



UMM

Laporan hasil FGD

mengenai peningkatan kurikulum Program Studi
Pendidikan Dokter untuk bermuatan Kedokteran
Keluarga

23 September 2011

Dr. Dhanasari Vidiawati Trisna Sanyoto MSc.CM-FM

Daftar isi

Pendahuluan	2
Tujuan kajian	2
Manfaat	2
Metoda kajian	3
Hasil diskusi dan analisa	5
Simpulan	13
Rincian notulensi diskusi 1	14
Rincian notulensi diskusi 2	18
Rincian notulensi diskusi 3	21

Pendahuluan

Dengan dimulainya kurikulum berbasis kompetensi dan digunakannya Standar Kompetensi Dokter Indonesia yang dikeluarkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia pada tahun 2006, maka FK Universitas Muhammadiyah Malang (UMM) memiliki tujuan yang sama yaitu untuk menjadikan lulusannya dokter layanan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga. Dokter Keluarga dan Dokter Industri dijadikan muatan lokal sehingga lulusan FK UMM tidak lagi mengambil Paket A dan B untuk kedokteran keluarga dan Pelatihan Hiperkes untuk kedokteran industri.

Oleh karena itu perlu adanya suatu kajian yang dapat mengidentifikasi apakah muatan lokal tersebut dapat diaplikasikan dalam kurikulum pendidikan dokter UMM.

Tujuan kajian

1. Teridentifikasinya persepsi dosen dan mahasiswa mengenai pembelajaran kedokteran keluarga
2. Teridentifikasinya substansi dan metoda pembelajaran terkait kedokteran keluarga yang disukai dan diinginkan mahasiswa
3. Teridentifikasinya keinginan untuk meningkatkan pembelajaran kedokteran keluarga
4. Teridentifikasinya masukan untuk rekomendasi kurikulum kedokteran keluarga pada program studi pendidikan dokter UMM

Manfaat

hasil kajian ini menjadi masukan dalam menyusun langkah selanjutnya program peningkatan muatan kedokteran keluarga Fakultas Kedokteran UMM

Metoda kajian

Rancangan

Kajian merupakan penelitian kualitatif dengan metoda pengambilan data Focus Group Discussion.

Tempat dan waktu

Pengambilan data dilaksanakan di FK UMM, pada tanggal 23 September 2011, 3 kelompok FGD dilaksanakan dalam 1 hari kerja.

Populasi responden/peserta FGD

Mahasiswa:

adalah seluruh mahasiswa tingkat 4 dan tingkat 6 yang telah menyelesaikan studinya pada tahun akademik 2010-2011. Mahasiswa tingkat 4 berjumlah 108 orang dan mahasiswa tingkat 6 berjumlah 73 orang

Dosen:

adalah seluruh dosen FK UMM yang menjadi staf pengajar tetap atau diperbantukan atau dosen kontrak yang aktif pada pembelajaran Kedokteran Keluarga & Industri di FK UMM.

Untuk mencapai triangulasi dilaksanakan 3 kelompok FGD, yaitu:

1. Kelompok mahasiswa yang baru saja tamat tahap Medical Sciences
2. Kelompok mahasiswa yang baru saja tamat Program Studi Pendidikan Dokter dan telah lulus UKDI
3. Kelompok dosen tetap FK UMM

Kriteria inklusi dan eksklusi

Kriteria inklusi:

bersedia mengikuti kajian ini

Cara pemilihan peserta FGD dilakukan secara random confinient purposive, yaitu untuk mahasiswa kelompok tamat tahap Medical Sciences adalah mahasiswa yang dinilai 'vokal' terhadap pembelajaran, untuk mahasiswa kelompok tamat Program Studi adalah yang tidak sedang bertugas pada gladi resik Upacara Sumpah Dokter, dan kelompok dosen adalah dosen yang kebetulan bertugas pada pagi hari sebelum diskusi dilaksanakan.

Kriteria eksklusi:

tidak dapat hadir pada saat diskusi berlangsung

Besar responden

responden yang dibutuhkan pada saat diskusi adalah 5-8 orang

Cara pemilihan peserta FGD dilakukan secara random confinient purposive, yaitu untuk mahasiswa kelompok tamat tahap Medical Sciences adalah mahasiswa yang dinilai 'vokal' terhadap pembelajaran, untuk mahasiswa kelompok tamat Program Studi adalah yang tidak sedang bertugas pada gladi resik Upacara Sumpah Dokter, dan kelompok dosen adalah dosen yang kebetulan bertugas pada pagi hari sebelum diskusi dilaksanakan.

Ruangan, moderator dan notulen

Diskusi dilakukan pada ruang diskusi tertutup, moderator adalah penulis laporan ini, dan pencatat dilakukan oleh Dr. Desi, dosen di Departemen Kedokteran Keluarga dan Industri, FK UMM dengan menggunakan recorder elektronik dan pengetikan langsung dengan computer.

Hasil diskusi dan analisa

Diskusi diselenggarakan sebanyak 3 kali secara berurutan. Yaitu

1. Kelompok mahasiswa yang baru saja tamat tahap Medical Sciences, terdiri atas 5 peserta, dilaksanakan selama 1,5 jam
2. Kelompok mahasiswa yang baru saja tamat Program Studi Pendidikan Dokter dan telah lulus UKDI, terdiri atas 8 peserta, dilaksanakan selama 1,5 jam
3. Kelompok dosen tetap FK UMM, terdiri atas 5 peserta, dilaksanakan selama 1,5 jam

Ruang diskusi tertutup, cukup nyaman, semua peserta duduk di kursi dengan meja tulis dan melingkar sehingga memungkinkan saling pandang.

Rincian notulensi diskusi kelompok terfokus ada pada lampiran 1,2 dan 3.

Sesuai dengan maksud diselenggarakan kajian ini, maka analisa diskusi disusun berdasarkan butir-butir yang tercantum pada tujuan pada bab Pendahuluan.

