

ARTIKEL PENELITIAN

Peningkatan Kompetensi Dokter Pasca-Program *Internship* Dokter Indonesia (PIDI) Tahun 2013

Siti Nur Hasanah, Mieska Despitasi, Harimat Hendarwan

Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Litbangkes, Kemenkes RI

Abstrak

Program *Internship* Dokter Indonesia (PIDI) merupakan tahap pelatihan keprofesionalisme praregistrasi berbasis kompetensi pelayanan primer guna memahirkan kompetensi yang telah dicapai setelah memperoleh kualifikasi sebagai dokter melalui pendidikan kedokteran dasar. PIDI dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan yang menjadi wahana *internship*. Telah dilakukan penelitian dengan desain potong lintang untuk memperoleh gambaran pelaksanaan program dan penilaian kompetensi peserta *internship* tahun 2013. Populasi penelitian adalah peserta *internship* periode Maret–Mei 2012. Sampel penelitian adalah peserta *internship* dari 9 FK di 9 kabupaten/kota di 9 provinsi, dipilih melalui *multistage sampling* dengan mempertimbangkan status akreditasi asal FK peserta *internship*, kepemilikan FK, wilayah penempatan, dan frekuensi keterlibatan wahana *internship*. Pengumpulan data dilakukan melalui kelompok diskusi terfokus, wawancara, observasi, dan telaah dokumen. Terjadi peningkatan pemahiran, pemandirian, dan profesionalisme pada 7 area kompetensi inti dokter melalui proses *internship* 75–98,3%. Hal ini menunjukkan bahwa PIDI diperlukan dalam proses pemahiran, pemandirian, dan peningkatan profesionalisme. Proporsi penanggulangan kasus Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) peserta sudah memenuhi target yang ditetapkan. Sebanyak 78% jenis kasus memiliki proporsi penanganan kasus UKP di atas target. Cakupan kegiatan terbesar berada pada penanganan kasus bedah (94,1%). PIDI perlu dilanjutkan karena berdampak meningkatkan luaran profesionalisme dokter dan peningkatan sistem pelayanan kesehatan. Diperlukan peningkatan kualitas luaran Fakultas Kedokteran agar peningkatan pemahiran dan pemandirian serta profesionalisme dapat berjalan secara optimal.

Kata kunci: Dokter, *internship*, kompetensi

Doctors' Competency Improvement Gained after Program *Internship* Dokter Indonesia (PIDI) Year 2013

Abstract

Program *Internship* Dokter Indonesia (PIDI) is a training in pre-registration phase of competency-based primary care to improve competency gained after doctor qualification from basic medical education. PIDI implemented in health care facilities that called "wahana". A cross sectional research has been conducted in March–May 2013 to obtain PIDI implementation and assessment of interns' competency. The population was interns which start their *internship* in May 2012. Interns from 9 medical faculties from 9 districts/cities in 9 provinces were selected as samples by multistage sampling considering the accreditation of medical faculties where interns finished their study, medical faculties' ownership (public or private), placement and frequency of site's involvement on PIDI. Data collected through focus group discussions, interviews, observation, and documents review. Results showed that competency in seven core competencies, autonomy and professionalism have been improved 75–98.3% through PIDI. This shows that PIDI was needed as a competencies, autonomy and professionalism enhancement before a doctor do his/her private practice. The proportion of 2013 interns' handling on personal health care (UKP) has already meet the target. 78% of UKP's type of cases have been done by interns. The highest proportion was in surgical cases (94.1%). PIDI should be continued because it affects on the improvement of doctors' professionalism and improved health care system. It is necessary to improve the quality of medical faculty's output in order to optimize the improvement on doctors' competencies, autonomy and professionalism.

