejala tersebut muncul. • Mengembangkan sikap proaktif terhadap pemantauan kesehatan selama perjalanan, termasuk kesadaran akan pentingnya pengamatan terhadap perubahan kesehatan dan kewaspadaan terhadap gejala yang mencurigakan. • Mengembangkan edukasi yang efektif kepada pelancong tentang pentingnya pelaporan gejala atau masalah kesehatan yang muncul selama perjalanan kepada tenaga medis yang terkait | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 26 | Mengembangkan perencanaan tindakan pencegahan dan | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa jenis penyakit menular yang umumnya dijumpai selama perjalanan, | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | <p>perawatan yang sesuai dengan jenis penyakit menular yang diperoleh selama perjalanan pelancong.</p> | <p>seperti infeksi saluran pernapasan, diare, demam, dan penyakit <i>vector-borne</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan sikap proaktif terhadap pencegahan penyakit menular selama perjalanan, termasuk meningkatkan kesadaran pelancong tentang risiko dan tindakan pencegahan yang dapat mereka ambil. • Mengembangkan perencanaan tindakan perawatan yang tepat jika pelancong menderita penyakit menular selama perjalanan, termasuk merujuk ke sumber perawatan yang sesuai dan memberikan obat-obatan yang diperlukan. | <p>layanan primer</p> |
| 27 | <p>Mengembangkan rencana pencegahan untuk kelompok khusus, seperti ibu hamil, anak-anak, dan individu dengan kondisi kesehatan kronis pada saat rencana perjalanan.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi pemahaman dan mengintegrasikan informasi dari berbagai disiplin ilmu kedokteran agar dapat menerapkan pengetahuan tersebut dalam mengembangkan strategi pencegahan yang sesuai untuk kelompok khusus seperti ibu hamil, anak-anak, dan individu dengan kondisi kesehatan kronis • Mengembangkan sikap bahwa pencegahan dan manajemen kondisi kesehatan individu atau kelompok khusus ini dilakukan secara holistik, berorientasi pada pasien, dan dengan mempertimbangkan kebutuhan dan keadaan unik masing-masing individu. • Mengembangkan menerapkan strategi pencegahan dan | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | <p>manajemen kondisi kesehatan yang sesuai, termasuk membuat rencana perjalanan kesehatan yang cocok untuk setiap individu atau kelompok khusus. Perilaku ini juga mencakup komunikasi efektif dengan pasien dan keluarganya, dan koordinasi dengan profesional kesehatan lainnya yang terlibat dalam perawatan pasien.</p> | |
| 28 | <p>Mengembangkan saran khusus untuk kelompok rentan terhadap risiko tertentu sebelum melakukan perjalanan</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menganalisa kelompok rentan yang memiliki risiko kesehatan tertentu saat melakukan perjalanan, seperti kelompok lanjut usia, anak-anak, atau individu dengan kondisi medis tertentu • Mengembangkan komitmen untuk memberikan perawatan kesehatan yang holistik dan mengutamakan kepentingan kesehatan kelompok rentan. • Mengembangkan rencana pencegahan yang harus diambil sebelum, selama, dan setelah perjalanan bagi kelompok rentan. | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |
| 29 | <p>Mengembangkan program pemberian informasi pada pasien tentang tindakan darurat kesehatan yang harus diambil selama perjalanan.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi langkah-langkah praktis yang harus diambil dalam situasi darurat kesehatan, seperti pertolongan pertama, penggunaan obat-obatan darurat, atau kontak dengan lembaga medis setempat • Mengembangkan program edukasi yang efektif untuk memberikan informasi kepada pasien tentang tindakan darurat kesehatan yang harus diambil selama | <p>Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer</p> |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | | perjalanan. | |
| 30 | Mengembangkan program evaluasi kesehatan pasien setelah kembali dari perjalanan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi kesehatan pasien setelah perjalanan untuk mendeteksi dini dan mengobati penyakit atau masalah kesehatan. • Mengembangkan sikap proaktif terhadap evaluasi kesehatan pasien setelah perjalanan sebagai • upaya pencegahan dan deteksi dini masalah kesehatan • Mengembangkan program evaluasi kesehatan yang efektif untuk pasien setelah kembali dari perjalanan, termasuk anamnesis yang komprehensif dan pemeriksaan fisik yang relevan. | Pengelolaan penyakit dan masalah kesehatan di layanan primer |
| 31 | Mengembangkan program pembimbingan klinik untuk menerapkan pembelajaran kedokteran perjalanan | <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi pentingnya pembimbingan klinik dalam menerapkan pembelajaran kedokteran perjalanan sebagai komponen kompetensi layanan primer. • Mengembangkan sikap proaktif terhadap penerapan pembelajaran kedokteran perjalanan sebagai upaya meningkatkan kualitas pelayanan di layanan primer • Mengembangkan pembelajaran kedokteran perjalanan dalam pembimbingan klinik, termasuk penilaian risiko kesehatan pasien sebelum perjalanan, penyuluhan mengenai tindakan pencegahan dan manajemen penyakit selama perjalanan, dan evaluasi | Pembelajaran Kedokteran Keluarga Layanan Primer |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | kesehatan pasien setelah perjalanan | |
|--|--|--|--|

C. STANDAR PROSES PENCAPAIAN KOMPETENSI BERDASARKAN TAHAP PENDIDIKAN PROFESI DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN KELUARGA LAYANAN PRIMER SUBSPESIALIS COMMUNITY ORIENTED PRIMARY CARE

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 dan Subspesialis (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 dan Subspesialis (IPDS) dengan tetap mengacu pada peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.

