

Orasi Ilmiah
Hari Ulang Tahun Ikatan Dokter Indonesia ke-59

**Semangat Kebangkitan Nasional adalah
Semangat Dokter Indonesia Membangun
Kehormatan dan Ketahanan Bangsa**

**(Upaya Merevitalisasi Peran Dokter Indonesia
sebagai Sosok Profesional-Cendekia)**



Fachmi Idris
Ketua Umum Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia

*Health is not everything,
but without health everything is nothing*

**MUSEUM KEBANGKITAN NASIONAL
(EKS GEDUNG STOVIA)**

Jakarta, 24 Oktober 2007

Semangat Kebangkitan Nasional adalah Semangat Dokter Indonesia Membangun Kehormatan dan Ketahanan Bangsa

(Menuju 20 Mei 2008: Upaya Merevitalisasi Peran Dokter Indonesia sebagai Sosok Profesional-Cendekia)^{1,2}

*Assalammu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh,
Selamat Malam dan Salam Sejahteran untuk Kita Semua,*

Yang terhormat,

Menteri Kesehatan RI

Menteri Sosial RI

Ketua Komisi IX DPR RI dan Anggota Komisi IX DPR RI

Para Pejabat Eselon 1 di lingkungan Departemen Kesehatan

Para Pimpinan Badan Usaha Milik Negara

Para Pimpinan Perusahaan Mitra Ikatan Dokter Indonesia

Para Guru Besar, Senior, Teman Sejawat dan Pengurus Ikatan Dokter Indonesia

Para undangan dan hadirin yang saya muliakan,

Pertama-tama marilah kita bersama-sama dan tiada henti-hentinya melafazkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala taufiq dan hidayah-Nya, khususnya di bulan Syawal, bulan silaturahmi, bulan saling membuka pintu maaf antar sesama, setelah menjalani ibadah di bulan suci Ramadhan 1428 H. Puji syukur ini semakin bertambah karena, pada hari ini kita dapat berkumpul pada acara Hari Ulang Tahun Ikatan Dokter Indonesia ke-57 yang dirangkaikan dengan Halal Bi Halal Idul Fitri 1428 H dan Pencanangan

-
1. Sebagian besar isi Pidato ini pernah disampaikan pada: Diskusi Publik Bulanan PB IDI, 18 Juli 2007; kemudian dituangkan dalam buku panduan PB IDI untuk Memperingati Seabad Kebangkitan Nasional dan Seabad Kiprah Dokter di Indonesia, 2007.
 2. Lihat juga: Fachmi Idris, Revitalisasi Peran Dokter sebagai Sosok Profesional-Cendekia, Pidato Lustrum IX FK UNSRI, 22 Oktober 2007

Gerakan Dokter untuk Bangsa menuju Seabad Kebangkitan Nasional dan Seabad Kiprah Dokter Indonesia (20 Mei 1908-2008).

Orasi ini merupakan kesempatan berharga bagi Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia untuk mengekspresikan **problematika yang terkait dengan keberadaan dokter dan sistem praktiknya di Indonesia pada saat ini**. Sebuah problematika yang kalau dihubungkan dengan peran dan sejarah dokter Indonesia maka keberadaan dokter-dokter Indonesi—seharusnya—merupakan sosok profesional-cendekia; tidak semata-mata hanya berkiprah sebagai sosok profesional, yang dalam arti sempit hanya menjadi agen pengobatan (*agent of treatment*) semata. Lebih dari itu, sosok dokter-dokter Indonesia semestinya dapat kembali berperan atau merevitalisasi perannya, tidak hanya sebagai *agent of treatment* namun juga sebagai pelaku pengubah (*agent of social change*) dan pelaku signifikan dalam pembangunan (*agent of development*).

Untuk itu, izinkanlah saya di dalam orasi ilmiah ini untuk menyampaikan wacana kepada seluruh pengandil kepentingan (stakeholders) dalam pembangunan bangsa, khususnya pembangunan kesehatan bangsa dalam arti sesungguhnya, tentang **perlunya dukungan menumbuh dan mengembangkan sistem praktik kedokteran atau sistem kesehatan** yang dapat merevitalisasikan ketiga peran atau **“TRIAS-PERAN”** dokter tersebut di dalam pembangunan bangsa Indonesia, yaitu peran dokter sebagai *agent of treatment*, sekaligus sebagai *agent of change*, dan *agent of development*.

Pengantar Wacana

Peran Kesejarahan Dokter

Sudah menjadi fakta sejarah bahwa proses pembentukan fondasi negara Indonesia pada awal abad kedua-puluh, telah menempatkan keberadaan figur dokter-dokter bumi-putra sebagai pelopor semangat nasionalisme dan kesadaran berbangsa. Eratnya jalinan benangmerahkeberadaan dokter dengan lahirnya semangat tersebut tidak terlepas dari watak yang dibentuk oleh proses pendidikan kedokteran dan sumpah serta etika yang harus dipatuhinya sebagai seorang dokter. Dalam salah satu kalimat pada *"Hippocratic Oath"*, dinyatakan dengan tegas:

"...What ever houses I may visit, I will come for the benefit of the sick, remaining free of all intentional injustice, of all mischief and in particular of sexual relations with both female and male persons, be the free or slaves...";

atau seperti yang tertuang dalam dua kalimat pada *"Physician's Oath"* *The world Medical Association, Declaration of Geneva.*³

"...I will not permit consideration of my religion, nationality, race, party politics or social standing to intervene between my duty and my patient..."

"...I will maintain the utmost respect for human life from the time of conception, even under threat, I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity..."

Dokter adalah figur yang mengabdikan profesinya, tanpa dipengaruhi pertimbangan-pertimbangan agama, kedudukan sosial, jenis kelamin, suku dan politik kepartaian. Artinya, dalam pekerjaan keprofesiannya dokter sarat dengan nilai kesetaraan. Sebuah nilai yang dapat menumbuhkan rasa ketertindasan yang sama akibat

3. Lihat: 2nd General Assembly of the World Medical Association Document s, Geneva, Switzerland, September 1948

proses penjajahan pada masa itu, yang akhirnya menimbulkan rasa kebangsaan yang kemudian dapat berkembang menjadi rasa nasionalisme.