Key words: Competency, *internship*, medical doctor

Korespondensi: Mieska Despitasi. Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan Badan Litbangkes Kemenkes RI. Jln. Percetakan Negara No. 29, Jakarta Pusat, Indonesia. *E-mail:* mieska.litbang@gmail.com

Pendahuluan

Kompetensi adalah kemampuan yang dimiliki oleh seorang tenaga kesehatan berdasar atas ilmu pengetahuan, keterampilan, dan juga sikap profesional untuk dapat menjalankan praktik. Sikap profesional mengacu pada standar profesi, yaitu batasan kemampuan yang minimal berupa pengetahuan, keterampilan, dan juga perilaku profesional yang harus dikuasai dan dimiliki oleh seorang individu untuk dapat melakukan kegiatan profesionalnya pada masyarakat secara mandiri yang dibuat oleh organisasi profesi bidang kesehatan.¹

Dokter merupakan salah satu dari tenaga kesehatan strategis yang menjadi ujung tombak dalam upaya pemberian pelayanan kesehatan. Pelayanan medik yang berkualitas dan profesional dibutuhkan supaya dapat meminimalkan risiko dan juga memberikan perlindungan hukum baik bagi dokter maupun bagi penerima jasa layanan kesehatan.

Perkembangan IPTEK menuntut perubahan proses belajar mengajar dan juga *output* dari pendidikan. Oleh karena itu, sejak tahun 2005 secara menyeluruh dan bertahap semua fakultas kedokteran di Indonesia sudah mempergunakan metode pembelajaran kurikulum yang berbasis kompetensi (KBK). Pada KBK itu selama masa kepaniteraan klinik, para mahasiswa tidak lagi menangani para pasien secara mandiri. Tindakan klinis pada pasien dilakukan dengan supervisi yang ketat, sedangkan tanggung jawab mutu pelayanan dan legal aspek selama kepaniteraan klinik berada pada pembimbingnya. Keadaan ini menghasilkan lulusan pendidikan kedokteran yang sudah kompeten, namun belum mempunyai pengalaman, kemahiran, dan kemandirian.

Berdasar atas perkembangan tersebut, untuk meningkatkan kemahiran dan pemandirian, serta menerapkan standar kompetensi yang dicapai selama pendidikan, juga menerapkan standar profesi dokter maka diperlukan proses pelatihan keprofesian praregistrasi. Proses tersebut juga menjadi prasyarat untuk mendapat kewenangan praktik kedokteran berupa Surat Tanda Registrasi (STR) dari Konsil Kedokteran Indonesia. Proses ini dikenal di berbagai negara sebagai program *internship* atau *housemanship*. Untuk itu, Konsil Kedokteran Indonesia menetapkan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor: 1/KKI/Per/I/2010 tentang Registrasi Dokter Program *Internship*.²

Program *Internship* Dokter Indonesia atau

PIDI merupakan tahap pelatihan keprofesian praregistrasi berbasis pada kompetensi pelayanan primer guna memahirkkan kompetensi yang telah mereka capai sesudah memperoleh kualifikasi sebagai dokter melalui pendidikan kedokteran dasar. Program *Internship* Dokter Indonesia itu dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan yang telah memenuhi semua persyaratan yang ditetapkan dan disahkan oleh Komite *Internship* Dokter Indonesia (KIDI) Pusat sebagai wahana *internship*.³

PIDI pertama kali dilaksanakan di Sumatera Barat periode Maret 2010. Sampai dengan Mei 2013, sebanyak 8.075 dokter yang berasal dari 36 Fakultas Kedokteran (FK) telah mengikuti PIDI. Dokter *internship* tersebut ditempatkan di 560 puskesmas dan 376 rumah sakit yang tersebar di 22 provinsi. Setelah 3 (tiga) tahun pelaksanaan kegiatan *internship*, Kementerian Kesehatan RI memandang perlu melakukan penilaian terhadap pelaksanaan PIDI. Hal ini sesuai dengan saran Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia pada tanggal 26 November 2012 untuk melakukan kajian menyeluruh terhadap pelaksanaan PIDI.