Tabel 2.3.1. Garis Besar Struktur Kurikulum Inti Program Dokter Subspesialis (minimum SKS)

| Semester & tahapan | | Beban Studi (SKS) | | Jumlah |
|--------------------|---------|-------------------|---------|--------|
| | | Akademik | Profesi | |
| Semester 1 | Tahap 1 | 4 | 6 | 10 |
| Semester 2 | Tahap 2 | 3 | 9 | 12 |
| Semester 3 | | 3 | 9 | 12 |
| Semester 4 | Tahap 3 | 2 | 6 | 8 |
| Keseluruhan | | 12 | 30 | 42 SKS |
| Presentase | | 30% | 70% | 100% |

Kurikulum diselenggarakan dalam 3 (tiga) tahapan pencapaian kompetensi yang terdiri dari tahap I, tahap II, dan tahap III. Tahap I, II dan III dilaksanakan dengan temu muka dan bemuatan pendalaman

pengetahuan dan beberapa dasar ketrampilan lanjut terhadap layanan terkait komunitas perkotaan dan pedesaan, layanan yang mengaplikasi kepedulian terhadap berbagai determinan sosial, layanan dalam mendukung perjalanan atau perpindahan tempat pasien dan komunitas, serta pemahaman lanjut mengenai pemanfaatan informasi medis dalam perencanaan sistem pelayanan dan sistem pembiayaan kedokteran. Tahap ini dapat berdurasi 1 atau 2 semester.

Tahap II merupakan pembelajaran manajemen kasus pasien, keluarga dan komunitas dengan masalah kesehatan, serta pembelajaran untuk memanfaatkan dan mengembangkan sumber daya keluarga dan komunitas. Tahap ini ditujukan untuk pencapaian Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC) pada seluruh area kompetensi. Tahap ini dapat berdurasi 2 atau 3 semester.

Tahap III merupakan pembelajaran yang memahirkan peserta dalam meraih novelti dalam Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer. Selain peserta mempraktikkan ketrampilan dan kemampuannya di layanan kesehatan primer, pada tahap ini peserta akan menghasilkan karya ilmiah yang orisinal untuk dipatenkan sebagai hak kekayaan intelektual peserta masing-masing. Tahap ini dapat berdurasi 1 atau 2 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 dan Subspesialis (IPDS) dengan tetap mengacu pada peraturan dan perundang-undangan yang berlaku, diantaranya sebagai berikut:

- Pelaksanaan proses pembelajaran berlangsung dalam bentuk interaksi antara dosen, peserta didik, dan sumber belajar dalam lingkungan belajar tertentu.
- Pelaksanaan pembelajaran di setiap modul dilaksanakan sesuai Rencana Pembelajaran Semester (RPS).
- Proses pembelajaran yang terkait dengan penelitian wajib mengacu pada Standar Nasional Penelitian.
- Proses pembelajaran yang terkait dengan pengabdian kepada masyarakat oleh peserta didik wajib mengacu kepada Standar Nasional Pengabdian kepada Masyarakat.
- Proses pembelajaran melalui kegiatan kurikuler wajib dilakukan secara sistematis dan terstruktur melalui berbagai modul dan beban belajar yang terukur.
- Proses pembelajaran melalui kegiatan kurikuler wajib menggunakan metode pembelajaran yang efektif sesuai dengan karakteristik modul untuk mencapai kemampuan yang ditetapkan dalam modul.
- 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.
- 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.
- Bentuk pembelajaran dalam bentuk penelitian dan pengabdian kepada masyarakat merupakan kegiatan di bawah bimbingan

Kurikulum yang merupakan pedoman penyelenggaraan program studi

kedokteran keluargalayanan 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.

Program Studi Pendidikan Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer Community Oriented Primary Care dapat dilaksanakan berbasis pada perguruan tinggi atau berbasis pada kolegium/ rumah sakit pendidikan. Bila dilaksanakan sekaligus berbasis perguruan tinggi, maka durasi kurikulum adalah 4 semester yang memuat 6 (enam) fellow, yaitu 2 (dua) fellow wajib dan 4 (empat) fellow pilihan sebanyak 42 SKS. Bila dilaksanakan berbasis kolegium, maka dapat dilaksanakan secara satuan fellow selama 6 bulan (1 semester) dengan masing-masing fellow minimum 10 SKS.

D. STANDAR RUMAH SAKIT PENDIDIKAN

Program Pendidikan Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) 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 PPDS.

RSP yang digunakan merupakan RS 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 review dan direkomendasikan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, untuk menjamin pencapaian kompetensi sesuai kurikulum pendidikan Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC), yaitu:

- Setiap rumah sakit harus memenuhi standar untuk ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan, antara lain:
 1. visi, misi, dan komitmen rumah sakit;
 2. manajemen dan administrasi pendidikan;
 3. sumber daya manusia;
 4. sarana penunjang pendidikan; dan
 5. perancangan dan pelaksanaan program pendidikan klinik yang berkualitas.
- Rumah Sakit Pendidikan (RSP) Utama melakukan koordinasi dan pembinaan terhadap RSP jejaring/ afiliasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- Rumah Sakit Pendidikan Utama harus mengembangkan jejaring Rumah Sakit Pendidikan dan wahana pendidikan.

Pada pendidikan SubSp COPC, beberapa fellow tidak menggunakan wahana Rumah Sakit sebagai wahana pendidikannya, namun menggunakan wahana layanan kesehatan primer dan wahana lainnya.

E. STANDAR WAHANA PENDIDIKAN

Program studi menjamin tersedianya fasilitas Program Studi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) bagi mahasiswa yang menjamin terlaksananya proses pendidikan dalam mencapai kompetensi sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

Fasilitas pendidikan Program Studi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) terdiri atas rumah sakit pendidikan, pusat kesehatan masyarakat, klinik pratama, laboratorium, dan fasilitas lain yang digunakan untuk pendidikan.

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 Sub Spesialis (IPDS) dengan kriteria yang telah ditetapkan oleh Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia (KIKKI), untuk menjamin pencapaian kompetensi sesuai kurikulum pendidikan dokter Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC (SpKKLP, COPC).

Fasilitas Kesehatan yang akan dijadikan wahana pendidikan 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 Tanda Registrasi (STR), salah satunya adalah dokter Program Studi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) dan atau Dokter yang memiliki sertifikat sebagai Pembimbing Lapangan; dan
- e. Dokumen yang menyatakan telah beroperasi paling sedikit 3 (tiga) tahun. Standar Umum Wahana Pendidikan

Adapun standar umum wahana pendidikan dokter Program Studi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) adalah:

- a. Pemenuhan bangunan, prasarana, peralatan kesehatan, kefarmasian dan laboratorium 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 komputer
 - e) Meja tulis/konsultasi
 - f) Kursi ergonomis
 - g) Filling cabinet
 - h) Lemari buku dan buku-buku referensi
 - i) Loker untuk mahasiswa

- 4) Ruang untuk konsultasi dan penilaian evaluasi mahasiswa
- 5) Jaringan internet

2. Standar Khusus sarana prasarana wahana pendidikan

Program studi Program Studi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) harus menjamin tersedianya ruang/tempat periksa 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 Program Studi Dokter Sub Spesialis Community
- b. Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC)
- c. Daftar peralatan praktikum/praktik/Skills Lab sesuai kebutuhan program studi Sub Spesialis kedokteran keluarga layanan primer, COPC
- d. Media pembelajaran (dapat berupa papan tulis, proyektor; audio, video, dll).