1. Teridentifikasinya persepsi dosen dan mahasiswa mengenai pembelajaran kedokteran keluarga

Pembelajaran kedokteran keluarga tampaknya telah menjadi pembelajaran yang disadari dan diterima oleh mahasiswa maupun dosen bahwa harus dipelajari pada program studi pendidikan dokter. Tidak ada keraguan baik dari mahasiswa maupun dosen bahwa pembelajaran kedokteran keluarga memang harus ada di dalam kurikulum. Bahwa mahasiswa telah dapat menceritakan bahwa pembelajaran kedokteran keluarga memiliki inti ketrampilan dan pengetahuan mengenai kedokteran yang bersifat holistik dan komprehensif. Hal ini diangkat dari contoh pendapat berikut:

“pendekatan personal. Bukan hanya pengobatan secara medis, tapi pendekatan dokter dengan pasien atau keluarganya yaitu lebih holistik”

bahkan dari para dosen mendapat masukan yang menunjukkan keinginan yang tinggi mengenai pencapaian kemampuan dokter lulusannya. Selain dokter yang diluluskan adalah dokter yang siap bekerja namun juga setingkat dengan Dokter Keluarga. Hal ini diperoleh dari pendapat para dosen seperti ini:

“ Merupakan ciri khas lulusan FKUMM tanpa melupakan muatan wajib dr KIPDI. Diharapkan lulusan akan bisa lgs diserap di masy sehingga sesuai dgn perkembangan akan kebutuhan dokter keluarga.”

“Sangat setuju agar para lulusan bisa langsung bekerja sbg dokter keluarga tanpa harus melalui pelatihan khusus.”

“Setuju, disarankan saat co-ass ada stage turun langsung ke masy sbg dokter keluarga (bisa dimasukkan pd waktu KKN atau stage “kosong”).”

Mahasiswa dapat menjelaskan persepsi peserta dengan yang dimaksud dengan pembelajaran kedokteran keluarga melalui pertanyaan bentuk Dokter Keluarga seperti apa. Inti dari pembelajaran kedokteran keluarga yang ditangkap mahasiswa adalah penatalaksanaan pasien secara holistik dan komprehensif, dan metode kunjungan rumah merupakan metode yang menjadi karakteristik pembelajaran kedokteran keluarga. Hal itu terbukti dengan pendapat mahasiswa yang telah menjadi dokter:

“Dokter yang berfikirnya secara holistik, bisa jeli melihat kondisi lingkungan sekitar”

“Dokter yang menanganinya secara holistik termasuk mencari alternative penyelesaiannya, misalnya ada pasien TB, bila keluarga tidak mampu, dokter mencari solusi, umpamanya data dari LSM”

“Dokter keluarga itu suatu pemikiran dimana dokter tersebut memikirkan kondisi keluarga secara utuh, jadi dimanapun dia bekerja tidak masalah.”

Sedangkan mahasiswa yang baru mau masuk tahapan klinik, karena belum melewati rotasi kepaniteraan kedokteran industri dan keluarga, diberi pertanyaan, persepsi merka mengenai dokter yang telah mendapat pembelajaran kedokteran keluarga seperti apa. Ternyata mahasiswa selain menekankan pada penatalaksanaan holistik dan komprehensif, juga menekankan pentingnya ketrampilan berkomunikasi untuk dapat lebih dekat dengan pasien dan keluarganya. Hal ini diungkapkan pada beberapa pendapat sebagai berikut:

“dokter yg siap sedia (tdk hanya di RS, klinik atau praktek), pelayanan lebih holistic (tdk hanya memberi obat tp juga saran utk perbaikan)”

“ Lebih mudah komunikasi krn dokternya sudah dikenal shg merasa dengan keluarga sendiri”

“dokter yg dekat dengan keluarga tsb shg paham dan mengerti apa yg dialami pasien.”

“lebih gampang curhat karena sdh kenal dengan dokternya”

Bahkan mahasiswa menjawab bukan hanya persepsi kemampuan dokternya namun juga manajemen penatakasanaan dokter dalam praktiknya yang menekankan bahwa dokter dengan pendekatan kedokteran keluarga adalah dokter yang bersinambungan dalam pelayanan. Seperti diperhatikan dari pendapat di bawah ini:

“dokter yg lebih sabar dan telaten dp dokter di RS krn harus merawat utk jangka panjang. Dokter keluarga lebih punya banyak waktu utk pasien, lebih dekat secara kekeluargaan.”

“dokter yg pendekatannya lebih baik dan bisa memfollow up terus kondisi pasiennya. Pasien kan lebih nyaman dengan dokter yg sdh dikenalnya.”

“dokter yang pendekatannya lebih bagus dan seharusnya bila satu keluarga punya dokter sendiri maka kesehatannya akan lebih terjamin”

2. Teridentifikasinya substansi dan metoda pembelajaran terkait kedokteran keluarga yang disukai dan diinginkan mahasiswa

Pada saat diskusi ditengarai bahwa mahasiswa yang baru selesai tahap Medical Sciences baru memperoleh pembelajaran kedokteran keluarga pada modul pertama, yaitu modul “ Belajar, Empati dan Humaniora”. Substansi pembelajaran yang diperoleh pada modul pertama di semester 1 itu adalah Introduksi Kedokteran Keluarga. Metode pembelajarannya berupa Kuliah. Oleh sebab itu pertanyaan yang diajukan kepada mahasiswa diubah dengan tujuan tetap untuk memperoleh substansi dan metoda yang disukai mahasiswa agar memperoleh masukan untuk menyusun pembelajaran Kedokteran Keluarga agar nantinya juga disukai oleh mahasiswa.