Di beberapa negara program ini dilaksanakan setelah lulus pendidikan dokter selama 2 (dua) tahun. Di Indonesia telah disepakati dilaksanakan selama 1 (satu) tahun setelah lulus pendidikan dokter dan telah memiliki Sertifikat Kompetensi. Pada program tersebut, dokter bekerja untuk menerapkan seluruh kompetensi yang diperoleh pada waktu pendidikan di wahana yang telah ditetapkan selama 12 bulan (8 bulan di RS dan 4 bulan di puskesmas). Masa *internship* yang satu tahun dapat ditambah bila evaluasi kinerja akhir belum tercapai. *Internship* wajib dilaksanakan oleh dokter yang akan melakukan praktik dokter yang mandiri. Penundaan pelaksanaan *internship* dimungkinkan dalam waktu paling lama 2 (dua) tahun sesudah lulus. Penyelenggaraan PIDI itu ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 299/Menkes/Per/II/2010 mengenai Penyelenggaraan Program *Internship* dan Penempatan Dokter Pasca-*internship*.³

Adapun kegiatan *internship* tersebut adalah melakukan layanan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga pada semua pasien secara profesional yang meliputi kasus medik dan bedah, kedaruratan dan kejiwaan baik pada anak, dewasa dan usia lanjut, pada keluarga maupun pada masyarakat secara holistik, terpadu, dan paripurna dengan melakukan konsultasi dan rujukan serta melakukan kegiatan ilmiah medik

dan nonmedik yang terkait dengan pendekatan kedokteran keluarga.³

Sasaran akhir Program *Internship* itu adalah menerapkan serta memahirkkan kompetensi yang telah diperoleh selama pendidikan dalam rangka penyesuaian antara hasil pendidikan dan praktik di lapangan. Terdapat 7 area kompetensi, yaitu area komunikasi efektif, area keterampilan klinis dasar, area landasan ilmiah ilmu kedokteran, area pengelolaan masalah kesehatan, area pengelolaan informasi, area mawas diri dan pengembangan diri, serta area pengelolaan informasi.³

Metode

Populasi studi adalah peserta *internship* periode Mei 2012. Terdapat dokter lulusan dari 23 Fakultas Kedokteran yang mengikuti *internship* periode Mei 2012 yang tersebar di 16 provinsi (Tabel 1). Provinsi yang menjadi peserta *internship*, yaitu Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Jambi, Bengkulu, Lampung, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, NTB, Kalimantan Barat, dan Sulawesi Selatan.⁴

Sampel pada penelitian ini adalah peserta *internship* dari 9 FK di 9 kabupaten/kota di 9 provinsi terpilih, yaitu Aceh, Riau, Jambi, Banten, Jawa Barat, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Barat, dan Sulawesi Selatan. Penelitian ini dilakukan pada Maret–Mei 2013 di 10 kabupaten/kota yang terpilih di 9 provinsi di Indonesia yang sudah menerima program *internship* pendidikan dokter Indonesia.

Lokasi penelitian ditentukan menggunakan *multistage sampling*. Pemilihan lokasi penelitian berkaitan erat dengan kriteria inklusi peserta *internship* yang digunakan pada penelitian ini. Peserta *internship* yang menjadi responden atau informan penelitian ini adalah peserta *internship* yang telah menjalani program *internship* minimal selama 10 bulan. Pemilihan lokasi penelitian juga mempertimbangkan status akreditasi FK lulusan peserta *internship*, kepemilikan FK (negeri atau swasta), wilayah penempatan, dan juga frekuensi keterlibatan wahana peserta *internship*.⁴

Berdasar atas ketersediaan anggaran yang ada, disepakati untuk dilakukan penelitian terhadap peserta *internship* alumni dari 9 FK (seluruhnya terdapat 23 FK). Penetapan ini didasarkan pada sebaran peserta *internship* di 16 provinsi yang kemudian diklasifikasikan ke dalam 3 regional, yakni Regional Sumatera, Regional Jawa, serta Regional di Luar Sumatera dan Jawa. Di regional masing-masing dipilih peserta *internship* yang

berasal dari 3 FK di 3 provinsi. Dengan demikian, akan terpilih pula 9 provinsi yang menjadi lokasi penelitian.

Tahapan selanjutnya adalah pemilihan secara random atau acak terhadap semua FK tersebut dengan mempertimbangkan proporsi kelompok negeri dengan swasta, serta status akreditasi. Sesuai dengan kesepakatan bahwa akan dipilih peserta *internship* dari 9 FK maka sesuai dengan proporsinya dipilih peserta *internship* lulusan dari 5 FK negeri dan 4 FK swasta.