Tidak mengherankan jika pada periode 1908, kelompok pertama yang memiliki semangat nasionalisme adalah dokter. Inilah yang menjadi embrio kesadaran berbangsa yang pada gilirannya melahirkan semangat kebangkitan nasional. Dokter Wahidin Sudirohusodo—penggagas berdirinya Budi Utomo—menyadari bahwa keterbelakangan dan ketertindasan rakyat harus dihadapi melalui organisasi yang dapat memajukan pendidikan dan meninggikan martabat bangsa.

Gagasan ini kemudian diwujudkan oleh mahasiswa kedokteran (Sutomo dan teman-teman mitra profesi lainnya). Dan, sejarah mencatat, 20 Mei 1908 organisasi Budi Utomo lahir. Hari lahir tersebut kemudian diperingati sebagai Hari Kebangkitan Nasional. Sebuah awal kebangkitan bangsa yang bertujuan **untuk mencapai kehidupan bangsa yang terhormat**. Budi Utomo kemudian bukan hanya milik para dokter. Organisasi ini menjadi milik bersama yang dijalankan (untuk pertama kalinya) juga oleh tokoh pemerintahan pada waktu itu (sebagai ketuanya), penulis, opsir, dll.

Kemudian, dalam peran kesejarahannya, kiprah dokter-dokter dan generasi penerusnya—dalam konteks kebangsaan—terus berlanjut, baik di jaman Pendudukan Tentara Jepang, fase perang kemerdekaan, masa mempertahankan kemerdekaan dan sampai hari ini, mengisi kemerdekaan melalui pengabdian profesi menurut ukuran dan standar tertinggi.

Di hari ulang tahun IDI ke 57, kurang lebih 6 bulan lagi menjelang seabad kebangkitan nasional dan sekaligus seabad kiprah dokter Indonesia (20 Mei 2008), apakah tujuan untuk mencapai kehidupan bangsa yang terhormat sebagaimana dicita-citakan untuk pertama kalinya oleh para dokter tersebut sudah tercapai? Apakah keberadaan dokter—yang ditunjang oleh sistem praktiknya—saat ini ini dapat

berperan seutuhnya terkait dengan kontribusi profesi kedokteran dalam menggapai cita-cita menciptakan bangsa yang terhormat tersebut?

Marilah kita lihat jawabannya dengan melihat realitas dan ukuran objektif kondisi kehormatan sebuah bangsa, melalui beberapa indikator yang dapat mencerminkan hal tersebut: dalam "setting" sehat sakitnya sebuah bangsa. Dan marilah kita cermati pula, apakah sistem praktik kedokteran Indonesia perlu direkonstruksi melalui berbagai intervensi kesisteman agar para dokter kembali menempatkan **"kesehatan dalam arti sesungguhnya"**; yaitu kondisi kesehatan yang sangat membutuhkan adanya revitalisasi peran dokter Indonesia sebagai sosok cendekia-profesional sesuai zamannya.

"Sehat yang Sesungguhnya"

Sehat yang sesungguhnya, bukan hanya bebas dari penyakit. Sehari-hari, masyarakat cenderung mengartikan sehat hanya bebas dari penyakit fisik semata. Padahal, sudah sejak lama definisi sehat yang diterbitkan *World Health Organization* (WHO) dan diadopsi juga oleh UU RI nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, menyatakan bahwa, sehat selain mengandung dimensi fisik, juga mengandung dimensi mental dan sosial.⁴

"..Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely an absence of disease or infirmity..." (WHO, 1948)

"...Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial, yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis". (UU No 23 Tahun 1992...)

Tentu saja, sehat fisik di tempatkan sebagai komponen terpenting dari keadaan sehat secara keseluruhan. Sehat fisik artinya seluruh organ tubuh berada dalam ukuran yang seharusnya, dan berada dalam kondisi optimal, serta dapat berfungsi normal. Sehat secara fisik umumnya diukur dari parameter; dari nilai-nilai normal; dari

tanda-tanda vital tubuh, antara lain: denyut nadi pada saat istirahat, tekanan darah.

Sehat mental ditempatkan sebagai sisi lain yang terintegrasi dari sehat fisik; sebuah sisi lain dari “koin mata uang” kesehatan. **Ciri seseorang (dan masyarakat) yang dinyatakan sehat secara mental** minimal meliputi: merasa puas dengan keadaan dirinya (tidak pernah merasa kecewa dengan keadaan dirinya); patuh pada aturan-aturan; dapat menerima dengan baik perbedaan antar sesama; mudah menerima kritik; mempunyai kontrol diri yang baik (tidak akan selalu didominasi oleh emosi, rasa kecewa dan marah).

Sehat secara sosial (*social well-being*); yang di beberapa literature ditambahkan dan atau dikaitkan juga dengan sehat rohani; juga memiliki berbagai ciri. Walaupun banyak perbedaan pendapat tentang kondisi sehat sosial yang ideal, secara umum disepakati, bahwa **ciri seseorang (dan masyarakat) yang sehat secara sosial meliputi** atau berkonotasi dengan kemampuan seseorang untuk: membina hubungan keakraban dengan sesama; memiliki tanggung jawab menurut kapasitas yang dimilikinya; dapat hidup secara efektif dengan sesama; dan menunjukkan perilaku sosial yang penuh perhitungan.

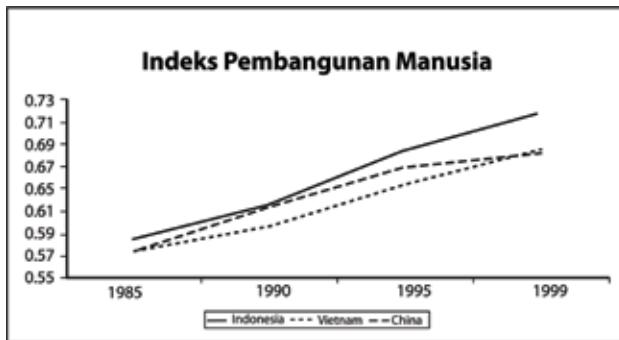
Wacana

Secara objektif ukuran yang dapat mencerminkan kehormatan satu bangsa, terkait dengan sehatnya sebuah bangsa dari sisi **sehat fisik-mental-sosial**, dapat dilihat dari beberapa indeks global, antara lain: *Human Development Index* (HDI), *Human Poverty Index* (HPI), *Index of Economic Freedom* (IEF).

