

BERKALA ILMU KEDOKTERAN (Journal of the Medical Sciences)

Diterbitkan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

Jilid IX

Mar 1977

Nomor 1

PERENCANAAN PROGRAM PENDIDIKAN COMMUNITY MEDICINE

Oleh: Robert S. Northrup dan Jon Eliot Rohde

The Rockefeller Foundation dan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

PENDAHULUAN

Sudah lama *Community Medicine* (CM) diutamakan oleh Pemerintah Indonesia, dengan akibat di semua fakultas kedokteran sudah mulai difikirkan dan direncanakan program CM, dan di beberapa tempat sudah berjalan dalam pelaksanaan. Konperensi-konperensi yang sudah dilaksanakan di Indonesia dan di luar negeri sudah banyak membicarakan definisi CM, dasar-dasarnya, dll. Namun demikian, hasil-hasil pembicaraan konperensi-konperensi tersebut belum sampai kepada perincian-perinciannya, sehingga banyak fakultas yang mengalami kesulitan dalam memulai dan melaksanakan program CM itu.

Dengan mengingat ini, karangan ini dimaksudkan untuk mengutarakan beberapa hal yang praktis bagi mereka yang sedang merencanakan program CM. Isinya dikumpulkan dari laporan-laporan program CM di luar negeri dan di Indonesia, juga dari pengalaman kami di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.

TUJUAN-TUJUAN PENDIDIKAN

Kami merasa bahwa sasaran umum pendidikan CM di Indonesia adalah *mempersiapkan mahasiswa sehingga dapat menjadi kepala puskesmas*. Walaupun ada yang berfikir bahwa program CM sebaiknya harus lebih luas lagi isinya, kami berpendapat bahwa tingkat puskesmas harus sangat diutamakan dan ditekankan, karena pergaulan dengan masyarakat adalah kegiatan yang paling asing dan sulit dijalankan oleh calon-calon dokter. Sedangkan pengetahuan dan ketrampilan yang dibutuhkan di tingkat kabupaten atau yang lebih tinggi lagi, merupakan hal yang lebih biasa bagi dokter. Dengan demikian puskesmas adalah bagian yang sebaiknya ditekankan dan dijadikan biasa bagi mahasiswa.

Untuk mencapai sasaran tersebut, mahasiswa akan memerlukan *pengetahuan, ketrampilan, dan semacam perilaku (attitude)* yang sesuai dengan peranan dan kegiatannya dalam masyarakat. Jadi, dari peninjauan pelaksanaan CM di masyarakat, dapat diambil tujuan umum pendidikan (GIO = *General Instructional Objectives*). Kalau GIO ini disusun dengan cukup tegas dan spesifik, GIO dapat menolong mereka yang akan menjadi guru CM dalam penyusunan program dan kurikulum CM, apa lagi tujuan-tujuan

perilaku yang spesifik (SBO = *Specific Behavioural Objectives*). Dari GIO dapat ditentukan macam-macam kegiatan pendidikan yang dapat dipakai untuk menyampaikan pengetahuan, ketrampilan, dan perilaku CM kepada mahasiswa.

Dengan mengingat ini, kami menyusun 9 GIO yang berikut. GIO ini adalah tujuan umum semua pendidikan dalam bidang yang berhubungan dengan CM, baik yang dilaksanakan oleh suatu kursus atau jurusan CM yang dikerjakan secara antar departemen dan terintegrasi, maupun yang berhubungan dengan CM tetapi diberikan di bagian-bagian (misalnya Kesehatan Masyarakat, Pediatri Sosial, dll.). Tugas program atau panitia CM secara menyeluruh dengan sendirinya harus *menentukan siapa yang akan mengajar*, bagian atau kursus *integrated*, apa yang akan diajarkan, dan dengan cara apa; yaitu mengkoordinasi pengajaran CM. Kadang-kadang subjek-subjek yang diserahkan saja kepada bagian-bagian, ternyata tidak diajarkan. Kalau memang demikian, sebaiknya hal tersebut dimasukkan dalam kursus khusus CM, supaya pasti diajarkan. Hal semacam ini tergantung pada keadaan di fakultas masing-masing.

Mengingat hal-hal ini, tujuan-tujuan pendidikan CM yang utama dicantumkan dalam daftar sebagai berikut. Semuanya ini disusun sebagai kemampuan yang menunjukkan pengetahuan dan ketrampilan. Perilakunya juga menunjukkan apakah tindakan tertentu dilakukan seketika dan secara pantas.

TUJUAN-TUJUAN PENDIDIKAN UMUM (GENERAL INSTRUCTIONAL OBJECTIVES)

Setelah selesai dengan pendidikan, mahasiswa harus *dapat*:

- I. *Masyarakat (Community)*
 - berkomunikasi dengan masyarakat
 - bekerja sama secara efektif dengan masyarakat pada semua tingkat, termasuk perorangan, keluarga, pimpinan dan kelompok anggota masyarakat.
- II. *Diagnosa masyarakat*
 - menduga dan merasakan keperluan kesehatan seluruh penduduknya
 - menaksir keperluan kesehatan seluruh populasinya
 - menganalisa hasil statistik vital, *survey* atau tehnik epidemiologis lain
 - menginterpretasi hasil-hasil tersebut
 - menentukan prioritas keperluan kesehatan.
- III. *Motivasi masyarakat dan kepemimpinan*
 - memimpin masyarakat secara efektif dalam pembangunannya melalui usaha mengaktifkan dan memberi dorongan kepadanya, baik dalam bidang program yang bersifat sosio-ekonomis maupun kesehatan.
- IV. *Program berjangka terbatas Management*
 - merencanakan dan melaksanakan program-program *berjangka terbatas* secara efisien dengan mempergunakan tehnik "cost effectiveness

analysis", "operations planning" dan supervisi serta evaluasi program dengan memperhatikan sumber-daya masyarakat yang tersedia yang terbatas.

