

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. TELAAH PUSTAKA**

##### **1. MUHAMMADIYAH**

Muhammadiyah ialah satu lembaga pendidikan islam yang bercorak modern. Lembaga ini lahir atas inisiatif Ahmad Dahlan dengan tujuan utama meningkatkan kecerdasan umat Islam melalui pendidikan. Sejak awal didirikan, Muhammadiyah telah menempatkan pendidikan sebagai salah satu metode untuk mencapai tujuan organisasi yakni untuk menanamkan pentingnya kembali pada Al Qur'an dan Sunnah. Melalui pendidikan, Muhammadiyah dapat mencerdaskan umat Islam pada khususnya dan bangsa Indonesia pada umumnya (Sari et al. 2013).

Mulai dari pertama didirikan, Muhammadiyah telah menetapkan bahwa, "pendidikan sebagai salah satu cara untuk merealisasikan tujuan organisasi. Dengan pendidikan, Muhammadiyah mampu mencerdaskan umat Islam dan bangsa Indonesia. Dalam rangka berperan aktif pada dunia pendidikan, Muhammadiyah telah merumuskan visi, misi dan tujuan pendidikan."

**a. Visi dan Misi Muhammadiyah**

Disebutkan bahwa, "Visi pendidikan Muhammadiyah adalah pengembangan intelektual peserta didik pada setiap jenis dan jenjang pendidikan yang dikelola oleh organisasi Muhammadiyah." Sedangkan misi pendidikan Muhammadiyah dinyatakan, "menegakkan dan menjunjung tinggi agama Islam melalui dakwah islam amar ma'ruf nahi munkar di semua aspek kehidupan."

**b. Tujuan Muhammadiyah**

Tujuan umum Muhammadiyah di bidang pendidikan secara resmi baru dirumuskan pada tahun 1936 ketika kongres Muhammadiyah di Betawi, berbunyi:

- 1) "Mengiringi anak-anak Indonesia menjadi orang Islam yang bersemangat tinggi."
- 2) "Badan sehat bugar, tegap beraktivitas dan bekerja"
- 3) "Kehidupannya mengejar rejeki sendiri, sehingga secara keseluruhan itu memberi manfaat besar hingga bagi badannya dan juga masyarakat hidup bersama."

Sebenarnya tujuan pendidikan Muhammadiyah sudah ada bersama dengan lahirnya pergerakan Muhammadiyah, Amir

Hamzah mengungkapkan, "Pendidikan Muhammadiyah menurut Ahmad Dahlan antara lain :

- 1) "Baik budi, alim dalam agama."
- 2) "Luas pandangan, alim dalam ilmu-ilmu dunia."
- 3) "Bersedia berjuang untuk kemajuan masyarakatnya."

## **2. Struktur Organisasi Muhammadiyah**

### **a. Struktur Organisasi Muhammadiyah Secara Vertical**

#### **a. Struktur Organisasi Muhammadiyah**

##### **1) Struktur Organisasi Muhammadiyah Secara Vertical**

Menurut Pujodjokusumo susunan organisasi Muhammadiyah secara vertical adalah susunan vertikal dalam organisasi Muhammadiyah yang dimulai dari bawah ke atas atau sebaliknya, dimana pimpinan itu tersusun sebagai berikut (Pujodjokusumo 1998):

- a) "Pimpinan Ranting adalah kesatuan anggota dalam satu tempat."
- b) "Pimpinan Cabang adalah kesatuan cabang dalam satu kota atau kabupaten."
- c) "Pimpinan Wilayah adalah kesatuan cabang dalam satu provinsi."
- d) "Pimpinan Pusat adalah kesatuan wilayah dalam negara."

Adapun tugas dan kewajiban tiap tingkatan sebagai berikut :

1) Pimpinan Pusat

Pimpinan pusat yang dulunya bersama Pengurus besar adalah pimpinan tertinggi yang memimpin Muhammadiyah secara keseluruhan. Pimpinan Pusat terdiri dari atas 13 orang yang terpilih oleh Mukhtamar untuk satu masa jabatan dari calon-calon yang diusulkan oleh Tanwir. Ketua umum Pimpinan Pusat ditetapkan oleh Mukhtamar dari dan atas usul anggota Pimpinan Pusat terpilih.

2) Pimpinan Wilayah

Pimpinan Wilayah terdiri dari 11 orang ditetapkan oleh Pimpinan Pusat untuk satu masa jabatan dari calon-calon yang dipilih dalam Musyawarah Wilayah. Ketua Pimpinan Wilayah ditetapkan oleh pimpinan pusat.

3) Pimpinan Daerah

Pimpinan Daerah terdiri dari 9 orang ditetapkan oleh pimpinan wilayah untuk satu masa jabatan dari calon-calon yang dipilih dalam musyawarah daerah.

4) Pimpinan Cabang

Pimpinan Cabang terdiri dari 7 orang ditetapkan oleh pimpinan daerah untuk satu masa jabatan dari calon-calon yang dipilih dalam musyawarah cabang

### 5) Pimpinan Ranting

Pimpinan ranting terdiri dari 5 orang yang ditetapkan oleh pimpinan cabang untuk satu masa jabatan dari calon-calon yang dipilih dalam musyawarah ranting.

### **b. Struktur Organisasi Muhammadiyah Secara Horizontal**

Susunan organisasi Muhammadiyah secara horizontal adalah Badan Pembantu Pimpinan Pusat Muhammadiyah yang mempunyai gerakan amal usaha di bidang praktisnya yang dibentuk dan diadakan mulai dari tingkat pusat, daerah, cabang dan ranting. Berikut badan-badan pembantu yang berbentuk majelis ataupun lembaga :

#### 1) Majelis

Majelis Tarjih dan Tajdid

Tugas dan fungsi majelis adalah :

- a) “Mendampingi dan membantu pimpinan persyarikatan dalam hal membimbing anggota melaksanakan ajaran Islam.”
- b) “Membimbing umat, memberikan arah, memberikan fatwa keagamaan dan memberikan suatu dasar pembenaran agama yang dapat dipahami oleh suatu pembenaran dan mempersiapkan secara meluas.”

- c) “Mempergiat penelitian agama Islam dalam rangka perkembangan yang tumbuh dalam masyarakat.”

#### Majelis Tabligh dan Dakwah Khusus

- a) “Pembinaan ideologi Muhammadiyah.”
- b) “Perencanaan, pembimbingan dan pengawasan program dan kegiatan.”
- c) “Peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga professional.”

#### Majelis Pendidikan Tinggi Penelitian dan Pengembangan (Diktilit bang)

- a) “Meningkatkan kualitas dan kuantitas perguruan tinggi.”
- b) “Melakukan penelitian dan pengembangan bidang perguruan tinggi.”
- c) “Menyampaikan masukan kepada pimpinan persyarikatan sebagai masukan kebijakan.”

#### Majelis Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat

- a) Dibentuk dalam rangka mengamalkan surat Al-Ma’un. KH Ahmad Dahlan mendorong untuk mencari fakir miskin, menyantuni, memberikan sandang pangan, mendidiknya kepada ajaran Islam dan memberikan kerja yang positif.

## b) Lembaga

Lembaga ini bertujuan untuk memberi wadah dan saluran bagi warga anggotanya yang ahli dalam bidang politik secara teori ataupun praktik. Lembaga dalam Muhammadiyah ini ada berbagai macam seperti Lembaga Hubungan dan Kerjasama Luar Negeri, Lembaga Hukum dan HAM, Lembaga Lingkungan Hidup dan Lembaga Pembinaan dan Pengawasan Keuangan.