HDI merupakan gambaran dari tiga indikator, yaitu: kesehatan, pendidikan dan pertumbuhan ekonomi.⁵ Di tingkat ASEAN, pada tahun 1996, bangsa kita disalip (ditinggal) oleh Vietnam yang baru

saja “merdeka” (Lihat Gambar 1). Apabila dibandingkan dengan Malaysia, Singapore atau Thailand, bangsa kita semakin jauh tertinggal. **Kontribusi dari rendahnya pencapaian ke-tiga indikator (kesehatan-pendidikan-pertumbuhan ekonomi) tersebut: saling melengkapi terhadap turunya kehormatan bangsa.** Khusus untuk kesehatan, ukurannya hanya satu, yaitu Usia Harapan Hidup (UHH).

Gambar 1: Hasil Lomba HDI Indonesia dengan Vietnam⁶



Untuk memperbaiki HDI—dalam hal ini melalui kontribusi peningkatan angka UHH—maka prioritas **program kesehatan fisik jangan sampai terjebak pada program jangka pendek di sektor hilir, yaitu program menyetatkan/mengobati orang sakit.** Kalaupun prioritas program kesehatan lebih pada upaya untuk mengobati orang sakit dengan iming-iming berobat gratis (sebagai catatan: hal ini seringkali menjadi “program unggulan” beberapa pimpinan daerah) maka hal tersebut terlalu riskan. Program kesehatan yang lebih terfokus pada upaya mengobati masyarakat sakit akan “terlalu dekat” dengan risiko kematian. Kondisi ini dapat meningkatkan angka kematian pada semua kelompok umur (apalagi

5. HDI adalah potret saat ini (tahunan). Diterbitkan oleh United Nation Development Program (UNDP). Merupakan agregat dari 3 domain utama, yaitu: 1) kesehatan, di urutan pertama; 2) pendidikan, di urutan kedua; dan 3) ekonomi (income), di urutan ke tiga. Pada tahun 1999, Indonesia pada urutan 105 di antara 180 negara di dunia. Tahun 2002 di urutan ke 110 dari 162 negara. Tahun 2003 tetap di urutan 110 dari 177 negara. tetap Rupanya kita cukup “betah” untuk bertahan pada urutan di atas 100.

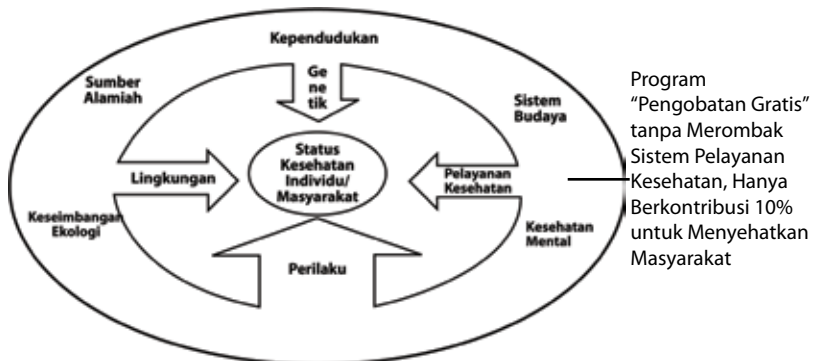
6. Lihat: Fachmi Idris, Dokter juga Manusia, Upaya Memperbaiki Mutu Pelayanan Kesehatan, Penerbit IDI, 2006

pada usia rentan, bayi dan anak); atau pada sisi lain akan menurunkan rata-rata UHH.^{7,8}

Semestinya, program kesehatan (dan “kampanye politik” dalam bidang kesehatan) diprioritaskan untuk mencegah rakyat agar tidak jatuh sakit. Sakit-sehatnya rakyat lebih ditentukan oleh faktor perilaku sehat dan lingkungan sehat. Program kesehatan harus lebih ditujukan pada perubahan perilaku dan penataan lingkungan.

Program kesehatan yang ditujukan untuk merubah/pemeliharaan perilaku (*health promotion*) memberikan kontribusi sekitar 50% untuk menyehatkan rakyat.⁹ Program kesehatan yang ditujukan untuk merubah/pemeliharaan lingkungan berkontribusi sekitar 20% untuk penyehatan rakyat. Bandingkan dengan Program kesehatan yang ditujukan untuk mengobati orang sakit (**maksimalisasi rumah-rumah sakit dan puskesmas hanya untuk pengobatan**) hanya berkontribusi sekitar 10% untuk menyehatkan rakyat (Lihat Gambar2).

Gambar 2: Modifikasi dari The Force Field and Well-Being Paradigms of Health¹⁰



7. Sebagai gambaran untuk menggambarkan UHH: apabila penduduk Indonesia hanya 2 orang, dengan berbagai sebab 1 orang dapat mencapai umur 100 tahun, dan karena berbagai masalah 1 orang hanya mencapai umur 2 hari, otomatis UHH di Indonesia hanya 50 tahun lebih satu hari (didapat dari perhitungan rata-rata secara matematis yang sederhana, 100 tahun + 2 hari, dibagi 2).
8. Lihat juga untuk Menghitung UHH: Oxford Handbook of Public Health Practice, 2nd Ed, 2006
9. Lihat: Fachmi Idris & MA.Husnil Farouk: Konsep Dasar IKMM-IKP, Bagian IKM-IKP FK UNSRI, 1996.
10. Lihat: Blumn, Planning for health, Generics for the Eighties, 1981

Kalau upaya menyetatkan rakyat ditekan pada upaya untuk mengobati masyarakat yang sakit maka masyarakat akan cenderung tidak menjaga kesehatannya, yang merokok misalnya tetap merokok ("...toh.. kalau nanti saya sakit, saya dapat berobat gratis.."); akibatnya kalau sudah masuk rumah sakit, risiko kematian semakin meningkat; dan sekali lagi, secara otomatis akan berkorelasi dengan menurunnya angka rata-rata usia harapan hidup.