- V. *Masalah kesehatan masyarakat yang pokok*
 - mengelola program-program kesehatan masyarakat
 - melaksanakan program-program kesehatan masyarakat, baik yang dibuat oleh masyarakat setempat maupun Pemerintah (Dep. Kes.)
 - mengatasi masalah-masalah kesehatan masyarakat yang pokok: pertumbuhan populasi yang cepat, morbiditas dan mortalitas ibu yang tinggi, morbiditas dan mortalitas anak-anak yang tinggi, malnutrisi, infeksi saluran pernafasan termasuk tuberkulosis, infeksi intestinal, sanitasi yang kurang baik, penyakit-penyakit yang dapat dicegah, kekurangan tenaga kesehatan di daerah pedesaan, dan kekurangan pengetahuan tentang kesehatan.
- VI. *Administrasi dan pengelolaan (Management)*
 - mengelola suatu organisasi, termasuk perencanaan, pembuatan program, *budget*, pengelolaan ketenagaan, pemberian wewenang tanggung jawab/authoritas, komunikasi dan supervisi di dalam organisasi
 - melakukan administrasi organisasi.
- VII. *Mengawasi Puskesmas*
 - menjalankan Puskesmas
 - mengawasi *team* Puskesmas dalam melakukan tugasnya
 - menanggulangi masalah-masalah klinik yang sampai di Puskesmas, baik yang dilaksanakan di Puskesmas maupun digunakan sistim referal yang ada.
 - mendidik *team* dengan upgrading yang direncanakan
 - dengan cara terintegrasi meningkatkan efisiensi kerja *team* seoptimal mungkin
 - memelihara komunikasi yang baik dengan Departemen Kesehatan.
- VIII. *Hubungan dengan lembaga lain*
 - bekerja sama secara efektif dengan berbagai lembaga yang berhubungan dengan pendidikan, pekerjaan sosial (*social services*), kesehatan masyarakat, pengembangan masyarakat, baik milik pemerintah, perorangan ataupun swasta.
 - mengadakan pendekatan dengan lembaga tersebut
 - mempelajari organisasi dan tatakerja mereka
 - meyakinkan lembaga tersebut untuk bekerja sama dalam merencanakan dan melaksanakan program-program di dalam masyarakat.
- IX. *Teamwork*
 - Bekerja sama secara baik dengan anggota-anggota *health team* lain, antara lain bidan, perawat, petugas lapangan dll.
 - mengorganisasi dan melaksanakan *pendidikan* untuk anggota-anggota lain, baik yang formil maupun yang informil, untuk meningkatkan kemampuannya dan mempersiapkan mereka supaya mereka dapat lebih bertanggung jawab dalam *team*.

PERSOALAN-PERSOALAN YANG DIHADAPI PROGRAM CM DI DUNIA

Mengingat tujuan-tujuan tersebut di atas, dapat kita mulai berfikir tentang cara mengorganisasi program CM. Banyak program di dunia sudah mencoba mencapai tujuan-tujuan seperti itu, tetapi oleh karena berbagai macam sebab, hasilnya sering kurang memuaskan. Barangkali ada gunanya kalau kita sekarang menganalisa bagaimana dan apa kesalahan dan kekurangan program-program CM.

1. Program mulai *terlambat*, sesudah mahasiswa menjadi "hospital-minded".
2. *Waktu* yang diserahkan kepada program kurang. Banyak waktu diperlukan untuk menangkap kedokteran klinik, demikian pula diperlukan untuk mempelajari CM. Program-program yang diadakan secara intensif dan penuh tetapi singkat, umpamanya suatu *co-schap* sepanjang 4 — 6 minggu, tidak memberi kesempatan kepada mahasiswa melihat dan mengevaluasi hasil pekerjaannya dalam *community*. Karena perubahan-perubahan dalam masyarakat terjadi agak kurang cepat dibandingkan dengan perubahan-perubahan pada pasien-pasien di poliklinik atau di rumah sakit, maka pengalaman yang panjang dalam *community* yang sama diperlukan untuk mewujudkan kemajuan yang kelihatan dan nyata.
3. Partisipasi dalam program *tidak diwajibkan*, sehingga sebagian mahasiswa tidak ikut.
4. Program diorganisasi di bawah pimpinan satu bagian, misalnya bagian *Public Health* atau bagian *Community Medicine*, dengan akibat bagian-bagian klinik tidak ikut ke *community* bahkan kedokteran klinik lebih ditekankannya.
5. Sebagian besar pendidikan CM diberikan *sebagai kuliah*. Sebagaimana kita tidak dapat belajar pemeriksaan fisik tanpa pemeriksaan pasien, maka kita tidak dapat belajar CM di ruang kuliah. Apa lagi, belajar secara aktif selalu lebih baik daripada secara pasif.
6. Sebagian besar kegiatan program-program didasarkan di suatu *health center*. Oleh karena itu, pandangan kesehatan dari segi-segi *health center* sajalah yang diutamakan, sedangkan segi-segi *community*, di mana *health center* merupakan hanya salah satu *resource* saja, kurang disadari.
7. Program-program di mana *health center* diserahkan kepada universitas, dengan pengawasan dan ketenagaan dari universitas, *tidak memelihara* hubungan-hubungan yang biasa dengan pengurus kesehatan setempat, termasuk departemen kesehatan, dengan akibat mahasiswa tidak dapat belajar bagaimana bekerja dalam struktur organisasi dan supervisi yang biasa.
8. Karena program-program ditempatkan di *health center*, para mahasiswa mempergunakan sebagian besar waktunya di *balai pengobatan* sebagai pelayan primer. Meskipun pelayanan primer (*primary health care*) memang merupakan aspek pendidikan kedokteran yang penting sekali, namun ini bukan CM. Pelayanan primer melayani kebutuhan kesehatan orang-orang secara individu atau sebagai keluarga, sedangkan pusat perhatian CM adalah *community* secara menyeluruh. Apabila suatu program menitikberatkan pelayanan kesehatan primer, seharusnya dinamakan *Medicine in the Community*, bukan *Community Medicine*.