## 2) Organisasi Otonom

### a) Gambaran Umum

Organisasi otonom Muhammadiyah adalah organisasi yang dibentuk oleh persyarikatan Muhammadiyah yang dengan bimbingan dan pengawasan diberi hak dan kewajiban untuk mengatur rumah tangga sendiri, membina warga persyarikatan Muhammadiyah tertentu dalam bidangnya dalam rangka mencapai maksud dan tujuan Persyarikatan Muhammadiyah. Adapun organisasi otonom yang sudah ada sebagai berikut :

- (1) 'Aisyiyah
- (2) Pemuda Muhammadiyah
- (3) Nasyyatul 'Aisyiyah

(4) Ikatan Mahasiswa Muhammadiyah

(5) Ikatan Pelajar Muhammadiyah

**c. Amal Usaha Muhammadiyah**

Amal Usaha Muhammadiyah (AUM) adalah salah satu usaha yang dibangun oleh Muhammadiyah untuk mencapai maksud dan tujuannya, yakni menegakkan dan menjunjung tinggi agama Islam. Semua bentuk kegiatannya harus mengarah kepada terlaksananya maksud dan tujuan Muhammadiyah.

**3. AMAL USAHA MUHAMMADIYAH**

Muhammadiyah adalah persyarikatan yang merupakan Gerakan Islam. Maksud gerakannya ialah Dakwah Islam dan Amar Ma'ruf nahi Munkar yang ditujukan kepada dua bidang: perseorangan dan masyarakat. Dakwah dan Amar Ma'ruf nahi Munkar pada bidang pertama terbagi kepada dua golongan: Kepada yang telah Islam bersifat pembaharuan (tajdid), yaitu mengembalikan kepada ajaran Islam yang asli dan murni; dan yang kedua kepada yang belum Islam, bersifat seruan dan ajakan untuk memeluk agama Islam (PP Muhammadiyah 2005).

Adapun da'wah Islam dan Amar Ma'ruf nahi Munkar bidang kedua, ialah kepada masyarakat, bersifat kebaikan dan bimbingan serta peringatan. Kesemuanya itu dilaksanakan dengan dasar taqwa

dan mengharap keridlaan Allah semata-mata. Dengan melaksanakan dakwah Islam dan amar ma'ruf nahi munkar dengan caranya masing-masing yang sesuai, Muhammadiyah menggerakkan masyarakat menuju tujuannya, ialah "Terwujudnya masyarakat Islam yang sebenar-benarnya" (PP Muhammadiyah 2005).

**a. Dasar amal usaha muhammadiyah**

Dalam perjuangan melaksanakan usahanya menuju tujuan terwujudnya masyarakat Islam yang sebenar-benarnya, dimana kesejahteraan, kebaikan dan kebahagiaan luas-merata, Muhammadiyah mendasarkan segala gerak dan amal usahanya atas prinsip-prinsip yang tersimpul dalam Muqaddimah Anggaran Dasar, yaitu (**Error! Hyperlink reference not valid.**):

- 1) "Hidup manusia harus berdasar tauhid, ibadah, dan taat kepada Allah."
- 2) "Hidup manusia bermasyarakat."
- 3) "Mematuhi ajaran-ajaran agama Islam dengan berkeyakinan bahwa ajaran Islam itu satu-satunya landasan kepribadian dan ketertiban bersama untuk kebahagiaan dunia akhirat."
- 4) "Menegakkan dan menjunjung tinggi agama Islam dalam masyarakat adalah kewajiban sebagai ibadah kepada Allah dan ikhsan kepada kemanusiaan."

- 5) “Ittiba’ kepada langkah dan perjuangan Nabi Muhammad SAW.”
- 6) “Melancarkan amal usaha dan perjuangannya dengan ketertiban organisasi.”([www.muhammadiyah](http://www.muhammadiyah))

#### **b. Pedoman Amal Usaha Dan Perjuangan Muhammadiyah**

Pedoman Muhammadiyah yaitu:

“Berpegang teguh akan ajaran Allah dan Rasul-Nya, bergerak membangun di segenap bidang dan lapangan dengan menggunakan cara serta menempuh jalan yang diridlai Allah”.

Muhammadiyah memiliki dan wajib memelihara sifat-sifatnya, terutama yang terjalin di bawah ini:

- a) “Beramal dan berjuang untuk perdamaian dan kesejahteraan.”
- b) “Memperbanyak kawan dan mengamalkan ukhuwah Islamiyah.”
- c) “Lapang dada, luas pandangan, dengan memegang teguh ajaran Islam.”
- d) “Bersifat keagamaan dan kemasyarakatan.”
- e) “Mengindahkan segala hukum, undang-undang, peraturan, serta dasar dan falsafah negara yang sah.”
- f) “Amar ma'ruf nahi munkar dalam segala lapangan serta menjadi contoh teladan yang baik.”

- g) “Aktif dalam perkembangan masyarakat dengan maksud islah dan pembangunan, sesuai dengan ajaran Islam.”
- h) “Kerjasama dengan golongan Islam manapun juga dalam usaha menyiarkan dan mengamalkan agama Islam serta membela kepentingannya.”
- i) “Membantu pemerintah serta bekerjasama dengan golongan lain dalam memelihara dan membangun Negara untuk mencapai masyarakat adil dan makmur yang diridlai Allah SWT.”
- j) “Bersifat adil serta kolektif ke dalam dan keluar dengan bijaksana.”

Amal usaha Muhammadiyah terutama bergerak di bidang Pendidikan serta layanan Kesehatan dan Sosial dalam wadah Pembina Kesejahteraan Umat (PKU), dijelaskan dalam tabel berikut:

**Tabel 1 Jenis dan Jumlah Amal Usaha**

No	Jenis Amal Usaha	Jumlah
1	TK/TPQ	4.623
2	Sekolah Dasar (SD)/MI	2.604
3	Sekolah Menengah Pertama (SMP)/MTs	1.772
4	Sekolah Menengah Atas (SMA)/SMK/MA	1.143
5	Pondok Pesantren	67
6	Jumlah total Perguruan tinggi Muhammadiyah	172
7	Rumah Sakit, Rumah Bersalin, BKIA, BP, dll	457
8	Panti Asuhan, Santunan, Asuhan Keluarga, dll.	318
9	Panti jompo *	54
10	Rehabilitasi Cacat *	82
11	Sekolah Luar Biasa (SLB) *	71
12	Masjid *	6.118
13	Musholla *	5.080
14	Tanah *	20.945.504 M <sup>2</sup>

Sumber : [www.muhammadiyah.co.id](http://www.muhammadiyah.co.id)

**c. Hubungan antara Amal Usaha Muhammadiyah Bidang Pendidikan dan Kesehatan.**

Amal Usaha Muhammadiyah adalah salah satu usaha dari usaha-usaha dan media dakwah Persyarikatan untuk mencapai maksud dan tujuan Persyarikatan, yaitu menegakkan dan menjunjung tinggi agama Islam sehingga terwujud masyarakat Islam yang sebenar-benarnya. Oleh karena itu semua bentuk kegiatan amal usaha Muhammadiyah harus mengarah kepada

terlaksananya maksud dan tujuan itu dan seluruh pimpinan serta pengelola amal usaha berkewajiban untuk melaksanakan misi utama Muhammadiyah dengan sebaik-baiknya sebagai misi dakwah.

Di dalam Anggaran Rumah Tangga Muhammadiyah disebutkan ada 14 macam amal usaha yang diwujudkan oleh Muhammadiyah. Dari ke-14 jenis amal usaha itu, jika diklasifikasikan terdiri dari 5 bidang garap : bidang agama islam, bidang pendidikan, bidang kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, bidang politik kenegaraan, dan bidang ekonomi dan keuangan.

Berdasarkan database persyarikatan, Muhammadiyah memiliki berbagai macam amal usaha. Secara umum dapat disebutkan Sekolah Dasar/MI, Sekolah Menengah/MTs, Sekolah Menengah Atas (SMA)/SMK/MA, pondok pesantren, perguruan tinggi, rumah sakit, panti asuhan, panti jompo, dan lain sebagainya.

