

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Profil FKIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

a. Sejarah FKIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Persyarikatan Muhammadiyah yang berkhidmat dalam dakwah di bidang pendidikan dan kesehatan, membutuhkan tenaga kesehatan, terutama dokter untuk menggerakkan lembaga pelayanan kesehatan yang tersebar di seluruh Nusantara. Oleh karena itu, pada bulan Maret tahun 1993, Pimpinan Pusat Muhammadiyah mendirikan Fakultas Kedokteran UMY untuk mendidik calon dokter. Seiring meningkatnya kebutuhan tenaga kesehatan lain di masyarakat, maka berdiri Program Studi Ilmu Keperawatan tahun 2000, Kedokteran Gigi tahun 2002 dan Farmasi tahun 2010. Dengan beragamnya Prodi yang dimiliki, maka fakultas Kedokteran UMY beralih nama menjadi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, dan program pendidikan Kedokteran menjadi Prodi di bawah FKIK UMY pada tahun 2010.

Pada tahun 2002 Program Studi Pendidikan Dokter FK UMY telah terakreditasi oleh BAN PT Dikti Depdiknas dengan Klasifikasi Akreditasi B. Tahun 2015 Prodi Pendidikan Dokter

FKIK UMY kembali meraih akreditasi dari Lembaga Akreditasi mandiri untuk Perguruan Tinggi Kesehatan (LAM-PTKes). Berdasarkan hasil akreditasi terkini tersebut, Program Studi Kedokteran (Sarjana) memiliki Klasifikasi Akreditasi B, sedangkan Program Studi Profesi Dokter memiliki Klasifikasi Akreditasi A.

Berbagai program hibah yang sangat membantu perkembangan FK maupun FKIK UMY adalah Program hibah Kompetensi A2 dari Dikti, hibah K1 Inherent untuk perkembangan teknologi informasi dan Program Hibah Kompetensi Peningkatan Kualitas Pendidikan Dokter (PHK-PKPD) tahun 2011-2013 yang diperoleh dari World Bank-DIKTI.

b. Visi dan Misi FKIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

1) Visi

“Pada tahun 2020 menjadi program studi yang unggul dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, berdasarkan nilai-nilai Islam, terkemuka ‘di tingkat nasional, dikenal di tingkat Internasional, berkontribusi pada pengembangan umat dan bangsa Indonesia“

2) Misi

- a) Mengembangkan sivitas akademika untuk menjadi pribadi yang berakhlak mulia

- b) Menyelenggarakan kegiatan pendidikan yang berbasis bukti sesuai dengan Standar Kompetensi Dokter Indonesia dengan pendekatan kedokteran keluarga
- c) Menyelenggarakan kegiatan penelitian yang berkualitas dan bermanfaat untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi
- d) Menyelenggarakan kegiatan pengabdian pada masyarakat yang bermanfaat untuk pengembangan kesehatan umat dan bangsa Indonesia
- e) Meningkatkan kesejahteraan seluruh pegawai
- f) Menyelenggarakan tata kelola yang baik

c. Tujuan FKIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

1) Tujuan Umum

Menghasilkan dokter yang berkarakter, profesional, kompeten, mandiri, mampu bekerja interdisipliner serta mampu mengembangkan diri, ilmu pengetahuan dan teknologi untuk kemaslahatan umat dan bangsa.

2) Tujuan Khusus

- a) Menghasilkan dokter yang berakhlak mulia, mempunyai kemampuan memahami dan menerapkan dasar-dasar Islam secara universal maupun dalam praktis klinis sesuai

Standar Karakter Kompetensi Dokter Muhammadiyah (SKKDM).

- b) Menghasilkan dokter yang profesional, mempunyai kompetensi sesuai Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) dan profil dokter menurut WHO (*Five-Star Doctor*) serta mampu bekerja secara integrasi dengan profesi kesehatan lain.
- c) Membentuk civitas akademika yang berakhlak mulia dan profesional
- d) Mengembangkan penelitian inovatif dan aplikatif dalam rangka mengembangkan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi untuk kesejahteraan umat dan bangsa
- e) Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat di bidang kesehatan yang bersifat inovatif dan menguatkan upaya promotif dan preventif
- f) Menguatkan tata kelola Program Studi.

d. Gambaran Kerja Sama FKIK UMY dengan Rumah Sakit

FKIK UMY telah bekerja sama dengan beberapa rumah sakit sebagai rumah sakit pendidikannya selama ini. Rumah sakit yang menjadi RS pendidikan utama bertipe B diantaranya RSUD Panembahan Senopati dan RSUD Salatiga. RS lain yang menjadi

lahan pendidikan profesi FKIK UMY adalah RSUD Jogja, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, RS PKU Muhammadiyah Gamping, RSUD Purworejo, RS PKU Muhammadiyah Temanggung, RS PKU Muhammadiyah Wonosobo, RSUD Wates, RSJ Ghrasia, RS PKU Nanggulan, dan RSUD Wonosari. Faskes tingkat pertama yang menjadi lahan pendidikan profesi FKIK UMY adalah Klinik Pratama Firdaus, AMC, dan Puskesmas-puskesmas di area DIY.

e. Gambaran Informan Penelitian

Informasi tentang peran FKIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta terhadap peningkatan mutu SDM dengan konsep *Academic Health Center* (AHC) didapatkan dari 6 (enam) informan yang mewakili sejumlah institusi. Kepada setiap informan ditanyakan 7 (tujuh) pertanyaan yang mengarah pada masalah utama penelitian. Adapun gambaran informan secara singkat yaitu dekanat FKIK UMY (1 orang), sekretaris prodi Pendidikan Dokter FKIK UMY (1 orang), staf pengajar prodi FKIK UMY (3 orang), sekretaris prodi Keperawatan FKIK UMY (1 orang), staf pengajar prodi Keperawatan FKIK UMY (1 orang).

Enam informan diwawancarai dalam kapasitas sebagai bagian dari institusi tempatnya bertugas. Seluruh informan adalah

berasal dari internal FKIK UMY yang terdiri atas 2 informan mewakili pimpinan FKIK, 4 orang mewakili dan bertindak sebagai staf pengajar. Setiap informan mendapatkan pertanyaan yang sama seputar peran FKIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta terhadap peningkatan mutu SDM dengan konsep *Academic Health Center (AHC)*.

2. Deskripsi Data

a. Pengetahuan Informan tentang konsep AHC

Informan dari semua pihak di FKIK pada umumnya sudah mengetahui konsep AHC meskipun dengan pengetahuan yang beragam. Pengetahuan informan dari program studi kedokteran tampak lebih banyak mengetahui konsep AHC daripada yang diketahui oleh informan dari prodi keperawatan. Informan dari prodi keperawatan mengungkapkan pengetahuan yang terbatas tentang AHC.

Tabel 3 Axial Coding Konsep Academic Health Center

Informan	Data	Kategori
R1	FKIK harus punya RS pendidikan sendiri	Mengetahui
R2	<ul style="list-style-type: none"> a. AHC akan dibentuk dalam institusi pendidikan kedokteran, keperawatan, farmasi, kebidanan dengan center fakultas kedokteran b. Rumah sakit-rumah sakit di bawahnya yang disebut rumah sakit satelit c. Rumah sakit pendidikan utama sebagai centernya 	Sangat mengetahui
R3	<ul style="list-style-type: none"> a. Dokter yang menjadi dosen UMY adalah dokter yang memberikan pelayanan di RS. b. Jika semua dosen di FK UMY menjadi dokter di PKU, sebaliknya dokter PKU juga menjadi dosen FK UMY maka jumlah dosen di UMY dan dokter PKU bertambah banyak. c. Dosen ketika praktik di RS pendidikan dapat melakukan penelitian. d. Dosen-dosen FKIK dapat melaksanakan tridarma perguruan 	Sangat mengetahui dan berusaha menawarkan solusi
R4	<ul style="list-style-type: none"> a. AHC itu terdiri dari tiga stakeholder, pertama ada institusi kedokteran, institusi pendidikan b. AHC harus terdiri dari beberapa pendukung salah satunya rumah sakit satelit c. Ada beberapa rumah sakit yang sudah kita calonkan, pertama RS Wonosari, Wonosobo, Sruweng. PKU Temanggung 	Sangat mengetahui
R5	<ul style="list-style-type: none"> a. Tidak ada kebijakan apapun tentang AHC untuk profesi keperawatan b. AHC ini salah satu sistem yang harus dipakai di pendidikan kedokteran 	Mengetahui
R6	<ul style="list-style-type: none"> a. Pendidikan kesehatan tidak bisa lepas antara praktek di klinik maupun perkembangan dari ilmu pengetahuan b. Pelayanan juga membutuhkan baik riset atau teknologi untuk membantu peningkatan kualitas pelayanan c. Intinya pengintegrasian akademik dengan hospital 	Mengetahui

Sumber: Hasil wawancara diolah, 2018

AHC atau yang secara internasional dikenal sebagai AMCH (*Academic Medical Center Hospital*) secara resmi diciptakan oleh Joint Commission International. AHC terdiri dari tiga stakeholder, yaitu institusi kedokteran, institusi pendidikan, dan dinas kesehatan. Tujuan didirikannya AHC adalah untuk memberikan pelayanan berbasis bukti (EBM) di RS Pendidikan yang berpusat pada suatu institusi pendidikan (R4, JP1).

Konsep AHC sejalan dengan tridarma perguruan tinggi, yaitu pendidikan, penelitian, dan pengabdian. AHC mengintegrasikan ilmu teoretis dengan ilmu praktek/klinis sehingga aspek pendidikan di perguruan tinggi menjadi sejalan dengan pelayanan sesungguhnya di RS. Pada AHC, penelitian menjadi lebih bermakna karena terdapat banyak sumber penelitian di RS dan hasil penelitian dapat diterapkan di pelayanan RS, bahkan dapat menjadi bahan evaluasi kebijakan RS itu sendiri. Tridarma PT terakhir yaitu pengabdian, sesuai dengan konsep AHC untuk menjadi lahan penerapan keilmuan melalui pelayanan kepada masyarakat (R3, JP1).

AHC pada prinsipnya adalah sinkronisasi atau keterpaduan antara dunia pendidikan dengan dunia pelayanan. Pada AHC, semua fakultas kedokteran didukung dengan RS pendidikannya

masing-masing. Sehingga akademisi di fakultas kedokteran juga otomatis menjadi praktisi di RS pendidikan. Dampaknya, akademisi dapat menyampaikan suatu keilmuan berdasarkan teori dan juga hasil implementasi di RS (R1, JP1).