Untuk itu, marilah kita bersama-sama merenungkan kejadian penyakit-fisik di Indonesia yang memiliki risiko kematian tinggi. Contoh aktual adalah Demam Berdarah. Saat ini, angka kejadiannya secara nasional masih menjadi masalah kita bersama. Belum lagi kejadian penyakit-penyakit lain seperti: TBC, HIV/AIDS, Malaria. Rakyat yang sakit Demam Berdarah, TBC, HIV/AIDS, Malaria, dll, jeles harus diobati namun secara bersamaan harus ada intervensi agar kejadian penyakit ini **dapat dicegah**. Kalau resiko kejadian penyakit ini ditekan dan kondisi sakit-fisik tidak sempat muncul, resiko kematian akan menjauh. UHH dapat "*diamankan*". UHH yang tinggi akan memberikan kontribusi untuk meningkatkan HDI sebagai salah satu indikator meningkatnya kesejahteraan (kehormatan) bangsa.

Kita bersyukur bahwa saat ini pencapaian pembangunan kesehatan-fisik sudah menunjukkan hasil yang memuaskan. Namun demikian, tanpa mengurangi penghargaan atas keberhasilan pembangunan kesehatan-fisik tersebut,; sejumlah fakta menunjukkan bahwa angka kejadian penyakit-penyakit yang berisiko (seperti contoh di atas) masih menyumbang angka kematian yang cukup tinggi. Hal ini berarti, masih banyak yang harus diperbaiki dalam upaya tersebut. Pilihan perbaikan tersebut: 1) dapat dilakukan di tingkat kebijakan kesehatan; 2) dapat pula dikerjakan di tingkat sistem kesehatan; 3) dapat juga dijalankan di tingkat subsistem kesehatan (termasuk hanya dalam tingkat manajemen kesehatan). Artinya, secara ideal harus terus dikembangkan "kebijakan-sistem-subsistem" pembangunan kesehatan-fisik yang dapat mendorong rakyat agar tidak jatuh sakit. Karena, rakyat yang sakit-sakitan tidak akan produktif, tidak fit untuk bekerja dan tidak akan cerdas dalam pendidikannya.

Selain HDI, kondisi objektif HPI & IEF juga harus menjadi perhatian.¹¹ HPI (Human Property Index) yang meningkat merupakan cerminan dari ketidakadilan distribusi kekayaan dan kesejahteraan ekonomi. Sebuah ketidakadilan ekonomi akan berbuah pada kemiskinan. Kemiskinan yang tinggi akan menyebabkan lemahnya akses rakyat untuk memperoleh kesehatan dan pendidikan yang baik. Akibatnya, **masalah sehat sosial** menjadi beban baru. Masyarakat yang tidak sehat (sakit) secara sosial terdiagnosis dari kondisi, seperti: **meningkatnya kriminalitas dan perilaku sosial yang tidak penuh perhitungan.**¹²

Belum lagi kondisi objektif yang digambarkan melalui IEF (*Index of Economic Freedom*). Lunturnya martabat sebagai bangsa terhormat suka tidak suka sudah terjadi. Indonesia adalah negara yang hampir tidak merdeka, campur tangan negara lain dalam pengaturan ekonomi bangsa sangatlah terasa. Kondisi ini semakin diperparah oleh praktik KKN (Korupsi, Kolusi dan Nepotisme) yang masih terus terjadi sampai hari ini. Sebuah penyakit mental yang kronis. Sakit fisik, sakit sosial, yang akhirnya dilengkapi dengan sakit mental. **Sakit mental**—yang tergambar dari kondisi tidak merasa puas dengan keadaan diri; merasa kecewa dengan keadaan dirinya; dan tidak mau patuh pada aturan-aturan yang ada—rasanya sudah menjadi salah satu masalah kesehatan bangsa yang kronis.

Secara kualitatif, silahkan didiagnosis cerminan kesehatan-mental dan sosial bangsa kita saat ini berdasarkan ciri-ciri masyarakat yang sakit secara mental dan sosial.¹³

11. Lihat: Tulisan Amir Hamzah Pane, "Kesejahteraan Rakyat sebagai Pilar Pembangunan Berkelanjutan", DPR RI, Staf Ahli Komisi VII, Jakarta 2004.

12. Lihat: Park, J.E. Park, K.: Text Book of Preventive and Social Medicine (a Treatise on Community Health), Banarsidas Bhanot, Sixth Edition, Jabalpur, India 1977; Leavel, H.R. Clark, E.G.: Text Book of Preventive Medicine, McGraw Hill Book Company, New York-Toronto-London 1953, tentang: 1) masyarakat yang sakit secara sosial dicirikan dari: tidak mampu membina hubungan keakraban dengan sesama; tidak memiliki tanggung jawab menurut kapasitas yang dimilikinya; tidak dapat hidup rukun dengan sesama; dan tidak mampu menunjukkan perilaku sosial yang penuh perhitungan; 2) masyarakat yang sakit secara mental dicirikan dari: tidak merasa puas dengan keadaan dirinya; tidak patuh pada berbagai aturan; tidak memiliki kendali diri yang baik.

13. Tentang mulai sakitnya masyarakat secara "mental" untuk pertama kalinya disampaikan oleh Koentjaraningrat (Lihat: Koentjaraningrat: Kebudayaan, Mentalitas, dan Pembangunan. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 2002,) dan diperkuat oleh Ahmad Syafii Maarif (mantan Ketua PP Muhammadiyah) pada Diskusi Public Bulanan PB IDI, 18 Juli 2007, dalam makalahnya, "Sehat-sakitnya Bangsa dalam Perspektif Kondisi Mental dan Sosial serta Alternative Solusinya

Dengan merujuk pada indikator dan ciri-ciri di atas, setujuakah kita bahwa bangsa Indonesia, dalam perspektif "kehatan yang sesungguhnya" adalah bangsa yang sedang sakit, yaitu sakit "fisik-mental-sosial"? Tentu saja, pertanyaan dan wacana ini akan menimbulkan pro dan kontra. Namun demikian, terlepas dari pro dan kontra yang akan muncul, secara teoritis tidak dapat dipungkiri tentang besarnya kontribusi pembangunan kesehatan, yaitu pembangunan kesehatan "fisik-mental-sosial", dalam mencapai tingkat kehormatan sebuah bangsa.