Sampai dengan tahun 2013, Perguruan Tinggi Muhammadiyah yang mempunyai Fakultas atau Program Studi Pendidikan Dokter ada 9, yaitu : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Universitas Muhammadiyah Malang, Universitas

Muhammadiyah Jakarta, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Universitas Muhammadiyah Semarang, Universitas Muhammadiyah Palembang, Universitas Muhammadiyah Makassar, Universitas Muhammadiyah Sumatra Utara dan Universitas Muhammadiyah Purwokerto.

Perguruan Tinggi Muhammadiyah (PTM) telah mendapat kepercayaan pemerintah untuk mendidik mahasiswa bidang kedokteran dan kesehatan di Indonesia. Salah satu syarat pendidikan kedokteran dan kesehatan ialah adanya kerjasama atau memiliki Rumah Sakit Pendidikan Utama (RSPU) untuk melatih mahasiswa kedokteran dan kesehatan agar menjadi dokter atau tenaga kesehatan yang professional dan berkualitas.

Pimpinan Pusat Muhammadiyah melalui surat Nomor 377/I.0/B/2011 perihal Sinergi Fakultas Kedokteran dengan Rumah Sakit Muhammadiyah/Aisyiyah dengan lampiran daftar pasangan PTM-FK dan RS Muhammadiyah/Aisyiyah sebagai RS Pendidikan Utama menginstruksikan FK PTM dan RS Muhammadiyah/Aisyiyah untuk mempersiapkannya. Diharapkan, selambat-lambatnya, tahun 2014, semua FK PTM telah memiliki maupun bekerja sama dengan RS PKU Muhammadiyah atau Aisyiyah, yang telah memenuhi syarat sebagai RS Pendidikan

Utama, yang kemudian akan diajukan untuk mendapatkan penetapan dan akreditasi sebagai RS Pendidikan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Untuk itu, diperlukan evaluasi *progress report* upaya persiapan RS PKU Muhammadiyah/Aisyiyah sebagai RS Pendidikan Utama (*teaching hospital*) yang akan dibahas pada pertemuan tahunan (*annual meeting*) Asosiasi Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan Muhammadiyah (APKKM). Pada kegiatan tersebut dilaksanakan seminar dan work-shop dengan pembahasan Kebijakan dan Regulasi Uji Kompetensi Dokter dan Profesi Kesehatan Lainnya, Akreditasi Pendidikan Akademik dan Profesi, Pengembangan RSP (Rumah Sakit Pendidikan), dan Dokter Layanan Primer sebagai Pendidikan Lanjutan Profesi serta desiminasi hasil hibah pengajaran dan penelitian pendanaan HPEQ.

#### **4. ACADEMIC HEALTH CENTER (AHC)**

*Academic Health Science Partnership* atau *Academic Medical Centre* adalah kemitraan antarasatu atau lebih Universitas dan penyedia layanan kesehatan yang berfokus pada penelitian, pelayanan klinis, pendidikan dan pelatihan. AHSS bertujuan untuk memastikan bahwa terobosan penelitian medis akan berdampak langsung dan bermanfaat untuk pelayanan klinis untuk pasien dan masyarakat.

Model struktur organisasi AHC dapat mengambil berbagai bentuk, mulai dari kemitraan yang sederhana sampai dengan yang lebih kompleks yaitu organisasi terintegrasi dengan *governing board* tunggal (Dzau et al. 2010).

***University Community*** adalah Perguruan Tinggi dimana terdapat Komunitas Pendidikan Tinggi Ilmu Kesehatan dan Kedokteran bergelar pada tingkat Sarjana meliputi Fakultas Kedokteran, Fakultas Kedokteran Gigi, Fakultas Keperawatan, Fakultas Farmasi, Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Pendidikan Tinggi Profesional atau Politeknik Kesehatan meliputi: D3 Keperawatan, D3 Kebidanan, D3 Asisten Apoteker, D3 Analisis Kimia.

***Teaching Hospital*** atau Rumah Sakit Pendidikan adalah Pendidikan Tinggi Ilmu Kesehatan dan Kedokteran Klinik bergelar pada tingkat Pendidikan Profesi Kesehatan atau Profesi Kedokteran meliputi Pendidikan Klinik Profesi Dokter, Dokter Gigi, Nurse, Bidan.

***Practice Plan*** atau Perencanaan Penempatan adalah Perencanaan Penempatan Lulusan Profesi Kesehatan dipimpin oleh seorang Ketua *Practice Plan* dengan anggota para pengguna lulusan (*user*) di organisasi-organisasi pelayanan kesehatan di daerahnya.

**a. Academic Health Center dalam Pembangunan Kesehatan.**

Berdasarkan latar belakang dan Undang Undang serta Peraturan Pemerintah yang melandasinya maka dapat disimpulkan bahwa Pembangunan Kesehatan memerlukan integrasi dan kolaborasi yang harmonis antara Sistem Pendidikan Kesehatan dan Sistem Pelayanan Kesehatan. Pendekatan AHC memfasilitasi integrasi yang harmonis tersebut, dengan demikian Sistem Pendidikan Kesehatan dapat memperkuat Sistem Pelayanan Kesehatan.

**b. Pentingnya Kolaborasi Sistem Pendidikan Kesehatan dan Sistem Pelayanan Kesehatan dalam Pembangunan Keseha**

- 1) Pendidikan Tinggi bukan hanya produsen lulusan tetapi juga bagian dari peningkatan kualitas pelayanan itu sendiri diseluruh wilayah Indonesia. Sementara ini Pendidikan Tinggi masih berorientasi pada kualitas output, perlu dikembangkan berorientasi kualitas outcome yaitu meningkatnya derajat kesehatan masyarakat.
- 2) Visi dan Misi Institusi Perguruan Tinggi dalam hal ini komunitas Fakultas Fakultas Ilmu Kesehatan dan Kedokteran harus selaras dengan Visi Misi Kementerian Kesehatan.

- 3) Visi dan Misi Kesejahteraan dan Kesehatan Bangsa yang tertulis pada Undang-undang Pendidikan Tinggi dan Undang Undang Pendidikan Kedokteran belum terimplementasikan pada Program Pendidikan.
- 4) Kurikulum PT seharusnya dikembangkan berdasarkan hasil yang diinginkan suatu bangsa dalam masalah kesejahteraan dan kesehatan masyarakat.
- 5) Proposional Kurikulum yang berbasis pada Standar Kompetensi Lulusan dan Uji Kompetensi baru sebatas kompetensi individu lulusan perlu dikembangkan kompetensi yang berorientasi pada Kesehatan Masyarakat.
- 6) Tidak jelas atau belum mempunyai *Practice Plan* atau perencanaan penempatan lulusan sesuai dengan kebutuhan daerah, baik di Kementerian Kesehatan maupun Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.
- 7) Permasalahan Kesehatan tidak dapat hanya diatasi satu profesi saja namun harus merupakan kolaborasi multiprofesi, sementara ini Pendidikan Tinggi belum mempunyai konsep kolaborasi multiprofesi kesehatan dalam praktik di lapangan.
- 8) Mahasiswa belum mempunyai Jati Diri sebagai Patriot Pembangunan Kesehatan Bangsa. Orientasi mahasiswa hanya

tertuju pada pengembangan pribadi dalam keprofesiannya yang dapat terjebak pada individualisme dan materialisme.

- 9) Belum adanya *Role Model* atau keteladanan Patriot Pembangunan Kesehatan Bangsa.

Pada Kepmendiknas RI No 232/U/2000 Pasal 10. Kelompok MPK (Mata Kuliah *Pengembangan* Kepribadian) merupakan kurikulum inti yang wajib untuk setiap program studi terdiri atas Pendidikan Pancasila, Pendidikan Agama dan Pendidikan Kewarganegaraan), belum dapat meningkatkan motivasi pengabdian dan Cinta Negara Kesatuan Republik Indonesia.

**c. Pendekatan AHC dalam integrasi Sistem Pendidikan Kesehatan dan Sistem Pelayanan Kesehatan**

Pendekatan AHC dapat memfasilitasi keharmonisan integrasi Sistem Pendidikan Kesehatan dan Sistem Pelayanan Kesehatan sebagai berikut.