Hasil diskusi menunjukkan bahwa mahasiswa, baik yang baru lulus *medical sciences* maupun yang sudah lulus program studi pendidikan dokter menyukai substansi pembelajaran yang aplikatif, terkait klinis, dan berpengetahuan baru. Hal tersebut terbukti pada pendapat di bawah ini:

“ modul kardioserebrovaskular, karena pada dasarnya saya suka pelajaran interna (dan dosennya enak menjelaskannya). Yang tidak disukai IKM karena sulit membayangkan. Terbukti pada saat ujian IKM saya merasa semua pilihan jawabannya itu benar, jadi tidak tahu harus memilih yang mana”

“blok kegawatan, karena banyak terkait anatomi dan pada blok tersebut benar-benar terasa esensi nya sebagai seorang dokter yang seharusnya menangani pasien gawat darurat.”

“psikiatri, karena banyak hal baru yang ditemukan (setiap orang punya gangguan hanya berbeda derajatnya, perubahan definisi mengenai orang gila yang ternyata bisa diobati dengan obat, bukan hanya dengan terapi psikologis).

“pencernaan, krn lebih aplikatif di masy (banyak gangguan/masalah yang muncul di masyarakat), dosen yang mengajar enak.

“panca indera (dari organ yang sekecil itu ternyata luar biasa fungsi/isinya) dan dosen yg mengajar cukup enak.”

Mahasiswa yang baru saja lulus tahap *clinical teaching* yang sudah bisa disebut sebagai dokter, agak sulit ketika harus menjawab substansi pembelajaran kedokteran keluarga yang paling disukai. Namun ketika pertanyaannya diubah menjadi “substansi dan metoda pembelajaran apa yang paling diingat dari rotasi kedokteran keluarga” barulah terdapat pendapat-pendapat yaitu:

“Kunjungan rumah, tugas khusus tersebut kita mencari tahu apa permasalahan yang muncul. Tidak ada dokter pendamping”

“Kunjungan keluarga kita mengidentifikasi masalah dalam keluarga. Pengalaman lebih banyak, daripada mengobati orang yang sakit.”

“Tugas referat tentang stress dengan kondisi fisik, sehingga kita tahu tentang ada hubungan antara stress kerja dengan kondisi fisik.”

“Ada tugas industri untuk plant survey”

“Konsep Bloom, semua faktor yang ada dapat mempengaruhi kesehatan”

“*Five star doctor*, ditekankan bahwa selain jadi *decision maker* juga jadi yang lain.”

Begitu juga dengan metoda pembelajaran yang disukai mahasiswa, untuk mahasiswa yang baru melewati tahapan medical sciences tampaknya menyukai metoda pembelajaran yang memerlukan persiapan lebih dari pengelolanya, terdapat aktifitas mahasiswanya, dan bukan hanya kuliah. Selain turun ke lapangan, mahasiswa tampak menyukai bentuk diskusi problem based learning, terlebih bila setelah pleno, narasumber memberikan arahan alur pemecahan masalahnya. Hal ini dapat dilihat dari pendapat responden:

“blok kegawatan, karena banyak tugas (textbook reading) yg kemudian dipresentasikan di depan kelas sehingga memaksa mahasiswa utk belajar.”

“semua blok suka. Di IKM ada yang langsung terjun ke masyarakat. Juga di blok BHE pada semester 1 ada latihan anamnesa dan VS”.

“pada umumnya suka semua blok. Terutama blok neuromuskuloskeletal dan panca indera, krn skillnya diberi arahan dan ada alur pemeriksaan. pada saat tutorial diberi tugas menyusun kerangka konsep sehingga menjadi jelas.”

“suka tutorial karena lebih merangsang untuk belajar mandiri dengan adanya skenario (lebih nyata kasusnya). Lebih suka skill karena langsung aplikasi.”

“suka PBL, tapi paling suka tutorial dan skill karena lebih dinamis (tidak ngantuk) dibanding pakar dan praktikum. Namun kekurangannya adalah materinya sepotong-sepotong. Sebaiknya *basic* diberikan di awal semester (smt satu tanpa tutorial dan skill). Sehingga saat masuk blok sistem tinggal mereview.”

3. Teridentifikasinya keinginan untuk meningkatkan pembelajaran kedokteran keluarga

Pada awal analisa diskusi, telah disebutkan bahwa kelompok dosen mengungkapkan keinginan yang tinggi mengenai kualitas lulusannya terkait dengan pembelajaran kedokteran keluarga. Pada diskusi dengan mahasiswa yang masih harus mengenyam pendidikan dokter, hasil diskusi menunjukkan bahwa mahasiswa antusias mendengar adanya inovasi dalam pendidikan. Dikemukakan kemungkinan adanya keluarga binaan yang ditugaskan pada mahasiswa sejak tingkat 1 hingga tingkat akhir. Antusias mahasiswa mengenai kegiatan tersebut terlihat dari pendapat-pendapat sebagai berikut:

“ bagus sekali. Karena bisa langsung menerapkan ilmu ke masyarakat. Dokter pendamping bisa dosen wali”

“setuju, karena kita bisa melihat perbedaan tiap orang sehingga lebih siap saat terjun setelah menjadi dokter.”

Dengan pertanyaan yang sama mahasiswa yang telah lulus program studi pendidikan dokter tidak terlalu antusias, namun memberikan pendapatnya dan tamped dengan pengalaman yang lebih memberikan saran untuk mencegah kesulitan yang mungkin timbul sebagai berikut:

“mungkin saja asal 1 mahasiswa 1 keluarga saja”

“Identifikasi faktor resiko sebaiknya jangan 1 mahasiswa tetapi 1 kelompok mahasiswa mendapat beberapa keluarga, untuk menambah pengalaman”

“Yang penting adalah bagaimana mencari dosen pembimbingnya karena dosennya sedikit”

“Saat kuliah kita belum ngerti arahnya kemana jadi banyak bosennya. Saat ke lapangan lebih menarik.