Penutup Wacana

Revitalisasi Peran Dokter

Apabila hipotesis tentang kondisi bangsa Indonesia sebagai bangsa yang sedang sakit dari sisi fisik-mental-sosial, kemudian terbukti benar. Para dokter harus berkontribusi lebih aktif untuk menyetatkan bangsa ini. Dokter harus segera merevitalisasi peran komprehensif pengabdianya. Sebagai sosok profesional-cendekia, dokter selain berkontribusi dalam upaya menyetatkan fisik masyarakat, secara simultan juga harus berupaya mengintegrasikan upayanya dalam proses penyehatan mental dan sosial masyarakat.¹⁴

Untuk saat ini, apabila peran dokter akan direvitalisasi, dengan harapan mampu melakukan intervensi menyeluruh terhadap permasalahan kesehatan bangsa (fisik-mental-sosial), mungkin akan muncul skeptisisme di tengah-tengah masyarakat. Sikap skeptis ini wajar karena selama ini peran dokter lebih terlihat pada upaya penyehatan fisik. Proses reduksi peran dokter yang tidak disadari dan telah berlangsung sekian lama, ternyata telah memarjinalkan fungsi dokter. Persepsi sosial hari ini, sosok dokter tidak lebih dari seorang *agent of treatment*.

14. Profesional-Cendekia: Profesional, sosok yang memiliki kepandaian khusus dalam bidangnya Cendekia, sosok yang mengerti situasi dan pandai mencari jalan keluar, memiliki kontribusi dan peran sosial; (Lihat: Kamus Besar Bahasa Indonesia, Balai Pustaka, Edisi ke-3,2005).

Dewasa ini, para dokter telah terjebak pada rutinitas profesionalisme yang sempit. Banyak dokter (atau lebih tepatnya wawasan kedokterannya), lebih concern bahwa ilmu kedokteran hanyalah mempelajari segala sesuatu tentang penyakit. Akibatnya kewajiban untuk menyetatkan rakyat hanya sekadar menganjurkan minum vitamin, mineral, tonik, dll, serta mengobati pasien yang sakit. Dokter lupa bahwa selain melakukan intervensi fisik, juga harus berperan dalam intervensi mental dan sosial di tengah masyarakat. Dokter sebagai seorang profesional-cendekia dalam kiprahnya melekat tanggung jawab sebagai agent of change sekaligus agent of development untuk masyarakat. Dalam istilah yang berbeda, di era ke-kini, WHO menggambarkan peran dokter sebagai seorang professional-cendekia ini sebagai **"the five star doctors"**, yaitu dokter-dokter yang tidak hanya memiliki kompetensi sebagai *medical care provider*, namun juga melekat pada dirinya kompetensi-kompetensi lain, yaitu sebagai *community leader*, *decision maker*, *communicator* dan sebagai seorang *manager*.^{15,16, 17}

Menuju Seabad Kiprah Dokter Indonesia, 20 Mei 1908- 20 Mei 2008

Negara harus menjamin tercapainya keadaan sehat yang positif, yaitu sehat yang optimal dari sisi fisik, mental, dan sosial. Sehat yang positif merupakan modal dasar kehidupan rakyat. Negara harus semakin serius memandang bahwa peningkatan derajat kesehatan tidaklah hanya melalui upaya pengobatan fisik semata. Pemerintah bersama-sama pengambil kepentingan mulai harus memikirkan

15. Lihat: WHO-WONCA working paper. Making medical practice and education relevant to people's needs: the contribution of family doctor. November 1994; Ontario, Canada

16. Lihat: Five Star Doctors (The Agent of Change). Farid Anfasa Moeloek. Kuliah Umum KPPIK FK UI, Jakarta, 11-15 April 2002. [Community leader artinya, al: membantu mengambil keputusan dalam ikhwal kemasyarakatan, utamanya masalah kesehatan, sebagai pemantau dan penelaah ikhwal kesehatan client-nya; decision maker artinya, al: penentu setiap tindakan kedokteran dengan memperhatikan semua kondisi yang mempengaruhinya; communicator artinya, al: sebagai pendidik, penyuluh, teman, mediator, dan sebagai penasihat dalam banyak hal seperti gizi, narkoba, keluarga berencana, seks, HIV/AIDS, stress, kebersihan, pola hidup sehat, olah raga, olah jiwa, kesehatan lingkungan; manager artinya, al: memiliki kemampuan untuk berkolaborasi dalam kemitraan, dalam ikhwal penanganan kesehatan]

17. Lihat: Fachmi Idris, Pelayanan Kesehatan yang Berkeadilan, Harapan yang Tidak Kunjung Datang, Pidato Dies Natalis UNSRI ke-43, 2003

pengembangan sistem/teknologi/metode yang sesuai pada masa ini **agar terjadi akselerasi** dalam proses penyehatan fisik-mental-dan sosial masyarakat (Lihat Gambar 3).

Gambar 3: Kerangka Pikir Revitalisasi Peran Dokter dan Pengembangan Sistem/ Teknologi/ Metode yang sesuai untuk Penyehatan Bangsa



Dokter tidak boleh terpaku bahwa setelah melakukan penyuluhan kesehatan merasa bahwa semua tugas sudah dilakukan. Pemerintah harus lebih mengembangkan lagi sistem yang dapat mendorong dokter untuk melakukan program *individual health promotion-health education* secara terus menerus kepada setiap anggota masyarakat. Kalau sistem ini dapat diciptakan maka dokter selain mengintervensi kesehatan fisik, dapat pula mengintervensi kesehatan mental dan sosial anggota masyarakat tersebut.

Menuju seabad kiprah dokter (dan seabad kebangkitan nasional 2008), sekali lagi, dokter bersama-sama pemerintah harus menata sistem yang memungkinkan dokter dapat merevitalisasikan peran komprehensifnya sebagai *agent of change* dan *agent of development*.

Untuk itu, dibutuhkan proses rekonstruksi sistem kesehatan nasional yang memungkinkan peran komprehensif tersebut dapat diterapkan.