AHC dibentuk dalam suatu institusi pendidikan yang terdiri dari pendidikan kedokteran, keperawatan, farmasi, kebidanan, dan tenaga kesehatan lainnya dengan fakultas kedokteran sebagai pusatnya. AHC merupakan lahan pendidikan dan pelayanan yang secara hierarki terdiri dari rumah sakit pendidikan utama bertipe A atau B, rumah sakit satelit sebagai jejaring bertipe C, rumah sakit tipe D, RS khusus sebagai afiliasi, dan klinik layanan primer (R2, JP1).

b. Pengetahuan tentang peran FKIK UMY dalam konsep AHC

Semua informan sudah mengetahui peran FKIK UMY dalam konsep AHC pada umumnya. Pengetahuan mengenai peran FKIK UMY lebih banyak disampaikan oleh informan dari program studi kedokteran dibandingkan dari program studi keperawatan. Prodi pendidikan dokter dan keperawatan sama-sama memiliki andil dalam konsep AHC meskipun proporsinya berbeda.

Tabel 4 *Axial Coding* Pengetahuan Peran FKIK dalam konsep *Academic health Center*

Informan	Data	Kategori
R1	<ul style="list-style-type: none"> a. FKIK UMY sudah memiliki SDM yang sudah cukup tapi tersebar kemana-mana b. FKIK UMY belum memiliki murni RS pendidikan 	Menyediakan SDM
R2	<ul style="list-style-type: none"> a. FKIK berperan mendidik mahasiswa di bidang kesehatan, b. mau tidak mau FKIK harus membentuk sistem yang AHC 	Mendidik dan membentuk sistem
R3	Peran FKIK dalam konsep AHC adalah seperti halnya pelaksanaan tridarma perguruan tinggi yaitu pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat	Sesuai fungsi tridarma perguruan tinggi
R4	<ul style="list-style-type: none"> a. Perannya dari sisi SDM, kebijakan, dari sisi kajian pelayanan hasil-hasil dari kajian ini bisa dihasilkan dan dimasukkan dalam kebijakan rumah sakit b. Output yaitu output ilmiah dalam bentuk kajian ilmiah dalam bentuk penelitian klinis 	Menyediakan SDM, membuat kebijakan, penelitian
R5	<ul style="list-style-type: none"> a. Akan menjadi pilot project b. Pelaksanaannya saya pikir belum terlihat ya karena kan konsep ahc sendiri baru akan digulirkan pada fakultas kedokteran sendiri 	Membuat Pilot project AHC
R6	<ul style="list-style-type: none"> a. Ada tridarma perguruan tinggi yaitu penelitian, pendidikan, pengabdian masyarakat b. Keperawatan sebagai sumber daya manusia yang paling banyak di seluruh rumah sakit 	Sesuai tridarma perguruan tinggi

Sumber: Hasil wawancara diolah, 2018

FKIK UMY memiliki peran pada hampir semua komponen dalam konsep AHC, yaitu dari segi SDM, kebijakan, maupun kajian pelayanan dalam bentuk penelitian klinis (R3, JP2). Peran FKIK UMY dalam konsep AHC adalah sebagai penyedia SDM yang saat ini masih dalam tahap penataan. Hal ini terjadi karena belum adanya RS pendidikan murni yang dimiliki oleh FKIK UMY (R1, JP2).

FKIK UMY secara otomatis harus memiliki AHC sebagai lahan pendidikan dan pelayanan karena FKIK UMY merupakan pusat pendidikan mahasiswa program studi kedokteran, kedokteran gigi, keperawatan, dan farmasi (R2, JP2).

Karena besarnya peran FKIK UMY pada konsep AHC, maka konsep AHC ini menjadi *pilot project* yang dimulai dari fakultas kedokteran (R5, JP2). Prodi keperawatan sebagai salah satu pilar FKIK dan SDM terbanyak di RS telah mengembangkan asuhan keperawatan yang bisa meningkatkan sinergisitas pelayanan kesehatan mengingat peran FKIK UMY tidak dapat lepas dari AHC yaitu sesuai dengan tridarma perguruan tinggi: pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat (R6, JP2).

c. Cara FKIK UMY dalam mempersiapkan mutu dan kualitas SDM lulusan

Ada sejumlah upaya FKIK UMY mempersiapkan mutu guna mendukung AHC yaitu SDM dan ketersediaan RS pendidikan. Dua hal tersebut harus ada terlebih dahulu dengan jumlah SDM harus sesuai dengan jumlah di masing-masing bagian. Saat ini FKIK memiliki SDM dan sudah memiliki calon RS pendidikan. Akan tetapi jumlah SDM nya untuk menggerakkan RS pendidikan tadi belum memenuhi. Jumlah pengajar di bagian besar seperti interna, bedah, anak, obsgyn belum semua memenuhi standar.

Tabel 5 Axial coding FKIK dalam Mempersiapkan Mutu dan Kualitas SDM Lulusan

Informan	Data	Kategori
R1	<ul style="list-style-type: none"> a. Nomor satu adalah SDM. Kedua adalah RS pendidikannya b. Saat ini FKIK memiliki SDM dan sudah memiliki calon RS pendidikan. c. Jumlah pengajar di bagian besar seperti interna, bedah, anak, obsgyn belum semua memenuhi standar 	Menyiapkan SDM dan RS pendidikan
R2	<ul style="list-style-type: none"> a. FKIK harus menyiapkan SDM yang diperlukan Rumah Sakit Paling tidak FKIK mempunyai dokter-dokter konsultan subspesialis b. FKIK sudah mulai berupaya merekrut SDM yang spesialis 	Menyiapkan SDM terutama dokter spesialis dan konsultan

	<p>S2 maupun S3, Kemudian FKIK juga menyiapkan konsultannya</p> <p>c. SDM di daerah satelit sudah ada tapi jumlahnya masih kurang</p>	
R3	<p>a. FKIK juga telah memiliki roadmap tentang studi lanjut dosen pendidik.</p> <p>b. Caranya dengan meningkatkan kualitas dosen yang sejak awal menjadi dosen minimal harus S2 spesialis</p> <p>c. Meng-upgrade dosen dengan memberikan pelatihan tentang metode pembelajaran dan evaluasi pembelajaran</p>	Meningkatkan kualitas pendidik/dosen
R4	<p>a. Pelayanan unggulan apa yang menjadi fokus AHC</p> <p>b. Pemetaan SDM dalam hal pelayanan itu dari dua institusi ini, UMY dan PKU</p>	Menyiapkan kualitas layanan unggulan dan memetakan SDM
R5	<p>a. Timnya sudah terbentuk</p> <p>b. Bidang-bidangnya juga sudah ada</p> <p>c. Melakukan lobby lobby ke atas</p> <p>d. Keperawatan dan farmasi memang belum terlibat</p>	Membentuk tim untuk merealisasikan AHC
R6	<p>a. Persiapannya lebih ke pendidikannya</p> <p>b. di keperawatan sendiri juga punya spesialis</p> <p>c. kita juga punya spesialis keperawatan jiwa, spesialis medical bedah, spesialis maternitas, spesialis anak, spesialis magister keperawatan gawat darurat</p>	Menyiapkan pendidik spesialis termasuk di keperawatan

Sumber: Hasil wawancara diolah, 2018

Cara FKIK UMY mempersiapkan mutu dan kualitas SDM agar sesuai dengan konsep AHC adalah dengan pembentukan tim

sesuai bidangnya, disertai dengan pelobian kepada Pimpinan Pusat Muhammadiyah, DIKTI LITBANG PT, dan lain-lain (R5, JP3). Selain itu, FKIK UMY juga meningkatkan kualitas akademisi/SDM baik profesi maupun keilmuan, dan melakukan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan pembelajaran, serta evaluasi metode pembelajaran yang dilakukan (R3, JP3).

Modal awal yang dibutuhkan untuk mempersiapkan SDM agar sesuai dengan konsep AHC adalah pemetaan SDM dalam FKIK UMY atau RS. Saat ini jumlah SDM belum mencukupi dan RS Pendidikan masih dalam tahap pencalonan, ditambah perlu adanya sistem yang sinkron antara akademik dengan klinisi/profesi (R1, JP3).

Pelayanan unggulan yang menjadi fokus AHC dipetakan lalu dijadikan penentu SDM yang diprioritaskan. Dalam hal ini dokter subspecialis merupakan salah satu kriteria SDM RS Pendidikan sehingga FKIK UMY berfokus pada persiapan dokter subspecialis tersebut (R4, JP3). Sementara itu, prodi Keperawatan FKIK UMY mempersiapkan mutu dan kualitas SDM agar sesuai dengan konsep AHC melalui persiapan pendidik yang berkualitas. Ada beberapa perawat bergelar doktor, spesialis keperawatan jiwa,

spesialis medical bedah, spesialis maternitas, spesialis anak, dan spesialis magister keperawatan gawat darurat (R6, JP3).

d. Hal-hal yang Disiapkan untuk Mewujudkan Konsep AHC

Hal yang dilakukan untuk mewujudkan AHC yang utama yaitu menyiapkan RS bertipe A atau B dan SDM yang kompeten. Selama ini FKIK belum punya RS pendidikan utama yang milik UMY.

Tabel 6 Axial coding Persiapan untuk Mewujudkan Konsep Academic Health Center

Informan	Data	Kategori
R1	Kita punya SDM yang menunjang AHC, tapi sekarang RS pendidikannya belum siap.	Menyiapkan SDM
R2	a. Menyiapkan RS-nya. Harusnya PKU Gamping ini menjadi RS pendidikan utama b. Satelit itu kita siapkan AMC c. FKIK juga menyiapkan kurikulum atau metode rotasi Koas	Menyiapkan RS pendidikan dan satelitnya, menyiapkan kurikulum
R3	a. Banyak yang perlu disiapkan mulai dari visi misi UMY yang jelas, koordinasi dan kolaborasi dengan dua institusi. b. Persiapan secara administrative sudah terlaksana, secara teknis sudah terlaksana, tetapi belum optimal	Visi, misi, koordinasi, kolaborasi, administrasi
R4	a. Tahapan awal ya adanya team <u>task force</u> untuk implementasi pendidikan di PKU. b. Pemenuhan fasilitas disesuaikan dengan standar KARS 2018. c. Sudah dsiapkan sejak awal bahwa	Membentuk task force, menenuhi fasilitas, kaji ulang

Informan	Data	Kategori
	RS PKU Gamping d. Kaji banding memang belum ada	
R5	a. Timnya sudah terbentuk b. Bidang-bidangnya juga sudah sudah ada c. Lobby lobby ke atas	Membentuk tim untuk lobi
R6	Persiapannya lebih ke pendidiknya	Menyiapkan pendidik

Sumber: Hasil wawancara diolah, 2018

Pada prinsipnya, ada dua hal utama yang harus disiapkan untuk mewujudkan konsep AHC, yaitu SDM dan RS Pendidikan. Dari segi SDM, UMY memiliki jurusan pascasarjana, ekonomi, di samping FKIK itu sendiri. RS pendidikan untuk saat ini masih dalam tahap perencanaan dan belum siap (R1, JP4).