3. 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.

Usulan penetapan wahana pendidikan disertai dengan kelengkapan persyaratan berupa:

- a. izin operasional penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang masih berlaku;
- b. 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;
- c. data jenis pelayanan, berupa:
- d. data sarana, prasarana, dan peralatan;
- e. data sarana penunjang pendidikan bagi fasilitas kesehatan yang telah menjadi wahana pendidikan tenaga kesehatan lainnya;
- f. data Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan
- g. data Tenaga kependidikan bagi fasilitas kesehatan yang telah menjadi wahanapendidikan tenaga kesehatan lainnya;
- h. sertifikat akreditasi atau sertifikat penilaian pemenuhan standar mutu lainnya yang masih berlaku;
- i. surat pernyataan kesediaan menjadi wahana pendidikan
- j. surat pernyataan memenuhi standar wahana pendidikan;
- k. perjanjian kerjasama dengan intitusi pendidikan yang menyelenggarakan Program Studi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC).

4. 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 Program Studi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC).

Penyelenggaraan pembelajaran Program Studi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) 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 Program Studi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) atau dokter yang telah mengikuti pelatihan pembimbing lapangan. Satu orang pembimbing lapangan memberikan pembelajaran paling banyak untuk 3 (tiga) mahasiswa Program Studi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC). Setelah ditetapkan sebagai wahana pendidikan, program studi membuat perjanjian kerjasama antara IPDS dengan wahana pendidikan.

Perjanjian kerjasama yang dibuat adalah:

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

F. STANDAR DOSEN

1. Definisi Dosen

Undang-Undang no. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional menyebutkan bahwa pendidik diantaranya dapat berupa Dosen, Instruktur, dan Tutor.

Undang-Undang no. 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen menegaskan bahwa status Dosen terdiri atas Dosen Tetap dan Dosen Tidak Tetap. Berdasarkan UU tersebut pemerintah perlu memfasilitasi dan membina para pendidik baik sebagai Dosen, Instruktur maupun Tutor.

Undang-Undang Pendidikan Tinggi no.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 Kemdikbud. Jenis jabatan akademik Dosen Tidak Tetap diatur oleh penyelenggara pendidikan tinggi.

Menurut UU Pendidikan Kedokteran no. 20 tahun 2013, Pasal 21 ayat (1) – (4):

- Ayat (1) – Dosen dapat berasal dari perguruan tinggi, Rumah Sakit Pendidikan, dan Wahana Pendidikan.
- Ayat (2) – Dosen di Rumah Sakit Pendidikan dan Wahana Pendidikan melakukan pendidikan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, dan pelayanan kesehatan.
- Ayat (3) – Dosen di Rumah Sakit Pendidikan dan Wahana Pendidikan kedokteran memiliki kesetaraan, pengakuan, dan angka kredit yang memperhitungkan kegiatan pelayanan kesehatan.
- 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.

2. Penggolongan dan Kualifikasi Dosen

a. Dosen Pembimbing:

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.

Memiliki ijazah Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) dan atau spesialisasi bidang lain yang relevan dengan pendidikan Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer dan diangkat oleh pimpinan IPDS.

Memiliki ijazah dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP) saat menjadi dosen dan untuk spesialisasi lain yang relevan telah menyandang ijazah lebih dari 3 tahun dan bekerja di Layanan Kesehatan Primer, Rumah Sakit Pendidikan (RSP) Utama, atau rumah sakit lain di luar dan wahana pendidikan yang digunakan sebagai instalasi dan sarana pendidikan.

b. Dosen Pendidik:

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.

Memiliki sertifikat kompetensi sebagai Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC), dan atau spesialisasi lain yang relevan sekurang-kurangnya selama 3 tahun dan bekerja terus menerus di IPDS. Memiliki ijazah atau Surat Tanda Registrasi sebagai Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) saat menjadi Dosen, dan untuk spesialisasi lain yang relevan telah menyandang ijazah selama lebih dari 5 tahun dan bekerja di Rumah Sakit Pendidikan Utama, atau rumah sakit lain di luar yang digunakan sebagai instalasi dan

sarana pendidikan.

c. Dosen Penilai:

Dosen yang diberi wewenang melakukan penilaian hasil pendidikan dokter Sub spesialis dan bekerja di Departemen Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer/ Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas/ Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, dan atau Dosen Sub spesialisasi lain yang oleh kesepakatan staf pengajar di Departemen dinilai layak untuk diberi wewenang tersebut, walaupun bekerja di tempat lain.

Memiliki ijazah/serkom dokter Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) pada saat menjadi Dosen, dan atau sub spesialis lain sekurang-kurangnya 5 tahun, dan sudah menjadi pendidik sekurang-kurangnya 3 tahun.

3. Penggolongan dan Kualifikasi Dosen Pendidik Klinik

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

a. Dosen Pendidik Klinik I

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

b. Dosen Pendidik Klinik II

- 1) Masa kerja minimal 2 – 10 tahun
- 2) Pelatihan yang harus diikuti:
 - a) Kriteria Dosen Pendidik Klinik I
 - b) *Student assessment* untuk assessor level-2 (menguji kasus keterampilan OSCE)PEKERTI
 - c) *Good Clinical Practice* (GCP)
- 3) Kewenangan
 - a) Bimbingan keterampilan dasar (Tutor, Mentor, dan Fasilitator) dan lanjutan.Menguji sebagai assessor level-1 dan 2
 - b) Narasumber seminar. Narasumber/ trainer acara ilmiah.Ronde Departemen
 - c) Pembimbing penelitian.

c. Dosen Pendidik Klinik III

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

4. Jumlah Dosen

Jumlah minimum Dosen untuk suatu Program Pendidikan Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) adalah 5 (lima) orang. Jumlah dosen merupakan salah satu faktor yang menentukan jumlah peserta didik Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC).