9. Apabila banyak mahasiswa dan dosen masuk suatu *health center*, apa lagi berusaha memperlengkap fasilitasnya sampai menjadi suatu *model health center*, *health center* tersebut tidak lagi merupakan *health center* biasa. Maka apabila nanti lulusan yang baru dikirim ke *health center* biasa, dia belum siap menangani dan mengatasi masalah-masalah kekurangan tenaga, kekurangan keuangan, kekurangan fasilitas dan sumber-sumber lain yang dia harapkan pada waktu dia masih mahasiswa.
10. Meskipun program-program biasanya mengakui pentingnya konsep *health team*, sering sekali tidak diberikan kegiatan dan kesempatan di mana mahasiswa dapat membiasakan diri dengan pengetahuan, pendidikan, ketrampilan dan batas-batas kemampuan teman-teman sekerja pada waktu yang akan datang, dapat mengetahui kategori-kategori paramedis, atau dapat mengambil pengalaman bekerja sama dalam kelompok secara nyata dengan anggota regu kesehatan lain.
11. Sifat-sifat *community* yang dipilih sebagai lapangan program menghalangi pelaksanaannya. Sering *community* jauh dari fakultas sehingga transport menjadi soal, dengan akibat kunjungan-kunjungan staf maupun mahasiswa tidak dapat dilakukan secara mudah dan santai. Kunjungan-kunjungan tersebut penting sekali untuk membina pengertian dan hubungan yang baik. Di mana dua buah *community* atau lebih dipakai, misalnya sebuah *urban* dan sebuah *rural*, maka waktu untuk membina hubungan-hubungan yang erat makin menjadi kurang.
12. Program tidak memberikan satu atau beberapa *keluarga* tertentu kepada mahasiswa. Akibatnya mahasiswa tidak merasa tersangkut secara personal, kemudian semangatnya hilang.
13. Dengan *terus-menerus memakai community yang sama*, mengakibatkan penduduk akan merasa bosan dan kurang berkooperasi. Seringkali kegiatan CM dirasakan oleh penduduk hanya sebagai latihan pendidikan saja, dan tidak mengarah ke mana-mana, seperti yang dirasakan juga oleh mahasiswa.
14. Mahasiswa tidak diberikan *tanggung jawab* penuh untuk *pekerjaan nyata*. Seperti anggapan kita bahwa tanggung jawab dokter muda untuk pasien di rumah sakit benar-benar penting, sebaiknya mahasiswapun merasa bertanggung jawab untuk keluarga dan program-program *community* di mana dia ikut berpartisipasi. Dengan demikian masyarakat dapat menerima kegiatan-kegiatan dan program pendidikan CM sebagai sesuatu yang sungguh-sungguh dan bukan permainan saja.
15. Mahasiswa disuruh melaksanakan *survey* satu kali atau lebih; seringkali tanpa diberi kesempatan untuk membicarakan maksudnya, mengikuti pembentukannya, apa lagi untuk menganalisisnya atau membicarakan hasilnya. Bahkan kesempatan untuk berusaha menerapkan kembali hasil tersebut di masyarakatpun tidak diberi. Mahasiswa terutama dipergunakan sebagai pekerja lapangan untuk mengumpulkan data yang mau dipakai untuk riset atau proyek pelayanan fakultas. Oleh karena itu mahasiswa menjadi yakin bahwa CM tidak lain hanya berupa pelaksanaan *survey* saja, yang tidak berarti atau berguna.
16. Oleh kecenderungan yang wajar *ke arah kesehatan*, program-program sering tidak berhasil memasukkan kegiatan yang menyangkut sektor masyarakat yang *bukan kesehatan* (misalnya pendidikan, ekonomi, pertanian) ke dalamnya, sehingga tidak mencapai pengertian mengenai bagaimana

sektor tersebut kadang-kadang dapat mempengaruhi kesehatan lebih daripada kegiatan di sektor kesehatan sendiri.

17. Kepentingan lembaga-lembaga dan *resource* lain sering terlupa pada waktu memusatkan perhatian kepada kesehatan masyarakat saja. Dalam bidang kesehatanpun mahasiswa sering tidak sempat bekerjasama dengan dinas-dinas dalam bidang kesehatan lain daripada *health center* saja.
18. Pentingnya *hubungan dua jurusan* sering dilupakan dan tindakan-tindakan untuk kemajuan kesehatan diperintahkan dari atas kepada masyarakat. Mahasiswa tidak belajar mendengarkan masyarakat, atau menghargai pendapat masyarakat. Berhubung dengan itu, persiapan dan motivasi masyarakat, sebelum tindakan-tindakan dimulai supaya penerimaannya diyakinkan, seringkali tidak diutamakan.