Target dari RS Pendidikan utama seperti RS PKU Gamping adalah terakreditasi paripusna. Untuk RS satelit, yang dipersiapkan adalah AMC, akan dijadikan RS tipe C. Dipertimbangkan pula RS yang dipilih ditinjau dari lokasi tidak terlalu jauh dari UMY, sebagai contoh RS PKU Wonosobo dan RS PKU Temanggung. Setelah itu, perlu disiapkan SDM, sarana prasarana, kurikulum sesuai SKDI, serta metode rotasi calon dokter. Metode rotasi meliputi penjadwalan dokter muda selama 10 minggu stase besar di RS Pendidikan Utama, kemudian dikirim

ke RS satelit, lalu ke afiliasi RS khusus, atau puskesmas/fasilitas kesehatan dasar. Yang tak kalah penting, perlu disiapkan juga kerja sama lintas sektoral dalam naungan hukum di bawah MPKU (R2, JP4). Prodi Keperawatan FKIK UMY menyiapkan kemandirian profesi perawat, yang didukung dengan pendidikan berkualitas atau pengajar bermutu, mulai dari S2, spesialisasi, bahkan S3 (R5, JP4).

e. Kesiapan sumber daya manusia FKIK UMY untuk menjadi universitas pendidikan kesehatan dengan konsep AHC

Secara garis besar, informan menyatakan bahwa kesiapan SDM FKIK UMY masih membutuhkan proses dan waktu baik dalam hal jumlah SDM, maupun kompetensi SDM. Dari segi perencanaan, SDM FKIK UMY akan siap menjalankan konsep AHC pada tahun-tahun mendatang, untuk saat ini kesiapan baru dalam tahap perencanaan.

Tabel 7 Axial Coding Kesiapan SDM FKIK untuk Menjadi Universitas Pendidikan Kesehatan dengan Konsep Academic Health center

Informan	Data	Kategori
R1	a. FKIK memiliki SDM yang menunjang AHC, tapi sekarang RS pendidikannya belum siap b. Perlu akreditasi pendidikan c. Meningkatkan kualitas seleksi penerimaan akademik	Sudah siap

Informan	Data	Kategori
R2	a. SDM masih dalam proses b. Membuat kesepakatan, persiapan sudah, target, schedule dengan target sekitar tahun 2019 - 2020 terwujud.	Masih proses menyiapkan
R3	a. Secara kompetensi sudah siap b. Jumlahnya SDM belum memadai. c. Rasio dosen dan mahasiswa harusnya 1 : 10 untuk S1, dan 1: 5 untuk profesi d. Rasio dosen FKIK dan mahasiswa saat ini baru 1:15. Idealnya, FKIK harus menambah 2 kali lipat dari jumlah dokter	Belum siap
R4	Tenaga yang dimiliki oleh UMY dan PKU sudah cukup	Sudah cukup siap
R5	Mau tidak mau kalau itu memang diminta oleh sistem ya harusnya siap	Harus dikondisikan
R6	a. Secara sumber daya manusia, visi dan misi yang ada sudah siap b. Tidak hanya pendidikan dokter saja, dari farmasi/perawat/nutrisi dan lain-lain.	Sudah siap

Sumber: Hasil wawancara diolah, 2018

Kesiapan FKIK UMY dalam konsep AHC meliputi penjadwalan kesepakatan-kesepakatan, persiapan, target, *timeline*, dan realisasi sekitar tahun 2019-2020. AHC yang dibuat adalah AHC muhammadiyah, dan secara bertahap akan melepas kerja sama dengan RS negeri yang selama ini menjadi RS pendidikan FKIK UMY (R2, JP5). SDM yang dimiliki FKIK UMY dan RS PKU sudah siap ditambah dengan adanya SDM yang masih dalam proses pemetaan (R4, JP5). Kompetensi SDM FKIK sudah siap,

akan tetapi jumlahnya belum memadai. Pada pendidikan formal, rasio dosen banding mahasiswa S2 adalah 1:10, dokter muda 1:5, sementara FKIK UMY rasio dosen banding mahasiswa S1 1:15 (R3, JP5).

Setiap prodi di FKIK UMY sudah siap dengan peran masing-masing baik dari pendidikan dokter, kedokteran gigi, keperawatan, farmasi, untuk mewujudkan konsep AHC (R6, JP5). Sarana dan prasarana sudah siap yaitu RS PKU yang ada cukup banyak, sehingga apabila sistem sudah siap, implementasi juga harus sudah bisa terlaksana (R4, JP5).

f. Kendala yang dihadapi FKIK UMY terkait proses persiapan SDM-nya dalam konsep AHC

Kendala yang dihadapi FKIK UMY terkait proses persiapan SDM secara umum adalah kapasitas SDM masih kurang, belum idealnya rasio dosen dibanding mahasiswa, belum kuatnya kerja sama antara institusi pendidikan dan rumah sakit, dan belum adanya payung hukum yang menaungi perbedaan manajemen institusi pendidikan dan rumah sakit.

Tabel 8 Axial Coding Kendala yang Dihadapi terkait Proses Persiapan SDM dalam Konsep *Academic health Center*

Informan	Data	Kategori
R1	<ul style="list-style-type: none"> a. SDM di internal FKIK saja kapasitasnya masih kurang b. Intinya masih butuh waktu untuk memenuhi kriteria AHC c. Semua akan bisa terealisasi ketika RS PKU gampang bisa menjadi RS pendidikan 	Kapasitas SDM masih kurang
R2	<ul style="list-style-type: none"> a. FKIK belum mengadakan study banding ke tempat yang murni AHC b. Meskipun RS pendidikan utama, RS satelit, Klinik jejaring sama-sama Muhammadiyah tidak mudah membuat kesepakatan c. Permasalahan pengelola RS yang mau dijadikan RS pendidikan 	Belum studi banding, pengelola RS maupun klinik yang berbeda-beda
R3	<ul style="list-style-type: none"> a. Rasio dosen dan mahasiswa belum ideal b. Birokrasi dan regulasi penetapan dokter-dokter layanan PKU c. NIDK untuk dosen swasta agak berbelit 	Rasio dosen: mahasiswa belum ideal, NIDK berbelit
R4	<ul style="list-style-type: none"> a. PKU Gamping masih tipe C. b. Perbedaan manajemen c. Belum ada payung hukumnya 	Perbedaan manajemen dan belum ada payung hukum
R5	<ul style="list-style-type: none"> a. Belum punya gambaran harus apa b. Kerjasama FK dan PKU belum kuat 	Kerja sama belum kuat
R6	Kendalanya belum ada realisasi AHC	Belum tampak ada upaya realisasi AHC.

Sumber: Hasil wawancara diolah, 2018

Kendala persiapan konsep AHC meliputi birokrasi dan proses kerja sama dengan RS PKU yang akan menjadi RS pendidikan membutuhkan usaha yang tidak mudah. Belum

terlaksananya studi banding implementasi konsep AHC di institusi swasta, seperti di Universitas Atma Jaya Jakarta yang telah terakreditasi A dan memiliki RS pendidikan sendiri (R2, JP6).

Di samping itu, belum semua prodi terlibat dan mengetahui pasti perannya dalam konsep AHC, serta belum kuatnya kerja sama antara pendidikan dan RS. Yang menjadi dasar AHC adalah tujuan bersama yaitu pelayanan fokus pada pasien (R5, JP6). Dari prodi keperawatan FKIK UMY, terdapat kendala yaitu belum optimalnya kegiatan mandiri perawat karena masih terkungkung dalam tugas kolaboratif dengan profesi lain (R6, JP6). Dari banyaknya kendala tersebut, masih dibutuhkan waktu untuk memenuhi kriteria AHC (R1, JP6).

g. Implementasi konsep AHC oleh FKIK UMY dalam menyiapkan lulusan bermutu

Secara teoretis, konsep AHC dapat diimplementasikan di FKIK UMY. Semua informan berpendapat bahwa konsep AHC membutuhkan persiapan dan waktu dalam proses implementasinya. Dengan konsep AHC, FKIK UMY akan mampu mencetak lulusan bermutu didukung oleh peran MPKU.

Tabel 9 Axial Coding Implementasi Konsep *Academic Health Center* di FKIK UMY

Informan	Data	Kategori
R1	a. Sudah banyak kita biasa mencetak kelulusannya b. Dalam satu tahun hanya bias meluluskan sekitar 200 untuk satu periode	Sudah mencetak banyak SDM dokter
R2	a. AHC di FKIK Muhammadiyah mampu menyiapkan lulusan bermutu b. MPKU akan membantu FKIK menghasilkan SDM dan menempatkan outcomenya ditempatkan di berbagai pelosok daerah	Dengan AHC, mampu mencetak lulusan bermutu, MPKU sudah berperan
R3	a. AHC sangat bisa diterapkan di Muhammadiyah b. Seluruh aset perserikatan itu milik Muhammadiyah	Seluruh aset milik Muhammadiyah
R4	Kekuatan kita karena muhammadiyah memiliki cabang di mana-mana.	Cabang Muhammadiyah ada di mana-mana
R5	Sistemnya baru dibangun	Baru mulai
R6	a. Merintis PKU Gamping sbg RS pendidikan b. Kesiapan sudah bisa diterapkan dg SDM, fasilitas yg ada DR institusi.	Proses merintis RS pendidikan