- 1) AHC adalah organisasi Fungsional gabungan fungsi pendidikan, fungsi penelitian dan fungsi pelayanan kesehatan dari berbagai Intitusi Kesehatan yang terkait. AHC bukan organisasi Struktural sehingga dalam kolaborasinya lebih fleksibel.
- 2) Institusi Pendidikan Kesehatan dan Institusi Pelayanan Kesehatan yang tergabung dalam AHC mempunyai Visi dan

Misi yang selaras yang berorientasi pada kualitas *out come* yaitu meningkatnya derajat kesehatan masyarakat diwilayahnya.

- 3) Organisasi AHC terdiri dari 3 komponen yaitu *University Community*, *Teaching Hospital* dan *Practice Plan*. Dengan model organisasi dapat berbentuk integrasi kemitraan terpisah dengan *governing board* masing masing atau terpadu dengan satu *governing board* dipimpin oleh seorang CEO.
- 4) AHC dimasing masing Universitas mempunyai tugas pokok dan fungsi Integrator Spektrum Pelayanan Kesehatan; Inovator pelayanan kesehatan baru; Inovator pengembangan kompetensi baru bagi tenaga kesehatan. Perencanaan penempatan lulusan disuatu daerah. Meningkatkan *environment* penelitian Translational "*from bench to bed for population*".

AHC di masing masing Universitas dapat membentuk dan menyiapkan tim multiprofesi kesehatan yang dapat diuji cobakan di daerah binaannya untuk selanjutnya diharapkan mempunyai pengalaman untuk siap bekerja di seluruh pelosok tanah air.

#### **d. Tugas Pokok AHC**

AHC bertugas pokok meningkatkan dan memperbaiki derajat kesehatan masyarakat di wilayah yang telah ditetapkan

bersama seluruh anggotanya secara berkelanjutan dan bersinambungan.

**e. Fungsi AHC**

- 1) Integrator lintas spektrum pelayanan kesehatan (Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Industri, Kesehatan Kerja, Kesehatan Matra, Kesehatan Militer dll)
- 2) Perencana penempatan lulusan multiprofesi pada daerah yang telah disepakati anggota AHC yang disebut sebagai *Practice Plan*.
- 3) Inovator dan pengembang bentuk pelayanan baru yang dibutuhkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di daerahnya.
- 4) Inovator Pengembangan Kompetensi baru tenaga kesehatan yang dibutuhkan di daerahnya sebagai tambahan Kompetensi dari Standar Kompetensi Dokter Indonesia.
- 5) Perancang pengembangan kurikulum baru yang akan diimplementasi-kan di tingkat Sarjana Kesehatan.
- 6) Pendidikan pelatihan dan pembelajaran kompetensi baru dan di tingkat Sarjana Kesehatan.
- 7) Pendidikan dan Pelatihan keterampilan spesifik di Rumah Sakit Pendidikan ditingkat Profesi Dokter sebagai keterampilan klinik tambahan disamping keterampilan klinik

yang telah ditetapkan pada Standar Kompetensi Dokter Indonesia (KKI 2012) yang dibutuhkan didaerah penempatan.

8) Melaksanakan Penelitian Translasional *From Bench to Bedside to Population*.

Tujuan AHC adalah membawa misi pendidikan, pelayanan klinik dan penelitian secara bersama-sama, untuk mewujudkan dampak yang lebih besar dalam pembinaan kesehatan masyarakat (Victor J Dzau 2013), melalui peningkatan inisiatif dan inovasi dari (Dzau et al. 2014):

1) Penelitian Translasional.

Menciptakan lingkungan (*environment*) di institusi pendidikan untuk penelitian translasional yang bermanfaat bagi pengembangan pendidikan dan pelayanan kesehatan masyarakat.

2) Pendidikan

- a) Mendidik dan melatih tenaga kerja kesehatan untuk masa depan.
- b) Mengajarkan kompetensi baru yang berdampak pada pelayanan kesehatan masyarakat.
- c) Mewujudkan transparansi dan akuntabilitas yang lebih baik.

- 3) Pelayanan kesehatan inovatif
  - a) Mengembangkan dan meng-ases model - model baru dari pelayanan kesehatan masyarakat.
  - b) Melakukan intervensi yang tepat melalui perbandingan efektivitas penelitian.

**f. Komponen Organisasi AHC**

AHC terdiri dari 3 Komponen atau Kelompok organisasi yang berintegrasi secara fungsional yaitu (Wartman 2016):

- 1) *University Community* adalah Perguruan Tinggi dimana terdapat Komunitas Pendidikan Tinggi Ilmu Kesehatan dan Kedokteran bergelar pada tingkat Sarjana meliputi Fakultas Kedokteran, Fakultas Kedokteran Gigi, Fakultas Keperawatan, Fakultas Farmasi, Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Pendidikan Tinggi Profesional atau Politeknik Kesehatan meliputi: D3 Keperawatan, D3 Kebidanan, D3 Asisten Apoteker, D3 Analisis Kimia.
- 2) *Teaching Hospital* atau Rumah Sakit Pendidikan adalah *Pendidikan* Tinggi Ilmu Kesehatan dan Kedokteran Klinik bergelar pada tingkat Pendidikan Profesi Kesehatan atau Profesi Kedokteran meliputi Pendidikan Klinik Profesi Dokter, Dokter Gigi, Nurse, Bidan.

3) *Practice Plan* atau Perencanaan Penempatan adalah Perencanaan Penempatan Lulusan Profesi Kedokteran dan Profesi *Kesehatan* dipimpin oleh seorang Ketua *Practice Plan* dengan anggota para pengguna lulusan (*user*) di organisasi-organisasi pelayanan kesehatan di daerahnya

## 5. STATUS RUMAH SAKIT PENDIDIKAN

Rumah sakit pendidikan sampai saat ini dimiliki oleh pemerintah dan swasta. Pemerintah mengelola rumah sakit melalui kementerian kesehatan, pemerintah daerah, TNI/POLRI, dan kementerian pendidikan nasional. Swasta mengelola rumah sakit melalui badan hukum yang kegiatannya usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakitkan.



**Gambar 1 Status Kepemilikan Rumah Sakit Pendidikan**  
(Naskah Akademik RS Pendidikan, 2011)

Beberapa fakultas kedokteran swasta telah mempunyai rumah sakit pendidikan sendiri. Namun, jumlahnya masih sangat terbatas.

Selain itu, jumlah sumber daya manusia pendidik jumlah dan kualifikasinya masih belum memadai. Pengembangan bagian yang merupakan ujung tombak proses pendidikan belum berjalan seperti halnya di rumah sakit pendidikan utama milik pemerintah. Hal ini dapat dipahami oleh karena sumber daya tenaga pendidik sebagian besar berasal dari institusi pendidikan, sedangkan institusi pendidikan kedokteran swasta belumlah dapat mengembangkan bagian-bagian karena keterbatasan jumlah dan kualifikasi tenaga pendidiknya.

Sejak tahun 2007, Kementerian Pendidikan Nasional memberikan anggaran kepada beberapa universitas untuk mengembangkan rumah sakit pendidikannya. Diharapkan, dengan memiliki rumah sakit sendiri, pelaksanaan kegiatan pelayanan, pendidikan dan riset dapat berjalan secara terintegrasi, dan sesuai dengan visi dan misi pendidikan tinggi di Indonesia.

Kebijakan ini memicu terjadinya diskusi mengenai status rumah sakit-rumah sakittersebut. Sebagian berpendapat bahwa sebaiknya dibawah pengelolaan universitas, sebagian lagi berpendapat sebaiknya dibawah Kementerian Pendidikan Nasional. Tentu saja, kedua pilihan ini mempunyai kelebihan dan kelemahan.