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 RS Jejaring dan wahana pendidikan kedokteran) dikalikan 3 (tiga) dan dibagi lama pendidikan dalam semester.

5. Pengembangan Dosen

Institusi pendidikan dokter sub spesialis (IPDS) kedokteran keluarga layanan primer, COPC 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 Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan 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 Dokter Sub Spesialis (IPDS) Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC

6. 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 Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC), 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.

7. 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 tahun, dan bekerja penuh waktu 40 jam/minggu.

Tenaga kependidikan di program studi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC) harus mampu mendukung implementasi program pendidikan dan kegiatan lainnya, serta pengaturan sumberdaya pendidikan. Program studi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC) 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 Sub Spesialis (IPDS), dengan tembusan ke Kolegium Ilmu Kedokteran Keluarga Indonesia (KIKKI) secara daring atau luring.

Pendaftaran dilakukan selambat-lambatnya satu (1) 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 Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPEC) 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 4 (empat) 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 menjadi Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) 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

- Dokter Warga Negara Indonesia lulusan Fakultas Kedokteran yang telah terakreditasi.
- Dokter Warga Negara Asing yang mendapat persetujuan Dirjen Dikti dan memenuhi ketentuan Konsil Kedokteran Indonesia
- 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.
- Memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau identitas yang berlaku.
- Ijazah Sarjana Kedokteran yang telah dilegalisasi oleh pimpinan fakultas
- Ijazah Profesi yang telah dilegalisasi oleh pimpinan fakultas
- Ijazah/sertifikat kompetensi sebagai Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer
- Transkrip akademik Sarjana Kedokteran (S.Ked) yang telah dilegalisasi oleh pimpinan fakultas (tidak menerima konversi Indeks Prestasi).
- Transkrip akademik Profesi yang telah dilegalisasi oleh pimpinan fakultas (tidak menerima konversi Indeks Prestasi).
- Transkrip akademik Pendidikan Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer
- Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer dari Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku
- Memiliki Surat Ijin Praktek sebagai Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer
- 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.
- Surat Keterangan Berbadan Sehat dari Rumah Sakit Pemerintah.
- Surat Keterangan Bebas Penggunaan NAPZA (Narkotik, Psikotropik, dan Zat Adiktif lain), dari Rumah Sakit Pemerintah.
- Surat Keterangan Kelakukan Baik (SKKB) dari setingkat Kepolisian Resort Kota (Polresta).
- Khusus bagi calon pendaftar yang berasal dari instansi TNI dan POLRI Surat Keterangan Kelakukan Baik (SKKB) yang dikeluarkan dari kesatuan masing-masing yang telah dilegalisasi.
- Bagi Pegawai Negeri Sipil wajib melampirkan fotocopy SK Calon PNS (80%) dan SK Pengangkatan PNS (100%).
- Bagi pendaftar yang berasal dari TNI dan POLRI wajib melampirkan fotocopy Surat Perintah (Sprin) Pertama dan Surat Perintah (Sprin) Terakhir.
- Bagi pendaftar yang dikirim oleh instansi pemerintah atau swasta,

wajib melampirkan surat keterangan/ Pernyataan jaminan pembiayaan dari instansi yang mengirim.

- Surat rekomendasi yang telah ditandatangani pemberi rekomendasi.
- Melampirkan Sertifikat kongres / seminar / pertemuan ilmiah/ kursus dan penelitian dalam bidang keilmuan di layanan primer yang pernah diikuti.
- Tidak sedang menempuh seleksi PPDS-2 dan Program Pendidikan Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) 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 RPL

Persyaratan khusus diperuntukkan bagi mereka yang sudah berpraktik lebih dari 5 tahun menjadi dr.Sp.KKLP pada saat mendaftar yang dibuktikan oleh Surat Ijin Praktik. Adapun persyaratan khusus tersebut sebagai berikut:

- Tidak ada batas maksimal usia
- Sudah berpraktik sebagai Dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer minimal 5 tahun yang dibuktikan dengan SIP sebagai Dr. Sp.KKLP

3. 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:

- Seleksi/Verifikasi Berkas Pendaftaran yang dikoordinasikan oleh SMUP melalui Sekretariat Pokja Program Pendidikan Dokter Sub Spesialis (PPDS-2) Fakultas Kedokteran.
- Tes Kemampuan Bahasa Inggris (TKBI)
- Tes Kemampuan Advanced (TKBA)
- Tes Psikologi
- Tes Akademik
- 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. Kebijakan 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-2 yang akan diterima. Cara Penilaian untuk menentukan hasil seleksi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.7.1. Matrik Penilaian Penerimaan PPDS Baru

| No. | Komponen | Penilaian | Skor | Bobot | Nilai |
|--------|---|---------------------------|------|-------|-------|
| 1 | Lama Pendidikan | Tepat Waktu | 3 | | 30 |
| | | Mundur <= 1 tahun | 2 | 10 | 20 |
| | | Mundur > 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 dan atau ATLS | ACLS Lebih dari 1 | 2 | | 10 |
| | | 1 | 1 | 5 | 5 |
| | | 0 | 0 | | 0 |
| 6 | Ujian Tulis | >= 80 | 3 | | 30 |
| | | 75 – 80 | 2 | | 20 |
| | | 70 – 74 | 1 | | 10 |
| | | <=69 | 0 | 10 | 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 disarakankan | 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:

Total nilai sama atau diatas 200 diterima. Pada wawancara dapat dinilai:

- Penampilan.

- Penggalan motivasi.
- Kemampuan komunikasi
- Mencocokkan potensi akademik, Bahasa Inggris dengan pertanyaan sederhana, pengalaman dan lain-lain.

Pada psikotes dikaji:

- Kemampuan kerjasama.
- Sabar / menekan emosi.
- Mengambil keputusan penting dengan segera dan tepat
- Alur Surat Lamaran

Semua lamaran baik dari Kemkes, Instansi TNI/Polri, perorangan dan lainnya dikirim ke IPDS dengan tembusan ke Kolegium paling lambat satu bulan sebelum tes, sesuai dengan kesepakatan dan aturan yang berlaku secara nasional.

Pengumuman Penerimaan Mahasiswa

Surat Keputusan Penerimaan Calon Mahasiswa Baru ditandatangani 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-2 (PPDS-2) Fakultas Kedokteran untuk pengurusan persyaratan registrasi administrasi dan akademik selaku Calon Mahasiswa Baru.