Sumber: Hasil wawancara diolah, 2018

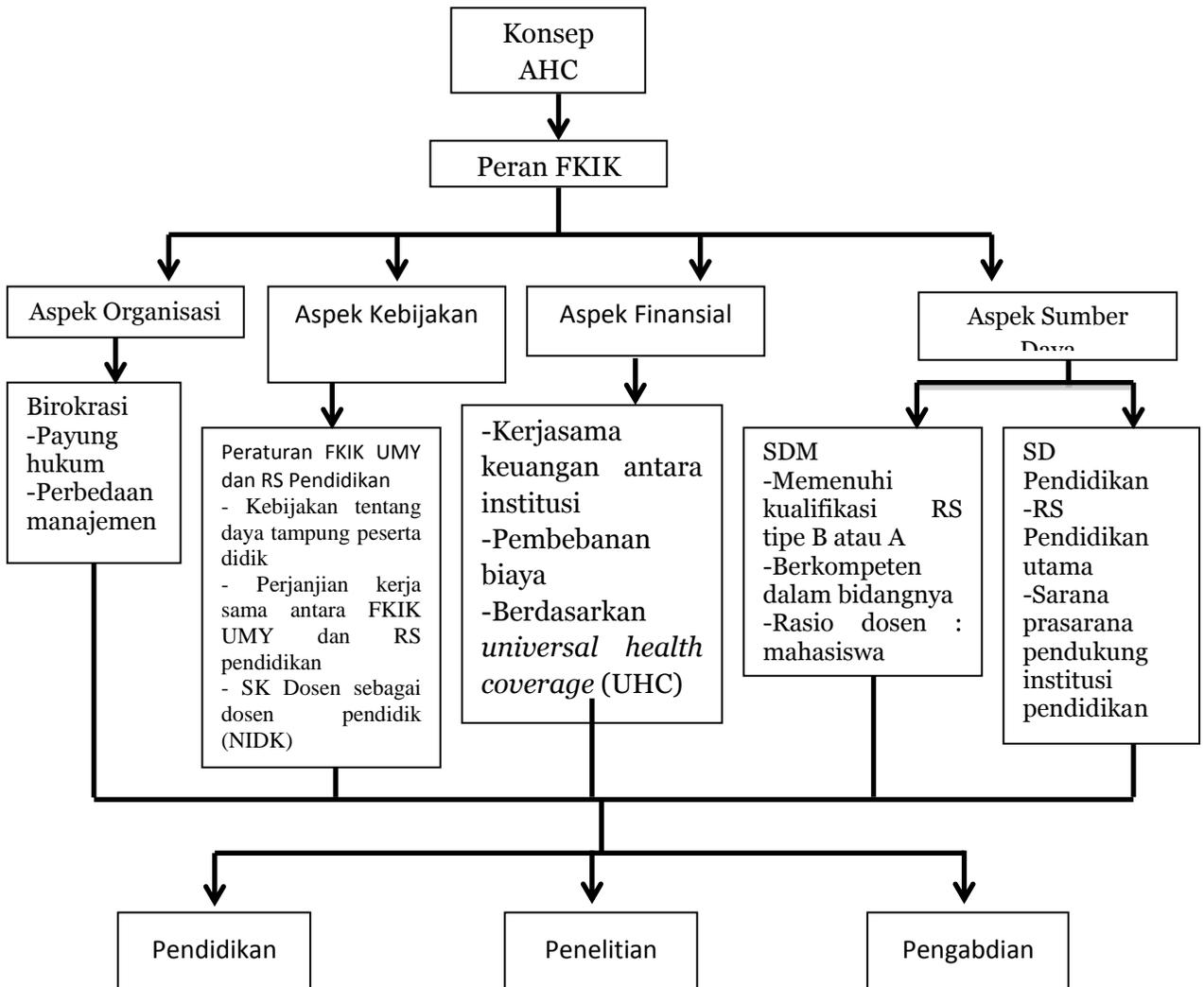
Konsep AHC pada dasarnya sangat bisa diimplementasikan di FKIK UMY dan RS PKU. Karena pada dasarnya seluruh aset perserikatan adalah milik muhammadiyah, bukan milik pengelola ataupun pendiri, sehingga sangat dimungkinkan untuk terintegrasi meskipun kebijakan dan kebutuhan masing-masing berbeda (R3, JP7). Di Yogyakarta sendiri, terdapat banyak cabang aumkes,

sehingga menjadi kekuatan FKIK UMY jika dapat mengimplementasikan konsep AHC (R4, JP7). Di masa depan, implementasi AHC di FKIK UMY dapat terwujud dengan syarat adanya RS Pendidikan tipe B, sehingga institusi pendidikan dapat menerapkan pelayanan sesuai dengan teori (EBM) sekaligus meningkatkan kepercayaan dan kepuasan pasien (R6, JP7).

3. Gambaran Peran FKIK UMY dalam Mewujudkan Konsep AHC

Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan, didapatkan pengetahuan mengenai peran FKIK UMY dalam mewujudkan konsep AHC secara umum terbagi menjadi empat aspek, yaitu aspek organisasi, aspek kebijakan, aspek finansial, dan aspek sumber daya. Kesemuanya terintegrasi dalam menjalankan tridarma perguruan tinggi, yaitu pendidikan, penelitian, dan pengabdian/pelayanan. Hal itu dapat dilihat pada bagan berikut

Gambar 6 Gambaran Peran FKIK UMY dalam Mewujudkan konsep AHC



Berdasarkan gambar di atas, peran FKIK UMY dalam upaya mewujudkan konsep AHC terdiri dari aspek organisasi yaitu birokrasi, aspek kebijakan yaitu peraturan atau kerja sama, aspek finansial yaitu keuangan yang mendukung, serta aspek sumber daya

yaitu adanya SDM yang kompeten dan RS pendidikan tipe B. Konsep AHC akan memudahkan peran FKIK UMY menjalankan tridarma perguruan tinggi yaitu pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat.

B. Pembahasan

Hasil penelitian sebagaimana disajikan di atas memperlihatkan sejumlah peran FKIK dalam meningkatkan mutu SDM dalam konsep AHC. Peran FKIK dalam meningkatkan mutu SDM masih dalam kerangka konsep para pengajar di FKIK sendiri karena AHC di FKIK UMY pada dasarnya masih dalam tataran konsep. Namun demikian, gambaran tentang peran FKIK penting diketahui untuk mengungkapkan lebih dalam lagi kesiapan FKIK dalam merealisasikan AHC.

1. Implementasi Konsep AHC di FKIK UMY

Hadirnya konsep AHC dilatarbelakangi oleh fakta bahwa pendidikan kedokteran hanya mempelajari teori dan belum tentu mengetahui kondisi sebenarnya di dunia pelayanan. Sementara itu, RS juga tidak terafiliasi dengan dunia pendidikan kedokteran sehingga tidak ada pengembangan pelayanan ke arah yang lebih baik sesuai dengan teori. Di samping itu, tuntutan profesionalisme disertai perilaku terpuji seorang dokter yang ditandai oleh sikap ramah tamah, sopan santun, berwibawa serta tulus ikhlas dalam mempergunakan

seluruh keilmuannya menghasilkan pelayanan yang berkualitas dan dapat meningkatkan kepuasan pasien (Stefani 2014).

Saat ini beberapa rumah sakit pendidikan dan institusi pendidikan sudah menerapkan konsep AHC ini. Salah satu institusi pendidikan yang menerapkan AHC adalah Universitas Hasanuddin. Dalam kompleks kampus Universitas Hasanudin selain RS Wahidin Sudirohusodo, terdapat juga institusi pendidikan profesi kesehatan yaitu Fakultas Kedokteran (yang mengelola Program studi dokter, dokter spesialis, keperawatan, fisioterapi, kedokteran hewan dan psikologi), Fakultas Kedokteran Gigi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, dan Fakultas Farmasi. Sumber daya manusia, manajemen dan infrastruktur yang ada pada masing-masing institusi bila dikelola bersama dengan baik akan menjadi potensi yang sangat besar untuk menghasilkan tenaga profesi kesehatan yang unggul, menghasilkan hasil riset yang berkualitas dan menjalankan tanggung jawab sosialnya secara optimal dalam bentuk pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas.

Selain di Makassar konsep AHC juga mulai dilakukan di RSUP dr Sardjito dan Universitas Gajah Mada. Dalam konsep AHC RSUP dr Sardjito memiliki peran sebagai berikut sebagai lahan pendidikan dokter muda, residen, PSIK, PSGK, menyediakan Dokdiknis yang

kompeten, mengalokasikan biaya untuk peningkatan kualitas pendidikan, renstra bersama FK UGM, riset translasional, dan sebagai standarisasi pelayanan dan pendidikan PPK (Panduan Praktek Klinik) atau Clinical Pathway (Anon., n.d.). UGM telah menjalankan AHS sejak tahun 2014 silam. Secara resmi AHS UGM telah terdaftar menjadi anggota Association of Academic Health Center International (AAHCI). AHS ini melibatkan RSUP Dr. Sardjito, RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro, RS UGM, RSUD Banyumas, RSPAU Hardjolukito serta dokter. Tidak hanya itu, tetapi juga menggandeng tenaga kesehatan lainnya, seperti perawat, bidan, farmasi, dokter hewan, organisasi kesehatan, serta lembaga penjaminan.

Konsep AHC juga diterapkan Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta dengan FK UI. Selain RSCM terdapat pula rumah sakit lain yang tergabung dalam system ini antara lain RSUP Persahabatan, RSUP Fatmawati, RS Kanker Dharmais, RSPI Sulianti Saroso, RSJPD Harapan Kita, RSAB Harapan Kita. AHC di Jakarta dikembangkan atas pemikiran untuk menyelaraskan pendidikan di FKUI-Kelompok Ilmu Kesehatan dengan perubahan pelayanan di RSCM, RS Jejaring dan RSPTN UI.

Kerangka dasar hubungan dalam AHC terdiri dari 8 kriteria penting berikut

- a. Visi, misi, dan rencana strategis
- b. Filosofi akademik dan organisasi
- c. Tatakelola dan administrasi, struktur korporat dan organisasi, strategic partnership
- d. Economic model, struktur, dan kebijakan kapital dan finansial
- e. Sumber daya manusia, staff development and performance appraisal, rekrutmen dan reklasifikasi
- f. Sumber pembelajaran, teknologi informasi, fasilitas dan business support bersama
- g. Pendidikan, termasuk pendidikan interprofesional
- h. Administrasi riset, properti intelektual, dan transfer teknologi

Secara sederhana, ada 4 aspek implementasi di FKIK UMY untuk mewujudkan AHC, yaitu

a. Aspek Organisasi/Manajemen

FKIK UMY telah memiliki manajemen dan administrasi yang merupakan bagian dari integrasi operasional institusi pendidikan dengan institusi pelayanan yang mencakup pelaksanaan proses pendidikan yang efektif dan efisien, meliputi koordinasi, kebijakan penyelenggaraan administrasi, evaluasi pembiayaan dan jaminan standar profesi kedokteran. Untuk kelancaran manajemen dan administrasi pendidikan kedokteran

terdapat badan koordinasi pendidikan (bakordik) yang terdiri dari RS Pendidikan dan Institusi akademik yang berkedudukan di RS.

Kendala yang dihadapi FKIK UMY terkait proses persiapan implementasi konsep AHC adalah birokrasi, akreditasi, dan perbedaan manajemen FKIK UMY dengan RS. Belum ada regulasi yang mengatur bahwa dokter pelayanan di RS PKU adalah dosen di FKIK atau dosen di FKIK UMY seharusnya adalah dokter tetap di RS, bukan dokter tamu seperti sekarang masih terjadi. Birokrasi dan regulasi pengusulan dokter pelayanan di RS dapat menjadi dosen dan tercatat di kementerian membutuhkan proses yang panjang dan lama, terutama bagi institusi swasta. Selain itu, rasio dosen dan mahasiswa belum ideal sehingga beban kerja masih belum sesuai standar.