PRINSIP-PRINSIP PROGRAM PENDIDIKAN COMMUNITY MEDICINE

Memperhatikan persoalan-persoalan dan kekurangan-kekurangan tersebut, dapat kami simpulkan beberapa prinsip atau sifat yang, kalau diterapkan atas penyusunan program pendidikan CM, mudah-mudahan dapat menghindari persoalan-persoalan tadi. Untuk melengkapkan diskusi, atas prinsip-prinsipnya kami tambah keberatan-keberatan yang dapat timbul, disertai juga pembahasan-pembahasan atas keberatan masing-masing. Nomor-nomorinya disesuaikan dengan persoalan-persoalan yang dibicarakan di atas.

Prinsip	Keberatan Atas Prinsip	Pembahasan Atas Keberatan
1. CM dimulai sedini mungkin dalam pendidikan kedokteran, paling lambat pada tahun pertama prelinik; baik ilmu-ilmu dasar CM maupun kegiatan dalam masyarakat.	Mahasiswa masih seperti <i>anak yang kurang matang</i> tidak dapat diberi tanggung jawab. Mahasiswa <i>kurang pengetahuannya</i> mengenai penyakit-peyakit.	Kalau mahasiswa diperlakukan sebagai orang dewasa, perilakunya menjadi dewasa. Kegiatan permulaan berkenalan dengan masyarakat, bukan menangani penyakit-peyakitnya. Sebagai lulusan SMA, mahasiswa sudah lebih berpengetahuan dibandingkan dengan rakyat biasa.
2. Kegiatan mahasiswa dalam <i>community</i> tertentu dilakukan dalam waktu cukup panjang, supaya hasilnya kelihatan, yaitu selama 3-4 tahun.	Mahasiswa menjadi bosan.	Benar, kalau <i>survey</i> saja yang dilakukan. Tetapi mahasiswa akan bersemangat kalau pembangunan masyarakat dan kegiatan-kegiatan yang dilakukannya benar-benar nyata.
3. Kursus CM diwajibkan dalam kurikulum, dan mempunyai kedudukan sebagai mata kuliah yang pokok (seperti <i>medicina interna</i> , bedah, dll.).	Kursus CM baru, belum matang, mungkin cara-cara pendidikan dan evaluasi agak aneh, pengalaman lapangan dijadikan pokok, apa lagi tenaga pembimbing belum begitu lancar dalam pelaksanaannya, maka kurang bijaksana mewajibkan lulus dari CM.	Mungkin antara mata kuliah yang biasa ada yang cara pendidikan dan evaluasinya sama jeleknya malahan lebih jelek dari kursus CM yang baru. Cara-cara pendidikan yang baru sering ditolak hanya karena baru, yaitu karena dirasakan aneh dan asing saja; sebenarnya tidak boleh.

Lanjutan

Prinsip	Keberatan Atas Prinsip	Pembahasan Atas Keberatan
4. Semua bagian yang kegiatannya meliputi masyarakat harus ikut aktif dalam program CM, baik sebagai suatu kursus tunggal antar-departemen dan <i>integrated</i> , maupun berbentuk pendidikan yang dilaksanakan bagian-bagian yang dikoordinasi oleh program/panitia CM.	<i>Staff</i> yang diikutkan dalam CM tidak merasa bertanggung jawab penuh atas programnya; kegiatan-kegiatan di bagian induknya yang sering menyinggung kegiatan CM; waktu yang diberikan oleh bagian yang meminjamkan tenaga kurang cukup untuk kegiatan pendidikan, maupun untuk <i>upgrading</i> tenaga yang terkebelakang dalam pengetahuan CM. Membuang waktu saja kalau program dikerjakan secara demokratis. Lebih lancar kalau program dijalankan oleh seorang ahli saja.	Dengan persetujuan-persetujuan yang jelas dan lengkap dengan bagian-bagian induknya, kesulitan-kesulitan seperti tersebut dapat dihindari. Tenaga harus diikutkan dengan waktu cukup untuk persiapan, rapat-rapat <i>staff</i> , dsb.
5. Pengalaman adalah guru yang terbaik. Sebagian besar waktu dan perhatian yang pokok diberikan kepada kegiatan praktis, berkumpul dalam <i>small group</i> , pelajaran secara aktif, bukan kuliah-kuliah dan pelajaran yang pasif, juga pada ilmu dasar CM bio-statistik, epidemiologi, sanitasi lingkungan, sosiologi, dsb.).	Perkuliah lebih gampang. Kegiatan praktis, apa lagi yang di lapangan, sulit diorganisasi. Juga tidak mudah mendapatkan cukup banyak pembimbing yang efektif untuk <i>small group</i> .	Putusan-putusan yang dicapai bersama menuju ke semangat dan pengetahuan yang juga bersama-sama. Pokoknya, macam pengajaran mana yang lebih efektif? Kuliah-kuliah gampang diberi, gampang dilupakan. Penerangan-penerangan yang diperlukan sebagai latar belakang dapat diberikan sebagai naskah yang distensil saja.
6. Pusat untuk kegiatan lapangan sebaiknya <i>community</i> sendiri, bukan <i>health center</i> .	Pelaksanaan kegiatan menjadi lebih sulit tanpa tempat yang dapat dipakai untuk diskusi <i>small group</i> , dll.	Benar, walaupun <i>community</i> di dekat fakultas, fakultas sendiri dapat dipakai sebagai tempat untuk berkumpul, berdiskusi, dll.
7. Unsur-unsur kesehatan setempat dan sederaah, antara lain <i>health center</i> , departemen kesehatan, dokter atau mantri swasta, seharusnya diikutsertakan dalam kegiatan-kegiatan mahasiswa, supaya mahasiswa menyadari struktur kesehatan masyarakat secara menyeluruh.	Menyusun kegiatan-kegiatan semacam itu memakan waktu banyak sekali, lebih mudah membiarkan kegiatan di dalam fakultas saja.	Benar, tetapi jika dikerjakan secara koperasi, mahasiswa pada akhirnya lebih siap untuk saling mempengaruhi semua <i>resources</i> , juga untuk mengambil peranan sebagai unsur yang dapat mengerjakan mereka.
8. <i>Community Medicine</i> , bukan <i>Medicine in the Community</i> . Kegiatan dalam masyarakat diutamakan, sedangkan pelayanan kesehatan primer dimasukkan tetapi tidak ditekankan.	Mahasiswa perlu belajar ketrampilan klinik yang khusus untuk dokter <i>health center</i> termasuk yang diperlukan karena <i>health center</i> sering jauh dari sumber pelayanan kesehatan lain, apa lagi perlu belajar pengelolaan kesehatan primer.	Benar, ketrampilan-ketrampilan ini dapat disampaikan oleh bagian-bagian klinik, mungkin oleh seksi sosialnya, dengan pendidikan yang berhubungan dengan CM yang terkoordinasi oleh program CM.