Peneliti dan pengumpul data penelitian ini adalah peneliti *ad hoc* dan staf Badan Litbangkes, staf dari Pusrengun BPPSDM Kesehatan, peneliti serta staf dari Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia (UI), Universitas Gadjah Mada (UGM), dan Universitas Airlangga (Unair).

Di dalam analisis dilakukan penilaian persepsi pendamping terhadap pencapaian peminatan dan pemandirian area kompetensi masing-masing, perbandingan antara kompetensi sebelum dan sesudah dilaksanakan *internship*, perbandingan antara target yang harus dicapai dalam program *internship* dan hasil pencapaian peserta.

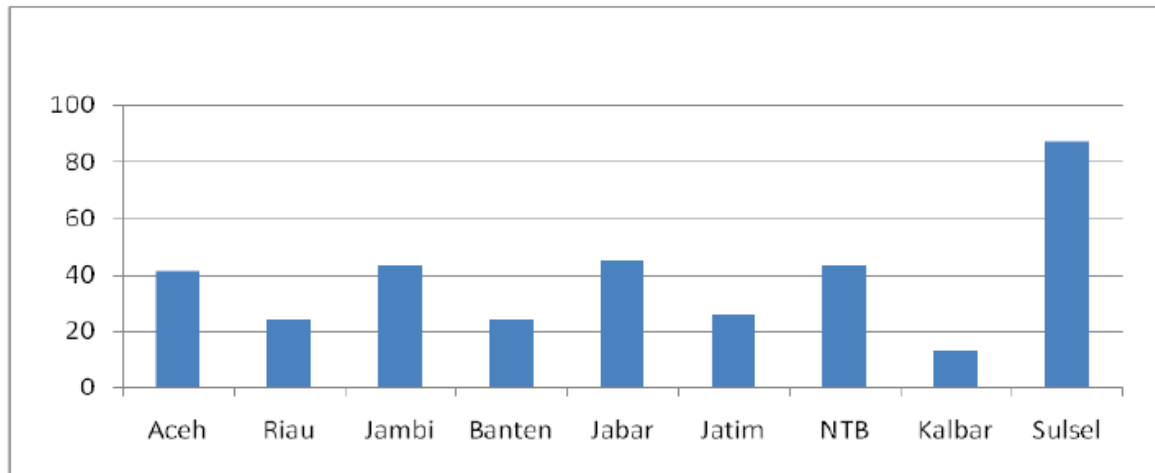
Instrumen penelitian ini meliputi instrumen penilaian kompetensi yang berupa pertanyaan persepsi mengenai peserta *internship* terkait dengan 7 area kompetensi dokter serta penilaian buku borang target pencapaian kasus.

Hasil

Peserta *internship* tahun 2012 berasal dari 23 fakultas kedokteran (FK), 62% adalah FK negeri terakreditasi A, 23% FK negeri terakreditasi B, dan sisanya FK negeri terakreditasi C. Separuh dari FK milik swasta asal peserta *internship*, terakreditasi B, 30% terakreditasi A, dan 20% terakreditasi C. Peserta *internship* yang menjadi responden penelitian tersebar di 9 provinsi di Indonesia yang mewakili Regional Sumatera, Regional Jawa, serta Regional di luar Jawa dan Sumatera. Pada Gambar tampak sebaran peserta *internship* yang menjadi responden penelitian.

Selama mengikuti Program *Internship* Dokter Indonesia, semua peserta harus mencapai sasaran program yang meliputi kasus Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan juga Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dengan target seperti tertera pada Tabel 1.

Pengelolaan kasus-kasus UKM dilaksanakan di puskesmas yang ditargetkan harus memenuhi jumlah dan jenis yang cukup, yaitu 1) Pelayanan Kesehatan Masyarakat Primer (PKMP) dengan



Gambar 1 Jumlah Peserta *Internship* di 9 Provinsi di Indonesia

kegiatan masing-masing sekurang-kurangnya 1 (satu) kasus: Upaya Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Upaya Kesehatan Lingkungan, Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana (KB), Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat, Upaya surveilans, Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular dan Tidak Menular, Upaya Pengobatan Dasar, dan *Mini-project* dengan pendekatan lingkaran pemecahan masalah; 2) Pelayanan Kesehatan Perorangan Primer (PKPP); dan 3) penelitian sederhana mengenai status kesehatan masyarakat.³ Hasil capaian UKM dapat dilihat pada Tabel 2.