Manajemen AHC sangatlah kompleks karena manajemen harus mampu menyeimbangkan antara pelayanan dan pendidikan. AHC merupakan organisasi yang menarik, merupakan salah satu penyedia layanan kesehatan yang berdedikasi untuk meningkatkan kualitas hidup dan menurunkan kesakitan. AHC memiliki edukasi, pelatihan untuk lulusan sekolah kedokteran. AHC merupakan pusat penelitian yang baik dan tempat menemukan berbagai macam penyakit, dan tempat untuk menemukan berbagai alat

medis baru, teknik dan obat-obat terbaru. AHC juga banyak mempekerjakan karyawan, sehingga akan terjadi banyak perputaran uang di dalamnya. Selain itu akan banyak pula pelanggan yang akan datang ke AHC setiap harinya. Sistem manajemen informasi darurat membantu memperbaiki kualitas layanan yang diberikan di departemen gawat darurat, untuk memenuhi persyaratan hukum, persyaratan, akreditasi, dan penelitian (Dehghani, Haghghi, and Farahi 2015).

Perbedaan manajemen institusi pendidikan kesehatan dengan institusi pelayanan kesehatan membuat AHC sulit diimplementasikan. Di satu sisi, ilmu teoretis terkadang membuat banyak pemeriksaan menjadi penting sehingga terjadi pembengkakan biaya kesehatan. Di sisi lain, ilmu praktis terkadang tidak sejalan dengan teori namun biaya dapat lebih diminimalisir. Hal tersebut menjadi dilematis jika dibahas pada tataran manajemen yang berbeda. Manajemen RS lebih mengutamakan kepuasan pasien salah satunya dengan biaya terjangkau, sementara manajemen institusi pendidikan bertujuan menjalankan pemeriksaan lengkap agar sesuai dengan tridarma perguruan tinggi, pendidikan, penelitian, dan pengabdian (Washington, Coye, and Feinberg 2013). Sehingga AHC yang

ideal dipimpin oleh satu manajemen atau gabungan manajemen di bawah payung hukum yang sama agar menjadi selaras dalam visi dan misi AHC.

Untuk memajemen sebuah AHC harus menyeimbangkan antara akademik dan kepentingan komersial institusi tersebut. AHC harus memiliki strategi yang baik dalam pembiayaan karena sebuah rumah sakit pendidikan akan memiliki biaya operasional yang lebih banyak dibandingkan dengan rumah sakit non pendidikan. Memaksimalkan sumber daya, fasilitas akademik, dan memaksimalkan penelitian memaksimalkan sistem rujukan akan membuat sistem manajemen berjalan dengan baik. Selain itu, dengan dukungan dari pihak pemerintah juga berperan untuk AHC (Langabeer and Napiewocki 2000).

b. Aspek Kebijakan

Sudah terdapat kebijakan berupa pendelegasian tugas kepada staf medis dan atau non medis yang dipetakan sebagai tenaga pendidik. Selain itu setiap tenaga pendidik klinis di RS PKU Gamping terutama program pendidikan profesi dokter yang telah memiliki legalisasi berupa surat keputusan dosen institusi pendidikan kedokteran swasta beserta jabatan akademiknya. Namun ada beberapa tenaga pendidik yang belum memiliki SK

tersebut. Setiap satu tahun sekali akan diadakan evaluasi yang berkaitan dengan tenaga pendidik klinis yang sudah ada. Namun evaluasi tersebut kadang tidak berjalan secara maksimal karena belum ada tim penilai/ supervisor yang menilai secara khusus kinerja dari pendidik klinis. Evaluasi tersebut digunakan untuk saling berdiskusi mengenai cara mengajar yang baik dan berisi mengenai borang yang sudah disediakan oleh institusi pendidikan sehingga dapat tercapai kompetensi yang sama.

Terdapat kebijakan, peraturan, dan ketetapan tertulis di FKIK UMY berisi tentang pendidikan berkualitas tinggi, dan proses penyelenggaraannya. Selain itu, di dalamnya juga tercantum kebijakan mengenai daya tampung peserta didik.

Pengembangan kualitas pelayanan kesehatan dapat diwujudkan dengan kerjasama yang baik antara institusi pendidikan kedokteran dengan institusi pelayanan kesehatan, dalam hal ini fakultas kedokteran dan rumah sakit. Kerjasama tersebut dapat tercapai melalui proses pendidikan dokter (dokter umum), dokter spesialis, dan tenaga kesehatan atau paramedis lainnya. Selain itu, perlu adanya integrasi antara tata kelola sumber daya, penelitian, dan pelayanan kesehatan. Hal tersebut dapat terbentuk dalam kesatuan yaitu *Academic Health Center*

(AHC) melalui perjanjian kerja sama antara institusi pendidikan dengan institusi rumah sakit.

FKIK UMY juga telah memiliki dokumen perjanjian yang menyangkut tentang aspek medikolegal, SDM, pembiayaan, sarana prasarana, dan manajemen pendidikan. Namun dokumen tersebut tidak secara langsung dilakukan oleh pimpinan dari kedua belah pihak dan hanya diwakilkan oleh pelaksana di lapangan. Surat perjanjian tersebut sudah bersifat saling mengikat dalam hal pada seluruh proses pendidikan kedokteran di FKIK UMY dan RS pendidikan.

c. Aspek Finansial

Sistem layanan kesehatan saat ini telah berubah dengan adanya *Universal Health Coverage* yang menuntut tiap rumah sakit maupun layanan kesehatan lainnya untuk melakukan perubahan dalam sistem manajemen keuangan. Peran penetapan biaya berdasarkan aktivitas, biaya siklus hidup, dan analisis rantai nilai menjadi semakin penting karena pembayaran layanan perawatan kesehatan beralih dari biaya penggantian layanan ke pengaturan kapitasi antara perusahaan asuransi dan penyedia layanan kesehatan. Organisasi perawatan kesehatan yang merancang dan menerapkan sistem penetapan biaya dan evaluasi

yang akurat akan meningkatkan kemampuan mereka untuk bersaing dengan sukses di lingkungan yang berubah dengan cepat ini (Devine, O'Clock, and Lyons 2000).

Dengan adanya AHC, sistem pembiayaan juga didasarkan pada *Evidence Based Policy* (EBP) yang mendasarkan pelayanan pada analisis kendali mutu kendali biaya, untuk mewujudkan pelayanan yang efektif efisien. Perlu diterapkan pula mekanisme remunerasi dan kerja sama keuangan antara institusi pendidikan dengan institusi rumah sakit untuk menjaga keberlangsungan kedua belah pihak.

d. Aspek Sumber Daya

1) Sumber Daya Manusia

RS Pendidikan dan Institusi Pendidikan Kedokteran mengampu tanggung jawab bersama dalam penyiapan tenaga pendidik dan pelatih pada program pembelajaran klinik dengan konteks pelayanan medis di RS. Saat ini RS PKU Muhammadiyah Gamping telah melakukan kerjasama dengan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dalam hal pemenuhan tenaga pendidik klinis di rumah sakit.

SDM yang dipersiapkan harus mampu menjadi pemimpin perubahan bukannya malah pelindung status saat

ini. SDM yang bermental pemimpin harus mampu mengoperasikan system AHC, mengatasi kekurangan sistem pelayanan kesehatan primer, dan menyelesaikan hubungan dengan komunitas yang bermasalah, meningkatkan pengalaman dalam mengatur resiko kontrak, mengelola struktur yang beresiko tinggi, dan mengadakan persekutuan demi peningkatan kualitas pelayanan (Enders and Conroy 2014).

SDM yang dipersiapkan untuk merealisasikan AHC adalah SDM yang memenuhi kualifikasi RS tipe B atau tipe A. SDM yang dimaksud adalah dokter S2 atau S3 konsultan subspecialis, minimal bidang 2 besar. FKIK UMY sendiri telah memiliki dokter spesialis penyakit dalam konsultan hematologi onkologi, dokter spesialis bedah konsultan kepala leher, dan konsultan pendukung lain seperti dokter spesialis radiologi konsultan thoraks, dan dokter patologi klinik konsultan hematologi. Selain itu, FKIK UMY juga menyiapkan S2 atau S3 spesialis bidang 4 besar sejumlah 6 di masing-masing bidang, S2 atau S3 spesialis bidang sedang minimal 4 di masing-masing bidang, dan S2 atau S3 spesialis bidang kecil minimal 3 di masing-masing bidang. FKIK UMY juga sedang

melengkapi sarana dan prasarana yang mendukung tercapainya kualitas SDM lulusan yang baik.

Institusi Pendidikan kedokteran harus menetapkan jumlah mahasiswa baru setiap angkatan berdasarkan kapasitas institusi dan efisiensi pendidikan dengan penjelasan jumlah mahasiswa institusi pendidikan kedokteran didasarkan pada terpenuhinya standar sarana dan sarana pendidikan. Rasio seluruh mahasiswa dan dosen Ekuivalen Waktu Mengajar Penuh (EWWP) untuk Tahap Akademik maksimal 10 : 1 dan Tahap Profesi maksimal 5 : 1 sesuai disiplin ilmu terkait (Konsil Kedokteran Indonesia 2012).

2) Sumber Daya Pendidikan

Standar penunjang pendidikan di FKIK UMY harus menyediakan sarana, prasarana dan peralatan yang memadai untuk pelaksanaan pembelajaran sesuai dengan modul pendidikan termasuk ketersediaan jumlah dan variasi manekin atau pasien yang berinteraksi dengan peserta didik. FKIK UMY sudah mulai memperbaiki sarana dan prasarana yang ada pada institusi ini. Sarana dan prasarana tersebut mulai dengan sarana untuk pendidikan maupun sarana untuk proses penelitian pasien. Sarana prasarana pendidikan tersebut

termasuk ruang belajar, ruang diskusi, dan sistem teknologi informasi FKIK UMY. Di FKIK UMY sarana prasarana tersebut sudah ada di ruangan skills lab dan di gedung perkuliahan. Selain itu terdapat perpustakaan, *e-learning*, dan *e-library* yang dimiliki oleh FKIK UMY. Akomodasi untuk peserta didik sudah memadai dengan sudah adanya ruang corner dan taman untuk beristirahat. Sarana prasarana yang ada untuk proses pembelajaran pendidikan dokter, kedokteran gigi, keperawatan, dan farmasi sudah hampir mencukupi sesuai standar.

Salah satu RS yang dipersiapkan dalam konsep AHC adalah RS PKU Muhammadiyah Gamping. RS PKU Muhammadiyah Gamping telah memiliki berbagai pelayanan spesialis termasuk didalamnya 4 spesialis dasar dan lebih dari 7 spesialis lainnya. Pelayanan spesialis tersebut adalah spesialis kebidanan dan kandungan, spesialis anak, spesialis penyakit dalam, spesialis paru, spesialis jantung, spesialis bedah umum, spesialis bedah orthopedi, spesialis gigi anak, spesialis THT, spesialis mata, spesialis saraf, spesialis kulit & kelamin.