Pada kelompok dosen kegiatan pembinaan keluarga tidak ditolak namun perlu dipikirkan faktor-faktor lain yang menunjang pembelajaran seperti pada pendapat di bawah ini:

“Kebijakan dari pimpinan”

“Pelatihan khusus untuk para tutor”

“Dana bila ada praktek turun lapangan”

Semua peserta diskusi pada kelompok dosen sangat bersedia untuk menjadi pembimbing. Dosen yang juga merupakan dokter puskesmas bersedia untuk menyiapkan lahan pendidikan lapangan dan para dokter spesialis selain menjadi pembimbing juga akan berkontribusi menjadi narasumber sesuai dengan keilmuannya.

4. Teridentifikasinya masukan untuk rekomendasi kurikulum kedokteran keluarga

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya bahwa mahasiswa antusias dengan adanya rencana keluarga binaan, sehingga tanpa ditanya mahasiswa dalam diskusi menyampaikan saran teknis penyelenggaraan pembelajaran tersebut sebagai berikut:

“Waktu untuk kunjungan lebih baik kalau 1x/bln dan terjadwal tapi fleksibel.”

“Sebaiknya didampingi dokter agar bisa memberi saran untuk masalah yg dihadapi pasien. Bisa konsultasi langsung (via telepon misalnya) untuk keluhan2 pasien.”

“Adanya kartu untuk mencatat keluhan2 dari pasien shg tercatat rapi. Pleno bisa sebulan sekali.”

“ada pleno khusus utk kasus menarik dgn mendatangkan pakar (dokter keluarga dan dokter yg kompeten dengan kasus dan dosen wali).”

“kasus yang diplenokan adalah yang sesuai dengan modul yang sedang dilalui, kalau tidak ada, maka kasus-kasus menarik yang ada”

Kelompok mahasiswa yang telah menyelesaikan program studinya memberi masukan teknis pula untuk mengantisipasi keterbatasan jumlah dosen pembimbing untuk kegiatan pembinaan keluarga, sebagai berikut:

“ pembimbingnya bisa tutor diskusi”

“ atau dosen wali mahasiswa”

Kelompok mahasiswa yang baru lulus tahapan medical sciences menyampaikan sarannya untuk meningkatkan pembelajaran kedokteran keluarga dengan lebih banyak metoda pembelajaran yang aplikatif dan terus menerus, bukan hanya pada saat blok dan rotasi kedokteran keluarga, tetapi terintegrasi dengan blok lainnya. Hal ini tampak pada pendapat dari peserta sebagai berikut:

“lebih banyak terjun ke masyarakat, ikut magang di klinik dokter keluarga”

“setiap skill menekankan aspek kedokteran keluarga (ada muatan kedokteran keluarga di setiap blok)”

“sebaiknya nilai2 kemanusiaan itu ada di setiap blok, bukan hanya di blok awal. Sehingga bisa terbiasa sampai semester akhir”

“lebih banyak terjun langsung atau mendatangkan pasien “betulan” sehingga bisa lebih menarik dan lebih ingat.”

Bahkan salah satu peserta diskusi menyarankan bahwa integrasi bukan hanya internal fakultas kedokteran, namun lintas fakultas. Seperti pada pendapat ini:

“ada dosen dari fakultas komunikasi, fakultas psikologi agar pendekatannya lebih baik lagi dengan keluarga.”

Kelompok mahasiswa yang lebih berpengalaman menjawab dengan lebih komprehensif. Kelompok ini menyarankan bahwa muatan pembelajaran kedokteran keluarga dapat diintegrasikan dalam blok-blok lain dan rotasi lain apabila disiapkan dengan seksama. Hal ini tampak pada pendapat sebagai berikut:

“Yang penting saat kuliah ada simulasi, ada contoh-contoh, simulasi kecil sehingga kita memahami sebagai dokter itu bagaimana”

“Dibuat pengantar klinik dengan konsep dokter keluarga role play dimana ada skenario sebagai trigger, ada contoh berkomunikasi dengan keluarga sebagai latihan”

“Ada TBM utk membiasakan saat menemui pasien sesungguhnya.”

Kelompok tersebut berpendapat pula bahwa pembelajaran kedokteran keluarga pada lahan pelayanan tingkat primer sangat penting. Hal ini tampak dari pendapat berikut ini:

“Saat stage coass ditempatkan di klinik yang ada dokter keluarganya”

“Bisa digabung dengan stage puskesmas tentang pembelajaran Kedokteran Keluarga”

Kelompok ini pula menekankan bahwa manajemen klinik pelayanan dokter keluarga juga perlu dipelajari, bukan hanya manajemen pasien. Hal ini tampak pada beberapa pendapat peserta:

“ ada simulasi sehingga memahami sebagai manajemen itu bagaimana”

“ditempatkan di klinik yang ada dokter keluarganya sehingga kita bisa belajar tentang manajemen kurang lebih 1 bulan”

“ Saat di coass ada bagian yang belajar tentang manajemennya”

Kelompok dosen juga memberikan masukan yang bermanfaat. Dengan memperhatikan bahwa teori sangat mendukung aplikasi pada dunia kedokteran, maka turunnya mahasiswa ke tengah masyarakat harus dibekali dengan baik. Dosen sebaiknya dilatih terlebih dahulu, dan kegiatan di lapangan sedapat mungkin sesuai dengan teori yang dipelajari. Lapangan harus disiapkan dengan baik dan evaluasi perlu dilakukan secara berkala. Hal ini diperoleh dari beberapa pendapat dalam kelompok dosen sebagai berikut:

“ Seharusnya seimbang (50-50) karena teori tanpa praktek akan sulit, sebaliknya langsung praktek tanpa teori akan terasa lebih berat.”

“Secara teori tetap diberikan namun harus ada pelatihan khusus tentang dokter keluarga. Dokter praktik umum juga harus mempunyai administrasi yg baik terhadap suatu penyakit.”

“Harus ada aplikasi langsung ke masyarakat sehingga teori bisa langsung diterapkan.”