Lanjutan

Prinsip	Keberatan Atas Prinsip	Pembahasan Atas Keberatan
	<p>CM sering mengecewakan, karena rakyat sulit diyakinkan bahkan dapat menolak mahasiswa.</p> <p>Mahasiswa lebih suka kegiatan klinik.</p>	<p>Mempelajari cara mengatasi masalah-masalah tersebut termasuk tugas pendidikan CM.</p> <p>Benar, kecenderungan yang wajar ini harus diimbangi dengan kegiatan CM yang menarik.</p>
9. <i>Health center</i> yang tersangkut di dalam program tidak boleh diroboh baik dalam strukturnya, dan stafnya maupun fungsinya demi kepentingan program.	Mahasiswa akan kecewa karena kekurangan-kekurangan di <i>health center</i> yang biasa; mahasiswa tidak sempat melihat <i>health center</i> seperti seharusnya.	Belajar cara menyesuaikan diri dengan hambatan-hambatan <i>health center</i> yang biasa lebih penting daripada mereka lihat keadaan ideal yang tidak dapat dicapai pada waktu mereka menjadi kepala puskesmas.
10. Anggota-anggota <i>health team</i> lain harus dimasukkan dalam kegiatan; mahasiswa harus mengetahui dan menghargai kemampuan <i>team-team</i> seregu.	Membuat jadwal yang mengawinkan jadwal mahasiswa kedokteran dengan jadwal siswa-siswa/petugas-petugas lain sulit. Mahasiswa kedokteran sudah jauh lebih banyak berpengetahuan daripada petugas-petugas kesehatan lain, sehingga tidak akan banyak belajar dari mereka.	Dokter memerlukan pengetahuan yang terperinci mengenai pendidikan dan kemampuan para medis supaya dapat mempergunakan mereka dengan baik, meningkatkan kemampuannya secara efektif, dan bekerja sama secara lancar untuk mencapai sasaran yang bersamaan.
11. <i>Community</i> yang dipakai sebagai lapangan yang utama dan untuk jangka waktu yang lama sebaiknya dekat fakultas, sekitar 15-20 menit sehingga para mahasiswa dapat mencapainya dengan transpor biasa.	Peranan mahasiswa dalam <i>team</i> tidak sama dengan yang akan terjadi kemudian, sesudah ia benar-benar menjadi dokter.	Lebih penting belajar <i>team-work</i> daripada belajar peranan yang spesifik.
12. Harus ada penugasan yang lama kepada keluarga-keluarga dan masyarakat yang kecil.	Kalau begitu, berarti <i>community</i> yang bersifat <i>urban</i> , atau suatu desa yang <i>suburban</i> , dan tidak menyamai keadaan biasa di negara kita, yaitu daerah <i>rural</i> .	Keuntungannya lebih banyak daripada keberatan ini. Banyak kebutuhan kesehatan <i>rural</i> dan <i>urban</i> mirip. Pengalaman di daerah <i>rural</i> dapat dimasukkan dalam program kemudian, misalnya pada saat <i>co-schap</i> .
	Hubungan yang makin akrab menimbulkan sikap tidak senang dan lama kelamaan mahasiswa atau keluarga mungkin menjadi bosan, apa lagi menolak secara aktif persahabatan tersebut.	Dengan pemberian semacam imbalan, seperti pelayanan kuratif yang cuma-cuma, hambatan tersebut dapat dikurangi. Juga kalau mahasiswa dipersiapkan cukup, dia dapat merasa cukup berkepercayaan, sehingga caranya mendekati keluarga-keluarga tidak malu-malu. Inilah yang dapat menghindari penolakan.
	Jika mahasiswa dibatasi pada beberapa keluarga saja, ber-	Pandangan masyarakat yang luas dapat diambil melalui