RS PKU Muhammadiyah Gamping merupakan RS tipe C. Berbagai pertimbangan telah dipikirkan untuk menunda perubahan tipe rumah sakit menjadi tipe B. Salah satunya terkait dengan aturan dari BPJS tentang rujukan berjenjang dan misi dakwah dari Muhammadiyah. Dikhawatirkan ketika terjadi perubahan tipe RS maka akan terjadi penurunan kunjungan pasien yang akan berdampak pada pendapatan rumah sakit. RS PKU Muhammadiyah Gamping juga telah terakreditasi paripurna oleh KARS untuk RS tipe C dengan 12 pelayanan.

2. Peran FKIK UMY dalam konsep AHC

Tugas dan tanggung jawab tim pengembangan integrasi AHC di FKIK UMY meliputi

- a. Tahap prakondisi: mengkoordinasikan kegiatan integrasi
 - 1) Kepada semua pihak terkait rencana untuk integrasi, termasuk kepada Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan
 - 2) Pemahaman tentang tujuan, fungsi, dan peran dari semua pihak yang akan berintegrasi
 - 3) Pemahaman tentang berbagai undang-undang dan peraturan yang menjadi dasar dari pengelolaan dan manajemen setiap pihak yang akan berintegrasi,
 - 4) Kesepakatan tentang konsep dan implementasi integrasi

- b. Tahap jangka pendek: rekomendasi dan inisiasi
- 1) Intensifikasi Forum Komunikasi Direksi Rumah Sakit dan Dekanat
 - 2) Pemetaan dan penyusunan rencana strategis bersama (Renstra) bersama
 - 3) Sinkronisasi beberapa infrastruktur pelayanan medis yang fundamental untuk basis data pasien dan keselamatan pasien
 - 4) Pengelolaan Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktek (SIP) bersama
 - 5) Pemanfaatan bersama fasilitas pelayanan kesehatan
 - 6) Pembentukan tim atau satuan tugas bersama termasuk badan koordinasi pendidikan (Bakordik)
 - 7) Pelaksanaan sistem penempatan mahasiswa calon Dokter, calon Dokter Layanan Primer, dan calon Dokter Spesialis/Subspesialis serta profesi kesehatan lainnya agar sesuai dengan kapasitas rumah sakit dan standar pendidikan yang dikelola oleh Bakordik yang sama
 - 8) Pelaksanaan penelitian bersama
 - 9) Memperluas lingkup kerja sama dengan klinik layanan primer dengan skema BPJS/JKN

- c. Tahap jangka menengah: rekomendasi
 - 1) FKIK UMY membantu pemenuhan kebutuhan jumlah dan kualifikasi SDM RS Pendidikan dan klinik layanan primer dengan berbagai program pendidikan dan pelatihan
 - 2) Sistem insentif dan penghargaan pada ketiga institusi serta pengembangan SDM
 - 3) Peningkatan mutu dan pengembangan pelayanan unggulan RS
- d. Tahap jangka panjang: pengusulan
 - 1) Pembentukan “Board of management” yang terdiri dari unsur
 - i) Kementerian Ristekdikti (Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, ii) Kementerian Kesehatan (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan), iii) FKIK UMY, iv) perwakilan RS Pendidikan, v) Klinik Layanan Primer
 - 2) Meningkatkan kapasitas rumah sakit jejaring, sarana pelayanan kesehatan, serta mengembangkan pendidikan dan kerja sama antar profesi untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui sistem rujukan sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan, terutama untuk mewujudkan adanya AHC
- e. Tahap Jangka Panjang: Lanjutan
 - 1) Meningkatkan kerja sama dengan lembaga riset dan industri untuk mengembangkan hasil riset melalui uji klinis yang baik

- 2) Integrasi SDM, dana, dan manajemen riset untuk mengembangkan riset translasi yang menghasilkan upaya meningkatkan kemampuan prediksi, preventif, pengobatan, dan rehabilitasi

Enders & Conroy dalam *Advancing the Academic Health System for the Future: A Report from the American Academy of Medical College (AAMC) Advisory Panel on Health Care* menyebutkan lima tingkatan integrasi untuk AHC yaitu (Enders and Conroy 2014):

- a. Pemerintahan terintegrasi organisasional; lini organisasi; pengalaman merk; lini dokter; misi akademik
- b. Insentif finansial sejalan dengan integrasi finansial; manajemen biaya; percaya dengan model pembayaran baru; manajemen populasi; skala ekonomi
- c. Keberlanjutan pelayanan terintegrasi klinis; akses pelayanan; koordinasi pelayanan; kedokteran di rumah; model pelayanan inovatif; integrasi klinis
- d. Integrasi informasi terkait infrastruktur; rekam medis elektronik; portal pasien; pertukaran informasi kesehatan; pusat data/kecanggihan bisnis,
- e. Program kesehatan komunitas yang terhubung dengan kesehatan komunitas; terhubung dengan *Federally Qualified Health Center*

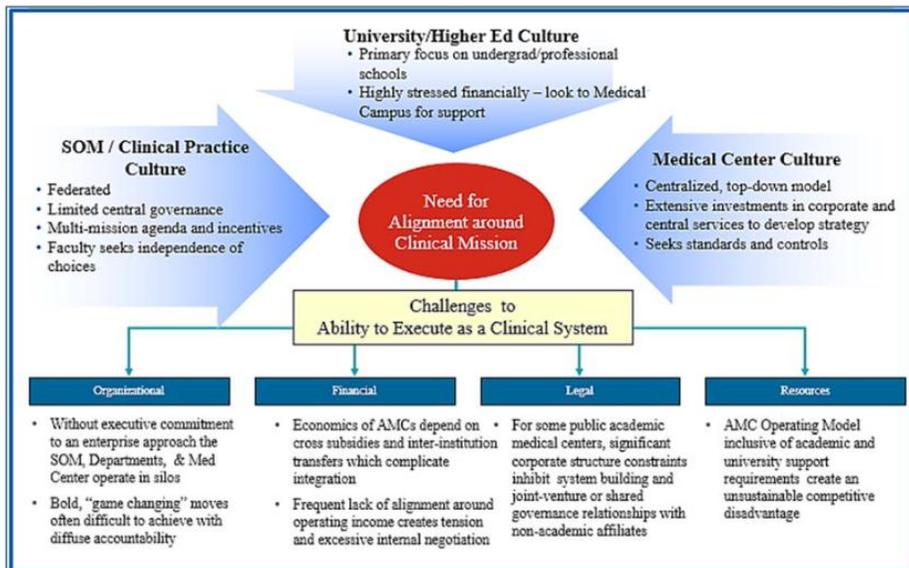
(FQHC); status kesehatan komunitas; persekutuan dengan pembayar.

Dzau, et al juga menjelaskan bagaimana implementasi konsep AHC agar dapat bertahan dan berkembang di era saat ini, yaitu (Dzau et al. 2014):

- a. AHC harus berdasarkan pada sistem yang luas mengenai pelayanan klinis sejalan dengan pelayanan berkelanjutan
- b. Hubungan universitas harus berubah seiring dengan perubahan AHC, membutuhkan kepemimpinan dan struktur untuk mendukung pengembangan klinis, pertautan komunitas, keselarasan kebutuhan finansial, dan implementasi hubungan industry yang produktif
- c. Transparansi dalam kualitas luaran dan finansial pada AHC merupakan salah satu inti dari pelayanan yang dapat diakses oleh pasien dan asuransi
- d. AHC harus memulai pergerakan dari komunitas/masyarakat
- e. AHC membutuhkan pemerintahan yang kuat dan selaras, dan sistem manajemen yang berkomitmen pada tujuan yang sama, transparansi, serta akuntabilitas kinerja internal dan eksternal
- f. Pertumbuhan dan kompleksitas AHC membutuhkan profil dan tanggung jawab untuk pimpinan departemen, pimpinan dokter, dan evolusi struktur praktisi untuk berfokus pada kepemimpinan

organisasional

- g. Viabilitas kompetitif dan misi jangka panjang membutuhkan restrukturisasi radikal untuk pengendalian biaya dan kinerja berkualitas
- h. AHC harus melakukan asesmen berkala dan mendadak untuk menilai kekuatan dan kelemahan penting dari implementasi, dan berani melakukan perubahan jika diperlukan

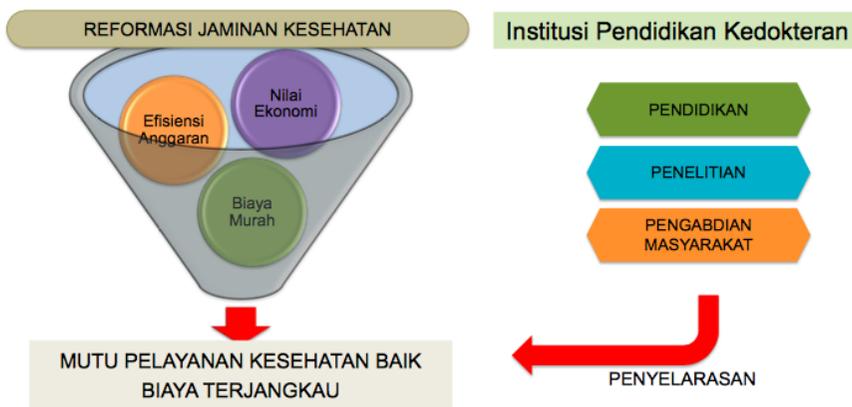


Gambar 7 Kendala Terhadap Perubahan Sistemik pada AHC (Enders & Conroy, 2014)

Berdasarkan gambar di atas, tantangan yang dihadapi oleh pimpinan AHC yang ingin mengubah institusi yang ada saat ini terdiri dari 7 titik penting, diantaranya adanya struktur operasional pusat pendidikan yang masih konservatif dan terfragmentasi sering

memperhambat pengambilan resiko untuk berhasil di bawah system pembayaran alternatif, pimpinan lebih berfokus pada kesuksesan institusinya sendiri dibandingkan dengan kesuksesan institusi secara keseluruhan, tidak efisien dalam pendidikan sering dianggap sebagai kebutuhan sesuai misi, praktek pelayanan dibayar fee-for-service sesuai struktur, sistem hadiah, dan faktor spesialisitas, kekakuan bisnis diterapkan secara tidak merata dalam institusi, dan mental yang merasa sudah baik dapat merencanakan kendali terhadap sumber daya (Enders and Conroy 2014).

Peran FK UMY dalam konsep AHC setidaknya bermuara pada tiga peran pokok tridarma perguruan tinggi yaitu pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat. Hal ini tampak pada gambar berikut



Gambar 8 Peran FKIK UMY dalam Mewujudkan Konsep AHC sehingga Tercipta Pelayanan Bermutu dengan Biaya Terjangkau

3. Pendidikan

Korschun, et. al menemukan bahwa aspek kepemimpinan yang baik sebagai elemen utama dalam persiapan AHC dapat mengampu misi tridarma perguruan tinggi dengan lebih baik. Akan tetapi, masih banyak SDM yang memiliki skill berkualitas sebagai praktisi namun kemampuan kepemimpinan yang terbatas. Maka dari itu, selain persiapan RS pendidikan, perlu disiapkan pula SDM yang berkualitas baik dari segi teoretis, praktisi, maupun kemampuan kepemimpinan dan pengajaran yang baik. Sehingga orientasi pendidikan kedokteran akan berjalan sesuai dengan standarnya (Korschun et al. 2007).