“Untuk praktek lapangan sebaiknya sudah Dokter Muda sehingga keluarga yg dibina tdk merasa sebagai ‘alat’.”

Sejalan dengan pendapat kelompok mahasiswa mengenai adanya kerjasama antar blok serta kerjasama antar fakultas, pada kelompok dosen ini, mungkin akibat pengalaman yang jauh lebih banyak, maka para dosen mengingatkan bahwa kerjasama lintas sektoral perlu disiapkan sebelum aktifitas mahasiswa turun ke lapangan untuk melakukan pembinaan keluarga. Hal ini tergambar dari pendapat para dosen sebagai berikut:

“Bekerjasama dengan dinkes setempat (puskesmas) untuk mengkoordinasi keluarga yang butuh pembinaan.”

“Selain puskesmas juga dari depkes harus ada aturan yang jelas, juga pihak asuransi harus dilibatkan.”

Simpulan

1. Telah terlaksana 3 kelompok focus group discussion (FGD) yang terdiri atas kelompok mahasiswa yang baru lulus tahapan medical sciences, kelompok mahasiswa yang baru lulus tahapan clinical teaching, dan kelompok dosen.
2. Persepsi mahasiswa dan dosen terhadap pendekatan kedokteran keluarga adalah pendekatan kedokteran yang holistik, komprehensif, bersinambung. Dokter yang lebih baik dalam berkomunikasi dan hubungannya dengan pasien. Serta dokter yang dapat meningkatkan derajat kesehatan pasien dan keluarga sehingga kesehatan keluarga lebih terjamin.
3. Substansi pembelajaran yang disukai dan diingat oleh mahasiswa adalah substansi pembelajaran yang aplikatif, dan diberikan secara spiral, mulai dari tingkat awal hingga tingkat akhir secara terus menerus yang makin lama makin aplikatif di lapangan. Metoda pembelajaran yang disukai dan diingat adalah metoda pembelajaran yang bervariasi dan bukan hanya kuliah. Mulai dari diskusi PBL, mencari tinjauan pustaka dan dipresentasikan, hingga pembinaan keluarga yang terus menerus.
4. Hasil diskusi mengidentifikasi bahwa mahasiswa yang masih dalam pendidikan sangat antusias dengan rencana peningkatan pembelajaran kedokteran keluarga, mahasiswa yang baru saja lulus mengingatkan mengenai keterbatasan jumlah dosen pembimbing dan kelompok dosen berpendapat bahwa beberapa hal harus disiapkan dan dibutuhkan dukungan lintas sektoral.
5. Masukkan untuk rekomendasi kurikulum kedokteran keluarga mencakup beberapa hal yaitu bahwa pembelajaran kedokteran keluarga diharapkan bersinambung dari awal pembelajaran hingga akhir, pembelajaran kedokteran keluarga diintegrasikan dengan blok dan rotasi kepaniteraan lain, metoda pembelajaran diaplikasikan langsung ke lapangan mulai dari pembinaan keluarga sehat hingga pembinaan keluarga pasien berupa kunjungan rumah, pembelajaran kedokteran keluarga bukan hanya meliputi penatalaksanaan pasien namun juga manajemen klinik, serta pengelolaan pembelajaran kedokteran keluarga memerlukan kerjasama dengan pengandil pendidikan selain universitas, yaitu puskesmas, klinik dokter swasta dan rumah sakit serta wilayah binaan.

Lampiran 1.

Rincian notulensi diskusi 1

Kelompok Mahasiswa yang baru saja tamat tahapan Medical Science:

Mulai: pk. 9.05 WIB selesai pk 10.34 WIB

Tempat: R.Diskusi 4 FKUMM

Peserta :

1. Arifina / perempuan /angkatan 2008/ usia 21 tahun/ berasal dari kota Malang
2. M. Diki/ laki-laki /angkatan 2008/ usia 21 tahun/ berasal dari kota Madiun
3. Adisti/ perempuan /angkatan 2008/ usia 21 tahun/ berasal dari kota Mataram
4. Putri/perempuan /angkatan 2008/ usia 21 tahun/ berasal dari kota Malang
5. Salva/aki-laki /angkatan 2008/ usia 21 tahun/ berasal dari kota Malang

Pertanyaan dan pendapat:

Apakah anda sudah mendapat materi ttg kedokteran keluarga dan kapan?

Salva: sudah sbg pengantar di blok BHE pada blok pertama di semester 1. Akan ada lagi di blok KIK smt ini.

Apa yang anda ingat tentang materi tersebut?

Arifina: pendekatan personal. Bukan hanya pengobatan secara medis, tapi pendekatan dokter dengan pasien atau keluarganya yaitu lebih holistik.

Salva: peran dokter di masy, di keluarga seperti apa.

Dari 18 blok yg sdh dilewati, isi pembelajaran yg mana yg paling disukai? mengapa?

Salva: kardioserebro, karena suka interna (dosen lebih enak menjelaskannya). Yg tdk disukai IKM karena sulit membayangkan. Misalnya:soal IKM sulit (merasa benar ternyata salah).

Putri: blok kegawatan, krn banyak bedah (suka anatomi) dan merasa sbg esensi dari seorang dokter seharusnya menangani pasien gadar.

Adisti: psikiatri, krn banyak hal baru yang ditemukan (setiap org punya gangguan hanya berbeda derajatnya, perubahan definisi mengenai orang gila yang ternyata bisa diobati dengan obat, bukan hanya dengan terapi pskiologis).

Diki: pencernaan, krn lebih aplikatif di masy (banyak gangguan/masalah yg muncul di masy), dosen yg mengajar enak.

Arifina: panca indera (dr organ yg sekecil itu ternyata luar biasa fungsi/isinya) dan dosen yg mengajar cukup enak.

Metode pembelajaran mana yg paling disukai? mengapa?