Lanjutan

Prinsip	Keberatan Atas prinsip	Pembahasan Atas Keberatan
	arti dia tidak mendapat pandangan masyarakat yang luas dan menyeluruh.	pengumpulan hasil-hasil dari usaha beberapa mahasiswa, apa lagi dari kegiatan-kegiatan yang menyangkut masyarakat secara menyeluruh, misalnya perkumpulan-perkumpulan, pameran, kampanye, vaksin, dll.
13. <i>Community</i> yang baru dipakai untuk setiap kelas/golongan mahasiswa selama kursus pendidikannya, yaitu 3-4 tahun.	Sulit sekali menghubungi dan mengambil persetujuan dengan <i>community</i> yang baru untuk setiap golongan/kelas mahasiswa, yaitu setahun sekali.	Memang diakui sulit, tetapi masih mungkin. Pada permulaan persetujuan diambil pada tingkat kecamatan; kemudian 2-3 desa/Rk dari kecamatan tersebut diangkat tiap tahun.
	Proyek dalam kesehatan dan pembangunan masyarakat yang benar-benar cukup panjang tidak mungkin dalam waktu 3-4 tahun saja.	Berbagai macam proyek dapat mencapai hasil yang cukup memuaskan dalam jangka waktu 3-4 tahun.
14. Kegiatan mahasiswa harus merupakan <i>kerja yang nyata</i> , bukan sebagai latihan saja; Mahasiswa harus diberi tanggung jawab dalam penyusunan proyek, pelaksanaannya dan evaluasinya.	Mendapat persetujuan dari masyarakat sudah memakan waktu banyak; kalau terpaksa bersama mahasiswa, lebih banyak lagi. Perencanaan juga menjadi sulit kalau mahasiswa harus diikutsertakan.	Benar, tetapi hasil dari segi gaya semangat dan partisipasi, baik mahasiswa maupun masyarakat, jauh lebih baik.
	Partisipasi mahasiswa berbedabeda, dengan akibat masyarakat tidak tercakup secara merata dan menyeluruh, juga rencananya kurang ideal.	Dengan bimbingan yang baik, mahasiswa dapat merencanakan dan melaksanakan semuanya dengan baik pula. Dengan demikian mereka akan mengetahui bagaimana merencanakan dan melaksanakan proyek dalam masyarakat.
15. <i>Survey</i> dipakai sebagai alat diagnosa masyarakat, bukan sasaran tersendiri. Mahasiswa harus diikutsertakan dalam seluruh proses <i>survey</i> , termasuk penyusunannya, pelaksanaannya, analisisnya, dan penerapan hasilnya kembali pada proyek dalam masyarakat.	<i>Survey</i> lebih mudah kalau dibandingkan dengan program yang nyata; semua dapat diselesaikan dalam waktu yang singkat dengan mudah. Kalau <i>survey</i> dilanjutkan menjadi kerja nyata, terlalu banyak waktu diperlukan.	Seperti di klinik, mahasiswa harus belajar bagaimana berjalan dari diagnosa sampai ke terapi dan evaluasinya, dari definisi suatu problem sampai dengan pemecahannya. Kalau menyeleweng dari ini, kegiatannya sama sekali tidak berguna.
16. Semua sektor kehidupan masyarakat harus diikutsertakan dalam program, termasuk pertanian, ekonomi, pemerintah setempat dan seditaerah, dll. Kepentingan pembangunan masyarakat secara umum dan menyeluruh sebagai fak-	<i>Staff</i> kedokteran belum tahu tentang pembangunan masyarakat di luar bidang kesehatan. Lebih mudah kesehatan saja yang disampaikan.	Benar, benar. Oleh karena itu, perlu kerja-sama dengan ahli-ahli dari luar untuk pengajaran ini. Benar, tetapi sering penyakit terjadi karena faktor di luar bidang kesehatan. Maka untuk mengerti malnutrisi harus

Lanjutan

Prinsip	Keberatan Atas prinsip	Pembahasan Atas Keberatan
tor promosi untuk kesehatan harus ditegaskan.		kita teliti pertanian, dsb.
17. Kesempatan untuk bekerjasama dengan segala macam lembaga yang terlibat dalam kesehatan atau pembangunan masyarakat harus diberikan; antara lain BKK-BN, DKR, PMD, PKK, KUD, Muhammadiyah, dsb.	Sulit merencanakan kegiatan-kegiatan di mana mahasiswa benar-benar bekerjasama dengan lembaga lain. Yang mungkin hanya wawancara atau kunjungan saja.	Proyek masyarakat yang berguna dan praktis harus mengikutsertakan dinas-dinas dari luar, sehingga dengan dilaksanakannya pengalaman didapatkan mahasiswa secara wajar.
	Mahasiswa menganggap kunjungan seperti itu hanya sebagai hiburan saja.	Kalau kunjungan memang ada maksud yang nyata dan benar, dengan tujuan yang spesifik sebagai dasar untuk perencanaan dan pertanyaan, kunjungan dikerjakan secara sungguh-sungguh.
18. Kerjasama dengan masyarakat diutamakan; sebelum proyek dimulai, harus ada motivasi yang baik. Pendapat masyarakat dihargai dan dicari melalui perkumpulan-perkumpulan dan rapat-rapat yang cukup sering antara mahasiswa-mahasiswa dengan pengurus desa dan kepala-kepala keluarga.	Masyarakat bodoh dan tidak tahu apa yang benar-benar baik bagi mereka.	Proyek-proyek yang diperintahkan dalam jangka waktu lama akan gagal. Mahasiswa harus belajar bagaimana memimpin rakyat, supaya mereka dapat memilih apa yang sungguh-sungguh berguna bagi mereka. Juga harus belajar mendengarkan masyarakat dan menanggapi kebutuhan yang dirasakannya (<i>felt needs</i>).
	Motivasi masyarakat memakan waktu banyak sekali.	Sayang benar, suatu masaalah yang tidak dapat dihindari. Tanpa motivasi dan kerjasama dengan masyarakat, semua tidak akan maju. Ini harus dihayati mahasiswa sebagai dasar yang memang pokok.