**Tabel 2 Kelebihan dan Kelemahan status RS Pendidikan bila dikelola oleh Universitas atau Kemendiknas**

	Universitas	Kementerian Pendidikan
Kelebihan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Langsung dibawah pengelolaan Universitas sehingga visi dan misi dapat dibuat sejalan dengan visi dan misi universitas.</li> <li>2. Kordinasi pemanfaatan untuk fakultas yang terkait lebih mudah dilakukan.</li> <li>3. Dalam jangka panjang dapat memberi kontribusi finansial kepada Universitas sehingga universitas dapat lebih mandiri secara finansial.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebagai <i>center of resource sharing</i> bagi semua unsur pengguna yang memerlukan (lintas Kementerian)</li> <li>2. Kemudahan pengelolaan keuangan yang langsung dan bertanggung jawab kepada keputusan pusat.</li> <li>3. Pengadaan SDM dapat dilakukan tanpa mengurangi jatah SDM universitas.</li> <li>4. Mobilitas horizontal tenaga manajerial, pendidik dan periset dapat berlangsung lebih mudah.</li> </ol>
Kelemahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistem pengelolaan keuangan tidak sesuai dengan pengelolaan keuangan RS.</li> <li>2. Dapat menjadi sumber beban keuangan bagi Universitas terutama dalam jangka pendek.</li> <li>3. Aspek legal dan teknis status BLU dari universitas dan status BLU dari RS Pendidikan.</li> <li>4. Fungsi pembinaan untuk RS Universitas didaerah yang lain sulit dilakukan.</li> <li>5. Membebani SDM Universitas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi dengan fakultas-fakultas sebagai <i>supplier</i> untuk sumber daya termasuk SDM.</li> <li>2.</li> </ol>

(Naskah Akademik RS Pendidikan, 2011)

## 6. FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (FKIK UMY) merupakan salah satu perguruan tinggi swasta di Yogyakarta yang terletak di Kampus Terpadu Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, DIY.

Tingkat kualitas sumber daya pengelola mendapat prioritas utama dalam pengembangan civitas akademika UMY. Oleh karena itu, setiap tahun UMY mengirimkan 20 hingga 30 tenaga pengajar

untuk mengikuti studi lanjut, berupa S2 (magister) atau S3 (doktoral), baik di dalam maupun di luar negeri.

Sejak berdirinya Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 1981, telah direncanakan pembukaan Fakultas Kedokteran dalam lingkup UMY. Hal ini terjadi mengingat banyaknya amal yang usaha yang bergerak dalam bidang kesehatan

Pada tahun 1993 Fakultas Kedokteran (FK UMY) didirikan. Sebagai Fakultas Kedokteran yang dimiliki oleh Perguruan Tinggi Muhammadiyah mengemban amanah untuk menjadi pusat pendidikan tenaga kesehatan yang dimiliki oleh Persyarikatan Muhammadiyah

Tahap pendidikan seorang calon dokter terbagi menjadi Pendidikan Sarjana Kedokteran (mendapat gelar S.Ked) dan Pendidikan Profesi Dokter untuk mendapatkan gelar dokter. Perkuliahan akan berlangsung di kampus, rumah sakit dan praktek di lapangan dengan metode pembelajaran *Problem Based Learning* (PBL), yaitu mahasiswa sejak duduk di semester awal akan belajar secara integrasi dalam berbagai blok menggunakan pendekatan biomedik dan klinik. Sedangkan Pendidikan Profesi Dokter akan berlangsung penuh di rumah sakit pendidikan utama dan berbagai rumah sakit umum daerah sebagai Rumah Sakit jejaring/afiliasi.

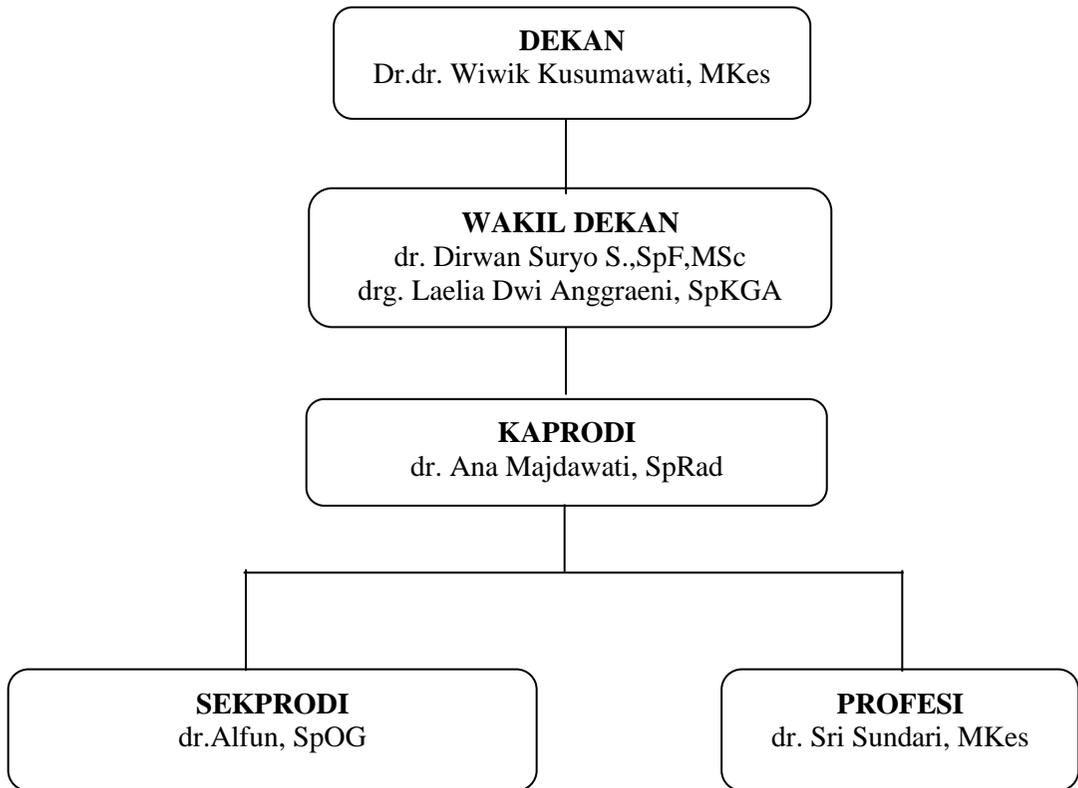
Saat pertama kali didirikan, FK UMY menempati Kampus I Wirobrajan, kemudian pindah ke kampus II di Sonopakis, dan semenjak 2004 menempati gedung di Kampus Terpadu UMY, dengan bangunan yang telah disetting untuk pembelajaran dengan metode Problem Based Learning (PBL).

Di MILAD yang ke 17 tahun 2010 dan seiring dengan perkembangan jumlah Program Studi (Prodi) yang dimiliki FK UMY secara legalitas FK UMY berubah statusnya menjadi FKIK UMY atau *Faculty of Medicine and Health Sciences* sejak didirikannya program studi Ilmu Apoteker/Farmasi (*Pharmacy*) dan program pascasarjana Magister Manajemen Rumah Sakit (*Master of Health Administration*).

Sistem pembelajaran Program Sarjana Pendidikan Dokter FKIK UMY menggunakan model yang lebih terpadu untuk merangsang mahasiswa agar belajar yaitu PBL dengan kurikulum blok yang berbeda dengan kurikulum konvensional. Pada tahun 2009 metode PBL ini telah dimodifikasi menjadi *Case Based Learning* (CBL) dengan keunggulan *early clinical exposure* bagi mahasiswa. Program S1 Pendidikan Dokter memiliki bobot SKS sebanyak 158 SKS (Satuan Kredit Semester). SKS ini terangkum dalam 24 blok dan dapat ditempuh dalam waktu 4 tahun. Untuk jenjang profesi, jumlah

SKS yang ditempuh sebanyak 51 SKS dengan syarat telah menyelesaikan tahap S.Ked. terlebih dahulu. Program profesi disebut juga dokter muda, dapat ditempuh minimal selama 21 bulan sebagai syarat Magang (*clerkship*) yang dinamakan Koassisten. Clerkship diwajibkan untuk semua dokter muda selama 3 bulan berada di RS jejaring Muhammadiyah dan bertindak sebagai dokter jaga dengan supervisi adalah dokter jaga utama lainnya, hal ini dilakukan untuk mendapatkan gelar sebagai Dokter (dr.).