Orientasi pendidikan kedokteran haruslah memperhatikan area pengelolaan masalah kesehatan masa depan, yang isinya antara lain:

- 1) Mengelola penyakit, keadaan sakit dan masalah pasien sebagai individu yang utuh, bagian dari keluarga dan masyarakat;
- 2) Melakukan Pencegahan Penyakit dan Keadaan Sakit;
- 3) Melaksanakan pendidikan kesehatan dalam rangka promosi kesehatan dan pencegahan penyakit;
- 4) Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan;
- 5) Mengelola sumber daya manusia dan sarana-prasarana secara efektif dan efisien dalam pelayanan kesehatan primer dengan pendekatan dokter keluarga.

World Health Organization (WHO) mengharuskan dokter di dunia memenuhi kriteria *five stars doctor*, yaitu seorang dokter yang berperan dalam lima aspek berikut, memberikan pelayanan medis (*care provider*), menentukan tatalaksana bagi pasien (*decision maker*), pandai berkomunikasi (*communicator*), memimpin masyarakat (*community leader*), mengelola permasalahan (*manager*) (Boelen 1987). Sejalan dengan WHO, pada tahun 2006 Indonesia mengimplementasikan sebuah kurikulum model baru yaitu Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK) pada sistem pendidikan Kedokteran. Kurikulum Berbasis Kompetensi menggunakan pendekatan yang berorientasi pada kebutuhan pasien dalam belajar mengajar untuk menghasilkan kemampuan praktik dokter (CFPC 2011). Indikator tercapainya tujuan KBK dinilai dari kompetensi yang disusun berdasarkan Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) dari Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). Terdapat 7 area kompetensi dokter tercantum dalam SKDI meliputi komunikasi efektif, keterampilan klinik, berbasis ilmiah ilmu kedokteran (*Evidence based medicine –EBM*), pengelolaan masalah kesehatan, pengelolaan informasi, mawas diri dan pengembangan diri, serta sikap profesionalisme yang mengutamakan keselamatan pasien. Secara sistematis, pendekatan yang digunakan dalam KBK adalah SPICES,

yaitu akronim dari *Student-centered, Problem-based, Integrated, Community-based, Elective clinical Exposure, Systematic* (Konsil Kedokteran Indonesia 2012).

Kesiapan SDM FKIK UMY dalam hal mutu dan kualitas untuk membentuk dan mencetak lulusan pendidikan sesuai konsep AHC adalah salah satunya dengan akreditasi pendidikan, yang saat ini masih terakreditasi B. Peningkatan kualitas dilakukan dengan cara, pertama, penyaringan mahasiswa berkualitas dimulai dari seleksi penerimaan akademik prodinya dengan dua kali proses seleksi di tahap universitas dan fakultas. Kedua, modul akademik FKIK UMY sudah disesuaikan dengan SKDI 2012. Ketiga, dilakukan pengetatan dalam proses perjalanan akademik sesuai dengan peraturan DIKTI bahwa kategori S1 maksimal ditempuh dalam waktu 7 tahun, ditambah adanya evaluasi pada tahun pertama atau semester 1-2 dengan hasil apabila sudah tidak mampu mengikuti, mahasiswa dipersilakan untuk mengundurkan diri. Sehingga ketika mahasiswa sudah masuk program profesi, mahasiswa dianggap *qualified*. Keempat, diperketat visitasi di RS untuk semua stase sehingga akan dihasilkan lulusan terbaik yang dapat meningkatkan akreditasi prodi dan siap digunakan untuk mewujudkan AHC.

Sementara itu, dari prodi keperawatan juga melakukan persiapan yang tidak jauh berbeda dari prodi pendidikan dokter, namun secara

output menghasilkan lulusan dengan peran yang jauh berbeda, yaitu sebagai perawat mandiri yang tetap mampu berkolaborasi dengan profesi lain

4. Penelitian

Sebagai bagian dari Perguruan Tinggi, FKIK UMY terikat pada peran untuk terus melakukan penelitian terkait dengan keilmuan yang dipelajari di bidang kesehatan. Peran penelitian dalam konsep AHC akan menjadi lebih mudah dan murah untuk dilaksanakan. Dikatakan mudah karena data-data penelitian sudah tersedia di AHC dan mudah diakses. Semakin banyak kasus yang ditangani di RS bersangkutan, maka data penelitian semakin banyak tersedia. Dikatakan murah karena biaya penelitian terkait dengan kasus-kasus yang diteliti di RS sudah termasuk di dalam biaya pelayanan RS bersangkutan sehingga peneliti baik dosen maupun dokter tidak lagi mengeluarkan biaya besar untuk melakukan berbagai uji coba. Penelitian akan menghasilkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang semakin baik sehingga dokter tidak sendirian dalam mengatasi masalah kesehatan. Semakin maju teknologi, maka kemampuan dokter tidak sendirian dalam menangani pasien (Wartman 2016). Ditegaskan lagi, AHC dapat langsung mendanai unit biostatistik terpusat untuk mendukung penelitian dan pendidikan lebih luas (Welty et al. 2013).

Peran penelitian di dalam konsep AHC ini sangat diharapkan oleh FKIK UMY baik dosen maupun mahasiswanya, akan tetapi belum begitu menjadi kebutuhan bagi para dokter di RS maupun klinik. Dokter RS maupun dokter di RS lebih fokus pada bagaimana menjadikan RS semakin maju dengan kuantitas dan kualitas pelayanan yang semakin baik, bukan berfokus pada penelitian atau pengembangan keilmuan. Hal ini memperlihatkan adanya perbedaan kepentingan yang belum dijawab dengan baik atau belum dipayungi dengan baik oleh Muhammadiyah khususnya Majelis Dikti dan MPKU.

Peran penelitian dalam konsep AHC mengandung empat dimensi yaitu kesehatan, inovasi, masyarakat, dan kebijakan. Dalam hal ini, penelitian harus dilakukan dari tempat tidur ke tempat tidur pasien dan penelitian untuk mengembangkan teknologi kedokteran. Selain itu, penelitian juga harus meneliti bagaimana integrasi AHC dengan komunitas. Terkait dengan kebijakan, penelitian juga perlu mengkaji kualitas pelayanan kesehatan (Borden et al. 2015). Dalam hal ini, FKIK UMY belum berpikir pada peran ke arah yang lebih luas, kecuali hanya pada penelitian untuk pengembangan profesi kedokteran.

Peran penelitian FKIK UMY dalam konsep AHC belum berpikir ke arah bagaimana data rekam medis di sejumlah rumah sakit dan klinik juga menjadi data penelitian. Hal ini berbeda dengan Eugene and Coye yang mengungkapkan bahwa di Amerika Serikat sudah ada 135 AHC yang terintegrasi antara pelayanan, penelitian dan pendidikan. AHC di Amerika Serikat menyediakan data rekam medis untuk diakses guna kepentingan penelitian (Eugene and Coye 2013).

Peran penelitian dilakukan oleh civitas akademika baik para dokter yang juga sebagai dosen FKIK. Ketika berpraktik sebagai dokter di tempat pelayanan, dosen FKIK akan memperoleh banyak data dari kasus-kasus pasien yang ditangani. Dokter yang juga sebagai dosen FKIK akan mudah melakukan penelitian, menguji teori maupun mengembangkan teori-teori yang sudah ada sehingga FKIK mampu melakukan inovasi-inovasi dalam bidang kedokteran, baik di tingkat teoritik maupun praktik pelayanan kesehatan kepada pasien.

Hasil penelitian civitas akademika FKIK pada akhirnya akan memperkuat peran FKIK dalam memberikan pendidikan kepada mahasiswanya. Demikian pula, hasil-hasil penelitian para dokter maupun dosen FKIK akan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang juga sebagai wujud pengabdian masyarakat.

5. Pengabdian Masyarakat

Peran pengabdian pada masyarakat dalam konsep Tridarma Perguruan Tinggi telah menjadi peran klasik bagi para dosen. Dalam konsep AHC, peran ini menjadi lebih menarik karena peran pengabdian *terintegrasi dalam bentuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat di RS pendidikan serta RS maupun klinik jejaring*. Dosen yang berpraktik sebagai dokter di tempat pelayanan secara tidak langsung juga mengabdikan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dimilikinya untuk membantu masyarakat.

Kualitas pelayanan merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan. Ciri pelayanan yang berkualitas adalah yang simpatik, disiplin, bertanggungjawab dan penuh perhatian sehingga memberikan kepuasan atas pelayanan yang diberikan.

Menurut Parasuraman & Valerie Kualitas pelayanan dinilai berdasarkan lima dimensi yaitu (Parasuraman and Valerie 2001):

- a. *Tangible* (berwujud): meliputi penampilan fisik dari fasilitas, tenaga kesehatan dan peralatan.
- b. *Reliability* (kehandalan): pemberian pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan.

- c. *Responsiveness* (daya tanggap): membantu dan memberikan pelayanan dengan tanggap tanpa membedakan unsur SARA (Suku, Agama, Ras, Golongan)
- d. *Assurance* (jaminan): jaminan keamanan, keselamatan, kenyamanan
- e. *Empathy* (empati): komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan konsumen / pasien

Menurut Azwar dalam bukunya, Pengantar Administrasi Kesehatan. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang ditetapkan (Azwar 1996).

Pelayanan kesehatan dalam konsep AHC menghadirkan layanan yang lebih bermutu dan berkualitas karena pelayanan yang diberikan merupakan hasil riset yang terus menerus berkelanjutan sehingga dari waktu ke waktu layanan kesehatan di RS pendidikan akan semakin baik.

Manfaat AHC bagi institusi pelayanan kesehatan diantaranya pelayanan kesehatan yang lebih baik, tersedianya tenaga kesehatan

professional yang unggul, keamanan finansial, dan efisiensi pengelolaan sumber daya (Wong et al. 2011).