Arifina: blok kegawatan, krn banyak tugas (textbook reading) yg kemudian dipresentasikan d dpn kelas shg memaksa mhs utk belajar.

Diki: semua blok suka. Di IKM ada yg langsung terjun ke masy. Juga di blok BHE (anamnesa dan VS).

Adisti: pd umumnya suka smua blok. Terutama blok neuromuskuloskeletal dan panca indera, krn skillnya diberi arahan dan ada alur pemeriksaan. Tutorial: diberi tugas kerangka konsep.

Putri: suka tutorial krn lebih merangsang utk belajar mandiri dengan adanya scenario (lebih nyata kasusnya). Lebih suka skill karena langsung aplikasi.

Salva: suka PBL, tapi paling suka tutorial dan skill karena lebih dinamis (tidak ngantuk) dibanding pakar dan praktikum. Namun kekurangannya adalah materinya sepotong-sepotong. Sebaiknya basic diberikan di awal semester (smt satu tanpa tutorial dan skill). Shg saat masuk blok system tinggal mereview.

Menurut persepsi anda, seperti apakah dokter yg memberi pelayanan dokter keluarga?

Adisti: dokter yg siap sedia (tdk hanya di RS, klinik atau praktek), pelayanan lebih holistic (tdk hanya memberi obat tp juga saran utk perbaikan)

Diki: dokter yang pendekatannya lebih bagus dan seharusnya bila satu keluarga punya dokter sendiri maka kesehatannya akan lebih terjamin.

Adisti: Lebih mudah komunikasi krn dokternya sudah dikenal shg merasa dengan keluarga sendiri.

Putri: dokter yg dekat dengan keluarga tsb shg paham dan mengerti apa yg dialami pasien.

Arifina: dokter yg lebih sabar dan telaten dp dokter di RS krn harus merawat utk jangka panjang. Dokter keluarga lebih punya banyak waktu utk pasien, lebih dekat secara kekeluargaan.

Diki: lebih gampang curhat karena sdh kenal dengan dokternya.

Salva: dokter yg pendekatannya lebih baik dan bisa memfollow up terus kondisi pasiennya. Pasien kan lebih nyaman dengan dokter yg sdh dikenalnya.

Metode dan isi/materi yg spt apa dalam pembelajaran dokter agar lulusannya bisa memberi pelayanan kedokteran keluarga?.

Diki: lebih banyak terjun ke masy, ikut magang di klinik "dokter keluarga"

Putri: setiap skill menekankan aspek kedokteran keluarga (ada muatan kedokteran keluarga di setiap blok)

Salva: sebaiknya nilai2 kemanusiaan itu ada di setiap blok, bukan hanya di blok awal. Shg bisa terbiasa sampe smt akhir.

Adisti: ada dosen dari fak.komunikasi, fak.psikologi agar pendekatannya lebih baik lagi dengan keluarga. Ada TBM utk membiasakan saat menemui pasien sesungguhnya.

Arifina: lebih banyak terjun langsung atau mendatangkan pasien "betulan" sehingga bisa lebih menarik dan lebih ingat.

Seandainya FKUMM membuat desa binaan di mana setiap mahasiswa mendapat satu keluarga utk di"follow up" terus sampai menjelang lulus. Bagaimana pendapat anda?

Salva: bagus sekali. Karena bisa langsung menerapkan ilmu ke masy. Dokter pendamping bisa dosen wali

Putri: setuju, krn kita bisa melihat perbedaan tiap orang shg lebih siap saat terjun stl mjd dokter.

Putri dan adisti: Waktunya lebih baik kalau 1x/bln dan terjadwal tapi fleksibel.

Adisti: sebaiknya didampingi dokter agar bisa memberi saran utk masalah yg dihadapi pasien. Bisa konsultasi lgs (via telp misalnya) utk keluhan2 pasien.

Diki: kartu utk mencatat keluhan2 dari pasien shg tercatat rapi. Pleno bisa sebulan sekali.

Arifina: ada pleno khusus utk kasus menarik dgn mendatangkan pakar (dokter keluarga dan dokter yg kompeten dgn kasus dan dosen wali).

Apakah kasus keluarga binaan yang dipresentasikan sebaiknya disesuaikan dengan blok?

Adisti; sebaiknya ya bila ada kasusnya. Bila tdk ada ya kasus yg menarik.

Semua: setuju.

Setujukah bila dilaksanakan di blok mendatang (memfollow up satu keluarga) sampai selesai co ass?

Semua:setuju!!

Bagaimana bila ada tugas utk merencanakan manajemen klinik dokter keluarga ?apa yg harus disiapkan?

Salva: kunjungan ke klinik, melihat manajemennya

Putri: ilmu ttg manajemen

Diki: standar peralatan satu klinik apa aja.

Arifina:standar pelayanan

Bgmn cara mengajarkan ke mhs agar bisa berpikir utk mengembangkan klinik sendiri.

Salva: blok 20 ttg manajemen klinik.

Adisti: ada satu contoh org yg sukses kemudian dikunjungi.

Apa yg hrs diperbaiki dr kurikulum FKUMM agar lulusannya bisa menjadi dokter keluarga?

Diki: banyak terjun ke masy.

Adisti: lebih banyak menerapkan ke masy.

Salva: persiapan yg lebih baik sebelum terjun ke masy. Lebih menguatkan pada ilmu2 dasar agar lebih mudah di blok2 selanjutnya.

Putri: ada tambahan materi/pelatihan utk dokter keluarga, sebaiknya tiap dokter memahami apa itu dokter keluarga. Di setiap blok diselipkan materi dokter keluarga.

Arifina: perlu tambahan dosen utk mempersiapkan semakin banyanya mhs.

Adisti: pleno:utk smt awal disiapkan utk membuat POMR shg mhs tidak bingung. Ada jawaban pasti shg persepsi mhs sama.

Salva: lama nunggu hasil ujian.