SIAPA AKAN MENGAJAR?

Sebelum dapat menyusun kurikulum, harus kita tentukan siapa yang akan mengajar. Meneliti tujuan-tujuan belajar, jelas bahwa sebagian dari pendidikan dokter masyarakat harus diadakan di luar suatu kursus khusus CM. Contoh-contoh yang menonjol termasuk ketrampilan-ketrampilan klinik, misalnya pengobatan kejang-kejang febris pada anak-anak, atau perawatan patah tulang. Semacam ini sebaiknya diajar melalui bagian-bagian klinik biasa, untuk hal-hal tersebut bagian Pediatri dan Bedah. Tetapi bagaimana kalau nutrisi bayi dan anak, atau program penimbangan bayi? Sebaiknya diajar oleh seksi Pediatri Sosial, atau sebagai satu hal yang diliputi kursus khusus CM, yang diadakan secara *interdepartmental* dan *integrated*? Lebih sulit lagi, apakah biostatistik lebih baik dipelajari melalui suatu pengalaman komprehensif dalam masyarakat, di mana biostatistik itu menjadi alat yang berguna dan diperlukan

untuk menolong masyarakat, sebagai langkah pertama *survey* dan analisisnya? Atau sebaiknya biostatistik diajar secara terpisah, sebagai kursus yang disampaikan oleh bagian *Public Health*, mungkin sebelum masuk *community*? Bagaimana epidemiologi? Siapa sebaiknya mengajar tentang DepKes, apa lagi PusKes Mas? Di sini juga harus kita pilih *Public Health* atau kursus CM?

Menurut pendapat kami, sebaiknya matakuliah-matakuliah tersebut di atas sebanyak mungkin dimasukkan dalam kursus CM. Sisanya dapat diajarkan oleh bagian-bagian yang biasa. Mengapa? Oleh karena kursus CM diadakan secara *integrated*, dengan subyek-subyeknya diajukan oleh bagian-bagian bersama dan sekaligus. Dengan integrasi semacam ini, hal-hal jauh lebih baik ditangkap oleh mahasiswa. Pada kursus-kursus biasa dari bagian-bagian sendiri, hal-hal harus dipasang atau dikawinkan oleh mahasiswa sendiri. Sebagai misal, mengenai jantung, biasanya sebagian diajarkan oleh bagian ilmu faal, sebagian oleh anatomi, sebagian oleh farmakologi, penyakit dalam, pathologi, dll. pada waktu-waktu, apa lagi, pada tingkat-tingkah yang berbeda. Mahasiswa sendiri harus mengintegrasikan atau memasang fakta-fakta. Kalau hal-hal jantung diajarkan secara terintegrasi dan *interdepartmental*, guru-guru memasang keterangan-keterangan sampai suatu keseluruhan, yang jauh lebih mudah dimengerti dan didapatkan oleh mahasiswa. Maka, kalau biostatistik tadi menjadi bagian kursus CM, mahasiswa sekaligus mempelajari dan menerapkan biostatistik itu dalam pemecahan persoalan yang nyata dalam masyarakat, dengan hasil yang jauh lebih baik. Walaupun pengelolaan kursus yang terintegrasi kadang-kadang sulit, kami merasa jalan tersebut tentu akan lebih bermanfaat bagi mahasiswa. Oleh karena tenaga pengajar CM diambil dari semua bagian, untuk mengajar hal-hal tersebut sudah ada dosen CM dari bagian Pediatri, *Public Health*, atau lain.

KURSUS COMMUNITY MEDICINE — SATU CONTOH

Kalau memang demikian, isi kursus CM yang baik apa? Tentu tidak bisa satu macam kursus saja. Programnya akan berbeda-beda dari fakultas ke fakultas, tergantung pada keadaan setempat. Namun demikian, kami dapat menyajikan suatu contoh yang sebagian sudah dikerjakan di Universitas Gadjah Mada.

Pada Tingkat I atau II, mahasiswa diberikan satu keluarga sebagai tanggung jawabnya. Dia menjadi penghubung antara keluarganya dan fasilitas pelayanan kesehatan di fakultas. Keluarga itu dipilih pada waktu ibunya sedang hamil, yaitu melalui klinik bersalin. Maka mahasiswa ikut si ibu selama kehamilan kemudian persalinan, kemudian dia mengamati bayinya dengan kunjungan-kunjungan rumah. Program semacam ini sudah dikerjakan dengan hasil yang baik di beberapa fakultas kedokteran di Amerika, termasuk Harvard dan Western Reserve.

Pada tingkat III, mahasiswa-mahasiswa ikut berpartisipasi dalam *design*, pelaksanaan, analisa, dan interpretasi suatu *survey* yang komprehensif dalam *community* yang baru, dan juga diberikan beberapa keluarga yang mereka akan ikuti selama beberapa tahun. Mereka mengorganisasi dan melaksanakan pameran kesehatan, juga perlombaan bayi, juga menyajikan ceramah-ceramah kesehatan dalam masyarakat. Mereka berapat dengan dukun, bidan, dan dokter-dokter swasta. Puskesmas dikunjungi mereka, dan mereka mengikuti

petugas-petugas lapangan puskesmas ke rumah-rumah desa. Proyek-proyek pembangunan masyarakat dipelajari, baik di ruang kuliah maupun di lapangan.