Sedangkan manfaat AHC bagi institusi pendidikan dan penelitian diantaranya penyelenggaraan pendidikan yang excellent, platform untuk mengembangkan riset interdisipliner, retensi staf pengajar dan siswa excellent, pengembangan model pendidikan profesi kesehatan yang inovatif, mendapatkan wahana pendidikan yang baik, staf pengajar kompeten di substansi dan pendidikan, serta clinical teacher basic advanced (Wong et al. 2011)

6. Peran MPKU Wilayah Yogyakarta dalam konsep AHC

Kelembagaan MPKU secara organisatoris maupun operasional berperan membina RS maupun klinik di bawah naungan Muhammadiyah agar dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Ruang lingkup peran MKPU secara umum yaitu membuat regulasi dalam rangka pembina RS maupun klinik milik Muhammadiyah. Terkait dengan konsep AHC, maka MPKU memiliki beban tanggung jawab membina SDM kesehatan dan RS PKU Muhammadiyah Gamping agar menjadi RS tipe B sebagai syarat untuk menjadi Rumah Sakit Pendidikan.

a. Membina SDM dalam konsep AHC

Pelaksanaan konsep AHC membutuhkan SDM dalam jumlah yang lebih banyak karena membutuhkan dokter yang mengajar di kelas sebagai dosen dan membutuhkan dosen yang

praktik sebagai dokter di tempat pelayanan di mana mahasiswa kedokteran berpraktik. Ketersediaan dosen di FKIK UMY sendiri dirasa masih kurang yaitu baru terpenuhi 50% dari kebutuhan ideal.

Konsep AHC sebagaimana digambarkan oleh sejumlah pengurus MPKU menunjukkan SDM yang dibutuhkan bukan sebatas pada kebutuhan dokter yang sekaligus juga dosen, tetapi juga kesiapan SDM di unit-unit pelayanan kesehatan di klinik maupun RS jejaring. Oleh karena itu, pada saat yang sama MPKU juga harus membuat kebijakan yang secara komprehensif membuat suatu sistem di mana AHC dapat diterapkan. Selama ini MPKU baru sebatas membuat regulasi untuk rumah sakit maupun klinik, belum membentuk suatu payung bersama dengan pihak yang membawahi perguruan tinggi penyelenggara pendidikan kedokteran.

Hal ini dijelaskan juga oleh Kirch et al, bahwa untuk mendukung suatu konsep AHC diperlukan suatu sarana organisasi pendukung dimana struktur pengatur sumber daya diperlukan di sini untuk membina regulasi yang baik dalam penyelenggaraan sistem kesehatan yang berbasis AHC.

Sebagai contoh yang disebutkan Kirch et al, unsur-unsur kunci, sebagaimana dicatat sebelumnya, adalah pendirian

perusahaan sistem kesehatan baru Penn State Milton S. Hershey Medical Center (sebagai anak perusahaan dari universitas) dan menunjukan seorang eksekutif universitas yang mengawasi seluruh kampus Hershey. Dengan keberpihakan ini, potensi individu untuk membagi kepentingan sekolah kedokteran dengan sistem kesehatan menurun secara signifikan (Kirch et al. 2005). Namun, untuk mencapai keselarasan antara misi pendidikan dan penelitian yang dipimpin oleh sekolah kedokteran dan keharusan klinis dari pusat medis, perhatian yang sama diperlukan untuk struktur administrasi di bawah wakil presiden senior / dekan / CEO (Kirch et al. 2005).

Pengelolaan sumber daya manusia dan pendanaan menjadi bagian yang penting dalam AHC. Pengelolaan yang baik diperlukan karena kedua hal ini menjadi pilar sehingga disarankan untuk kepengurusannya oleh satu tenaga kerja saja sehingga dapat mempermudah untuk penyesuaian keadaan sumber daya dan sumber dana yang ada (Aaron 2001).

Contoh yang dikemukakan oleh Kirch et al, dengan dua model ketenagakerjaan, ada sistem pembayaran dan tunjangan yang terpisah untuk karyawan perguruan tinggi dan pusat medis. Untuk meningkatkan keselarasan, posisi seorang pejabat kepala

sumber daya manusia untuk seluruh kampus didirikan untuk mengawasi kedua sistem ketenagakerjaan. Demikian pula, satu individu ditugaskan tanggung jawab untuk semua operasi fasilitas kampus, dan satu individu dibuat bertanggung jawab untuk semua masalah keuangan kampus. Wakil dekan dengan otoritas kampus ditunjuk di tiga bidang: pendidikan, penelitian, dan urusan fakultas. Individu yang melayani sebagai direktur eksekutif dan *chief operating officer* dari pusat medis menjadi orang yang bertanggung jawab untuk perusahaan klinis, serta untuk memastikan keselarasannya dengan kegiatan pendidikan dan penelitian. Dengan demikian, meskipun perusahaan hukum perguruan tinggi dipisah dengan pusat medis, struktur administrasi pemersatu ini memfasilitasi keputusan berdasarkan konsistensi dengan nilai-nilai, visi, dan rencana strategis untuk kampus secara keseluruhan (Kirch et al. 2005; McCurdy et al. 2004).

Pembinaan dalam sumber daya manusia dan manajemen yang baik dengan meningkatkan kualitas sumber daya manusia secara tenaga dan mental dibutuhkan karena mereka menjadi kunci dalam penerapan AHC ini. Gellis melaporkan Pekerja sosial pusat kesehatan (AHC) melaporkan lebih banyak stres kerja secara keseluruhan, intensitas yang lebih tinggi, dan tekanan

pekerjaan yang lebih sering daripada pekerja sosial rumah sakit. Semakin tinggi tingkat stres kerja, terutama intensitas tekanan pekerjaan, semakin rendah skor kepuasan kerja untuk kedua kelompok. Maka, pembinaan yang baik oleh MPKU diperlukan disini (Gellis 2001).

b. Kebijakan MPKU dalam konsep AHC

Konsep AHC mensyaratkan adanya koordinasi yang terintegrasi antara layanan pendidikan kedokteran dan layanan kesehatan di RS. Kebijakan MPKU belum mengarah pada AHC karena MPKU lebih fokus pada bagaimana membina RS agar tumbuh lebih besar dan membina klinik lebih banyak. Upaya yang dilakukan MPKU selama ini baru sebatas mapping RS atau klinik yang dapat mendukung berdirinya RS Pendidikan. Garis kebijakan ke bawah MPKU adalah RS dan klinik-klinik kesehatan, bukan pada penyelenggaraan pendidikan kedokteran. Dalam hal ini MPKU juga belum ada satu kesepakatan dengan Majelis Dikti Muhammadiyah.

7. Peran RS PKU Muhammadiyah Gamping dalam konsep AHC

Konsep AHC mensyaratkan adanya RS tipe B sebagai RS pendidikan. Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan

pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang Pendidikan Kedokteran, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi. Konsep AHC menempatkan RS PKU Muhammadiyah Gamping sebagai RS pendidikan. Syarat suatu rumah sakit pendidikan minimal adalah RS tipe B. Sedangkan RS PKU Muhammadiyah Gamping belum menjadi RS Tipe B. Peran RS Pendidikan ini dalam konsep AHC tetap merujuk pada tiga peran yaitu peran pelayanan, peran rujukan dan peran klinis.

a. Peran pelayanan

RS PKU Muhammadiyah Gamping memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Dalam konsep AHC, RS perlu memperluas cakupan kasus yang dapat dilayani dengan membuka kemitraan dengan RS maupun klinik jejaring. Semakin banyak kasus yang ditangani maka mahasiswa kedokteran juga semakin kaya dengan pengetahuan dan pengalaman praktik sehingga output FKIK UMY semakin berkualitas.

Upaya yang dilakukan RS PKU Muhammadiyah Gamping memang sudah sesuai dengan arahan MPKU yaitu berproses menjadi RS Pendidikan dengan menyiapkan diri menjadi RS tipe B. Masalahnya, RS ini masih belum sepenuhnya yakin mampu menjadikan RS lebih baik dari berbagai sisi setelah meningkat

menjadi RS tipe B. Peran pelayanan dalam konsep AHC menurut Borden, *et al* di samping memberikan pelayanan spesialis juga memberikan pelayanan kepada masyarakat berpenghasilan rendah. Pelayanan kesehatan juga harus mampu mencapai tingkat keselamatan pasien yang semakin tinggi. Dalam hal memberikan pelayanan kesehatan juga memperhatikan kebutuhan penelitian guna mengembangkan metode maupun terapi yang lebih maju (Borden et al. 2015). Menurut Primasari optimalisasi sistem rujukan dengan mengembalikan fungsi dari Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan yang komprehensif, meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, sehingga jumlah rujukan yang terkendala akses dan biaya pelayanan di RS rujukan (Primasari 2015).

b. Peran rujukan

Peran rujukan masih sangat terbatas karena hanya mampu memberikan pelayanan kedokteran subspesialis terbatas. Upaya perubahan status RS menjadi tipe B masih dilakukan. Apabila berhasil berubah menjadi tipe B juga memiliki konsekuensi yaitu hanya menerima pasien rujukan dari RS tipe C atau tempat-tempat pelayanan kesehatan lainnya yang memberikan layanan kesehatan pertama. Artinya, sebelum masuk menjadi tipe B, RSU PKU

Muhammadiyah Gamping harus memastikan dulu RS maupun klinik jejaring yang akan memberikan rujukan. Selain itu, sistem rujukan juga perlu diantisipasi dengan menyiapkan SDM yang semakin baik. Penelitian Primasari mengungkapkan masalah di dalam sistem rujukan yang dihadapi yaitu masalah SDM dimana masih kurangnya disiplinkerja para tenaga kesehatan dan kurangnya rasatanggung jawab dari tenaga kesehatan. Selain itu sampai saat ini rujukan balik belum berjalan baik,karena belum semua dokter faham tentang rujukbalik. Perlu adanya ketegasan pimpinan terhadap seluruh karyawannya agar melakukan pelayanan sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan dengan rasa tanggung jawab (Primasari 2015).

Terkait dengan AHC, semakin banyak RS maupun klinik yang memberikan rujukan akan semakin baik bagi mahasiswa kedokteran FKIK UMY. Pihak pengelola RS ini pun mempertimbangkan ketersediaan tenaga dokter spesialis untuk menangani rujukan. Karena sebagai RS rujukan, apabila tidak menunjukkan kualitas yang baik juga akan kontrapruktif bagi layanan kesehatan maupun AHC secara keseluruhan. RS PKU Muhammadiyah Gamping belum dapat digunakan sebagai RS

Pendidikan karena masih bertipe C, sehingga belum dapat dikatakan sebagai *teaching hospital* dalam konsep AHC.

c. Peran klinis

Peran klinik RS PKU Muhammadiyah Gamping dalam konsep AHC mengharuskan RS ini bertipe B sehingga peran klinik dilakukan dengan memberikan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan dan menyediakan pelayanan medis dasar dan atau spesialisik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang dokter spesialis. Dalam hal ini, RS memberikan layanan klinik dapat berupa:1) Rawat jalan;2) Rawat inap;3) One day care;4) Home care; maupun 5) Pelayanan 24 jam dalam 7 hari. Peran klinis RS Pendidikan bukan hanya melayani pasien, tetapi juga memberikan bimbingan klinis bagi calon dokter. Fakta bahwa RS ini belum bertipe B menunjukkan peran sebagai *teaching hospital* belum dapat dilaksanakan.