Diskusi selesai, moderator mengucapkan terimakasih.

Lampiran 2.

Rincian notulensi diskusi 2

Kelompok Mahasiswa yang baru saja tamat program studi pendidikan dokter:

Mulai: pk. 10.45 WIB selesai pk 12.17 WIB

Tempat: R.Diskusi 4 FKUMM

Peserta :

1. Ririn Widiastuti / perempuan /angkatan 2004/ usia 24 tahun/ berasal dari kota Malang
2. Tri Wianingsih / perempuan /angkatan 2003/ usia 26 tahun/ berasal dari kota Kendari
3. Farida Anggraeni / perempuan /angkatan 2004/ usia 26 tahun/ berasal dari kota Surabaya
4. Nirmalia Husin / perempuan /angkatan 2004/ usia 26 tahun/ berasal dari kota Kupang
5. Farah Anisa / perempuan /angkatan 2004/ usia 24 tahun/ berasal dari Madura
6. Yuni Kresnawati / perempuan /angkatan 2004/ usia 25 tahun/ berasal dari kota Pacitan
7. Oei Stefani / perempuan /angkatan 2004/ usia 25 tahun/ berasal dari kota Malang
8. Indri Wahyuningsih / perempuan /angkatan 2004/ usia 25 tahun/ berasal dari Madura

Pertanyaan dan pendapat:

Apakah anda sudah memperoleh pembelajaran DK?

Tri Wianingsih: Sudah dimulai dari kuliah sekitar semester 5/6, praktek dilanjutkan dengan coass 4-6 mgg untuk prakteknya kedokteran keluarga langsung terjun ke masyarakat

Oei Stefani: Praktek kedokteran keluarga 3 minggu. Kita mendatangi keluarga mereview masalah apa yang muncul

Nirmalia Husin: Tugas yang home visit itu kita menilai keseluruhannya, termasuk lingkungannya. Lalu dicarikan alternative pemecahannya.

Isi pembelajaran DK yang mana yang paling saudara ingat?

Oei Stefani :Kunjungan rumah, tugas khusus tsb kita mencari tahu apa permasalahan yang muncul. Tidak ada dokter pendamping

Tri Wianingsih : Kunjungan keluarga kita mengidentifikasi masalah dalam keluarga. Pengalaman lebih banyak, daripada mengobati orang yang sakit.

Nirmalia Husin : Tugas referat tentang stress dengan kondisi fisik, sehingga kita tahu tentang ada hubungan antara stress kerja dengan kondisi fisik.

Oei Stefani: Ada tugas industri untuk plant survey

Ririn Widiastuti: Konsep Bloom, semua faktor yang ada dapat mempengaruhi kesehatan

Yuni Kresnawati: Five star doctor, ditekankan bahwa selain jadi decision maker juga jadi yang lain.

Metode belajar apa pada pendidikan kedokteran keluarga yang paling disukai?

Tri Wianingsih: Terjun langsung ke lapangan, lebih ingat dengan teori dan langsung dipraktekkan.

Oei Stefani: Terjun ke lapangan, jadi ada sesuatu yang fresh dan tidak bosan.

Yuni Kresnawati: Pada saat dilapangan kita dapat mempraktekkan langsung

Bagaimana pendapat anda mengenai pembelajaran kedokteran keluarga tersebut? mengapa?

Indri Wahyuningsih: Cukup baik, teori dapat dan bisa aplikasi di co ass tapi jaraknya terlalu lama antara teori tingkat 4 dan praktek aplikasinya di lapangan pada tingkat 6

Tri Wianingsih: Saat kuliah kita belum ngerti arahnya kemana jadi banyak bosennya. Saat ke lapangan lebih menarik.

Menurut persepsi saudara seperti apa dokter yang menjalankan pelayanan dengan pendekatan dokter keluarga?

tri Wianingsih: Dokter yang berfikirnya secara holistic, bisa jeli melihat kondisi lingkungan sekitar

Oei Stefani: Dokter keluarga, kita menjadi dokter yang dapat melihat semua permasalahan dan ikut mencari solusinya

Nirmala Husin: Dokter yang menanganinya secara holistik termasuk mencari alternative penyelesaiannya, misalnya ada pasien TB, bila keluarga tidak mampu, dokter mencari solusi, umpamanya data LSM

Oei Stefani: Dokter yang bisa bekerja dimana-mana, tapi dokter tersebut dapat mendampingi keluarga tersebut.

Farah Anisa: Dokter keluarga itu suatu pemikiran dimana dokter tersebut memikirkan kondisi keluarga secara utuh, jadi dimanapun dia bekerja tidak masalah.

Bagaimana metode yang tepat untuk mempelajari manajemen KK secara baik saat kuliah?

Oei Stefani: Yang penting saat kuliah ada simulasi, ada contoh-contoh, simulasi kecil sehingga kita memahami segai dokter itu bagaimana dan sebagai manajemen itu bagaimana

Farah Anisa: Dibuat pengantar klinik dengan konsep dokter keluarga role play dimana ada skenario sebagai trigger, ada contoh berkomunikasi dengan keluarga sebaai latihan

Nirmala Husin: Saat stage coass ditempatkan di klinik yang ada dokter keluarganya sehingga kita bisa belajar tentang manajemen kurang lebih 1 bulan

Tri Wianingsih: Bisa digabung dengan stage puskesmas tentang pembelajaran KK

Oei Stefani: Saat di coass ada bagian yang belajar tentang manajemennya

Ada wacana untuk memberikan setiap mahasiswa tingkat 1 diberi 1 keluarga yang dibina terus menerus hingga mahasiswa tersebut lulus dokter. Apa pendapat anda dan bagaimana saran anda?