Pada tingkat IV, hasil-hasil *survey* dijadikan proyek-proyek dalam masyarakat. Pendidikan kesehatan dipelajari selama pelaksanaan kampanye motivasi tentang KB. Dengan bidang gizi, mahasiswa melaksanakan dan menganalisa *survey* gizi dan diet, kemudian mengadakan program penimbangan bayi dan penyuluhan gizi selama setahun lebih. Dalam bidang tuberkulosa, mahasiswa melaksanakan kampanye *case-finding*. Tentang mencret, mereka menggambari kasus-kasus pada suatu peta *community*, meneliti keadaan sanitasi lingkungan, dan mengunjungi dinas-dinas yang berhubungan dengan bidang sanitasi dan air minum. *Administration* dan *management* diajarkan, dan mahasiswa mengadakan wawancara-wawancara di berbagai macam organisasi, termasuk pemerintah kelurahan, rumah sakit, dan pabrik. Mereka mendalami pekerjaan di puskesmas.

Pada Tingkat V, mahasiswa lebih diberi tanggung jawab, dan kerja sama dengan sekolah-sekolah perawat dalam proyek-proyek lebih luas. Sesudah pola penyakit dan pemakaian obat-obat ditinjau, mereka merencanakan kursus kaderisasi untuk kader kesehatan di desa, kemudian membina sistim kader dalam *community*-nya. Dana Sehat diperkenalkan kepada masyarakat, dan di mana motivasi berhasil mahasiswa ikut dalam perencanaan dan permulaan program dana sehat oleh masyarakat. Mahasiswa mendidik ibu-ibu supaya mereka dapat mengambil program pertimbangan bayi. Mahasiswa juga ikut dalam pelaksanaan proyek-proyek dalam masyarakatnya yang timbul dari puskesmas setempat.

Akhirnya, pada Tingkat VI, *coschap* di puskesmas diberikan, di mana mahasiswa dapat menerapkan semua macam pengetahuan dan ketrampilan yang didapatnya selama bertahun-tahun sebelumnya. Pada waktu ini dia memang dapat mencoba peranannya sebagai kepala puskesmas.

KESIMPULAN

Pada akhir naskah ini, rupa-rupanya tantangan dan kegembiraan *community medicine* sebaiknya ditekankan. Mendengar ini, banyak orang, termasuk mahasiswa-mahasiswa mungkin mau menyatakan, *Community Medicine* merupakan tugas sajalah, bukan suatu hak istimewa. Kita mula-mula harus bertugas melayani rakyat kita, kemudian kita kembali ke kota, ke universitas, mengambil pendidikan spesialisasi, dan ikut praktek yang menguntungkan, atau tinggal di fakultas untuk menjalankan pengajaran dan riset, yang benar-benar mengembirakan.

Pikiran ini timbul, kami rasa, karena kita biasanya menggolongkan jenis-jenis dokter dalam pikiran kita, dengan *physician-scientist* paling atas, *physician* guru atau *specialist* di tengah, dan paling bawah dokter umum, seorang yang tidak pandai dan biasa sekali. Di manakah kedudukan dokter *community medicine*? Rupa-rupanya dokter puskesmas sering digolongkan bersama dokter umum, di bawah daftar. Mungkin, sampai belakangan ini, urutan ini benar, karena dokter puskesmas sering membatasi kegiatannya di poliklinik saja, dan yang dia jalankan hanya pengobatan yang sederhana saja.

Tetapi inikah *Community Medicine*? Bukan, ini *Medicine in the Community*, yang benar-benar sederhana, mengecewakan dan membosankan, maka tidak bisa dianggap sama dengan *Community Medicine*.

Sebenarnya, *Community Medicine* sebaiknya disamakan dengan yang di atas, *physician-scientist* itu. Dokter puskesmas mempunyai laboratoriumnya, suatu masyarakat 50,000 sampai 100,000 orang. Dia mempunyai regu asistennya, sebagai petugas lapangan, paramedis, dan mantrinya. Dia juga dapat mendefinisikan masalah, mengusulkan *hypothesis*-nya, mengadakan eksperimen, mengevaluasi hasilnya, melanjutkan hasil tersebut dengan eksperimen-eksperimen lagi, melapor dalam majalah-majalah. Dan dia dapat mempengaruhi dan meningkatkan kehidupan orang banyak, jauh lebih banyak daripada orang yang berpraktek saja, baik yang umum, maupun yang spesialis.

Meningat ini, mari kita tekankan pada mahasiswa-mahasiswa kita bahwa *Community Medicine* itu merupakan kesempatan, suatu kesempatan yang dapat sangat memuaskan. Mudah-mudahan dengan pengalaman dalam masyarakat yang memuaskan, banyak akan ingin tetap di sana.

KEPUSTAKAAN

- Joseph, Stephen C. 1974 The health care team demonstration: an experiment in rural health training for nursing and medical students in Central Africa (Camerouns) — 8th Ann. Meeting of Leaders of Macy-Supported Pediatric Programs, Brasilia.
- Lathem, W., & Newbery, A. 1970 *Community Medicine: Teaching, Research, and Health Care*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Omran, A.R. (ed.) 1974 *Community Medicine in Developing Countries*. Springer, New York.
- Rosse, Cornelius 1974 Integrated versus discipline — oriented instruction in medical education. *J. Med. Educ.* 49:995 — 8.
- Verderese, M.D., & Turnbull, L.M. 1975 *The Traditional Birth Attendant in Maternal and Child Health and Family Planning: A Guide to Her Training and Utilization*. World Health Organization, Geneva.