Salah satu alternatif rekonstruksi tersebut, dan saat ini selalu diadvokasikan secara terus menerus oleh Ikatan Dokter Indonesia, adalah pengembangan sistem praktik kedokteran terpadu. Sistem praktik kedokteran terpadu adalah sistem pelayanan kesehatan perorangan yang ujung tombak pelayanannya menggunakan pendekatan praktik kedokteran keluarga.^{18,19,20,21} Pelayanan kesehatan yang menggunakan pendekatan praktik kedokteran keluarga—**apapun namanya**: kalau di Belanda dikenal dengan istilah dokter keluarga, di Inggris tetap dikenal dengan nama dokter umum/*general practitioner*, atau “dokter-layanan-primer-berdasarkan-pendekatan-keluarga” menurut istilah kurikulum berbasis kompetensi untuk pendidikan kedokteran di Indonesia saat ini—adalah entitas pelayanan yang terdiri dari “dokter keluarga” dan timnya, yaitu: “bidan keluarga”, “perawat keluarga”, “apoteker keluarga”, dan mitra-mitra profesi lainnya, yang bertugas membina fisik-mental-sosial sekitar 2.500 anggota keluarga. Mungkin istilah ini dapat juga disesuaikan dengan situasi dan kondisi pembangunan kesehatan pada saat ini.²²

Praktik kedokteran dengan pendekatan keluarga berorientasi pada upaya *personal care*, *primary medical care*, *continuing care* dan *comprehensive care*.^{23,24} Dengan pendekatan ini, dokter dan timnya akan menjadi bagian dari keluarga-keluarga Indonesia. Melalui sistem ini, dokter dan timnya akan banyak “berbicara dari hati ke hati” dengan anggota-anggota keluarga, menyetatkan keluarga-keluarga (dan bangsa), tidak hanya fisik, namun juga mental dan sosial. Di sinilah letak revitalisasi peran komprehensif dokter yang

18. Lihat: Hasil Kumpulan Hasil Mukamar IDI XXVI, 2006, Tentang Sistem Pelayanan Kedokteran Terpadu

19. Lihat: Kepmenkes No. 131/Menkes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional

20. Lihat: UU RI No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

21. Lihat: Peraturan Presiden RI No 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional

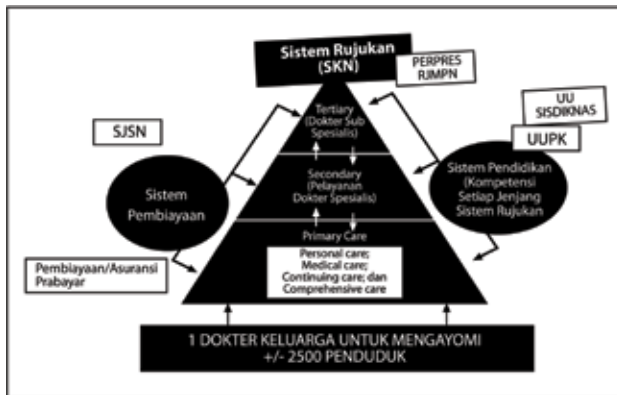
22. Saat ini Departemen Kesehatan sedang mengembangkan program Desa Siaga. Dapat saja dokter yang berada di satu Desa Siaga diberi tugas untuk menyetatkan 2500 orang penduduk di Desa tersebut dengan menggunakan pendekatan praktik kedokteran keluarga. Mungkin istilah untuk Dokter tersebut adalah “Dokter Siaga” atau “Dokter Keluarga Siaga” (dalam proses transisi menuju sistem yang baru).

23. Lihat: Gooch Lee Gan, et. all, a Primer on Family Medicine Practice, Singapore International Foundation, 2004

24. Lihat: Ian R. McWhinney, a Text book of Family Medicine, 2nd Ed, Oxford University Press, 1997

sesungguhnya (Lihat Gambar 4). Apabila dalam tindakan atas empat caring tersebut tidak dapat dipenuhi, dokter keluarga kemudian melakukan pendampingan dan merujuk *client*-nya ke pelayanan tingkat lanjutan (*secondary* dan *tertiary care*). Dengan sistem ini juga, dokter layanan skunder (*spesialis*) dan layanan tersier (*sub-spesialis*) dapat lebih fokus melayani dan hanya menjalankan pekerjaan keprofesiannya sebagai seorang *spesialis* dan *sub-spesialis*.

Gambar 4: Modifikasi Sistem Pelayanan Kedokteran Terpadu dengan Praktik Kedokteran Keluarga sebagai Ujung Tombak Pelayanan¹⁷



Menuju seabad kebangkitan nasional tahun 2008, tahapan pengembangan sistem praktik kedokteran berdasarkan pendekatan keluarga ini harus mulai disepakati oleh seluruh pengambil kepentingan, khususnya di daerah perkotaan. Sistem ini hanya dapat berjalan apabila Sistem Jaminan Sosial Nasional Bidang Kesehatan (asuransi kesehatan sosial)--yang sudah mulai berjalan ("dengan embrionya") asuransi kesehatan untuk masyarakat miskin (**ASKESKIN**)—sudah semakin berkembang. Hal ini mengingatkan bahwa, sistem praktik kedokteran keluarga harus berbasis asuransi kesehatan sosial yang bersifat pra-bayar; tentu saja dengan "pembayaran" yang sesuai dengan upaya untuk mewujudkan sistem kendali mutu dan sistem kendali biaya dalam praktik kedokteran yang baik.

Catatan Akhir: Gerakan Dokter Untuk Bangsa²⁵

Keberhasilan revitalisasi peran komprehensif dokter akan berkontribusi sangat signifikan pada kesehatan fisik-mental-sosial bangsa. Dan, tidak dapat dipungkiri besarnya kontribusi kesehatan bangsa pada kelangsungan pembangunan nasional, termasuk ketahanan nasional di dalamnya. Khusus untuk ketahanan nasional, sebagaimana yang sudah kita ketahui adalah suatu kondisi dinamis satu bangsa yang terdiri atas ketangguhan serta keuletan dan kemampuan untuk mengembangkan kekuatan nasional dalam menghadapi segala macam dan bentuk ancaman, tantangan, hambatan dan gangguan baik yang datang dari dalam maupun luar, secara langsung maupun tidak langsung yang mengancam dan membahayakan integritas, identitas, kelangsungan hidup bangsa dan negara serta perjuangan dalam mewujudkan tujuan perjuangan nasional.

Ketahanan nasional merupakan integrasi dari kondisi tiap aspek kehidupan bangsa dan negara. Ketahanan Nasional merupakan kemampuan dan ketangguhan suatu bangsa untuk dapat menjamin kelangsungan hidupnya menuju kejayaan bangsa dan negara. Berhasilnya pembangunan nasional akan meningkatkan ketahanan nasional. Ketahanan nasional yang tangguh akan lebih mendorong pembangunan nasional. Bangsa yang sakit akan menurun kemampuannya dalam pembangunan nasional dan akhirnya dapat melemahkan ketahanan nasional. Begitu juga sebaliknya.²⁶

25. Lihat: (Dikutip dari) buku panduan PB IDI untuk Memperingati Seabad Kebangkitan Nasional dan Seabad Kiprah Dokter di Indonesia, 2007.