Oei Stefani: mungkin saja asal 1 mahasiswa 1 keluarga saja

Ririn Widiastuti: Identifikasi faktor resiko sebaiknya jangan 1 mahasiswa tetapi 1 kelompok mahasiswa mendapat beberapa keluarga, untuk menambah pengalaman

Farida Anggraeni: Yang penting adalah bagaimana mencari dosen pembimbingnya karena dosennya sedikit

Indri Wahyuningsih: pembimbingnya bisa tutor diskusi

Farah Anisa: atau dosen wali mahasiswa

Apa yang harus diperbaiki dalam kurikulum kedokteran di UMM?

Tri Wianingsih: Kedokteran Keluarga dan Industri membosankan, kedokteran keluarga dimasukkan ke modul lain agar lebih aplikatif. Setelah koas baru kami dapat mengerti bahwa ada yang lebih penting dari obat

Farah Anisa: Metodologi Penelitian diperoleh terlalu awal (semester 1) sehingga pada saat menyusun tugas akhir / skripsi(smt akhir) sdh lupa

Perluah ilmu ttg manajemen/asuransi kesehatan? Bagaimana cara memasukkan materi ttg pengembangan usaha/bisnis kesehatan (klinik sendiri)?

Nirmala Husin: Diberi kasus ttg manajemen kemudian pleno.

Oei Stefani: Simulasi dgn satu dokter dan satu keluarga sekaligus memanage satu keluarga.

Diskusi selesai, moderator mengucapkan terimakasih.

Lampiran 3.

Rincian notulensi diskusi 3

Kelompok Dosen

Mulai: pk. 13.20 WIB selesai pk 14.52 WIB

Tempat: R AVI

Peserta :

1. Prof. Djoni Djunaedi/ spesialis penyakit dalam/semua peran yang ada hubungannya dengan penyakit dalam/ mengajar di UMM sejak 2005/66 tahun
2. dr. Mariam Abdullah/dokter praktik umum/ dosen kontrak untuk tutorial/sejak 2009/27 tahun
3. dr. Anisa Hanifah/dokter praktik umum/dosen kontrak untuk tutorial/sejak 2008/40 tahun
4. dr. Alfa/ spesialis mata/semua peran yang ada hubungannya dengan ilmu kesehatan mata, dan menjadi tutor dalam diskusi tutorial, serta sebagai pendamping PD2/32 tahun
5. dr. Indah Serinurani/dokter puskesmas yang membantu departemen IKM sejak 1988/49 tahun
6. dr. Febri /dosen departmen I Kedokteran Keluarga/

Pertanyaan dan pendapat:

Apa pendapat saudara mengenai dimasukkannya kedokteran keluarga di kurikulum FKUMM?

Prof Djoni: Merupakan ciri khas lulusan FKUMM tanpa melupakan muatan wajib dr KIPDI. Diharapkan lulusan akan bisa lgs diserap di masy sehingga sesuai dgn perkembangan akan kebutuhan dokter keluarga.

dr. Febri: Sangat setuju agar para lulusan bisa langsung bekerja sbg dokter keluarga tanpa harus melalui pelatihan khusus.

dr. Alfa: Setuju, disarankan saat co-ass ada stage turun langsung ke masy sbg dokter keluarga (bisa dimasukkan pd waktu KKN atau stage "kosong").

Apakah memungkinkan teori ttg dokkel diintegrasikan dalam tiap modul/blok?

Sebaiknya tidak hanya di teori tapi langsung praktek menangani satu keluarga. Jadi bisa saja dimasukkan dalam scenario tutorial tapi lebih baik disertai dengan praktek keluarga.

Memungkinkan namun perlu koordinasi lebih lanjut dengan RS satelit tempat mhs co-ass.

Bisa dimasukkan lewat KIE pada POMR.

Berapa prosentase utk pengetahuan (teori) dan keterampilan klinik pada dokkel? manakah yang seharusnya lebih banyak?

Seharusnya seimbang (50-50) karena teori tanpa praktek akan sulit, sebaliknya langsung praktek tanpa teori akan terasa lebih berat.

Secara teori tetap diberikan namun harus ada pelatihan khusus tentang dokkel. Dokter umum juga mempunyai administrasi yg baik terhadap suatu penyakit.

Harus ada aplikasi langsung ke masy shg teori bisa langsung diterapkan.

Bekerjasama dengan dinkes setempat (puskesmas) untuk mengkoordinasi keluarga yg butuh pembinaan.

Selain puskesmas juga dr depkes harus ada aturan yg jelas, juga pihak asuransi harus dilibatkan.

Untuk praktek lapangan sebaiknya sudah DM sehingga keluarga yg dibina tdk merasa sebagai "alat".

Bagaimana pendapat anda tentang keluarga binaan yang akan diberikan sejak smt awal dengan dibimbing oleh dokter Pembina? Apakah memungkinkan?

Bisa saja

Apakah memungkinkan utk mhs preklinik dibimbing/dilatih secara khusus ttg dokkel?

Memungkinkan saja. Akan direncanakan lebih baik oleh para tutor termasuk pelatihan tutor

Dengan catatan utk klinik ditekankan bahwa diagnose tdk hanya klinis tapi juga komunitas, artinya bagaimana penanganan dengan keluarga si pasien. KIE secara holistic tdk hanya pada penyakit si pasien tapi juga keluarga dan bagaimana perilakunya.

Dukungan apa yg diperlukan agar materi dokkel bisa dilaksanakan dengan baik?

Kebijakan dari pimpinan

Pelatihan khusus utk para tutor

Dana bila ada praktek turun lapangan

Kesulitan apa yang akan dihadapi untuk pelaksanaan keluarga binaan?

Usaha untuk selalu memfollow up keluarga binaan secara kontinyu.

Menurut anda peran apa yg paling cocok untuk anda dalam program ini dan mengapa? (program keluarga binaan)

Prof Djoni: pemberian materi klinis tentang terapi dan konseling penyakit. Dan peserta diskusi lainnya setuju bila ditugaskan sebagai pembimbing

Diskusi selesai, moderator mengucapkan terimakasih.