Berdasar atas Tabel 2 menunjukkan seluruh peserta sudah pernah mengikuti (melaksanakan) kegiatan posyandu dengan frekuensi kesertaan yang bervariasi 1–20 kali dan perbaikan gizi

masyarakat 1–10 kali. Seluruh peserta juga telah mengikuti kegiatan *mini-project*. Kendati demikian, masih terdapat peserta yang belum pernah mengikuti kegiatan kesehatan lingkungan, surveilans, dan promosi kesehatan.

Pembahasan

Dari Tabel 1 dapat dilihat bahwa cakupan kegiatan UKP peserta *internship* hampir semuanya berada di atas target, kecuali untuk proporsi penanganan kasus UKP untuk kasus perempuan dan kasus medik yang meskipun tidak berada di atas target, namun masih memenuhi target yang ditetapkan. Dalam hal kemajuan cakupan kegiatan dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2013 mengalami peningkatan kecuali mengenai proporsi kasus

Tabel 1 Perbandingan Hasil Cakupan Kegiatan Upaya Kesehatan Perorangan Peserta *Internship* Tahun 2011 dan 2013 berdasar atas Proporsi Kasus

No.	Proporsi Penanganan Kasus Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)	Target (%)	Cakupan Kegiatan (%)	
			2013	2011 ⁵
1	Proporsi kasus bayi-anak	25–40	64,7	45,16
2	Proporsi kasus dewasa (15–60 tahun)	40–60	60,8	71,0
3	Proporsi kasus lansia (>60 tahun)	15–25	63,7	87,0
4	Proporsi kasus laki-laki	40–60	78,4	77,4
5	Proporsi kasus perempuan	40–60	57,8	71,0
6	Proporsi kasus medik	50–70	50,0	77,4
7	Proporsi kasus bedah	10–40	94,1	9,9
8	Proporsi kasus gawat darurat	10–30	75,5	74,2
9	Proporsi kasus kejiwaan	1–5	89,2	67,7

Tabel 2 Kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat

No.	Penanganan Kasus	Minimum	Maksimum
1	Frekuensi mengikuti kegiatan posyandu	1	20
2	Frekuensi mengikuti kegiatan promkes & pemberdayaan masyarakat	0	15
3	Frekuensi mengikuti kegiatan gizi masyarakat	1	10
4	Jumlah laporan kegiatan gizi masyarakat	0	6
5	Frekuensi mengikuti kegiatan kesehatan lingkungan	0	10
6	Jumlah laporan kegiatan kesehatan lingkungan	0	11
7	Jumlah kegiatan surveilans	0	10
8	Jumlah laporan kegiatan surveilans	0	16
9	Jumlah kegiatan <i>mini-project</i>	1	4
10	Jumlah laporan kegiatan <i>mini-project</i>	0	3
11	Jumlah penyajian kasus UKP di RS	0	20
12	Jumlah laporan penyuluhan	0	19
13	Jumlah laporan presentasi <i>mini-project</i>	0	4

dewasa, lansia, perempuan, dan kasus medik mengalami penurunan di tahun 2013. Kendati demikian, penurunan yang terjadi tidak sampai di bawah target pencapaian yang ditentukan. Hal yang menarik adalah proporsi kasus bedah yang mengalami banyak peningkatan cakupannya dari 9,9% di tahun penyelenggaraan 2010 menjadi 94,1% di tahun 2012.