Khusus dalam kurikulum di Program Studi Pendidikan Dokter FKIK UMY terdapat mata kuliah tambahan yang tidak diberikan di fakultas kedokteran lain yaitu materi Informatika Kedokteran (*Medical Informatics*) dan *Islamic Revealed Knowledge* (IRK). Selain itu penekanan Kedokteran Keluarga (*Family Medicine*) ditinjau dengan penambahan SKS yang dominan dan menyebar di 24 blok sistem tubuh manusia. Ketiga kompetensi inilah yang telah diintegrasikan secara nyata dan terukur dan menonjolkan aura khas dokter muslim alumni UMY.



**Gambar 2 Struktur Prodi Pendidikan Dokter FKIK UMY**  
<https://www.scribd.com/doc/143937433/FKIK-UMY#download>

Jumlah Mahasiswa	Kedokteran Umum 859 (2010-2013)
Program Studi dan Akreditasi	Kedokteran Umum, Kedokteran Gigi, Keperawatan, Farmasi
Jumlah Dosen	-
Total Alumni	-
Tahun Berdiri	1993
Dekan	dr. H. Ardi Pramono, Sp.An., M.Kes

## 7. STANDAR KOMPETENSI DOKTER INDONESIA

Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) menjadi kualitas kompetensi minimal seorang dokter di Indonesia. Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) pada tahun 2006 pertama kali mengesahkan SKDI dan telah berperan sebagai acuan untuk dasar kurikulum berbasis kompetensi (KBK). SKDI juga menjadi acuan dalam pengembangan uji kompetensi dokter Indonesia yang dilaksanakan secara rutin. SKDI memerlukan perbaikan dan telaah secara periodik, karena perkembangan yang ada terkait sinergisme sistem pelayanan kesehatan dengan sistem pendidikan dokter, serta hal-hal yang terjadi di masyarakat ditambah perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

Berdasarkan pengalaman institusi pendidikan kedokteran dalam mengimplementasikan SKDI, ditemukan beberapa hal yang mendapatkan perhatian, yang dinyatakan:

- a. “SKDI harus mengantisipasi kondisi pembangunan kesehatan di Indonesia dalam kurun waktu 5 tahun ke depan. Sampai dengan tahun 2015, *Millenium DevelopmentGoals* (MDGs) masih menjadi tujuan yang harus dicapai dengan baik. Untuk itu, fokus pencapaian kompetensi terutama dalam hal yang terkait dengan kesehatan ibu dan anak serta permasalahan gizi dan penyakit

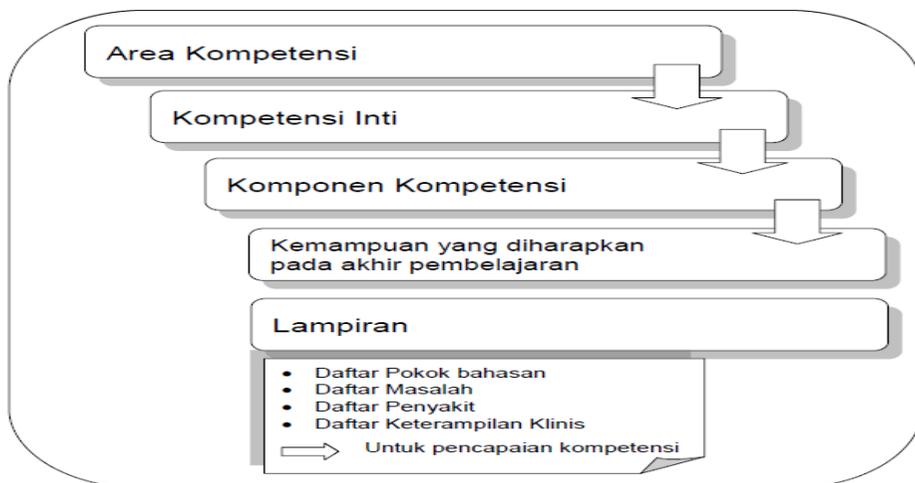
infeksi, tanpa mengesampingkan permasalahan penyakit tidak menular.”

- b. “Tantangan profesi kedokteran masih memerlukan penguatan dalam aspek perilaku profesional, mawas diri, dan 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, yaitu profesional, kompeten, beretika, serta memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan.”
- c. “Dalam mengimplementasikan program elektif, institusi pendidikan kedokteran perlu mengembangkan muatan lokal yang menjadi unggulan masing-masing institusi sehingga memberikan kesempatan mobilitas mahasiswa secara regional, nasional, maupun global.”
- d. “Secara teknis, sistematika SKDI yang baru mengalami perubahan, yaitu:”
  - 1) “Penambahan Daftar Masalah Profesi pada Lampiran Daftar Masalah, sebagai tindak lanjut hasil kajian terhadap perilaku personal dokter.”

- 2) “Penambahan Lampiran Pokok Bahasan untuk Pencapaian 7 Area Kompetensi, sebagai tindak lanjut hasil kajian mengenai implementasi SKDI di institusi pendidikan kedokteran.”
- 3) “Konsistensi lampiran daftar masalah, penyakit dan keterampilan klinis disusun berdasarkan organ sistem. Hal ini untuk memberikan arahan yang lebih jelas bagi institusi pendidikan kedokteran dalam menyusun kurikulum,serta mencegah terjadinya duplikasi yang tidak perlu. Sistematika berdasarkan organ sistem ini juga mempermudah penyusun kurikulum dalam menentukan urutan tematik tujuan pembelajaran secara sistematis.”
- 4) “Agar SKDI dapat diimplementasikan secara konsisten oleh institusi pendidikan kedokteran, maka berbagai sumber daya seperti dosen, tenaga kependidikan, sarana dan prasarana serta pendanaan yang menunjang seluruh aktivitas perlu disiapkan secara efektif dan efisien serta disesuaikan dengan SPPD.”

## **8. Sistematika Standar Kompetensi Dokter Indonesia**

Standar Kompetensi Dokter Indonesia terdiri atas 7 (tujuh) area kompetensi yang dirinci lebih lanjut menjadi kemampuan yang diharapkan di akhir pendidikan.



**Gambar 3 Skema Susunan Standar Kompetensi Dokter Indonesia**  
(Konsil Kedokteran Indonesia 2012)

Standar Kompetensi Dokter Indonesia ini dilengkapi dengan Daftar Pokok Bahasan, Daftar Masalah, Daftar Penyakit, dan Daftar Keterampilan Klinis. Menurut KKI (2012), “Fungsi utama keempat daftar tersebut sebagai acuan bagi institusi pendidikan kedokteran dalam mengembangkan kurikulum institusional.”

“**Daftar Pokok Bahasan**, memuat pokok bahasan dalam proses pembelajaran untuk mencapai 7 area kompetensi. Materi tersebut dapat diuraikan lebih lanjut sesuai bidang ilmu yang terkait, dan dipetakan sesuai dengan struktur kurikulum masing-masing institusi. **Daftar Masalah**, berisikan berbagai masalah yang akan dihadapi dokter layanan primer. Oleh karena itu, institusi pendidikan kedokteran perlu memastikan bahwa selama pendidikan, mahasiswa

kedokteran dipaparkan pada masalah-masalah tersebut dan diberi kesempatan berlatih menanganinya. **Daftar Penyakit**, berisikan nama penyakit yang merupakan diagnosis banding dari masalah yang dijumpai pada Daftar Masalah. Daftar Penyakit ini memberikan arah bagi institusi pendidikan kedokteran untuk mengidentifikasi isi kurikulum. Pada setiap penyakit telah ditentukan tingkat kemampuan yang diharapkan, sehingga memudahkan bagi institusi pendidikan kedokteran untuk menentukan kedalaman dan keluasan dari isi kurikulum. **Daftar Keterampilan Klinis**, berisikan keterampilan klinis yang perlu dikuasai oleh dokter layanan primer di Indonesia. Pada setiap keterampilan telah ditentukan tingkat kemampuan yang diharapkan. Daftar ini memudahkan institusi pendidikan kedokteran untuk menentukan materi dan sarana pembelajaran keterampilan klinis.”