4. 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. Secara ringkas, jumlah calon peserta yang diterima per semester adalah jumlah anggota staf pengajar kali 5 dibagi dengan jumlah semester.

5. 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 KPS dan/atau dosen yang ditunjuk oleh dan bertanggungjawab kepada KPS.

6. Mahasiswa Program Adaptasi

Prosedur penerimaan mahasiswa program adaptasi adalah:

- Membuat surat permohonan adaptasi kepada KPS
- Melampirkan surat permintaan dari Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI)
- Melengkapi persyaratan administrasi yang ditetapkan oleh prodi Ilmu kedokteran keluarga layanan primer
- Mulai masuk bersamaan dengan magang PPDS.

- Mengikuti stase/rotasi per divisi.

Calon adaptasi harus mempunyai persyaratan administrasi:

- Ijazah dinilai sah oleh Panitia Penilai Ijazah Sarjana Lulusan Luar Negeri (PPISLN, Depdikbud).
- Bersama dengan ijazah, peserta wajib melampirkan:
 - Logbook
 - Kurikulum pendidikan
 - Standar Kompetensi yang telah dicapai
 - Transkrip akademik
 - Karya tulis akhir
- Kurikulum pendidikannya telah dikaji oleh KIKKI, minimal mencapai 75% kurikulum/modul pendidikan Dokter Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC).
- Surat permintaan dari Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia (MKKI)

I. STANDAR SARANA DAN PRASARANA

Sarana dan prasarana pembelajaran Institusi Pendidikan Dokter Spesialis dan Subspesialis 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 Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC) 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 afriasi, 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 Layarran 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.

1. 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 Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC)

- 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 Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr.Sp.KKLP SubSp.COPC)
 - f. Terdapat sarana proses pembelajaran dan penelitian.
2. 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 Luas ruangan untuk aktivitas pembelajaran minimal 0,7 m² per 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 spesialis 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.

3. 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 perpustakaan elektronik untuk mengakses e-book dan e-journal.

J. STANDAR PENGELOLAAN PEMBELAJARAN

1. Penyelenggara

Program Intitusi Pendidikan Dokter Spesialis dan Subspesialis (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.

2. 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 doktor. 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 profesidokter 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.

Koordinator Penyelenggaraan Program Pendidikan Dokter Spesialis dan Subspesialis (PPDS) Koordinator Program Pendidikan Dokter Spesialis membantu Pimpinan Fakultas Kedokteran dalam penyelenggaraan program pendidikan dokter spesialis, dengan memanfaatkan semua unsur dalam lingkungan Fakultas Kedokteran.

Koordinator Program Pendidikan Dokter Spesialis dan Subspesialis (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/Departemen
- 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/Departemen.
- d. Diangkat dengan Surat Keputusan Rektor atau Dekan atas nama Rektor (disesuaikan dengan kebijakan masing-masing IPDS) sehingga dengan demikian bertanggung jawab pada Rektor. KPS bertanggung jawab atas pengelolaan semua kegiatan penyelenggaraan program studi bidang ilmu kedokteran tertentu dan membantu pimpinan Fakultas Kedokteran dengan:

- Merencanakan pelaksanaan program studi sesuai dengan katalog pendidikan.
- Menyelenggarakan praseleksi calon peserta program studi dengan melibatkan semua staf pengajar.
- 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.
- Menyelenggarakan penilaian kemajuan peserta program studi sesuai ketentuan kurikulum dengan melibatkan staf penilai serta melaksanakan teguran/peringatan kepada yang bermasalah.
- Membuat laporan berkala tiap semester kepada Koordinator PPDS tentang peserta baru (hasil preseleksi), dinamika peserta, dan penyelesaian pendidikan untuk wisuda.
- 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:

- Kemantapan penerimaan calon peserta untuk praseleksi PPDS.
- Kesesuaian jadwal penerimaan peserta semua program studi.
- Kelancaran pengamatan keseluruhan program studi yang ada, dengan pencatatan dinamika peserta setiap semester untuk kemudahan pemecahan masalah keterlambatan/kemacetan pendidikan para peserta program studi.
- Keseragaman penyelenggaraan kegiatan bersama dan pemanfaatan sumber-sumber IPDS dan Rumah Sakit yang diperlukan oleh beberapa program studi sekaligus.

5. Penyelenggaraan upaya pengembangan sistem pendidikan PPDS.

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 melibatkan.
- 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.

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.

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 subspecialis COPC 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 Sub 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 Sub Spesialis wajib berkontribusi mendanai pendidikan di Rumah Sakit Pendidikan.

L. STANDAR PENILAIAN

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 Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer COPC. Metode yang digunakan terdiri atas penilain berbasis tempat kerja (work place 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 dan perilaku profesional untuk praktek secara aman sebagai Dokter Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC 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 SubSp.KKL, COPC 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 merumuskan format-format penilaian untuk knowledge, skills, maupun profesionalisme. Standarisasi untuk menjamin kualitas lulusan peserta didik SubSpesialis KKL, COPC 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 uraian di bawah 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. Pembuatan Soal akan dikordinasi oleh Kolegium. Waktu pelaksanaan secara fleksibel/ online. Nilai akan langsung direkap ke dalam laporan akhir Komite Asesmen Subspesialis 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 SubSp.KKLP 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 Sub Sp, KKLP untuk dilaporkan oleh Ketua Prodi kepada Tim Asesmen KKLP nasional.

3. Penilaian Profesionalisme

Penilaian profesionalisme akan dilakukan melalui dua cara yaitu: 360° 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 Sub Sp 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 dan Sub Sp.KKLP akan diselenggarakan bergantian oleh Prodi KKLP dan Sub SP.KKLP secara di seluruh Indonesia. Petunjuk Pelaksanaan Penilaian akan dimuat dalam buku petunjuk teknis oleh Kolegium.