Hasil studi ini menunjukkan secara mandiri bahwa sebanyak 78,3% peserta merasa mampu melaksanakan area komunikasi efektif (area kompetensi 1); 75% merasa mampu melakukan area keterampilan klinik dasar (area kompetensi 2); 77,6% merasa mampu melaksanakan area keterampilan dan menerapkan dasar-dasar ilmu biomedis, ilmu klinik, serta ilmu perilaku dan epidemiologi dalam praktik kedokteran keluarga (area kompetensi 3); 91% sudah merasa mampu melaksanakan area keterampilan pengelolaan masalah kesehatan terhadap individu, keluarga maupun masyarakat dengan cara komprehensif, holistik, secara berkesinambungan, terkoordinasi, dan juga bekerja sama dalam konteks pelayanan kesehatan primer (area kompetensi 4); 94,4% merasa mampu melakukan area memanfaatkan dan menilai secara kritis teknologi informasi, mawas diri dan pengembangan diri dengan belajar sepanjang hayat (area kompetensi 5 dan 6); dan 98,3% merasa mampu menjalankan area kompetensi etika, moral, dan profesionalisme dalam praktik (area kompetensi 7).

Namun demikian, terdapat perbedaan persepsi antara peserta dan pendamping *internship* itu.

Terdapat perbedaan persepsi yang cukup besar pada area kompetensi komunikasi efektif (9,9%), keterampilan klinik dasar (15%), keterampilan pengelolaan masalah kesehatan pada individu, keluarga maupun pada masyarakat dengan cara komprehensif, holistik, cara berkesinambungan, terkoordinasi, dan bekerja sama dalam konteks pelayanan kesehatan primer (20%); etika, moral, dan juga profesionalisme dalam praktik (17,6%). Perbedaannya terletak pada persepsi peserta *internship* tentang pemahiran dan pemandirian yang lebih besar daripada persepsi pendamping (Tabel 3).

Berdasar atas Tabel 3 masih ditemukan area kompetensi inti dokter yang tidak dilakukan oleh peserta *internship*. Menurut peserta *internship* area kompetensi tersebut, yaitu area komunikasi efektif (4,3%) dan area landasan ilmiah ilmu kedokteran (1,1%). Menurut pendamping, area kompetensi yang tidak dilaksanakan oleh peserta *internship* merupakan keterampilan klinik dasar (3,8%).

Penelitian oleh Yudaristy dkk.⁶ dinyatakan bahwa dari hasil wawancara mendalam dengan kelompok informan dosen menunjukkan bahwa substansi pelajaran/materi yang telah diberikan kepada mahasiswa kedokteran sudah cukup, namun informan dosen merasa tidak puas dengan proporsi antara ilmu pengetahuan kedokteran dasar dan klinis. Informan dosen juga menyatakan bahwa pemberian kuliah kedokteran dasar dalam kuliah terintegrasi sudah mencukupi. Mahasiswa belum mencapai kompetensi yang diharapkan.

Tabel 3 Persepsi Peserta dan Pendamping terhadap Pemahiran dan Pemandirian pada Tujuh Area Kompetensi Dokter yang Dilakukan dengan Pendampingan

Area Kompetensi	Dilakukan Secara Mandiri (%)		Tidak Dilakukan (%)	
	Peserta	Pendamping	Peserta	Pendamping
1. Komunikasi efektif;	78,3	68,4	4,3	0
2. Keterampilan klinis dasar;	75,0	60,0	0	3,8
3. Keterampilan menerapkan dasar-dasar ilmu biomedik, ilmu klinis, ilmu perilaku dan epidemiologi dalam praktik kedokteran keluarga;	77,6	77,0	1,1	0
4. Keterampilan pengelolaan masalah kesehatan pada individu, keluarga maupun masyarakat dengan cara komprehensif, holistik, berkesinambungan, terkoordinasi dan bekerja sama dalam konteks pelayanan kesehatan primer;	91,0	71,0	0	0
5 dan 6. Memanfaatkan dan menilai secara kritis teknologi informasi. Mawas diri dan pengembangan diri dengan belajar sepanjang hayat;	94,4	83,9	0	0
7. Etika, moral, dan profesionalisme dalam praktik.	98,3	80,7	0	0
Rata-rata	85,8	73,5	0,9	0,6

Tutorial dilaksanakan secara integratif, namun ada batasan yang jelas tujuan pembelajaran yang ingin dicapai. Kuliah terintegrasi dilaksanakan secara integratif. Pemahaman, juga pengetahuan, kecakapan, serta minat mahasiswa belum cukup layak untuk dinyatakan kompeten. Sementara itu, informan mahasiswa menyatakan belum terjadi penguasaan kompetensi pada blok yang telah dilalui. Materi Kedokteran Dasar dan Klinis dapat Menunjang Kompetensi Dokter. Pengajaran ilmu kedokteran dasar selama 4 semester mempunyai manfaat di dalam blok klinis. Mereka masih dapat mengingat serta memahami ilmu kedokteran dasar dan mengaplikasikannya di blok klinis.