26. Berkaitan dengan issue kesehatan dan ketahanan nasional, beberapa hal yang perlu menjadi catatan:

- Kesehatan belum sepenuhnya dipandang sebagai unsur utama Ketahanan Nasional, sehingga anak bangsa sebagai generasi penerus belum secara optimal dilihat sebagai subjek pembangunan kesehatan. Kecukupan gizi, pemeliharaan kesehatan, pendidikan, dan lingkungan yang kondusif bagi tumbuhnya sumber daya manusia masa depan yang handal dan aset bangsa untuk menopang Ketahanan Nasional harus lebih mendapatkan perhatian.
- Cara pandang dan kepemimpinan yang memahami kesehatan sebagai pengobatan saja (paradigma sakit) dan tanggung jawab sektor kesehatan saja, bukan tanggung jawab semua sektor, tidak menempatkan kesehatan sebagai mainstream pembangunan nasional. Pembangunan Nasional yang dilaksanakan berbagai sektor belum fokus membangun bangsa yang sehat.
- Pengaruh globalisasi, liberalisasi perdagangan, dan pelayanan melalui berbagai kesepakatan internasional, akan mempengaruhi kelancaran dan kemandirian penyelenggaraan upaya kesehatan secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap ketahanan nasional di masa mendatang.
- Pada hakikatnya profesi dokter adalah profesi yang mulia. Hal ini tercermin dari sumpah Hippocrates, nilai-nilai dokter (kemanusiaan, etika dan kompeten) dan tujuan utamanya memelihara (caring) masyarakat yang sehat agar tetap sehat dan menyembuhkan mereka yang sakit. Namun berbagai kondisi saat ini telah mempengaruhi integritas dan solidaritas sosial profesi dokter. Profesi yang mulia ini terkesan mulai luntur citranya di mata masyarakat. Keadaan ini secara tidak langsung akan memberi pengaruh pada pembangunan kesehatan yang akan berimbas sumbangannya pada ketahanan nasional

Gerakan Dokter untuk Bangsa—dikaitkan dengan semangat dokter Indonesia membangunkembali kehormatan dan ketahanan (nasional) bangsa—adalah gerakan yang menghimpun dan mengerahkan segenap potensi dokter dan potensi masyarakat untuk menyetatkan bangsa. Melalui "TRIAS-PERAN" yang seharusnya dijalankan dokter, masyarakat dan bangsa akan mendapatkan manfaat yang semakin besar dari potensi yang dimiliki oleh profesi kedokteran. Diharapkan gerakan ini juga dapat menjadi wujud kepedulian profesi dokter (Professional Social Responsibility) untuk mencapai kehidupan bangsa yang terhormat dan bermartabat sebagaimana dicita-citakan oleh dokter Indonesia di awal abad ke-20 yang lalu.

Hanya bangsa sehat yang dapat menjadi bangsa terhormat. Menjadikan Indonesia sebagai bangsa yang terhormat: itulah cita-cita dokter Indonesia hampir seadab yang lalu. Mudah-mudahan melalui Hari Ulang Tahun Ikatan Dokter Indonesia ke-57 yang dirangkaikan dengan Halal Bi Halal Idul Fitri 1428 H dan Pencanangan Gerakan Dokter untuk Bangsa menuju Seabad Kebangkitan Nasional dan Seabad Kiprah Dokter Indonesia (20 Mei 1908-2008), bergaung semangat baru, **semangat dan pesan dari Gedung Eks Stovia yang bersejarah ini**, semangat untuk kembali secara konsisten memperjuangkan **tercapainya kehidupan bangsa yang terhormat**.²⁷ Sebuah kehidupan bangsa yang dicita-citakan jauh sebelumnya oleh para dokter yang menjalani pendidikan kedokterannya di gedung ini.

Semoga Allah SWT senantiasa memberkati usaha dan upaya kita semua. Sekian dan terima kasih. DIRGAHAYU IKATAN DOKTER INDONESIA. JAYALAH BANGSA DAN NEGARA KITA.

Billahittaufig Wal Hidayah. Wassalammu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

27. Pernah satu hari teman sejawat saya berseloroh di dalam rapat PB IDI, dan menurut beliau inilah "fakta" tentang kehormatan bangsa Indonesia saat ini berdasarkan pengalaman pribadi beliau: "... kita ini memang bangsa yang tidak dihargai lagi...kalau Hongkong kita di"cap" sebagai TKI/TKW..., kalau ke Australia kita di"cap" sebagai teroris..., kalau ke Malaysia kita di"cap" sebagai pendatang haram..."; walaupun kesannya main-main...sangatlah perih rasanya mendengar "fakta" tersebut...

DAFTAR RIWAYAT-HIDUP-SINGKAT

DATA PRIBADI

1. Nama : DR. Dr. Fachmi Idris, M. Kes.
2. TTL : Palembang, 1 Februari 1968
3. Agama : Islam
4. Istri : Dr. Rini Purnamasari, Sp. A.
5. Anak : Ridho Fachri M
Rizqy Fachri M
Rifa Rahma A
8. Alamat Kantor : - Fakultas Kedokteran UNSRI
Jl. May. Mahidin, Km. 3½,
Palembang Telp. (0711) 316671
- Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (PB IDI)
Jl. Samratulangi, No. 29, Jakarta Pusat
Telp. (021) 3900277

RIWAYAT PENDIDIKAN FORMAL

1. 1986 – 1993 : Fakultas Kedokteran UNSRI
2. 1996 – 1998 : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana UI (Lulusan Terbaik)
3. 1998 – 2003 : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana UI (Lulusan dengan predikat Cum Laude)

PENGALAMAN ORGANISASI

A. Kemahasiswaan

1. Universitas Sriwijaya
 - a. Ketua Umum Badan Perwakilan Mahasiswa FK UNSRI (1990-1991)
 - b. Ketua Umum Senat Mahasiswa FK UNSRI (1991 – 1992)
 - c. Wk. Ketua Umum Senat Mahasiswa (SMPT) Universitas Sriwijaya (1991 – 1992)
2. Universitas Indonesia
 - a. Gubernur Mahasiswa S2, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat – Program Pasca Sarjana UI (1996 – 1998)