Peserta didik untuk dapat mengikuti tahapan ujian yaitu:

1. 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:

- a. Ujian Kompetensi lokal (UKL) dengan metode work-plae 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 tahappendidikan. Work Placed Based assessment dipilih untuk menguji kemampuan peserta didik pada tingkatan "does" dari pirarnida kompetensi Miller. Ujian ini dapat berupa Mini-Peer Assessment Tool (Mini-PAT), Multi Sources Feedback (umpan balik 360°, Critical Incidence Technique, Mini-Clinical Evaluation Exercbise (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 bagran penjaminan mutu pendidikan dalam rangka meningkatkan hasil pencapaian kompetensi berikutnya.

- b. Ujian Karya ilmiah akhir atau penelitian

Ujian ini bertujuan untuk menilai karya ilmiah akhir tahun atau penelitian berupa tehsis 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.

- c. 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 Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer.

2. Ujian Nasional (UN)

Ujian nasional adalah evaluasi kompetensi keprofesian tahap nasional yang dikoordinasikan oleh Kolegium dengan tujuan menjamin dan menyetarakan mutu dan kompetensi dokter Sub 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 Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer yang akan melakukan praktek kedokteran sebagai Subspesialis di bidang 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. Untuk program Subspesialis KKLP, tidak diselenggarakan ujian tulis nasional, namun akan diselenggarakan Ujian Akhir Komprehensif Sub spesialis dengan portofolio yang berkoordinasi antara IPDS dengan Kolegium. Syarat untuk dapat mengikuti ujian akhir, peserta program telah memenuhi beberapa ketentuan sebagai berikut:

- a. Mencapai jumlah kasus yang ditentukan dalam pencapaian kompetensi dengan dibuktikan oleh portofolio
- b. Menyelesaikan karya ilmiah akhir/ penelitian dengan melampirkan publikasi hasil penelitian.

Tatalaksana ujian akhir Komprehensif Sub spesialis nasional:

- a. Bahan mencakup semua keterampilan kerja khusus
- b. Ujian dalam bentuk lisan tentang peminatan yang diambil peserta program
- c. Ujian diselenggarakan setiap saat bila sudah ada peserta program yang siap

Peraturan Pelaksanaan Ujian Akhir Komprehensif Sub spesialis Nasional Hak Anggota Penguji:

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

Hak Peserta Program yang diuji:

- a. Mengajukan pertanyaan penjas apabila ada pertanyaan dari penguji yang dianggap kurang jelas.
- b. Mengajukan permintaan data penunjang.

Penetapan Angka

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

Penetapan Angka Kelulusan

- a. Minimum Passing level (MPL) ditetapkan 8
- b. Jika peserta program tidak mencapai nilai MPL, ujian ulangan ditetapkan oleh pengujian peserta program dengan syarat yang harus dipenuhi.

Lain-lain

- a. 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 dan 1 (satu) orang notulis bukan penguji berasal dari pusat pendidikan yang menyelenggarakan ujian.
- b. Semua pernyataan dan jawaban direkam.

M. STANDAR PENELITIAN

1. Pendahuluan

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.

2. 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 Pendidikan Dokter Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC harus memiliki kebijakan yang mendukung integrasi tridharma perguruan tinggi. Penelitian yang dikembangkan pada Pendidikan Subspesialis KKLK, COPC haruslah merupakan penelitian yang berorientasi pada komunitas namun dengan tetap mengacu pada bidang spesialisasi Kedokteran Keluarga Layanan Primer. Penelitian juga harus mempertimbangkan sumber daya pendukungnya sehingga penelitian dapat memberikan manfaat bagi masyarakat. Program studi Pendidikan Subspesialisasi KKKLP, COPC harus memberi kesempatan kepada peserta didik untuk melakukan penelitian di bawah bimbingan staf pendidik yang ditentukan oleh KPS (Ketua Program Studi), dengan mempertimbangkan beban kerja staf pendidik yang telah ditetapkan demi kelancaran proses penelitian yang dilakukan oleh peserta didik.

Penelitian yang dilakukan selain memberikan manfaat kepada peserta didik dalam melakukan penelitian di masyarakat secara mandiri, hendaknya penelitian yang dikembangkan staf pendidik juga memberikan manfaat dalam meningkatkan kemampuan mengajar, meningkatkan suasana akademik, dan memberikan kemampuan penelitian yang sesuai dengan level Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) 9, sebagai seorang calon subspesialis KKLK, COPC. Penelitian juga diharapkan dapat memberi masukan 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 pada semua tingkatan pendidikan di institusi pendidikan.

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.

3. 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

4. Komponen Standar Penelitian

Standar Arah Penelitian

Standar Penelitian harus diarahkan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan, khususnya dibidang Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer, yang berorientasi pada komunitas, 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. Oleh karena itu Penelitian pada Program Studi Subspesialis KKLP, CPC harus sesuai dengan profil lulusan yang telah ditetapkan.

5. Standar Isi Penelitian

- Merupakan kriteria minimal tentang kedalaman dan keluasan materi penelitian. Kedalaman dan keluasan materi penelitian meliputi materi pada penelitian dasar dan penelitian terapan.
- Materi pada penelitian dasar harus berorientasi pada luaran penelitian yang berupa penjelasan atau penemuan untuk mengantisipasi suatu gejala, fenomena, kaidah, model, atau postulat baru yang berorientasi pada komunitas ataupun mendukung perbaikan kesehatan masyarakat.
- 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.
- Materi pada penelitian dasar dan penelitian terapan harus memuat prinsip-prinsip kemanfaatan, kemutahiran, dan mengantisipasi kebutuhan masa mendatang.
- Isi penelitian mampu mengidentifikasi bidang keilmuan kedokteran keluarga, komunitas, dan masyarakat sebagai obyek penelitian dan memosisikannya 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.
- 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.
- Mampu mendokumentasikan, menyimpan, mengamankan, dan menemukan kembali data prototype yang dihasilkan dalam suatu penelitian untuk menjamin kesahihan dan mencegah terjadinya plagiasi.

6. Standar Proses Penelitian

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 pada proses pendidikan subspecialis KKLP, COPC, 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 5 SKS. Program studi pada setiap Institusi Pendidikan dapat menambahkan beban sks penelitian dengan tetap mematuhi peraturan yang berlaku.

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

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

Penelitian yang dilakukan oleh peserta didik Program Studi Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC wajib dibimbing oleh 2 (dua) orang pembimbing dalam bidang ilmu yang sesuai dengan topik penelitian, memiliki KKNI 9, ditetapkan sebagai pembimbing oleh Ketua Program Studi dengan mempertimbangkan rasio pembimbing dan peserta didik.