## **9. Standar Kompetensi Dokter Indonesia**

### **a. Area Kompetensi**

Kompetensi berpondasi pada profesionalitas yang luhur, mawas diri dan pengembangan diri, serta komunikasi efektif, dan ditunjang oleh pilar berupa pengelolaan informasi, landasan ilmiah ilmu kedokteran, keterampilan klinis dan pengelolaan

masalah kesehatan. Oleh karena itu area kompetensi disusun dengan urutan seperti gambar berikut



**Gambar 4 Pondasi dan Pilar Kompetensi**

(Konsil Kedokteran Indonesia, 2012)

Komponen Kompetensi menurut KKI (2012) terikutip sebagai berikut

- a. “Area Profesionalitas yang luhur”
  - 1) “Berke-Tuhanan Yang Maha Esa”
  - 2) “Bermoral, beretika dan disiplin”
  - 3) “Sadar dan taat hukum”
  - 4) “Berwawasan sosial budaya”
  - 5) “Berperilaku profesional”
- b. “Area Mawas Diri dan Pengembangan Diri”
  - 1) “Menerapkan mawas diri”
  - 2) “Memperhatikan belajar sepanjang hayat”

- 3) “Mengembangkan pengetahuan”
- c. “Area Komunikasi Efektif”
- 1) “Berkomunikasi dengan pasien dan keluarga”
  - 2) “Berkomunikasi dengan mitra kerja”
  - 3) “Berkomunikasi dengan masyarakat”
- d. “Area Pengelolaan Informasi”
- 1) “Mengakses dan menilai informasi dan pengetahuan”
  - 2) “Mendiseminasikan informasi dan pengetahuan secara efektif kepada profesional kesehatan, pasien, masyarakat dan pihak yang terkait untuk peningkatan mutu pelayanan”
  - 3) “Area Landasan Ilmiah Ilmu Kedokteran”  
“Menerapkan ilmu Biomedik, ilmu Humaniora, ilmu Kedokteran Klinik, dan ilmu Kesehatan Masyarakat yang terkini untuk mengelola masalah kesehatan secara holistik dan komperhensif.”
- e. “Area Ketrampilan Klinis”
- 1) “Melakukan prosedur diagnosis”
  - 2) “Melakukan prosedur penatalaksanaan yang holistik dan komprehensif”
- f. “Area Pengelolaan Masalah Kesehatan”

- 1) “Melaksanakan promosi kesehatan pada individu, keluarga dan masyarakat.”
- 2) “Melaksanakan pencegahan dan deteksi dini terjadinya masalah kesehatan pada individu, keluarga dan masyarakat”
- 3) “Melaksanakan penatalaksanaan masalah individu, keluarga dan masyarakat”
- 4) “Memberdayakan dan berkolaborasi dengan masyarakat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan”
- 5) “Mengelola sumber daya secara efektif, efisien dan berkesinambungan dalam penyelesaian masalah kesehatan”
- 6) “Mengakses dan menganalisis serta menerapkan kebijakan kesehatan spesifik yang merupakan prioritas daerah masing-masing di Indonesia.”

## **10. PERMENKES TENTANG PELAYANAN PRIMER**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktek Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer dengan harapan mampu merealisasikan adanya nakes yang berkualitas, Indonesia membutuhkan peran IDI yang mampu menjaga kompetensi anggotanya.

Bagi dokter, IDI bertugas untuk menyusun standar profesi bagi anggotanya, terdiri dari standar etik (Kode Etik Kedokteran Indonesia – KODEKI), standar kompetensi atau standar minimal yang harus dikuasai oleh setiap dokter ketika selesai menempuh pendidikan kedokteran, dan Standar Pelayanan Medis (SPM) yang harus dikuasai saat pelayanan, terdiri atas Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran dan Standar Prosedur Operasional (Permenkes 2014).

Standar Pelayanan Medis (SPM) merupakan indikator mutu dalam pelayanan yang berdasarkan pada SKDI. Untuk meningkatkan mutu pelayanan, dokter diharuskan mengikuti kegiatan Pendidikan Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan (P2KB) sesuai IDI.

Dalam SKDI 2012 disebutkan, "Tingkat kemampuan dokter dalam pengelolaan penyakit di dalam SKDI dikelompokkan menjadi 4 tingkatan, yakni : tingkat kemampuan 1, tingkat kemampuan 2, tingkat kemampuan 3A, tingkat kemampuan 3B dan tingkat kemampuan 4A serta tingkat kemampuan 4B."

a. "Tingkat Kemampuan 1: mengenali dan menjelaskan"

"Lulusan dokter mampu mengenali dan menjelaskan gambaran klinik penyakit, dan mengetahui cara yang paling tepat untuk mendapatkan informasi lebih lanjut mengenai penyakit tersebut, selanjutnya menentukan rujukan yang paling tepat bagi

pasien. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.”

b. “Tingkat Kemampuan 2: mendiagnosis dan merujuk”

“Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik terhadap penyakit tersebut dan menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.”

c. “Tingkat Kemampuan 3: mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, dan merujuk”

1) “Tingkat Kemampuan 3A. Bukan gawat darurat Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan yang bukan gawat darurat.”

2) “Lulusan dokter mampu menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.”

3) “Tingkat Kemampuan 3B. Gawat darurat”

d. “Tingkat Kemampuan 4: mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas”

“Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit tersebut secara mandiri dan tuntas.”

- 1) “Tingkat Kemampuan 4A. Kompetensi yang dicapai pada saat lulus dokter.”
- 2) “Tingkat Kemampuan 4B. Profisiensi (kemahiran) yang dicapai setelah selesai internsip dan/atau Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB).”

Pada SKDI 2012, tercantum total 736 daftar penyakit dengan sejumlah 144 penyakit harus dikuasai penuh oleh dokter umum. Diharapkan dokter umum dapat mendiagnosis dan melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas. Selain itu terdapat 275 ketrampilan klinik yang juga harus dikuasai oleh lulusan dokter umum. Selain itu, terdapat 261 penyakit yang harus dikuasai dokter umum untuk dapat menegakkan diagnosis sebelum dirujuk, apakah merujuk dalam keadaan gawat darurat maupun tidak termasuk gawat darurat.

Dengan mengacu pada tingkat kemampuan 4, dokter umum dapat mendiagnosis dan memberikan tatalaksana penyakit dengan tuntas. Namun bila pada pasien telah terjadi komplikasi, tingkat keparahan (*severity of illness*) 3 ke atas, atau terdapat penyakit kronis lain yang sulit atau pasien dengan daya tahan tubuh menurun, yang membutuhkan penanganan lanjutan, maka dokter

secara sigap dan akurat harus mempertimbangkan dan memutuskan dilakukan rujukan.

Panduan pelayanan bagi dokter diharapkan dapat meningkatkan kompetensi dokter untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan sekaligus menurunkan angka rujukan dengan cara:

- 1) pelayanan sesuai bukti ilmiah terpercaya dan terkini yang cocok dengan biopsikososiokultural pasien, keluarga dan masyarakatnya;
- 2) memfasilitasi pelayanan medis sesuai dengan kebutuhan dan standar pelayanan;
- 3) meningkatkan mawas diri atau kewaspadaan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan profesi dan klinisi sesuai dengan kebutuhan pasien dan lingkungan; dan
- 4) meningkatkan kemampuan dokter sebagai penjaga gawang pelayanan medis dengan menskrining penyakit dalam tahap dini untuk dapat melakukan penatalaksanaan secara cepat dan tepat sebagaimana layanan dasar seharusnya.