3. Ikatan Senat Mahasiswa Kedokteran Indonesia
 - a. Majelis Pertimbangan Agung (1990 – 1992)
4. Himpunan Mahasiswa Islam
 - a. Ketua Umum Lembaga Kesehatan HMI Cabang Palembang (1989 – 1990)
 - b. Ketua Umum Lembaga Kesehatan PB HMI (1992 – 1994)
 - c. Majelis Pekerja Kongres PB HMI (1999 – 2001)

B. Profesi

1. Ikatan Dokter Indonesia (NPA: 32.552)
 - a. Ketua Umum PB IDI (2006 – 2009)
 - b. Ketua Terpilih PB IDI / Wk. Ketua Umum (2003 – 2006)
 - c. Sekretaris Jenderal PB IDI (2000 – 2003)
 - d. Sekretaris I PB IDI (1997 – 2000)
2. Sekretaris Bersama 5 Organisasi Profesi Kesehatan (Ikatan Bidan Indonesia, Ikatan Dokter Indonesia, Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia, Persatuan Dokter Gigi Indonesia, Persatuan Perawat Nasional Indonesia)
 - a. Koordinator (1999 – 2004).

C. Kepanduan

1. Kwartir Nasional Gerakan Peramuka
 - a. Pembantu Andalan Nasional, Masa Bakti 2003 – 2008.

RIWAYAT KEPEGAWAIAN / PEKERJAAN

1. 1 Februari 1995 – 1 Juli 1995 : Kepala Puskesmas Makarti Jaya, Sungsang MUBA Sumatera Selatan. (Dokter PTT)
2. 1 Maret 1995 – 1 Juli 1997 : CPNS Depdikbud Staff Pengajar FK UNSRI, Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat / Kedokteran Pencegahan.
3. 1 Juli 1997 – Sekarang : PNS Depdikbud Staff Pengajar FK UNSRI, Bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat / Kedokteran Pencegahan
4. 10 November 2003 – Sekarang : Pengelolaan Kerjasama UNSRI – Bidang Kerjasama Nasional
5. 12 April 2004 – 21 April 2006 : Sekretaris Bagian IKM & IKK FK UNSRI.
6. 21 April 2006 – Sekarang : Sekretaris Bagian IKM – IKK FK UNSRI

7. 17 Oktober 2005 – 2009 : Koordinator Bidang Penelitian - Unit Penelitian Kedokteran dan Kesehatan (UPKK) FK UNSRI.
8. Keanggotaan Komite / Tim Nasional (Beberapa)
 - a. Wakil Penanggungjawab Tim Penilai Kesehatan Calon Presiden dan Calon Wakil Presiden RI, Tahun 2004 (SK KPU No: 37/SK/KPU/2004)
 - b. Sekretaris I Tim Kebijakan Ketersediaan dan Keterjangkauan Harga Obat Nasional (SK Menkokesra RI No: 12/Kep/Menko/Kesra/IV/2002)
 - c. Anggota Komitee Nasional Gerakan Terpadu Nasional Pemberantasan TB Paru. (SK Menkes RI No: 1075/Menkes/SK/VIII/1999)
 - d. Anggota Komite Pendidikan Kedokteran Indonesia. (SK Dirjen Dikti Depdiknas RI No: 47/DIKTI/Kep/2003)
 - e. Tim Penyusun Naskah Akademis Peraturan Perundang-Undangan tentang RUU Pelayanan Jasa Kesehatan. (SK Menkeh-HAM No: G-44.PR.09.03. 2004)
 - h. Anggota Tim Persiapan Pembukaan Program S3 Fakultas Kedokteran UNSRI (SK Dekan FK UNSRI No. 0003/PT11.5/F.1/2006)
10. Lain-lain :
 - a. s.d Sekarang :
 - Anggota Dewan Pengawas RSMH Palembang
 - Dosen Tamu pada Mata Kuliah Kebijakan Kesehatan Program Magister Hukum Universitas Hassanudin
 - Dosen Tamu pada Mata Kuliah Regulasi Kesehatan, Program MMR Universitas Gajah Mada.
 - Dosen Tamu untuk Materi Etika Antar Profesi Kesehatan. Universitas Muhammadiyah HAMKA JKT

KARYA ILMIAH / KARYA TULIS

A. Buku (dengan ISBN):

1. Seri Manajemen Pemberantasan Penyakit Menular: Manajemen Public Private Mix Penanggulangan Tuberkulosis strategi DOTS Dokter Praktik swasta. PB IDI

2. Proceeding Studi Intervensi Penatalaksanaan TB Strategi DOTS pada Dokter Praktik Swasta : Studi di Kab. OKU, kab. Bandung dan Kab. Donggala.
3. Pelayanan Kesehatan yang Berkeadilan : Harapan yang Tidak Kunjung Datang.
(Orasi Ilmiah) Dalam Rangka Dies Natalis Universitas Sriwijaya ke-43.
4. Pengobatan Tuberkulosis Komprehensif Melalui Strategi DOTS, Yayasan Penerbit IDI.
5. Penyakit Kronis di Tempat Kerja dalam Penanggulangan Kesehatan Jiwa di Tempat Kerja, Yayasan Pembangunan Indonesia Sehat.
6. Model Kemitraan Pemerintah dengan Dokter Praktik Swasta dalam P2TB Strategi DOTS (Ringkasan disertasi).
7. Dokter Juga Manusia : Upaya Memperbaiki Mutu Pelayanan Kesehatan.

B. Karya Tulis/Tulisan Ilmiah:

Sampai September 2007 telah memberikan puluhan karya tulis/makalah pada berbagai jurnal/majalah ilmiah/pertemuan profesional baik yang bersifat lokal, nasional maupun internasional.

PENGHARGAAN

1. Mahasiswa Berprestasi Utama II FK UNSRI, 1990.
2. Lulusan Terbaik Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat. Program Pascasarjana UI, 1998.
3. Salah Satu Dosen Berprestasi Fakultas Kedokteran UNSRI, Tahun 2005
4. Penghargaan Adi Satya Utama IDI Tahun 2006