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 melampirkan bukti ijin penelitian dari komite etika penelitian, menjunjung tinggi 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, harus sejalan dengan proposal yang sudah disetujui oleh komite etik dan tim penilai. Penelitian yang dilaksanakan oleh peserta didik pada program studi Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC 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. Setelah penelitian selesai, peneliti wajib mempublikasi penelitiannya di jurnal yang sesuai dengan mencantumkan nama pembimbing dan pihak lain yang memenuhi kriteria sebagai penulis.

7. 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, diatur berdasarkan ketentuan dan peraturan di IPDS.

Penilaian penelitian diharapkan memenuhi kaidah-kaidah berikut :

- a. Penilaian penelitian dapat dilakukan dengan menggunakan metode dan instrumen yang relevan, akuntabel, dan dapat mewakili ukuran ketercapaian kinerja proses dan pencapaian kinerja hasil penelitian.
- b. Penilaian penelitian yang berupa tesis yang dilakukan oleh peserta didik diatur berdasarkan ketentuan dan peraturan di program studi.

Standar penilaian penelitian terdiri dari standar perencanaan, standar pelaksanaan, serta standar evaluasi dan perbaikan. Masing-masing standar tersebut memiliki sejumlah indikator pencapaian standar sebagai berikut:

Perencanaan:

- a. Adanya manfaat yang didapat dari penelitian untuk pengembangan ilmu kedokteran, institusi, masyarakat dan bagi peneliti sendiri.
- b. Adanya perencanaan anggaran atau dana yang memadai dan berkelanjutan

Pelaksanaan:

- a. Adanya kesesuaian pelaksanaan penelitian dengan usulan penelitian
- b. Adanya kesesuaian waktu penelitian dengan usulan penelitian
- c. Adanya kesesuaian anggaran atau dana penelitian dengan usulan penelitian
- d. Monitoring, Evaluasi, dan Perbaikan:
- e. Adanya panduan monitoring dan evaluasi untuk penelitian
- f. 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 monitoring dan evaluasi (monev) penelitian dilaksanakan berdasarkan panduan monev di institusi masing-masing.

8. 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:

- a. SubSpesialis dalam bidang Ilmu Kedokteran Keluarga Layanan Primer atau Sub Spesialis yang terkait dengan topik penelitian peserta didik atau Doktor
- b. Menguasai metodologi penelitian kuantitatif dan/atau kualitatif.
- c. Menguasai bahasa Indonesia baku dan bahasa Inggris (diutamakan tulisan/pasif).
- d. Memahami kode etik peneliti dan menjunjung tinggi profesinya.
- e. Mampu menuliskan dan mempublikasikan hasil penelitiannya ke jurnal nasional terakreditasi Sinta 1 atau 2 atau Jurnal Internasional terindeks scopus.

9. 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.

10. 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:

- a. Memiliki rencana strategis penelitian yang merupakan bagian dari rencana strategis program studi
- b. Menyusun kriteria dan prosedur penilaian penelitian paling sedikit menyangkut aspek peningkatan jumlah publikasi ilmiah, dan jumlah dan mutu bahan ajar
- c. Memiliki tim untuk menjaga dan meningkatkan mutu penelitian dalam menjalankan program penelitian secara berkelanjutan
- d. Melakukan pemantauan dan evaluasi penelitian dalam melaksanakan program penelitian
- e. Memiliki panduan tentang kriteria peneliti dengan mengacu pada standar hasil, standarisasi, dan standar proses penelitian.
- f. Mendayagunakan sarana dan prasarana penelitian pada lembaga lain melalui program kerja sama penelitian
- g. Melakukan analisis kebutuhan yang menyangkut jumlah, jenis, dan spesifikasi sarana dan prasarana penelitian
- h. Menyampaikan laporan kinerja penelitian dalam menyelenggarakan program penelitian.

11. Standar Pendanaan dan Pembiayaan Penelitian

Anggaran penelitian dapat bersumber dari pemerintah, kerja sama

dengan lembaga lain baik didalam 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:

- a. Perencanaan penelitian;
- b. Pelaksanaan penelitian;
- c. Pengendalian penelitian;
- d. Pemantauan dan evaluasi penelitian;
- e. Pelaporan hasil penelitian;
- f. Diseminasi hasil penelitian.

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

12. 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 Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC harus memenuhi persyaratan berikut ini:

- a. 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.
- b. Harus memenuhi standar etika penelitian, yaitu sebelum dilakukan penelitian, dokumen penelitian sudah direview dan mendapatkan persetujuan dari komite etik.
- c. Tim peneliti dapat terdiri dari dosen Program pendidikan Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, dosen pembimbing lapangan yang memiliki kualifikasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku, residen Program pendidikan Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, dan civitas academica program studi lain yang berhubungan dengan Kedokteran Keluarga Layanan Primer.
- d. 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.
- e. Hasil penelitian pada Program pendidikan Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC 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.
- f. Hasil penelitian Program pendidikan Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC yang dilakukan oleh peserta didik merupakan salah satu prasyarat untuk menyelesaikan pendidikan Sub

Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC.

N. STANDAR PENGABDIAN 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.

Adapun standar hasil dari suatu pengabdian kepada masyarakat adalah:

- a. Penyelesaian masalah yang dihadapi masyarakat dengan memanfaatkan keahlian sivitas akademik dan profesi yang relevan;
- b. Pemanfaatan teknologi tepat guna;
- c. Bahan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; atau 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.