Panduan Praktik Klinis (PPK) Dokter di Faskes Pelayanan Primer disusun berdasarkan pedoman yang berlaku secara global. PPK dirumuskan bersama perhimpunan profesi dan Kementerian Kesehatan. Sistematika PPK berdasarkan PMK No 5 tahun 2014:

1) Judul Penyakit

“Penyakit dengan karakteristik mirip dikelompokkan menjadi satu judul penyakit yang sama. Dasar pemilihan jenis penyakit adalah SKDI 2012.

2) Kode Penyakit, yaitu :

a) Kode *International Classification of Primary Care* (ICPC)

Kode yang disusun berdasarkan alasan kedatangan, diagnosis dan penatalaksanaan untuk faskes primer. Alasan kedatangan dapat berupa keluhan, gejala, masalah kesehatan, tindakan maupun temuan medis.

b) Kode *International Classification of Diseases* (ICD) 10

Merupakan kode bentuk nomenklatur berdasarkan sistem tubuh, etiologi, dan lain-lain, diterapkan di rumah sakit.

c) Tingkat kompetensi berdasarkan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 tahun 2012 tentang SKDI.

3) Masalah Kesehatan

Masalah kesehatan berisi pengertian singkat serta prevalensi penyakit di Indonesia agar dapat memberikan

gambaran kondisi yang mengarah kepada penegakan diagnosis penyakit tersebut.

#### 4) Hasil Anamnesis (Subyektif)

Hasil Anamnesis mengandung keluhan utama maupun keluhan penyerta berdasarkan penelusuran riwayat penyakit yang diderita saat ini, penyakit lainnya yang merupakan faktor risiko, riwayat keluarga, riwayat sosial, dan riwayat alergi bersumber dari pasien atau keluarga. Pada beberapa penyakit, bagian ini berisi informasi khas yang harus digali dokter dari pasien atau keluarga pasien untuk menegakkan diagnosis.

#### 5) Pemeriksaan Fisik dan Pemeriksaan Penunjang (*Objective*)

Merupakan hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang spesifik, mengarah kepada diagnosis penyakit (*pathognomonis*). Pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan fisik menyeluruh tetap harus dilakukan oleh dokter untuk menegakkan diagnosis serta menyingkirkan diagnosis banding.

#### 6) Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Merupakan diagnosis yang hampir semuanya (80%) dapat ditegakkan dengan anamnesis, dan pemeriksaan fisik.

Ada penyakit yang mengharuskan pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis atau menjadi standar penegakan diagnosis. Bagian ini juga memuat klasifikasi penyakit, diagnosis banding, dan komplikasi penyakit.

7) Rencana Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Merupakan rencana penatalaksanaan berorientasi pada pasien (*patient centered*) yang sistematis. Bagian ini terbagi atas dua bagian yaitu penatalaksanaan medikamentosa dan nonmedikamentosa. Bagian ini dapat mengandung jenis edukasi dan konseling terhadap pasien dan keluarga (*family focus*), aspek komunitas lainnya (*community oriented*) serta indikasi dokter perlu merujuk pasien (kriteria rujukan).

8) Fasilitas pendukung

Mengandung informasi fasilitas pendukung spesifik dalam penegakkan diagnosis dan penatalaksanaan penyakit tersebut.

9) Prognosis

Kategori prognosis sebagai berikut :

- a) *Ad vitam*, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan.

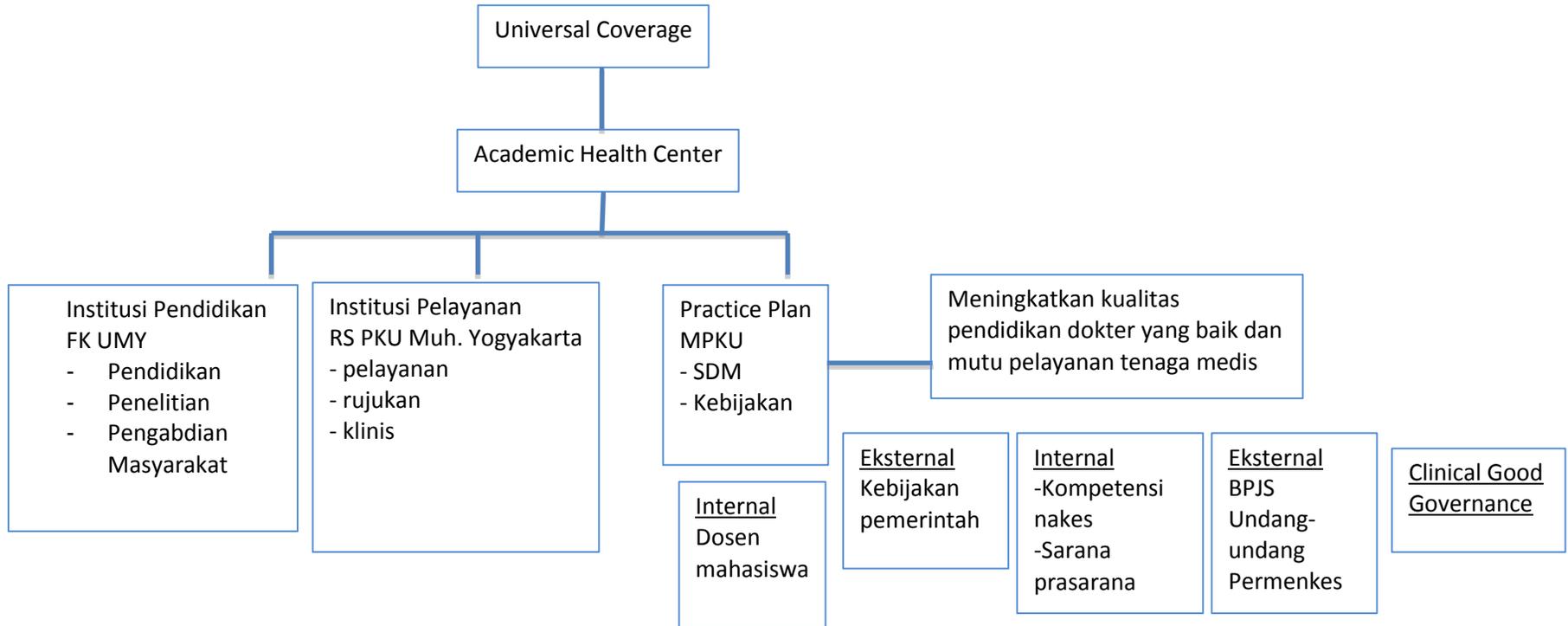
- b) *Ad functionam*, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya.
- c) *Ad sanationam*, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa.

Prognosis digolongkan sebagai berikut:

- a) Sanam : sembuh
  - b) Bonam : baik
  - c) Malam : buruk/jelek
  - d) Dubia : tidak tentu/ragu-ragu
- 10) *Dubia ad sanam* : tidak tentu/ragu-ragu, cenderung sembuh/baik
- 11) *Dubia ad malam* : tidak tentu/ragu-ragu, cenderung memburuk/jelek

Untuk penentuan prognosis sangat ditentukan dengan kondisi pasien saat diagnosis ditegakkan.

## B. Kerangka Konsep



**Gambar 5 Kerangka konsep**

### **C. HIPOTESIS**

1. Ha : Penerapan Konsep *Academic Health Center* di FKIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta memberikan hasil signifikan dalam meningkatkan mutu Sumber Daya Manusia.
2. Ho : Penerapan Konsep *Academic Health Center* di FKIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta tidak memberikan hasil signifikan dalam meningkatkan mutu Sumber Daya Manusia.