Tantangan terhadap profesi kedokteran masih memerlukan penguatan dalam aspek perilaku profesional, mawas diri, juga pengembangan diri serta komunikasi efektif sebagai dasar dari rumah bangun kompetensi dokter Indonesia. Hal tersebut sesuai dengan hasil pertemuan Konsil Kedokteran se-ASEAN yang memformulasikan bahwa karakteristik dokter yang ideal adalah profesional, kompeten, beretika, serta memiliki kemampuan manajerial dan juga kepemimpinan. Kompetensi itu dibangun dengan fondasi yang terdiri atas profesionalitas yang luhur, mawas diri

dan pengembangan diri, serta komunikasi efektif yang ditunjang oleh pilar berupa pengelolaan informasi, landasan ilmiah ilmu kedokteran, keterampilan klinis, dan pengelolaan masalah kesehatan. Oleh karena itu maka area kompetensi disusun dengan urutan sebagai berikut:

1. profesionalitas yang luhur; 2. mawas diri dan pengembangan diri; 3. komunikasi efektif; 4. pengelolaan informasi; 5. landasan ilmiah ilmu kedokteran; 6. keterampilan klinis; 7. pengelolaan masalah kesehatan.

Berdasar atas Tabel 3 masih ditemukan area kompetensi inti dokter yang tidak dilakukan oleh peserta *internship*. Menurut pendamping, area kompetensi yang tidak dilakukan oleh peserta *internship* adalah keterampilan klinis dasar (3,8%).

PIDI perlu dilanjutkan karena akan berdampak meningkatkan *outcome* profesionalisme dokter dan peningkatan sistem pelayanan kesehatan. Dari sisi sistem pelayanan kesehatan, PIDI juga sangat dibutuhkan untuk memberikan *up-date* ilmu baru bagi fasilitas pelayanan kesehatan yang menjadi wahana PIDI. Selain itu, kebutuhan tenaga dokter di fasilitas pelayanan kesehatan pun dapat tercukupi dengan terdapat peserta

PIDI.

Diperlukan peningkatan pada kualitas *output* fakultas kedokteran agar peningkatan pemahaman dan pemandirian serta profesionalisme dapat berjalan secara optimal.

Simpulan

Terdapat peningkatan pemahaman, pemandirian, dan profesionalisme pada tujuh area kompetensi inti dokter. Keadaan ini menunjukkan bahwa PIDI masih diperlukan. Proporsi penanggulangan kasus UKP peserta *internship* tahun 2013 sudah memenuhi target yang ditetapkan, bahkan di atas target. Cakupan kegiatan terbesar berada pada penanganan kasus bedah.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Kepala Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan BPPSDM Kesehatan; tim peneliti; dan peserta *internship* dokter yang telah memberikan waktunya ikut

berpartisipasi dalam studi ini sebagai responden.

Daftar Pustaka

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Bab I Ketentuan Umum Pasal 1.
2. Konsil Kedokteran Indonesia. Standar kompetensi dokter Indonesia. Edisi ke-2. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia; 2002.
3. Badan PPSDM Kesehatan, Depkes RI. Pedoman pelaksanaan *internship* dokter Indonesia. Buku ke-1. Edisi ke-1. Jakarta: Depkes RI; 2009.
4. Hendarwan H. Laporan evaluasi program *internship* dokter Indonesia. Jakarta: Badan Litbang Kemenkes RI; 2013.
5. Hendarwan H. Laporan penelitian: asesmen program *internship* dokter Indonesia tahun 2011. Jakarta: Badan Litbang Kemenkes RI; 2011.
6. Yudaristy H, Irfanuddin, Azhar MB. Persepsi mahasiswa dan dosen tentang ketercapaian kompetensi dasar dan klinis pendidikan dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya. *JKK*. 2014;1(1):25–33.