Adapun kriteria minimal penilaian hasil pengabdian kepada masyarakat meliputi salah satu dari:

- a. Tingkat kepuasan masyarakat;
- b. Terjadinya perubahan sikap, pengetahuan, dan keterampilan pada masyarakat sesuaidengan sasaran program;
- c. Dapat dimanfaatkannya ilmu pengetahuan dan teknologi di masyarakat secara berkelanjutan;
- d. Terciptanya pengayaan sumber belajar dan/atau pembelajaran serta pematangan sivitas akademika 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 IPDS sesuai dengan peraturan yang berlaku. Sarana dan prasarana pengabdian kepada masyarakat merupakan fasilitas IPDS/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 pengabdian kepada masyarakat

Sarana dan prasarana merupakan fasilitas Perguruan Tinggi/IPDS 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 IPDS 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 Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC (SpKKLP, COPC) tidak bisa dilepaskan dari pelayanan kesehatan di Rumah Sakit pendidikan dan wahanapendidikan 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 Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer (SpKKLP, COPC) 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 RUMAH SAKIT PENDIDIKAN DAN/ATAU WAHANA PENDIDIKAN KEDOKTERAN DENGAN PERGURUAN TINGGI PENYELENGGARA PENDIDIKAN KEDOKTERAN

Institusi Pendidikan yang menyelenggarakan Program Studi Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC (SpKKLP, COPC) wajib bekerjasama secara tertulis dengan wahana pendidikan yang sekaligus menjalankan pengabdian masyarakat dalam pendidikan Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC. 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:
7. Pihak-pihak yang mengadakan kontrak kerjasama
8. Ruang Lingkup
9. Maksud dan Tujuan
10. Hak dan Kewajiban
11. Fasilitas dan Rincian Kegiatan (pelaksanaan Tri dharma Perguruan Tinggi)

- dan monev)
12. Tanggung Jawab Hukum
 13. Pembiayaan
 14. Jangka Waktu
 15. Pembatalan Perjanjian
 16. Domisili Hukum
 17. Penyelesaian Perselisihan
 18. Force Majeure

Sedangkan pada aspek Tanggung jawab bersama paling sedikit memuat:

1. Pendanaan;
2. Proses pengabdian masyarakat dan pendidikan;
3. Perencanaan dan pelaksanaan pengabdian masyarakat di wahana pendidikan yang sekaligus melaksanakan pengabdian masyarakat;
4. Pengendalian mutu pengabdian masyarakat;
5. 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:

1. Penyiapan fasilitas pengabdian masyarakat sesuai standar;
2. Penyiapan fasilitas pendukung pengabdian masyarakat berdasarkan standar nasional pendidikan dan kebutuhan masyarakat.
3. 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 tahun.

P. STANDAR PEMANTAUAN DAN PELAPORAN PENCAPAIAN PROFESI

1. Institusi pendidikan dokter Sub spesialis (IPDS) Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC memiliki gugus penjaminan mutu di tingkat prodi untuk menjamin pemantauan dan evaluasi berkala secara internal
2. Gugus penjaminan mutu melaksanakan pemantauan dan evaluasi secara berkala
3. Institusi pendidikan dokter sub spesialis (IPDS) Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC menjamin diperbolehkannya pemantauan dan evaluasi secara berkala oleh KIKKI
4. Institusi pendidikan dokter sub spesialis (IPDS) Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC diakreditasi oleh lembaga yang berwenang melalui sistem yang ditetapkan
5. Institusi pendidikan dokter sub spesialis (IPDS) Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC melaporkan pencapaian secara berkala kepada Institusi pengelola IPDS Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC 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

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 Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC (SpKKLP, COPC).
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 polapemberian insentif.
4. Peserta didik program studi dokter Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC (SpKKLP, COPC) dalam proses pendidikannya menggunakan wahana pendidikan di RS Kelas C dan kelas D serta puskesmas dan atau klinik sebagai wahana pendidikannya. Dalam bekerjadi wahana pendidikan tersebut peserta didik program studi Dokter Sub Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer, COPC (SpKKLP, COPC) berhak mendapatkan insentif atas pekerjaan pelayanan kesehatan yang dilakukannya di berbagai wahana. Pemberian insentif tersebut disesuaikan dengan capaian kinerja pelayanan kesehatan yang telah dilakukan oleh peserta didik tersebut, kebijakan pimpinan rumah sakit, kebijakan Pemerinah 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. Pada puskesmas dengan status BLUD, maka penetapan insentif akan mengacu pada berbagai peraturan keuangan Negara dan peraturan pengelolaan keuangan untuk puskesmas BLUD. Pada wahana pendidikan swasta, maka penetapan insentif disepakati antara IPDS dan wahana pendidikan yang bersangkutan dengan memperhatikan kelaikan hidup selama proses pendidikan. (tambahan).
5. Pemberian insentif tersebut dituangkan dalam perjanjian kerjasama antara Fakultas Kedokteran penyelenggara pendidikan dokter Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer (SpKKLP) dengan pimpinan rumah sakit atau Dinas Kesehatan Kabupaten atau Dinas Kesehatan Kota dan Puskesmas BLUD (bila pengelolaan keuangan dilakukan penuh oleh puskesmas BLUD)

BAB III PENUTUP

Standar Kompetensi Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr. Sp.KKLP, SubSp. COPC) merupakan standar minimal kompetensi yang harus dicapai oleh peserta program pendidikan Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer, sekaligus berfungsi sebagai standar mutu lulusan dan acuan dalam penyusunan kurikulum di institusi.

Standar Kompetensi Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr. Sp.KKLP, SubSp. COPC) 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 Subspesialis sesuai dengan kekhususan dan kebutuhan setempat. Selanjutnya Standar Kompetensi Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr. Sp.KKLP, SubSp. COPC) akan diregistrasi dan disahkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia sesuai dengan kewenangannya.

Demikianlah Standar Pendidikan Sub Spesialis Community Oriented Primary Care Kedokteran Keluarga Layanan Primer (dr. Sp.KKLP, SubSp. COPC) yang telah disusun. Semoga dapat menjadi rujukan program studi dalam mendirikan program pendidikan sub spesialisasi ini.

Proposal pembukaan program Pendidikan subspesialis minimal melampirkan:

1. Surat permohonan Rektor
2. Rekomendasi Kolegium terkait
3. Surat Rekomendasi Senat Institusi/PT
4. Sertifikat Akreditasi Institusi dan Fakultas Kedokteran
5. Surat Komitmen Dekan Fakultas
6. Proposal Pembukaan Program Studi
7. Renstra Fakultas terakhir
8. Data Dosen (Dosen Tetap / Tidak Tetap, Dosen Pendidik / Pembimbing / Penguji, Dosen di RSP dan Wahana Pendidikan)
9. RPS dan Modul Unggulan Prodi
10. Pedoman Penelitian.
11. Pedoman Pengabdian Kepada Masyarakat.
12. Dokumen Kerjasama
13. Dokumen SPMI
14. Dokumen RSP utk Pemberian Insentif Residen

KETUA KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA,

ttd.

PATTISELANNO ROBERTH JOHAN